

*2d Recimpresión catalogada separadamente*

File Copy  
Pan American Sanitary Bureau  
Library

897  
14-4-77

# Conferencia Latinoamericana sobre **REHABILITACION DE INVALIDOS**



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

1971

**CONFERENCIA LATINOAMERICANA  
SOBRE  
REHABILITACION DE INVALIDOS**

*México, D. F., 19-28 de octubre de 1970*



**Publicación Científica No. 224**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
525 Twenty-Third Street, N. W.  
Washington, D. C., 20037, E.U.A.

**1971**



## CONTENIDO

Lista de participantes .....	iv
<b>INFORME FINAL .....</b>	<b>3</b>
Tema A: Sistemas para la prestación de servicios de rehabilitación .....	5
Tema B: El adiestramiento de terapistas físicos para América Latina...	11
Tema C: El adiestramiento de terapistas ocupacionales para América Latina .....	18
Tema D: El papel de los servicios sociales dentro de los servicios de rehabilitación en América Latina .....	23
Anexo 1: Curso de fisioterapia recomendado por la Confederación Mundial de Fisioterapia .....	27
Anexo 2: Curso de administración recomendado por la Confederación Mundial de Fisioterapia .....	29
Anexo 3: Recomendaciones del grupo de trabajo sobre el adiestramiento de terapistas ocupacionales .....	30
<b>DOCUMENTOS DE TRABAJO</b>	
El centro de rehabilitación—Miguel Angel Aguilera.....	43
El departamento de medicina física y rehabilitación (fisiatría) en hospitales docentes—Livio Paolinelli .....	57
El departamento de medicina física y rehabilitación en un hospital ge- neral—Leobardo C. Ruiz .....	62
Sistemas para la prestación de servicios de rehabilitación y su relación con institutos de seguridad social—Luis Vales Ancona .....	67
Coordinación de los servicios de rehabilitación médica con servicios de rehabilitación social, educacional y vocacional .....	74

## PARTICIPANTES

### Médicos

- Dr. Miguel A. Aguilera, Director, Centro de Rehabilitación, Guatemala, Guatemala
- Dr. Roberto Alvarez Cambras, Jefe, Grupo Nacional de Rehabilitación, M. S. A. P., La Habana, Cuba
- Dr. Vicente Arévalo Muñoz, Director, Escuela de Fisioterapia, Quito, Ecuador
- Dr. José Arvelo, Jefe, Sección de Rehabilitación, División de Dermatología, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela
- Dr. Hilton Baptista, Profesor, Escuela de Rehabilitación, Río de Janeiro, GB, Brasil
- Dra. Claudia Ceci, Profesora Titular de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Buenos Aires, Argentina
- Dr. José B. Cibeira, Director, Centro de Rehabilitación, Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, Buenos Aires, Argentina
- Dra. Alicia Esther Amate de Esquivel, Jefe, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina
- Dr. Alvaro Ferrari Forcade, Director, Departamento de Fisiatría, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay
- Dr. Luis G. Ibarra, Jefe, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Infantil de México, México, D.F.
- Dr. José Rodrigues Louzã, Médico Asistente Administrativo, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil
- Dr. Livio Paolinelli, Jefe, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital "J. J. Aguirre", Santiago, Chile
- Dr. Jorge Pardo, Jefe, Departamento de Rehabilitación, Hospital San Juan de Dios, Bogotá, Colombia
- Dr. Mario Romero, Director, Centro de Parálisis Cerebral, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, San Salvador, El Salvador

Dr. Leobardo C. Ruiz, Jefe, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Central Militar de México, México D.F.

Dr. Ernesto Saldías, Director, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Dr. Luis Vales Ancona, Coordinador Nacional de Rehabilitación, Unidad de Medicina del Trabajo, Departamento de Riesgos Profesionales e Invalidez, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

#### **Fisioterapeutas**

Sra. Sara S. Kontio de Aguilera, Catedrática de Fisioterapia, Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial, Guatemala, Guatemala

Sra. Ligia de Arango, Profesora, Curso de Terapia Física, Departamento de Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Sr. Carlos Balparda, Jefe de Kinesiología, Centro de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", Servicio Nacional de Rehabilitación, Buenos Aires, Argentina

Sr. Eugenio Sánchez, Profesor de Terapia Física, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil

Sra. Graciela de la Selva, Directora, Escuela de Medicina Física, American British Cowdray Hospital, México D.F.

Dra. Nancy T. Watts, Profesora y Presidente, División de Estudiantes Graduados, Universidad de Boston, Boston, Massachusetts, E. U. A.

#### **Terapistas ocupacionales**

Srta. María Rosa Carnevale, Jefe, Depto. de Práctica Clínica e Investigación, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Provincial de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Srta. Guillermina Casillas, Capt. Iro. Terapeuta Ocupacional, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Central Militar, México, D.F.

Srta. Marta Fortain, Directora, Escuela de Terapia Ocupacional, Servicio Nacional de Rehabilitación, Buenos Aires, Argentina

#### **Trabajadores sociales y administrativos**

Srta. Josefa Arenales Camacho, Trabajadora Social, Ministerio de Previsión Social y Salud, La Paz, Bolivia

Sra. Ana Basinski de Ainsa, Psicóloga, Secretaria Técnica Ejecutiva, Comisión Nacional de Rehabilitación, Montevideo, Uruguay

Sr. Ezequiel Fernández Mosca, Jefe Técnico Administrador, Instituto Boliviano de Rehabilitación, La Paz, Bolivia

Sr. Carlos Oswaldo Ibarra, Ayudante General, Fundación Nacional del Niño, Quito, Ecuador

Sr. Julio César Mendoza Amador, Administrador General, Instituto Hondureño de Rehabilitación de Inválidos, Tegucigalpa, Honduras

Srta. Martiniana Montaña Castillo, Jefe de Trabajo Social, Dirección de Rehabilitación, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D.F.

Sra. María Teresa Perla, Subdirectora Administrativa, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, San Salvador, El Salvador

Sra. Lenir Fidelis Rech, Jefe del Servicio Social, Centro de Rehabilitación "Sara Kubitschek", Brasília, D.F., Brasil

Sra. María Teresa Reyes Hernández, Secretaria Ejecutiva, Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado, Santiago, Chile

Sra. Fidelina Thormann de Aguilar, Vice-Presidente, Asociación Pro-Rehabilitación de Inválidos Santo Domingo, República Dominicana

Srta. Margarita Zalzman, Psicóloga, Centro de Rehabilitación Profesional, Bogotá, Colombia

#### OBSERVADORES

Dr. Miguel Rangel Franco, Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación, Bogotá, Colombia

Sr. Norman Acton, Dr. José Arvelo, Dr. Luis Vales Ancona, Sociedad Internacional para la Rehabilitación de Inválidos, Nueva York, N.Y.

Srta. Hilary Schlesinger, Oficina Internacional del Trabajo, Bogotá, Colombia

#### SECRETARIADO

Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Jefe, Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica, OSP

Dr. Robin Hindley-Smith, Asesor Regional en Rehabilitación, OSP (*Secretario*)

Sr. Esko Kosunen, Jefe, Unidad de Rehabilitación de Inválidos, NU

Sra. Carmen Forn de Zita, Terapista Ocupacional, OSP

Srta. Karin Lundborg, Asesora a corto plazo en Fisioterapia, OSP

**INFORME FINAL**





## INFORME FINAL

La Conferencia Latinoamericana sobre Rehabilitación de Inválidos, celebrada en México, D. F., del 19 al 28 de octubre de 1970, fue convocada conjuntamente por las Naciones Unidas y por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, bajo el copatrocinio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México.

En la sesión inaugural hicieron uso de la palabra el Jefe de la Zona II de la OSP y el Representante Adjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México. El Dr. Leobardo Ruiz dio la bienvenida a los participantes, en nombre de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, y el Dr. Salvador Aceves Parra, Secretario de Salubridad y Asistencia, declaró inaugurada la reunión oficialmente, en nombre del Gobierno de México.

La Conferencia celebró 11 sesiones plenarias. Se constituyeron cuatro grupos de trabajo para proporcionar a los participantes la oportunidad de discutir los temas del programa.

En la primera sesión plenaria, el Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Jefe del Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica de la OSP, saludó a los participantes en nombre del Director, y destacó el hecho de que en esta Conferencia participan especialistas de las distintas disciplinas que integran el equipo de rehabilitación, y que se celebra bajo el patrocinio conjunto de la OPS, responsable de los asuntos médicos propiamente dichos, y de las Naciones Unidas, cuyas actividades en rehabilitación son administrativas y sociales. También se cuenta con un observador de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), cuyo papel en el campo internacional de la rehabilitación es el de prestar asistencia y asesoría en adiestramiento vocacional, etapa previa esencial a la reintegración del inválido a la vida activa y productiva. A continuación el Dr. Bravo definió el marco de referencia de acuerdo con el programa de temas y destacó que el objetivo básico de la Conferencia era hacer recomendaciones que, en forma integral, establecieran la mejor forma de llevar a cabo las actividades de rehabilitación del inválido dentro del cuadro cultural y económico de América Latina. Se aspira a adiestrar personal y organizar servicios de la más alta calidad técnica y de la mayor eficiencia posible para satisfacer las necesidades de la mayor cantidad de inválidos dentro de las posibilidades financieras de la economía de los países.

A continuación, la Conferencia eligió Presidente al Dr. Luis Vales Ancona (México), y Relatores a los Dres. José Cibeira (Argentina) y al Dr. Ernesto Saldías (Chile).

El tema A del programa de temas "Sistemas para la prestación de servicios de rehabilitación" se discutió en las sesiones plenarias celebradas el 19 y 20 de

octubre. El 21 de octubre se constituyeron cuatro grupos de trabajo. El primero se encargó de preparar el Informe Final del tema A, ya discutido en plenaria.

Otro grupo discutió el tema B del programa "El adiestramiento de terapeutas físicos para América Latina", teniendo como Director de Debates al Dr. Luis Guillermo Ibarra (México) y de Relator al Dr. Alvaro Ferrari Forcade (Uruguay).

Un tercer grupo discutió el tema C "El adiestramiento de terapeutas ocupacionales para América Latina", actuando de Director de Debates el Dr. Leobardo Ruiz (México), y como Relatores el Dr. José Arvelo (Venezuela) y la Srta. María Rosa Carnevale (Venezuela).

Finalmente, otro grupo discutió el tema D titulado "El papel de los servicios sociales dentro de los servicios de rehabilitación en América Latina", teniendo como Director de Debates al Sr. Ezequiel Fernández Mosca (Bolivia), y como Relator a la Srta. Margarita Zalzman (Colombia).

Actuó como Secretario de la Conferencia el Dr. Robin Hindley-Smith (OSP) y como secretarios de grupos la Srta. Karin Lundborg (OSP), la Sra. Carmen Forn de Zita (OSP) y el Sr. Esko Kosunen (NU).

En la sesión de clausura, el Dr. Alfredo Leonardo Bravo (OSP) agradeció a los participantes la alta calidad de los debates, ya que las diferencias de opinión fueron saludables y permitieron que la Conferencia se desarrollara con un espíritu de gran colaboración entre las distintas disciplinas. Expresó especial agradecimiento al Presidente de la Conferencia, Dr. Luis Vales Ancona, a los Directores de Debates, Dres. Leobardo Ruiz, Luis Guillermo Ibarra, y a los Relatores, Dres. Ernesto Saldías, José Cibeira, Alvaro Ferrari, José Arvelo y Srta. María Rosa Carnevale, de parte de las instituciones organizadoras por los esfuerzos realizados al conducir las sesiones y por el Informe Final aprobado, un documento del más alto valor profesional que servirá de pauta para el desarrollo de servicios de fisioterapia y rehabilitación en los próximos años.

También expresó el Dr. Bravo la gratitud de la OPS a las Naciones Unidas, y especialmente al Sr. Esko Kosunen, quien actuó en las reuniones como secretario de uno de los grupos y contribuyó con su esfuerzo al éxito de la Conferencia.

Al Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Salvador Aceves Parra, y a su representante, el Dr. Leobardo Ruiz, les comunicó el Dr. Bravo la gratitud de la OPS y de su Director, el Dr. Abraham Horwitz, por la acogida siempre hospitalaria que México sabe dar a sus visitantes. Finalmente, al Dr. Ignacio Morones Prieto, en su doble carácter de Director del Instituto Mexicano del Seguro Social y Presidente del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, y al Dr. Gastón Novelo, Secretario de dicho Comité, les manifestó su agradecimiento por haber permitido que la Conferencia usara las excelentes facilidades del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, que constituyeron un marco magnífico para la celebración de las sesiones.

Terminó el Dr. Bravo haciendo votos por que las recomendaciones de la Conferencia se lleven a la práctica en los países.

El Dr. Ernesto Saldías, en nombre de los participantes, agradeció la invitación de las instituciones organizadoras, y manifestó las felicitaciones del grupo por la organización de la Conferencia, lo que permitió llegar a conclusiones satisfactorias para todos.

El Dr. Jorge Pardo hizo presente el agradecimiento de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación por haber sido invitada a participar en la reunión.

Finalmente, el Presidente de la Conferencia declaró clausurada la Conferencia a las 5:30 p.m. del 28 de octubre de 1970.

El Informe Final que aparece a continuación fue aprobado por la Conferencia en sesión plenaria:

## TEMA A: SISTEMAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE REHABILITACION

### 1. El centro de rehabilitación

#### INTRODUCCION

Todo programa de rehabilitación, para cumplir con su finalidad esencial, debe contar con uno o varios centros de rehabilitación. Al mencionar centros de rehabilitación, nos referimos a unidades integrales, en donde se restablece la función y capacidad de trabajo de los incapacitados para que tengan oportunidad de reintegrarse a la colectividad, con el máximo de posibilidades sociales y laborales.

Para que el centro de rehabilitación funcione adecuadamente debe ser integral y disponer de los elementos necesarios para reincorporar a la vida productiva a los pacientes bajo su cuidado.

Los centros de rehabilitación tienen una función clara y concreta: atender aquellos casos que necesitan tratamiento ulterior por padecer de secuelas incapacitantes que no les permiten volver al trabajo. El espíritu y la filosofía que rigen a estos centros deben ser diferentes a los de los hospitales generales, ya que en estos últimos no se atiende al paciente y a la familia tan exhaustivamente desde el punto de vista laboral y social.

#### CENTROS DE REHABILITACION

##### *Definición*

Institución asistencial, docente y de investigación que trabaja en forma integrada con otros servicios de salud para proporcionar atención a los incapacitados.

##### *Dirección*

Se recomienda que esté a cargo de un médico fisiatra.

##### *Organización*

Funcionará como una unidad coordinada con los programas de salud.

Se recomienda que estos centros tengan bajo su responsabilidad el tratamiento

de múltiples síndromes. En casos especiales, el centro orientará su labor hacia el tratamiento de incapacidades ocasionadas por una sola causa patológica.

### *El centro y la comunidad*

Su ubicación deberá planificarse de acuerdo con las necesidades médicas y vocacionales, según el nivel económico y cultural de la comunidad y respetando la regionalización de los planes de salud existentes en cada país.

### *Objetivos*

Estos deberán ser asistenciales, docentes, de investigación, y de orientación y educación comunitaria.

1. *Asistencial.* Uno de los objetivos será atender a los pacientes referidos por otras instituciones o a los que provengan directamente de la comunidad. El diagnóstico y el tratamiento lo realizará un equipo multiprofesional e interdisciplinario, constituido por médicos fisiatras, consultores de otras especialidades médicas y quirúrgicas, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, enfermeras, ortesistas, protesistas, educadores especiales, orientadores vocacionales, maestros de talleres, agentes de colocación, expertos en recreación y deportes, etc.

El equipo de rehabilitación se encargará, asimismo, de supervisar a los pacientes fuera del centro de rehabilitación.

El objetivo final de dicho equipo ha de ser la reintegración del paciente a una vida útil y productiva en la sociedad.

2. *Docencia.* Los centros de rehabilitación desarrollarán cursos de perfeccionamiento y enseñanza para todos los miembros del equipo profesional y para los estudiantes de estas disciplinas. Los programas docentes tendrán vinculaciones con las universidades tanto a nivel de pregrado como de posgrado y de educación continua.

3. *Investigación.* Se recomienda que estos centros cuenten con facilidades para realizar y promover la investigación en el campo que les compete.

4. *Orientación y educación comunitaria.* Estos centros tienen la obligación de dar a conocer a la comunidad el proceso integral de la rehabilitación del inválido.

### CENTROS DE REHABILITACION ESPECIAL

Se denominan centros de rehabilitación especial a aquellos en que, por la clase de pacientes que atienden, deben utilizarse técnicas especiales. Los más comunes son los de rehabilitación de ciegos, trastornos de la comunicación, parálisis cerebral y retardo mental.

Los objetivos señalados para los centros de rehabilitación general deberán aplicarse a estos centros.

## CENTROS DE REHABILITACION PROFESIONAL

Estos centros proporcionan a los incapacitados los medios para la orientación, readaptación al trabajo y formación profesional, así como para su colocación selectiva y adecuada en un empleo.

## 2. Departamento de medicina física y rehabilitación (fisiatría) en el hospital general

### *Definición*

Es una unidad clínica hospitalaria encargada del diagnóstico, tratamiento y prevención de incapacidades mediante la fisiatría.

### *Dirección*

Debe estar a cargo de un médico fisiatra.

### *Objetivos*

Estos deberán ser asistenciales, docentes, de investigación, de orientación y educación comunitaria.

1. *Asistencial.* Realizará el diagnóstico, evaluación, tratamiento (fundamentalmente precoz) y control para curar y/o prevenir incapacidades, lo que comprende también la evaluación prevocacional y socioeconómica del paciente.

2. *Docente.* Los departamentos de medicina física y rehabilitación tendrán responsabilidades docentes de acuerdo con la complejidad de su organización. Desarrollarán cursos de perfeccionamiento y enseñanza en todas las disciplinas del equipo profesional. Los programas docentes deberán tener vinculación con las universidades, tanto a nivel de pregrado como de posgrado y de educación continua.

3. *Investigación.* Se recomienda que los departamentos cuenten con facilidades para realizar y promover la investigación en el campo de su competencia.

4. *Orientación y educación comunitaria.* Los departamentos de medicina física y rehabilitación darán a conocer a la comunidad el proceso integral de la rehabilitación del inválido.

### *Organización*

Desde el punto de vista médico y administrativo, estará a igual nivel que los otros departamentos del hospital general. De acuerdo con la organización hospitalaria, atenderá enfermos procedentes de la comunidad y tendrá facilidades para tratar a los pacientes ambulatorios u hospitalizados. Podrá disponer de camas y/o atender a los hospitalizados de otros servicios del hospital general.

El departamento de medicina física y rehabilitación deberá prestar todas las facilidades asistenciales y docentes a los otros departamentos en un plano de integración, evitando la duplicidad de funciones. De esta manera, todos los recursos

del departamento estarán orientados de manera uniforme para ofrecer una atención oportuna y completa.

### 3. Prestación de servicios básicos de rehabilitación

#### HOSPITALES PEQUEÑOS

Los hospitales que prestan servicios de medicina general, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia deben contar con un servicio de terapia física que dependa de la medicina general. Recibirán respaldo técnico de los hospitales generales con departamentos de fisioterapia o de los centros de rehabilitación.

#### *Objetivos*

Deberán ser asistenciales y de orientación.

1. *Asistencial.* El hospital deberá poseer tanto los recursos materiales indispensables de terapia física como terapeutas físicos. La escasez de médicos fisiatras impone la necesidad de que el médico que trata al paciente y los terapeutas físicos trabajen en estrecha colaboración.

2. *Orientación.* Deberán guiar al paciente y a la familia para utilizar los servicios disponibles de carácter educacional, social y vocacional o referirlos a otras instituciones más complejas.

#### EN AREAS RURALES

En la prestación de servicios primarios se utilizarán los recursos de salud pública y los medios disponibles del área para la detección, orientación, canalización, asistencia, control y seguimiento de los casos.

Las unidades móviles de salud pública deben utilizarse para cumplir los objetivos de la rehabilitación. En caso necesario, los enfermos deben ser trasladados, por períodos variables, a hospitales con departamentos de medicina física y rehabilitación o a centros de rehabilitación.

Debido al costo tan elevado de la hospitalización en estas instituciones, se recomienda, cuando el caso lo requiera, aprovechar o crear alojamiento en hospederías cercanas al lugar de tratamiento.

### 4. Coordinación de servicios de rehabilitación médica

#### CON LOS SERVICIOS DE REHABILITACION SOCIAL, EDUCACIONAL Y VOCACIONAL

Se recomienda que los servicios de rehabilitación médica, social, educacional y profesional estén estrechamente coordinados, en todos los niveles, desde el trabajo del equipo de rehabilitación en sí hasta el nivel nacional e internacional utilizando

todos los recursos locales y regionales. Esta coordinación permitirá una mejor prestación de servicios al paciente, así como la utilización integral de los recursos a todo nivel.

Para que la coordinación sea efectiva se necesita, en cada nivel, una persona que se encargue de ejecutar esta labor.

#### A NIVEL NACIONAL

Se recomienda que los Gobiernos establezcan un consejo nacional de rehabilitación, constituido por personas representativas de las actividades gubernamentales de rehabilitación, de las no gubernamentales y de entidades relacionadas con la rehabilitación. Dicho consejo tendrá funciones normativas en la planificación, coordinación y supervisión de los programas.

Los consejos nacionales de rehabilitación deberán contar con un experto en rehabilitación, con conocimientos de administración, que trabaje a tiempo exclusivo y se responsabilice de la ejecución de las resoluciones emanadas del consejo. Para que este pueda cumplir sus funciones con efectividad, debe contar con un presupuesto propio; además, deberá tener comités técnicos asesores.

Para ejecutar los programas de rehabilitación, se utilizará primordialmente la regionalización de servicios establecida por la salud pública.

#### A NIVEL INTERNACIONAL

Se recomienda que los organismos internacionales, gubernamentales y no gubernamentales proporcionen ayuda a los países en forma coordinada. Esta debe ser canalizada a través de los consejos nacionales de rehabilitación.

Para desarrollar los programas se recomienda que los Gobiernos fomenten, mantengan y utilicen la ayuda de los organismos internacionales apropiados.

#### A NIVEL REGIONAL LATINOAMERICANO

En las diferentes regiones y zonas de Latinoamérica deben propiciarse estudios para conocer las necesidades comunes en materia de rehabilitación, así como los recursos existentes para poder utilizarlos al máximo.

Se recomienda fomentar e incrementar el intercambio de personal, información, experiencias y ayuda técnica entre los países latinoamericanos.

La realización de reuniones regionales y de zona en América Latina ha demostrado ser de gran beneficio en el desarrollo de los programas de rehabilitación. Estos eventos deben ampliarse, manteniendo su actual continuidad.

### **5. La rehabilitación y su relación con las instituciones de seguridad social**

La rehabilitación es una función de la seguridad social y es la prestación que cubre los riesgos de invalidez y de incapacidad para el trabajo.



## POSTULADOS

Estudios efectuados en América Latina han demostrado la conveniencia económica de realizar programas de rehabilitación en las instituciones de seguridad social. Los postulados de justicia social y las leyes de los seguros sociales establecen en forma clara e indiscutible la necesidad de establecer estos servicios. Los acuerdos internacionales de las instituciones de seguridad social ratifican la obligación de proporcionarlos. La rehabilitación integral deberá hacerse extensiva a todo tipo de invalidez que impida o limite la actuación de individuos en la sociedad.

## ORGANIZACION

Los programas de seguridad social, a nivel nacional, deben contar con servicios eficientes de rehabilitación. Básicamente comprenderán: unidades para la atención de casos ambulatorios, departamentos de medicina física y rehabilitación en los hospitales y centros de rehabilitación.

Para que el programa de rehabilitación en las instituciones de seguridad social tenga éxito, se requiere una autoridad coordinadora de todas las prestaciones de rehabilitación.

El asegurado debe recibir atención precoz debido a las consecuencias económicas, sociales y psicológicas que un estado de invalidez significa. Por lo tanto, no deben otorgarse pensiones por incapacidad permanente sin agotar todos los recursos y posibilidades que ofrecen los servicios de rehabilitación.

Es importante señalar que por su propia organización—formada para el sector empresarial, laboral y gubernamental—las instituciones de seguridad social tienen grandes ventajas para establecer servicios de rehabilitación profesional.

Los organismos de seguridad social deben coordinar sus servicios de rehabilitación con los existentes en la comunidad, formando parte de un plan nacional de rehabilitación.

### Recomendaciones especiales

1. Se considera que se han señalado las condiciones para establecer un programa de intercambio entre los países latinoamericanos para la formación y el perfeccionamiento urgente de profesionales en el campo de la rehabilitación. Para ello se propone estudiar en una reunión, en forma concreta, lo que cada país puede ofrecer, y en base a esto organizar un plan de cuatro a cinco años de duración.

2. Las instituciones de rehabilitación deberán llevar a cabo, periódicamente, seminarios y conferencias sobre rehabilitación a nivel nacional e internacional, con el objeto de actualizar conocimientos en base a trabajos de investigación.

3. Los Gobiernos deben solicitar a los organismos especializados que otorguen becas de estudio y de especialización.

4. Se considera que las comunidades no están preparadas física y socialmente

para proporcionar facilidades de integración social al incapacitado, por lo que se recomienda:

Llamar la atención de los Gobiernos para la creación de dispositivos especiales para facilitar la vida de los incapacitados. Por ejemplo, las edificaciones deberían planificarse de forma tal que el incapacitado pueda trasladarse de un lugar a otro en su casa, en edificios públicos, en lugares de diversión, etc.

## TEMA B: EL ADIESTRAMIENTO DE TERAPEUTAS FISICOS PARA AMERICA LATINA

### Discusión preliminar

Se comenzó el trabajo con una discusión general del programa de temas. Se resolvió introducir un nuevo punto, el que se denominó *punto preliminar*, y que se refiere a la definición del terapeuta físico y su nivel de ejercicio profesional. El grupo de trabajo aprobó sin discusión el resto del programa.

### Punto preliminar—Definición del terapeuta físico y su nivel de ejercicio profesional

Después de una amplia discusión sobre la etimología de las diferentes denominaciones en uso, nivel general de capacitación y área de ejercicio, se aprobó la siguiente definición:

El terapeuta físico (o fisioterapeuta, terapeuta físico, fisioterapeuta, o kinesiólogo) es un profesional que colabora en el área médica, ha recibido formación a nivel universitario y aplica los procedimientos de la terapia física solamente bajo prescripción médica.

Por consiguiente se hizo la siguiente

### Recomendación:

Que en los diferentes países se procure utilizar, como única denominación, la de terapeuta físico, unificándose los niveles de capacitación y normas de ejercicio.

### 1. Adiestramiento de terapeutas físicos

#### SUGERENCIAS PARA LA CREACION DE PROGRAMAS BASICOS DE ESTUDIO DE TERAPIA FISICA

Se discutieron ampliamente los siguientes aspectos: la necesidad de establecer un nivel básico o mínimo, por debajo del cual no deberían otorgarse diplomas de capacitación en terapia física; la necesidad de impedir la proliferación de escuelas, cuya justificación no es satisfactoria, en relación con las necesidades reales de la Región y las posibilidades de ubicación de los egresados; la posible conveniencia de establecer un sistema de enseñanza sobre bases regionales, con el fin de reducir

los costos y mejorar el nivel educacional, y la conveniencia del intercambio de estudiantes, egresados y docentes a nivel internacional.

Finalmente, se aprobaron las siguientes

#### **Recomendaciones:**

1. Con el propósito de reducir los costos y evitar un exceso de egresados, se procurará que el número de escuelas de terapia física se adapte a las necesidades del país, evitando la multiplicación innecesaria. Con iguales objetivos, debería estudiarse la posibilidad de establecer algunos dispositivos de enseñanza sobre bases regionales.

2. Para favorecer el ejercicio profesional a un nivel adecuado, es recomendable que para la habilitación de nuevas escuelas de terapia física se contemple la disponibilidad de médicos fisiatras o de médicos competentes en rehabilitación física.

3. Se considera que el intercambio estudiantil, profesional y docente entre los países es de suma importancia. En el mismo sentido, y para actualizaciones y reajustes eventuales, se recomienda la celebración periódica de conferencias a nivel regional e internacional.

## **2. Organización de los estudios**

De acuerdo con el programa de temas, se consideraron sucesivamente los siguientes aspectos: ubicación; administración; financiación; colaboración médica, y locales.

### **UBICACION**

En primer término, el grupo discutió la conveniencia de que la enseñanza de la terapia física se imparta dentro de la estructura universitaria, bajo la dependencia de la escuela o facultad de medicina. Se sostuvo que, de esta manera, se aseguraría un alto nivel de capacitación, una adecuada coordinación con actividades afines, así como la continuidad y el permanente mejoramiento de la docencia. Finalmente, se consideró la situación de escuelas de terapia física fuera del control universitario.

Después de una amplia discusión, se llegó a la siguiente

#### **Recomendación:**

Se considera en extremo conveniente que la capacitación de los terapeutas físicos se haga a nivel de escuela, dentro de una estructura universitaria reconocida y autorizada, y bajo la dependencia de la facultad o escuela de medicina. No obstante, cuando no pueda aplicarse esta recomendación, se sugiere que el organismo docente sea reconocido y supervisado por una escuela o facultad de medicina.

**ADMINISTRACION**

Se consideró, en primer término, si la dirección de la escuela debería estar a cargo de médicos o de terapistas físicos egresados. Teniendo en cuenta que la administración de la escuela debe necesariamente ajustarse a las directivas de la universidad en cuyo ámbito actúa, se llegó finalmente a la siguiente

**Recomendación:**

Para la dirección de la escuela se recomiendan médicos fisiatras y terapistas físicos, de acuerdo con el modelo de administración de la universidad.

**FINANCIACION**

Después de considerar los diferentes aspectos del punto, se acordó la siguiente

**Recomendación:**

Se considera necesario asegurar, por todos los medios, la percepción regular de recursos financieros, así como la concesión de facilidades y la planificación de un régimen de becas, especialmente para alumnos calificados, procedentes de zonas alejadas y de escasos recursos económicos.

**COLABORACION MEDICA**

Se consideró la conveniencia de facilitar una adecuación permanente y dinámica de la enseñanza a las necesidades reales de la asistencia médica, y de asegurar la colaboración de distintos servicios asistenciales para el desarrollo de la actividad docente, particularmente la de carácter práctico. Se llegó así a la siguiente

**Recomendación:**

A los efectos de la adecuación de la enseñanza a las necesidades de la prestación de servicios asistenciales, se recomienda estrecha colaboración entre la administración de la escuela, las autoridades nacionales, y las organizaciones científicas que representan a las diferentes esferas de actividad en el sector salud.

**LOCALES**

Después de considerar los diferentes aspectos del tema, se llegó a la siguiente

**Recomendación:**

Se consideran indispensables los siguientes locales:

a) Aulas y laboratorios universitarios para la enseñanza teórico-práctica de las ciencias básicas fundamentales.

b) Aulas propias y gimnasio en la misma escuela donde se dictan los cursos teórico-prácticos de terapia física, con locales para servicios administrativos adjuntos.

c) Areas docentes en hospitales, centros de rehabilitación y secciones de terapia física, organizadas y bien dirigidas, donde se hagan las prácticas de terapia física.

d) Otros locales: biblioteca, salón para profesores, baños, vestidores para profesores y estudiantes, servicios sanitarios, etc.

### **3. Personal docente**

Además de discutir otros aspectos, se examinó extensamente la conveniencia de que para determinadas asignaturas prácticas y específicas, como la práctica clínica de la terapia física, se designen como profesores solamente a los egresados de escuelas calificadas y reconocidas de terapia física, con experiencia continua en la asistencia. Se aprobaron las siguientes

#### **Recomendaciones:**

1. El personal docente deberá satisfacer los mismos requisitos que rigen para el profesorado de la universidad de la que dependa la escuela de terapia física. Para su selección, se deberán tener en cuenta especialmente las calificaciones, la competencia y experiencia continua en la materia a explicar, y las aptitudes docentes.

2. Se recomienda que para determinadas asignaturas de naturaleza esencialmente práctica y específica de la carrera de terapia física (fisioterapia, práctica de terapia física), y también para funciones de asesoramiento a nivel internacional, se acepten solamente profesores graduados de una escuela nacional o extranjera calificada y reconocida oficialmente.

3. Se procurará, asimismo, organizar la adecuada formación integral del personal docente, mediante cursos especiales u otros medios.

### **4. Requisitos que han de reunir los estudiantes**

Luego de un amplio debate, se aprobó la siguiente

#### **Recomendación:**

Que los aspirantes a ser admitidos reúnan los siguientes requisitos:

a) *Edad:* Deberá ajustarse a las normas establecidas en el sistema educacional del país.

b) *Conocimientos previos:* Deberán haber aprobado la enseñanza secundaria (preuniversitaria) completa.

c) *Requisitos personales:* Se considera conveniente un reconocimiento médico previo. No se deberían admitir aspirantes cuya salud sea incompatible con la función de terapeuta físico. Asimismo, es aconsejable una evaluación de la personalidad en todos sus aspectos. Puede recomendarse un breve período de

prueba, en forma de concurrir a un hospital; podría coincidir con el desarrollo de algunos temas de conocimientos iniciales. En lo posible, se dará prioridad a los aspirantes con clara definición vocacional.

### 5. Duración del curso

Después de un largo debate, se aprobó la siguiente

#### Recomendación:

La duración total del curso será de no menos de 2,760 horas, correspondiendo 1,360 a enseñanza académica, y 1,400 a prácticas de terapia física. La distribución de este horario se ajustará a las condiciones de cada país.

### 6. Currículo

Se discutió, en primer lugar, la conveniencia de establecer normas comunes para la enseñanza de asignaturas básicas en carreras afines, como terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje, que permita simplificar la organización docente y desplazamientos horizontales de una hacia otra carrera durante las etapas iniciales.

Seguidamente se consideró la posibilidad de adaptar los currículos a las nuevas modalidades de enseñanza integrada, resolviéndose que en el momento actual esto no resulta práctico desde el punto de vista general, aunque deben mantenerse en estudio con miras a revisiones futuras.

Se discutió asimismo la posibilidad de que los terapeutas físicos realicen investigaciones eléctricas clínicas de finalidad diagnóstica, tales como electrodiagnósticos, electromiografía y similares, siendo la opinión médica que ello no es aconsejable.

Finalmente, se procedió a una detallada consideración de los temas que debe incluir la enseñanza de la terapia física y se adoptaron las siguientes

#### Recomendaciones:

1. Con el propósito de simplificar la organización docente y permitir desplazamientos horizontales al comienzo de ciertas carreras de colaboración médica, se considera conveniente el establecimiento de normas comunes para la enseñanza de asignaturas básicas en carreras afines, particularmente en terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.

2. Se considera que la integración de los conocimientos debe ser motivo importante de consideración en la planificación docente, recomendándose que se estudie la posible aplicación de las nuevas modalidades de enseñanza integrada a las escuelas de terapia física.

3. Se considera que la enseñanza de la terapia física debe comprender los siguientes temas:

*Morfología humana (100 horas):* Comprende la anatomía descriptiva clásica y la histología, con énfasis en el aparato locomotor y el sistema nervioso. El

estudio de la esplanología y el sistema vascular será detallado solamente en los aspectos de interés para la carrera.

*Fisiología (150 horas)*: Comprende el estudio de las funciones del cuerpo humano, con énfasis en la fisiología del ejercicio.

*Anatomía funcional y biomecánica (150 horas)*: Comprende el estudio del movimiento segmentario e integrado, en sus aspectos descriptivos, fisiológicos y biomecánicos.

*Fundamentos de nosología médica y quirúrgica (250 horas)*: Comprende el estudio de las diferentes enfermedades, especialmente aquellas vinculadas con la terapia física. El nivel de estudios será el adecuado para la comprensión correcta de la terminología médica, la interpretación de las prescripciones, y la colaboración en la investigación y en el control de la evolución de los pacientes.

*Fisioterapia*: Se entiende que los conocimientos de fisioterapia que debe recibir el estudiante de terapia física están adecuadamente enumerados en la publicación de la Confederación Mundial de Fisioterapia titulada *Formación de fisioterapeutas\** (véase Anexo 1, pág. 27).

En consecuencia, se recomienda la aplicación de esas normas, con las siguientes modificaciones:

a) Suprimir las menciones al número de horas; la duración total del curso deberá ser de 500 horas.

b) Suprimir el título 1.g (Técnicas de rehabilitación); los epígrafes g(i), g(ii) y g(iii) pasarán respectivamente a ser f(vi), f(vii) y f(viii).

Se recomienda, asimismo, que se preste atención especial a la enseñanza de pruebas de evaluación y mediciones en todas las situaciones en que son aplicables. Esto no incluye investigaciones eléctricas clínicas con fines diagnósticos. La distribución de esta enseñanza en el tiempo se adecuará a las posibilidades de cada escuela. La instrucción será teórico-práctica.

*Práctica de terapia física (1,400 horas)*: Consiste en la práctica que los estudiantes de terapia física deben realizar con pacientes, adecuadamente supervisada, una vez estudiados y conocidos los procedimientos, con el propósito de adquirir experiencia satisfactoria para su ejercicio profesional. Esta práctica debe incluir pacientes de todas las edades y con diferentes estados patológicos.

*Psicología (60 horas)*: Debe comprender la enseñanza de los principios básicos de la psicología para la mejor comprensión de los pacientes, en particular aquellos en condición de invalidez.

*Administración y responsabilidad profesional (30 horas)*: En este punto se recomienda también la aplicación del mencionado texto de la Confederación Mundial de Fisioterapia (véase Anexo 2, pág. 29).

Se recomienda asimismo la inclusión de los siguientes temas: Enseñanza

---

\* Confederación Mundial de Fisioterapia. *Formación de fisioterapeutas*. Torquay: The Devonshire Press, págs. 13-15, septiembre de 1967.

de la historia, fundamentos y filosofía de la rehabilitación; relaciones interprofesionales, y legislación nacional, en lo pertinente.

*Sociología (30 horas)*: Comprende las nociones básicas necesarias para el mejor desenvolvimiento del terapeuta físico.

*Educación física (60 horas)*: Se impartirá dentro de las directivas y con la metodología habituales, y en forma eminentemente práctica, pero siempre con miras a mejorar la condición física del terapeuta físico, desarrollar aptitud para el trabajo con grupos de pacientes y conocer juegos y deportes de posible aplicación a personas en condición de invalidez.

*Conocimientos complementarios (30 horas)*: Comprende principalmente nociones de primeros auxilios, de enfermería, de trabajo hospitalario y de medicina sanitaria. Se podrán dictar también nociones generales de metodología del trabajo científico.

## 7. Exámenes

A intervalos regulares, los profesores que colaboran en la instrucción celebrarán exámenes escritos, orales y prácticos, para llevar un control del aprovechamiento del alumnado y de la eficacia de la enseñanza impartida. El método a seguir se ajustará a las normas vigentes en cada país.

## 8. Reconocimiento oficial

Se discutió la conveniencia de gestionar reconocimiento internacional, pero la moción fue rechazada por no ser de la competencia de la Conferencia. Finalmente, se aprobó la siguiente

### Recomendación:

Se considera que las escuelas de terapia física que reúnan los requisitos señalados deben ser reconocidas oficialmente en el país, mediante el procedimiento adecuado, confiriendo el diploma las autoridades nacionales competentes.

## 9. Auxiliares de terapia física

Después de una exhaustiva discusión del tema, se aprobó la siguiente

### Recomendación:

Para los trabajos de terapia física, se considera que el nivel de capacitación mínimo recomendable es el de terapeuta físico. Las situaciones de emergencia asistencial nacional deberán encararse con otros medios, como la formación acelerada de personal. Al desaparecer la emergencia, ese personal tendrá la opción de capacitarse al nivel de terapeuta físico cuando las condiciones del país lo permitan, mediante el ingreso a la escuela de terapia física existente o por habilitar. De no hacerlo así, no podrán continuar desempeñando esta actividad.



## TEMA C: EL ADIESTRAMIENTO DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES PARA AMERICA LATINA

### Requerimientos mínimos

#### INTRODUCCION

La Conferencia consideró que el documento preparado por la Federación Mundial de Ergoterapeutas (Normas mínimas recomendadas para la enseñanza de la terapia ocupacional, OMS Doc. CLERI/14, julio de 1970), ofrece una buena base para diseñar el contenido de los programas de las escuelas para terapeutas ocupacionales, pero que necesita ciertas adaptaciones para su uso en América Latina. En consecuencia se aprobaron los siguientes conceptos, que han sido introducidos en una versión revisada (véase Anexo 3, pág 30).

#### 1. Definición de la terapia ocupacional

Es una forma de tratamiento prescrita por el médico, que utiliza diversas actividades y relaciones interpersonales en un ambiente terapéutico, con el propósito de contribuir a la evaluación y recuperación de la función, a la utilización funcional de las capacidades residuales y al logro de la máxima independencia e integración social y laboral posible de pacientes con afecciones físicas y/o mentales.

El terapeuta ocupacional desempeña sus funciones como miembro de un equipo en: a) hospitales generales y especializados; b) centros de rehabilitación; c) programas de educación especial, y d) otras instituciones que proporcionan servicios de rehabilitación.

#### 2. Contenido del programa

Con respecto al contenido del programa se añadieron o redefinieron las siguientes:

#### MATERIAS FUNDAMENTALES

##### *Fundamentos de ciencias sociales y educación en salud pública*

Estos se imparten mediante conferencias, sesiones de trabajo, discusiones de grupo y visitas a hogares de pacientes, de manera que el terapeuta obtenga un conocimiento básico de la dinámica social, una mejor comprensión de los factores psicológicos, sociológicos, culturales y educativos—que determinan el comportamiento en materia de salud y enfermedad—y una actitud favorable al desarrollo de acciones educacionales dentro del programa de salud pública.

### *Fundamentos de nosología médico-quirúrgica*

Se relacionan con los distintos sistemas del organismo, pero conceden especial atención a las enfermedades más prevalentes en el país y a las enfermedades profesionales o no que afectan a los sistemas nervioso, muscular, osteoarticular, respiratorio y cardiovascular, y a los sentidos de la vista y de la comunicación. La amplitud de los temas deberá limitarse al nivel necesario en cuanto a etiología, patología, síntomas, incapacidad residual, tratamiento, pronóstico y precauciones para el trabajo en los procesos patológicos, en los cuales va a intervenir el terapeuta.

### *Fundamentos de rehabilitación*

*Médica.* Se complementarán los conocimientos generales adquiridos al estudiarse los fundamentos de nosología médico-quirúrgica en cuanto a las distintas entidades, lo que se hará mediante un enfoque integral del proceso de rehabilitación necesario a fin de que el terapeuta comprenda mejor y sitúe racionalmente el papel que en el mismo corresponde a la terapia ocupacional. En su desarrollo se dará preferencia a los cuadros prevalentes en el país.

*Profesional.* Se ofrecen con el propósito de que el terapeuta ocupacional tenga una visión más amplia del ambiente y futuro profesional del paciente y con este fin: a) aplique técnicas terapéuticas que tengan relación con el futuro profesional del paciente; b) efectúe la evaluación prevocacional, y c) facilite la formación profesional y colocación, en cooperación con los otros miembros del equipo.

Para ello, y en relación con los incapacitados, deberán impartirse principios básicos sobre rehabilitación profesional, evaluación y acondicionamiento para el trabajo, formación profesional y empleo, clasificación, análisis y métodos de trabajo, seguridad industrial, seguridad social y legislación laboral.

### *Fundamentos de administración de salud*

Su propósito es que el alumno adquiera un criterio claro en cuanto a la necesidad de aceptar las normas de administración en los servicios de salud tanto internamente como en su relación con la estructura general de salud. Comprenderá conocimientos básicos en cuanto a registros médicos y estadísticos, administración general, administración de salud y organización de los servicios de salud en el país. Se hará particular referencia a la planificación, administración y evaluación de los servicios de terapia ocupacional.

## ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

### *Rehabilitación profesional*

El estudiante complementará los conocimientos ya adquiridos en este campo mediante la experiencia práctica de ocupaciones en la Región y su análisis mediante visitas y experiencias breves en talleres de centros de formación profesional e industrias establecidas.

### 3. Duración de las materias

Se sugiere la siguiente relación en cuanto a la duración de las materias en el programa:

Materias fundamentales:	1,100 horas	(33.3%)
Anatomía	150 horas	
Fisiología	100	
Anatomía funcional y biomecánica	125	
Fundamentos de psicología	110	
Fundamentos de ciencias sociales y educación para la salud	30	
Fundamentos de nosología médico-quirúrgica	185	
Fundamentos de psiquiatría	70	
Teoría de la terapia ocupacional	170	
Fundamentos de rehabilitación Médica	70	
Profesional	70	
Fundamentos de administración de salud	20	
Actividades terapéuticas	1,100 horas	(33.3%)
Prácticas de terapia ocupacional	1,100 horas	(33.3%)

También se considera conveniente que cada país procure ajustar esta distribución de horas para hacerla compatible con la de materias similares en carreras finales.

Asimismo, se recomienda que las diferencias que puedan existir en el horario total asignado a esas carreras de nivel similar, sean en lo posible equilibradas, a fin de que los niveles de capacitación y la planificación docente tengan la mayor uniformidad.

### 4. Selección de estudiantes

En este aspecto es necesario tener en cuenta el nivel técnico de la profesión, el alcance del programa de enseñanza y las funciones que ha de desempeñar el terapeuta como miembro de un equipo de trabajo. Es particularmente recomendable que el estudiante haya terminado un nivel pre-universitario de educación.

Por lo tanto, se tomarán en cuenta las credenciales de estudio y trabajo, pero la selección no debe fundarse exclusivamente en calificaciones académicas sino tomando también en cuenta su capacidad intelectual, estabilidad emotiva, sentido de responsabilidad social y capacidad para establecer comunicación. Los procedimientos selectivos por pruebas especiales y la entrevista personal pueden ser útiles pero no necesarios.

La edad mínima de ingreso puede ser la aceptada para el nivel universitario en el país.

Se debe dar importancia a una buena salud física y mental. En todo caso, el número de alumnos deberá ser estrictamente adecuado a los recursos docentes de capacitación y a las posibilidades de su empleo profesional.

## 5. Principios básicos en la organización de programas de enseñanza

### ASESORAMIENTO MEDICO

Puesto que se considera que la terapia ocupacional es una forma de tratamiento que debe ser prescrita por un médico, es necesario que el programa de adiestramiento de terapeutas ocupacionales cuente con el asesoramiento médico adecuado; de ser posible, este asesoramiento debe proporcionarlo un médico especializado en rehabilitación y con suficiente experiencia en la modalidad de tratamiento que nos ocupa. Sin embargo, conviene consultar a las organizaciones médicas nacionales interesadas en el campo de la rehabilitación, así como a las autoridades de salud, con el objeto de adecuar el programa a las necesidades nacionales.

### PROMOCION DE CURSOS

En la actualidad la mayoría de los países de América Latina están en condiciones de auspiciar programas de adiestramiento para terapeutas ocupacionales afiliados a las facultades de medicina, lo que no sólo aseguraría el reconocimiento universitario, sino que también permitiría una enseñanza más completa. En aquellos lugares donde las universidades, por razones económicas o de otra índole, no estén en posibilidad de auspiciar directamente el programa, se recomienda que este se inicie dentro de un hospital general con departamentos de medicina física, rehabilitación y psiquiatría que garanticen la existencia de medios para el adiestramiento teórico y práctico de los estudiantes en el manejo de los problemas de incapacidades tanto físicas como psíquicas.

### AFILIACIONES

Debido a la necesidad de preparar terapeutas ocupacionales para América Latina con experiencia en el campo médico y profesional, los encargados del programa deberán asegurar, dentro de lo posible, la afiliación de hospitales generales con departamentos de medicina física y rehabilitación, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación, escuelas de educación especial, centros de preparación profesional y otras instituciones que proporcionan servicios de rehabilitación, y de ese modo capacitar al estudiante para atender los diversos problemas con los que se enfrentará en su práctica profesional.

## 6. Locales

Se considera indispensable contar con lo siguiente:

a) Aulas y laboratorios universitarios para la enseñanza teórico-práctica de las ciencias básicas.

b) Aulas propias en la escuela o facultad donde se dicte el curso para la enseñanza teórico-práctica de la terapia ocupacional y de las actividades terapéuticas con equipos adecuados, así como locales para las actividades administrativas.

c) Areas docentes organizadas y bien equipadas en los hospitales y en las secciones de terapia ocupacional de las instituciones donde los estudiantes concurren a sus prácticas.

Es recomendable disponer además de otros locales, tales como biblioteca y depósitos para material.

Debe hacerse la salvedad de que cuando sea difícil o imposible enseñar las actividades manuales, creadoras y prelaborales en locales propios de la escuela, pueden utilizarse otros recursos de la comunidad.

## 7. Coordinador del programa de enseñanza

Las escuelas de terapia ocupacional deben estar bajo la dirección de una facultad de medicina que cuente con un departamento de medicina física y rehabilitación y de psiquiatría.

Es imprescindible designar como coordinador técnico del curso a un terapeuta ocupacional competente, siendo conveniente que sea natural del país. Los requisitos que debe llenar serían esencialmente los siguientes:

a) *Preparación académica*: Ser graduado de una escuela o curso de adiestramiento en terapia ocupacional del nivel mínimo establecido (véase Anexo 3).

b) *Experiencia*: Un mínimo de dos años de experiencia de posgrado, la cual incluirá por lo menos un año en la supervisión de alumnos.

c) *Horario*: La dedicación al trabajo será a tiempo completo y de preferencia de dedicación exclusiva.

## 8. Adiestramiento de personal a nivel inferior

De manera muy especial se hace notar que los programas de formación de personal no deben existir en un nivel inferior al expresado (véase Anexo 3).

## 9. Asociaciones nacionales de terapia ocupacional

Se reconoce la conveniencia de que los terapeutas ocupacionales se organicen en asociaciones nacionales, que tendrían, además de otros objetivos, los siguientes:

a) asegurar que se observen las normas de ética profesional; b) contribuir a mantener un buen nivel profesional, y c) fomentar el mutuo conocimiento y las relaciones interprofesionales con otras asociaciones.

Se aprobaron además las siguientes

### Recomendaciones finales:

1. Es conveniente que los cursos existentes en América Latina adecúen sus programas a las normas contenidas en el anexo (pág. 30). Se recomienda en especial que las escuelas de nueva creación se ajusten íntegramente a dichas normas.

2. Se recomienda específicamente que las escuelas tengan reconocimiento universitario. Es fundamental que se programen dentro de las facultades de ciencias de la salud o facultades de medicina.

3. Como requisito indispensable para la iniciación de programas de enseñanza en terapia ocupacional, se deberá contar con un mínimo de dos secciones, una en un departamento de medicina física y rehabilitación y otra en un área psiquiátrica.

4. Antes de iniciar los cursos deberán evaluarse los requisitos económicos de los mismos, asegurando los fondos necesarios para el buen desarrollo de las actividades teóricas y prácticas.

5. Debe cuidarse que el número de estudiantes graduados guarde proporción con las oportunidades de empleo.

6. Los programas siempre deben encaminarse a la preparación de terapistas ocupacionales en forma integral. Sólo es aceptable la subespecialización una vez que el terapeuta haya adquirido experiencia en el campo general de la terapia ocupacional, debiendo realizar para ello curso de posgrado.

7. Debido a las limitaciones existentes en América Latina en cuanto a material didáctico y bibliográfico, se sugiere que las escuelas de terapia ocupacional hagan un esfuerzo en este sentido, y que la OPS, la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación y otros organismos internacionales fomenten la publicación y distribución de dicho material.

8. Se puso de manifiesto la diferencia en nomenclatura, por lo que se sugiere que la OPS estudie la posibilidad de uniformar la terminología española en terapia ocupacional y rehabilitación en general.

9. Se solicita a la OPS y a otros organismos internacionales que fomenten y faciliten el intercambio de profesores, becas para cursos de posgrado y reuniones periódicas en el campo de la terapia ocupacional. Cuando no existan escuelas de terapia ocupacional en el país, se recomienda la concesión de becas de pregrado, de preferencia en forma regional.

### TEMA D: EL PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES DENTRO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION EN AMERICA LATINA

Antes de entrar en la discusión del tema, se expresó la opinión de que la rehabilitación es un proceso dinámico en el cual intervienen factores médicos, sociales, psicológicos, educativos y profesionales que, aplicados conjuntamente, permiten la readaptación y reintegración del incapacitado a la sociedad. Por lo tanto, se acordó que los trabajadores sociales no deben ser simplemente administradores o informadores, sino que su participación debe efectuarse a nivel técnico.

### **1. Servicios sociales en centros de rehabilitación u hospitales con departamentos de rehabilitación**

Se consideró que la forma más adecuada en que debe estudiarse este tema es determinando la función específica del trabajador social en el proceso de rehabilitación.

Se discutieron las diversas áreas en las cuales debe situarse el trabajador social y se acordaron las siguientes: a) dentro del equipo; b) con el incapacitado; c) con la familia, y d) con la comunidad.

Teniendo esto en cuenta, se formularon las siguientes

#### **Recomendaciones:**

##### **DENTRO DEL EQUIPO**

1. Que no se considere integral el proceso de rehabilitación sin la participación del trabajador social en el equipo, puesto que el objetivo final de la rehabilitación es la adaptación social en el sentido más amplio del vocablo.

2. Que el trabajador social realice un estudio de evaluación de la situación socioeconómica ambiental del incapacitado y de su familia, en forma concomitante con los miembros del equipo que actúan en otras áreas.

3. Que participe en las reuniones de equipo en las cuales se discuten los problemas del incapacitado, para así colaborar en el plan general de rehabilitación.

4. Que continúe, conjuntamente con los miembros del equipo, el proceso de seguimiento del incapacitado hasta su completa reintegración a la comunidad.

##### **CON EL INCAPACITADO**

1. Que el trabajador social colabore para interesar al incapacitado en el plan de rehabilitación, a fin de obtener su participación activa en el mismo.

2. Que facilite asistencia individual de acuerdo a las necesidades del incapacitado (material, educativa y de orientación).

##### **CON LA FAMILIA**

1. Que el trabajador social colabore explicando a la familia el plan de rehabilitación y la oriente y motive para que participe en este proceso.

2. Que ayude a la familia a obtener los recursos económicos cuando fuera necesario.

3. Que trabaje con la familia para lograr la reintegración del incapacitado en su seno.

##### **CON LA COMUNIDAD**

1. Que el trabajador social conozca y utilice los recursos existentes en la comunidad para beneficio del incapacitado y de su familia.

2. Que establezca contactos con los servicios sociales de la comunidad para la continuación y el control del tratamiento del incapacitado.

3. Que en ausencia de orientadores profesionales y agentes de colocación, el trabajador social experimentado establezca contactos con la comunidad para obtener empleos.

4. Que coopere en el reclutamiento y formación de voluntarios.

5. Que colabore en la educación de la comunidad.

## **2. Servicios sociales localizados en lugares sin centros de rehabilitación u hospitales**

Considerando que toda persona incapacitada tiene el derecho a recibir ayuda y la oportunidad de rehabilitarse, no se puede olvidar a aquellos que viven lejos de los centros que tienen las facilidades necesarias.

Como la mayoría de los países de América Latina no tienen suficientes servicios de asistencia social ni trabajadores sociales especializados en rehabilitación se hace la siguiente

### **Recomendación:**

Que los servicios sociales en el área rural respondan a las recomendaciones formuladas en la parte pertinente del tema A: "Sistemas para la prestación de servicios de rehabilitación" (pág. 8).

## **3. Instrumentos de trabajo**

Después de una amplia discusión, se acordó que no se dejara de mencionar los instrumentos utilizados en el trabajo social, con el fin de delimitar las funciones del trabajador social dentro de un equipo multidisciplinario. En el desempeño de su trabajo utiliza como métodos específicos: caso, grupo y comunidad, a través de los siguientes medios:

a) Utilización de la documentación relativa al incapacitado.

b) Utilización de los recursos propios de la institución.

c) Coordinación del trabajo con otras instituciones a nivel profesional.

d) Utilización de los recursos de la comunidad mediante el empleo de las técnicas siguientes: entrevista; visita domiciliaria; observación sistemática; técnicas de grupo, e investigación.

## **4. Adiestramiento de trabajadores sociales en rehabilitación**

Se subrayó la necesidad de preparar un número suficiente de trabajadores sociales en rehabilitación con el fin de hacer frente a la creciente necesidad de especialistas en este campo. Por lo tanto, se formulan las siguientes

### **Recomendaciones:**

1. Que a la brevedad posible, las facultades o escuelas de trabajo social incluyan en sus programas enseñanza de materias de rehabilitación.



2. Que se proporcione dentro de los centros o departamentos de medicina física y rehabilitación el adiestramiento para trabajadores sociales, alumnos y/o profesionales.

3. Que las instituciones de rehabilitación (estatales y privadas) promuevan cursillos en campos especiales del trabajo social en rehabilitación. Este es el caso, por ejemplo, de la necesidad de capacitar más ampliamente al trabajador social para que actúe como agente de colocación dentro del equipo de rehabilitación.

## 5. Labor del psicólogo

### Recomendaciones

Considerando que el incapacitado presenta desajuste emocional, es indispensable que un psicólogo participe en el equipo de rehabilitación. El psicólogo debe poner su experiencia y conocimientos clínicos a disposición de este equipo.

### FUNCIONES

El psicólogo debe realizar una evaluación psicológica completa del incapacitado. Desempeñará sus funciones aplicando la psicología individual, de grupo y ambiental.

Debe informar al equipo sobre las variables de la personalidad del incapacitado para comprender mejor la forma en que va a responder al proceso de rehabilitación. También debe informar al equipo sobre la actitud que ha de adoptar hacia el incapacitado con problemas psicológicos especiales y sugerir la consulta psiquiátrica cuando sea necesario.

En el área de rehabilitación profesional, el psicólogo debe participar con el equipo cuando el incapacitado presente problema de readaptación al trabajo, orientándolo hacia un trabajo más adecuado. En el área de rehabilitación del niño y del adolescente incapacitado, debe colaborar con las educadoras para una mejor orientación psicopedagógica.

### ADIESTRAMIENTO

Debe proporcionarse adiestramiento para alumnos y/o profesionales en centros o departamentos de medicina física y rehabilitación.

Las facultades o escuelas de psicología deben incluir materias sobre rehabilitación.

### INVESTIGACION

Es aconsejable estimular la investigación en el campo de la rehabilitación para lograr un conocimiento más sistemático y comprensivo de las variables de la personalidad y de la motivación.

CURSO DE FISIOTERAPIA RECOMENDADO POR LA  
CONFEDERACION MUNDIAL DE FISIOTERAPIA\*

*Fisioterapia*

560 horas

1. Quinesiterapia 340 horas
  - a. Principios mecánicos del movimiento y su aplicación al cuerpo humano: fuerza, inercia, equilibrio, palancas, planos, ejes de movimiento, amplitud de movimiento, eje y base de gravedad.
  - b. Clasificación, definición y efectos fisiológicos de los movimientos activos y pasivos.
  - c. Tipos de contracción muscular y formas de trabajo de un músculo: concéntrica, excéntrica, estática; agonismo, antagonismo, sinergismo y fijación.
  - d. Finalidades del ejercicio: movilidad, fortalecimiento, coordinación, condicionamiento y corrección.
  - e. Valorización de la fuerza y amplitud por métodos manuales y medición de articulaciones.
  - f. Técnicas de reeducación
    - (i) Reeducación muscular individual.
    - (ii) Reeducación de grupos musculares.
    - (iii) Uso de las técnicas de facilitación neuromuscular.
    - (iv) Uso de aparatos de ayuda: cinchas, muelles, pesos y poleas.
    - (v) Ejercicios en el agua (hidroterapia).
  - g. Técnicas de rehabilitación
    - (i) Reeducación, análisis y corrección de la marcha.
    - (ii) Técnicas en colchoneta con la finalidad de fortalecimiento funcional de la potencia muscular existente.
    - (iii) Adiestramiento en el uso de medios asistenciales, tales como férulas, abrazaderas, prótesis, muletas, sillas de ruedas, para:
      1. La reeducación de la independencia en las actividades de la vida diaria.
      2. Facilitación de los desplazamientos.
      3. Control de movimientos anormales.
  - h. Ejercicios de adaptación general, postura, relajación y recreo. Aplicación de la quinesiología a las condiciones de trabajo.
2. Masaje y manipulaciones 50 horas †
  - a. Teoría de los efectos y contraindicaciones.
  - b. Manipulaciones del masaje: "effleurage", "stroking", amasamiento, fricciones, percusión.
  - c. Manipulaciones de las articulaciones por medios pasivos: movimientos pasivos relajados, realizados con tracción manual; estiramiento de los tejidos

\* *Formación de fisioterapeutas*. Torquay: The Devonshire Press, 1967, págs. 13-15.

† En este período se adquirirá solamente un conocimiento de los principios básicos del masaje. Se requerirá mucha práctica para alcanzar un grado satisfactorio de destreza.

blandos para corregir las deformidades; tracción por métodos mecánicos o manuales. La movilización de las articulaciones por medios activos se enseñará en la quinesiterapia.

- d. Manipulaciones forzadas de la articulaciones. Como esta es una técnica altamente especializada, que requiere un conocimiento y experiencia apropiados, deberá practicarse solamente en cursillos para posgraduados. Los estudiantes de fisioterapia aprenderán únicamente los principios teóricos.
3. Electroterapia y tratamientos asociados 170 horas

a. Física

Los epígrafes reseñados más abajo tienen como finalidad una preparación previa de los temas incluidos en el siguiente párrafo b. La necesidad de esta sección, o parte de ella, deberá ser considerada teniendo en cuenta los conocimientos exigidos para el ingreso de los estudiantes.

Electricidad: teoría electrónica de la electricidad.

Electricidad estática. Conductores, aisladores, potencial, resistencia, intensidad de la corriente. Ley de Ohm. Ionización. Emisión termo-iónica. Capacidad. Inducción electro-magnética.

Magnetismo: Teoría molecular del magnetismo. Propiedades de los imanes. Campos magnéticos.

Aplicación práctica de lo anterior: Resistencias en serie y en paralelo. Reostatos. Rectificadores. Transformadores estáticos. Bobinas de reacción. Aparatos de medida. Condensadores. Triodos. Fusibles. Instalaciones con tres cables.

- b. Producción, propiedades físicas, efectos fisiológicos y aplicaciones terapéuticas de las siguientes modalidades:

Onda corta.

Micro-ondas.

Rayos infra-rojos: generadores luminosos y no luminosos.

Rayos ultra-violeta.

Ultrasonido.

Calor por conducción: ccra, fomentos, baño de remolino.

Crioterapia: hielo, "spray" de cloruro de etilo.

Corrientes de baja frecuencia: su uso terapéutico y diagnóstico.

Corriente continua.

(Aunque no pertenecen a la electroterapia en sentido estricto, se han incluido en esta sección todas las formas de termoterapia, así como el hielo, puesto que parece que este lugar es el más lógico para estudiarlo.)

c. Técnicas

Cuando se hayan considerado los efectos fisiológicos de las modalidades de tratamiento más arriba mencionadas, se debe estudiar el modo de aplicarlas a las partes del cuerpo que se tratan con más frecuencia, tanto teórica como prácticamente; los estudiantes recibirán y aplicarán los tratamientos por turno.

## CURSO DE ADMINISTRACION RECOMENDADO POR LA CONFEDERACION MUNDIAL DE FISIOTERAPIA\*

*Administración de un departamento y responsabilidad profesional* 20 horas

1. Dirección
  - a. Métodos de control, de asistencia, tratamiento y progreso de los pacientes.
  - b. Cuidado y mantenimiento del equipo.
  - c. Cooperación con los departamentos y unidades de otros hospitales.
  - d. Organización de un departamento de fisioterapia.
2. Responsabilidad profesional
  - a. Ética

La moral profesional en la labor, tanto docente como clínica, es de suma importancia. Debe inculcarse cuidadosamente a los estudiantes la dignidad profesional, el comportamiento debido y necesaria discreción con los pacientes.
  - b. Organizaciones nacionales e internacionales

Se explicará a los estudiantes la categoría que confiere el ser miembro de una organización profesional. Se les informará sobre la historia de la asociación nacional de fisioterapia (si está ya constituida) y de las responsabilidades de los fisioterapeutas graduados hacia su asociación profesional nacional; así como de la historia, finalidades y funciones de la Confederación Mundial de Fisioterapia.

---

\* *Formación de fisioterapeutas.* Torquay: The Devonshire Press, 1967, pág. 16.

## Anexo 3

# RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE ADIESTRAMIENTO DE TERAPISTAS OCUPACIONALES

### TEMAS ESTUDIADOS

- |  |   |
|--|---|
| 1. Definición de la terapia ocupacional                            | Promoción de cursos                               |
| 2. Programa de enseñanza   | Afiliaciones                                      |
| Duración del programa  | Pruebas, exámenes y certificados                  |
| Contenido del programa   | Colocación de graduados                           |
| Materias fundamentales   | Locales   |
| Actividades terapéuticas   | Apoyo económico                                   |
| Prácticas de terapia ocupacional                                   | Personal docente y administrativo                 |
| Duración de las materias   | Coordinación del programa de enseñanza            |
| Sugerencias relativas a la preparación de horarios                 | 5. Continuidad de la enseñanza                    |
| 3. Selección de estudiantes  | 6. Adiestramiento de personal a nivel inferior    |
| 4. Principios básicos en la organización de programas de enseñanza | 7. Asociaciones nacionales de terapia ocupacional |
| Asesoramiento médico   |   |

## 1. Definición de la terapia ocupacional

Es una forma de tratamiento prescrita por el médico, que utiliza diversas actividades y relaciones interpersonales en un ambiente terapéutico, con el propósito de contribuir a la evaluación y recuperación de la función, a la utilización funcional de las capacidades residuales y al logro de la máxima independencia e integración social y laboral posible de pacientes con afecciones físicas y/o mentales.

El terapeuta ocupacional desempeña sus funciones como miembro de un equipo en: a) hospitales generales y especializados; b) centros de rehabilitación; c) programas de educación especial, y d) otras instituciones que proporcionan servicios de rehabilitación

## 2. Programa de enseñanza

La formación profesional del terapeuta ocupacional debe consistir en un programa educativo fundamental que lo capacite para realizar posteriormente estudios continuos; su enseñanza debe tender a la formación de un profesional de nivel adecuado para el desempeño de funciones específicas, proporcionándole un adiestramiento integral que le permita participar y desenvolverse dentro de un equipo de trabajo, establecer buenas relaciones interpersonales con el paciente y comprender la problemática de ese paciente como parte de un grupo social.

Debe estar igualmente capacitado para participar en los programas de rehabilitación que se ejecutan de acuerdo con las necesidades propias de cada país. Asimismo la

enseñanza debe ser integral, incluyendo materias que cubran en forma adecuada los aspectos físicos de la salud mental y los aspectos prevocacionales.

Este programa será la base para que el terapeuta ocupacional continúe su educación en áreas especializadas.

#### DURACION DEL PROGRAMA

Con el fin de cumplir con estas normas mínimas es preciso que el programa dure un período no inferior a los dos años y medio, pero es recomendable que tenga una duración mayor que permita desarrollar un programa de 3,300 horas.

#### CONTENIDO DEL PROGRAMA

El programa comprende tres aspectos: a) materias fundamentales; b) actividades terapéuticas, y c) prácticas de terapia ocupacional.

Cada uno de ellos abarcará una tercera parte del programa total, iniciándose las prácticas cuando los dos primeros aspectos hayan sido desarrollados suficientemente.

Es importante que en todo momento se mantenga correlación entre la enseñanza teórica y la experiencia práctica.

Para el mejor desarrollo del programa es recomendable que este se lleve a cabo en universidades que faciliten recursos humanos, físicos y materiales, tales como profesores, aulas y laboratorios.

Por lo que respecta a las prácticas, estas deberán llevarse a cabo en instituciones que permitan al estudiante conocer todas las áreas que serán de su competencia.

#### *Materias fundamentales*

##### 1. *Ciencias básicas*

*Anatomía y fisiología*, que comprenda todos los sistemas del organismo, pero con particular énfasis en los sistemas nervioso, muscular y osteoarticular.

En fisiología se procurará ampliar los conocimientos en cuanto a fisiología muscular y su aplicación al trabajo. Las demostraciones prácticas con cadáveres y en laboratorios de fisiología deben ser suficientes. Tanto la anatomía como la fisiología podrán darse como materias separadas, pero conservando siempre la unidad que ambas representan.

*Anatomía funcional y biomecánica*, que comprende la mecánica de la función muscular y de los movimientos simples y coordinados, pruebas musculares y mediciones de la movilidad articular.

*Fundamentos de ciencias sociales y educación en salud pública*. Estos se imparten normal y su desarrollo desde la infancia, las relaciones interpersonales y de grupo, especialmente en el ambiente de trabajo, los principios de aprendizaje y enseñanza, los fines y la variedad de las pruebas psicológicas, los fundamentos de la orientación profesional y la psicología industrial, los aspectos psicológicos de la enfermedad y la invalidez y el efecto de la hospitalización.

*Fundamentos de ciencias sociales y educación en salud pública*. Estos se imparten mediante conferencias, sesiones de trabajo, discusiones de grupo y visitas a hogares de pacientes, de manera de que el terapeuta obtenga un conocimiento básico de la

dinámica social, una mejor comprensión de los factores psicológicos, sociológicos, culturales y educativos—que determinan el comportamiento en materia de salud y enfermedad—y una actitud favorable al desarrollo de acciones educacionales dentro del programa de salud pública.

#### 2. *Fundamentos de nosología médico-quirúrgica*

Se relacionan con los distintos sistemas del organismo, pero conceden especial atención a las enfermedades más prevalentes en el país y a las enfermedades profesionales o no que afectan a los sistemas nervioso, muscular, osteoarticular, respiratorio, cardiovascular, y a los sentidos de la vista y de la comunicación. La amplitud de los temas deberá limitarse al nivel necesario en cuanto a etiología, patología, síntomas, incapacidad residual, tratamiento, pronóstico y precauciones para el trabajo en los procesos patológicos en los cuales va a intervenir el terapeuta.

#### 3. *Fundamentos de psiquiatría*

Comprenderá los conceptos básicos de los trastornos comunes psiconeuróticos y psicóticos de la personalidad y los psicofisiológicos; retraso mental, trastornos psicológicos de la infancia y adolescencia, alcoholismo, dependencia de drogas y epilepsia.

Complementariamente se dará orientación en relación a los principios de tratamiento y a la legislación existente sobre los pacientes psiquiátricos.

#### 4. *Teoría de la terapia ocupacional*

Consta de tres aspectos:

*Introducción.* Comprende el concepto de rehabilitación, de trabajo en equipo, la definición de la terapia ocupacional, su historia profesional y gremial, funciones y campo de acción; ética profesional y relaciones del terapeuta ocupacional dentro del equipo de salud; función de los demás miembros del equipo, y la utilización de las actividades, las relaciones interpersonales, y el ambiente terapéutico como medios de tratamiento.

*Terapia ocupacional aplicada a los problemas físicos.* Deberán enseñarse las técnicas de evaluación funcional del paciente, el análisis de las actividades terapéuticas, su aplicación en un plan de tratamiento y su graduación progresiva, con objeto de lograr la máxima recuperación funcional y el aumento de la tolerancia para trabajar; la evaluación y el adiestramiento en actividades de la vida diaria (actividades básicas cotidianas, actividades de independencia personal) con el fin de obtener la mayor independencia posible del paciente en la alimentación, vestido, higiene y comunicación, utilizando cuando sea necesario equipo adaptado; el método de adiestramiento de pacientes con prótesis y ortesis de miembro superior; y ayudar al ama de casa incapacitada a readaptarse a la rutina hogareña, dándole asesoramiento e instrucción acerca de adaptaciones del equipo doméstico y simplicación de tareas.

*La terapia ocupacional aplicada a los problemas de salud mental,* comprenderá el estudio de las relaciones interpersonales y el uso de las mismas en el tratamiento; la interacción de grupos; su enfoque dinámico; la selección y clasificación de actividades (inclusive las de la vida diaria—manuales, creadoras, sociales, culturales y recreativas) para satisfacer las necesidades del paciente; la coordinación de la terapia ocupacional con otros tratamientos y con los medios de la comunidad.

#### 5. *Fundamentos de rehabilitación*

*Médica.* Se complementarán los conocimientos generales adquiridos al estudiarse los fundamentos de nosología médico-quirúrgica en cuanto a las distintas entidades, lo que se hará mediante un enfoque integral del proceso de rehabilitación necesario a fin

de que el terapeuta comprenda mejor y sitúe racionalmente el papel que en el mismo corresponde a la terapia ocupacional. En su desarrollo se dará preferencia a aquellos cuadros prevalentes en el país.

*Profesional.* Se ofrecen con el propósito de que el terapeuta ocupacional tenga una visión más amplia del ambiente y futuro profesional del paciente y con este fin: a) aplique técnicas terapéuticas que tengan relación con el futuro profesional del paciente; b) efectúe la evaluación prevocacional, y c) facilite la formación profesional y colocación, en cooperación con los otros miembros del equipo.

Para ello, y en relación con los incapacitados, deberán impartirse principios básicos sobre rehabilitación profesional, evaluación y acondicionamiento para el trabajo, formación profesional y empleo, clasificación, análisis y métodos de trabajo, seguridad industrial, seguridad social y legislación laboral.

#### 6. *Fundamentos de administración de salud*

Su propósito es que el alumno adquiera un criterio claro en cuanto a la necesidad de aceptar las normas de administración en los servicios de salud tanto internamente como en su relación con la estructura general de salud. Comprenderá conocimientos básicos en cuanto a registros médicos y estadísticos, administración general, administración de salud y organización de los servicios de salud en el país. Se hará particular referencia a la planificación, administración y evaluación de los servicios de terapia ocupacional.

#### *Actividades terapéuticas*

Las actividades que se enseñen deberán estar íntimamente ligadas a la realidad económica y cultural del país. El terapeuta ocupacional debe conocer una diversidad de actividades en un grado que le permita utilizarlas para:

- a) Interesar a pacientes niños, adolescentes y adultos y de distinta capacidad de aprendizaje.
- b) Crear un ambiente terapéutico que permita el establecimiento de relaciones individuales y de grupo.
- c) Evaluar las habilidades, aptitudes y limitaciones del paciente.
- d) Mejorar las funciones físicas y psíquicas.
- e) Estimular a los pacientes para que colaboren en su restablecimiento.
- f) Atender a pacientes en cama y con graves limitaciones físicas y/o psíquicas.

A través de su aprendizaje el estudiante desarrollará su sentido estético, su habilidad y práctica para el uso y cuidado de herramientas, equipo y materiales. Adquirirá además conocimientos de métodos de enseñanza de las actividades.

Se sugiere la clasificación de actividades siguientes:

*Actividades manuales y creadoras:* Pueden comprender actividades tales como carpintería, tejido en telar, cerámica y artes gráficas y plásticas. Los estudiantes deberán tener un conocimiento firme de los elementos básicos de cada actividad enseñada y adquirir la suficiente habilidad para utilizarlos en el tratamiento. La importancia de tales habilidades como medios de comunicación y expresión no verbales debe ponerse de manifiesto, concediendo atención especial a los métodos de adaptación para invalideces específicas.

*Adiestramiento en la independencia personal:* Las aptitudes o actividades de la vida diaria que capaciten a una persona para ser independiente deberán relacionarse con la



cultura y las costumbres del país de que se trate, así como con la invalidez específica.

*Equipo adaptado:* Comprenderá nociones de mecánica sencilla y su relación con el uso de medios y equipo. El estudiante habrá de poseer experiencia en hacer adaptaciones convenientes para necesidades específicas. Deberá considerarse el equipo necesario a las actividades del hogar y del trabajo.

*Diseño, construcción y uso de férulas:* Comprenderá el conocimiento de los principios de la fabricación de férulas y de los materiales y métodos de construcción. El estudiante deberá poseer experiencia de trabajo con algunos de estos materiales básicos, y también en la confección de algunos de ellos.

*Rehabilitación profesional:* El estudiante complementará los conocimientos en este campo adquiriendo experiencia práctica en ocupaciones de la región y haciendo su análisis mediante visitas y experiencias breves en talleres de centros de formación profesional e industrias establecidas.

*Actividades recreativas y sociales:* El estudiante deberá conocer la forma en que las actividades recreativas pueden utilizarse como medios de tratamiento de los incapacitados físicos y mentales, adultos y niños, así como su importancia en la rehabilitación total del paciente.

### *Prácticas de terapia ocupacional*

Estas constituyen la tercera parte del programa de enseñanza, y cronológicamente deben iniciarse cuando el estudiante haya adquirido suficiente formación en las materias que se han enumerado anteriormente y esté en condiciones de recibir adiestramiento relativo a la aplicación de aquellas materias fundamentales y actividades terapéuticas en el tratamiento de los pacientes.

Las prácticas requieren un mínimo de 1,100 horas en secciones de terapia ocupacional, efectuadas de preferencia a tiempo completo. Las instituciones asistenciales que participen en el programa docente deben estar conscientes de su responsabilidad. Los servicios que acepten estudiantes para prácticas deben tener dirección médica y contar con un supervisor que será un terapeuta ocupacional graduado con un mínimo de un año de experiencia. Se recomienda que estos se capaciten para llenar esas funciones, y que siempre que sea posible dicho adiestramiento consista en un curso formal. Debe existir un método oficial de notificación de la capacidad y del rendimiento de los alumnos y mantenerse una estrecha relación entre el coordinador de los cursos y los supervisores en los centros de práctica.

La práctica de terapia ocupacional debe brindar al alumno las siguientes oportunidades:

- a) Llevar a la práctica, bajo supervisión especificada, lo aprendido con anterioridad, entrando en contacto directo con el paciente.
- b) Aumentar su capacidad para establecer dicho contacto y la comunicación con las personas en forma individual y de grupo y para dirigir actividades terapéuticas de grupo.
- c) Adquirir habilidad para el análisis y evaluación de las necesidades del paciente y de su funcionalismo en cada etapa del tratamiento, para poder determinar lo que se requerirá de él en esas etapas sobre los lineamientos generales de la prescripción médica.

d) Adquirir experiencia para seleccionar, aplicar y supervisar las actividades terapéuticas y prevocacionales.

e) Participar en las reuniones clínicas y adquirir experiencia en la comprensión de las indicaciones verbales y escritas del médico y a su vez rendir informes verbales o escritos.

f) Participar en las obligaciones administrativas de la sección.

#### DURACION DE LAS MATERIAS

Se sugiere la siguiente relación en cuanto a la duración de las materias en el programa:

Materias fundamentales	1,100 horas (33.3%)	
Anatomía	150	"
Fisiología	100	"
Anatomía funcional y biomecánica	125	"
Fundamentos de psicología	110	"
Fundamentos de ciencias sociales y educación para la salud	30	"
Fundamentos de nosología médico-quirúrgica	185	"
Fundamentos de psiquiatría	70	"
Teoría de la terapia ocupacional	170	"
Fundamentos de rehabilitación:		
Médica	70	"
Profesional	70	"
Fundamentos de administración de salud	20	"
Actividades terapéuticas	1,100	" (33.3%)
Prácticas de terapia ocupacional	1,100	" (33.3%)

También se considera conveniente que cada país procure ajustar esta distribución de horas para hacerla compatible con la de materias similares en carreras finales.

Asimismo, se recomienda que las diferencias que pueden existir en el horario total asignado a esas carreras de nivel similar, sean en lo posible equilibradas, a fin de que los niveles de capacitación y la planificación docente tengan la mayor uniformidad.

#### SUGERENCIAS RELATIVAS A LA PREPARACION DE HORARIOS

Cuando en la misma institución se ofrezcan cursos de terapia ocupacional y de otras profesiones paramédicas y afines, es conveniente y práctico para la enseñanza de materias comunes a estos grupos profesionales que las mismas se ofrezcan en una clase conjunta. Esto representa un ahorro de tiempo, economía en número de profesores, y en la utilización de aulas y laboratorios. No obstante, se reconoce que combinar dos o más grupos requiere, en un momento determinado, cierto compromiso en la preferencia del orden e importancia de las materias y el grado de profundidad con que se presentan. El problema puede reducirse ofreciendo clases básicas en común y luego dividiendo los grupos en clases de repaso o laboratorio, dando así la oportunidad de aumentar el tiempo necesario para que ciertas materias se traten con mayor profundidad.

No obstante, debe hacerse una advertencia. Es muy tentador para los administradores que no intervienen directamente en las complejidades de un horario, instar a que se combinen varios grupos de clases y que estas sean comunes para todos. Inevitable-

mente, el horario resulta tan rígido que las materias profesionales quedan relegadas a un segundo lugar en los arreglos del programa. Especialmente en los países o localidades donde los medios son escasos deben utilizarse cuando se disponga de ellos; es de suma importancia mantener la flexibilidad, de forma que el horario pueda aplicarse donde y como sea necesario.

### 3. Selección de estudiantes

En este aspecto es necesario tener en cuenta el nivel técnico de la profesión, el alcance del programa de enseñanza y las funciones que ha de desempeñar el terapeuta como miembro de un equipo de trabajo. Es particularmente recomendable que el estudiante haya terminado un nivel pre-universitario de educación.

Por lo tanto, se tomarán en cuenta las credenciales de estudio y de trabajo, pero la selección no debe fundarse exclusivamente en calificaciones académicas sino tomando también en cuenta su capacidad intelectual, estabilidad emotiva, sentido de responsabilidad social y capacidad para establecer comunicación. Los procedimientos selectivos por pruebas especiales y la entrevista personal pueden ser útiles pero no necesarios.

La edad mínima para el ingreso puede ser la aceptada para el nivel universitario en el país.

Se debe dar importancia a una buena salud física y mental. En todo caso, el número de alumnos deberá ser estrictamente adecuado a los recursos docentes de capacitación y a las posibilidades de su empleo profesional.

### 4. Principios básicos en la organización de programas de enseñanza

#### ASESORAMIENTO MEDICO

Puesto que se considera que la terapia ocupacional es una forma de tratamiento que debe ser prescrita por un médico, es necesario que el programa de adiestramiento de terapeutas ocupacionales cuente con el asesoramiento médico adecuado; de ser posible, este asesoramiento debe proporcionarlo un médico especializado en rehabilitación y con suficiente experiencia en la modalidad de tratamiento que nos ocupa. Sin embargo, conviene consultar a las organizaciones médicas nacionales interesadas en el campo de la rehabilitación, así como a las autoridades de salud, con el objeto de adecuar el programa a las necesidades nacionales.

#### PROMOCION DE CURSOS

En la actualidad la mayoría de los países de América Latina están en condiciones de auspiciar programas de adiestramiento para terapeutas ocupacionales, afiliados a las facultades de medicina, lo que no sólo aseguraría el reconocimiento universitario, sino que también permitiría una enseñanza más completa. En aquellos lugares donde las universidades, por razones económicas o de otra índole, no estén en posibilidad de auspiciar directamente el programa, se recomienda que este se inicie dentro de un hospital general con departamentos de medicina física, rehabilitación y psiquiatría que garanticen la existencia de medios para el adiestramiento teórico y práctico de los estudiantes en el manejo de los problemas de incapacidades tanto físicas como psíquicas.

## AFILIACIONES

Debido a la necesidad de preparar terapeutas ocupacionales para América Latina con experiencia en el campo médico y profesional, los encargados del programa deberán asegurar, dentro de lo posible, la afiliación de hospitales generales con departamentos de medicina física y rehabilitación, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación, escuelas de educación especial, centros de preparación profesional y otras instituciones que proporcionan servicios de rehabilitación, y de ese modo capacitar al estudiante para atender los diversos problemas con los que se enfrentará en su práctica profesional.

## PRUEBAS, EXAMENES Y CERTIFICADOS

Con objeto de determinar el rendimiento de los estudiantes, son imprescindibles las evaluaciones periódicas y los exámenes en todas las materias, para lo cual se debe tener un régimen adecuado. Se debe prestar particular atención a la calificación de las prácticas, la que, si bien es difícil, debe tratar de hacerse con la mayor objetividad. Se sugiere que se permita al alumno evaluar el período de práctica recibida. Es muy importante que se mantenga una estrecha coordinación entre la escuela y los supervisores de prácticas.

Al término del curso es esencial que los estudiantes reciban algún certificado o diploma que les garantice reconocimiento profesional, no sólo por parte de su propia profesión, sino también por las profesiones afines y en lo posible con un reconocimiento oficial similar al de categorías comparables, tales como terapeutas físicos y trabajadores sociales. Esto es importante para mantener el nivel profesional del terapeuta ocupacional graduado en relación con otras categorías menores.

Las escuelas deben tener un cuidado especial en mantener un registro del desarrollo del curso y del rendimiento de los alumnos.

En general, el rendimiento del alumno no debe medirse sólo por el resultado de los exámenes, sino que debe constituir un proceso de evaluación en el cual se tomen en consideración sus aptitudes generales, su capacidad para razonar y deducir, y su comportamiento con el paciente.

## COLOCACION DE GRADUADOS

Las escuelas deben prestar toda la ayuda posible al terapeuta ocupacional graduado, no sólo para facilitarle su colocación sino para promover la apertura de nuevos campos de trabajo. Por ello deberá mantener un equilibrio entre el número de graduados y las necesidades reales del país.

Si bien es conveniente que los nuevos graduados se inicien en una sección de terapia ocupacional ya organizada, esto no es lo corriente y por ello es importante que reciban una capacitación para desenvolverse eficazmente en la organización de nuevos servicios. Con preferencia serían recomendables cursos de posgrado para aquellos graduados que desempeñan funciones docentes. Los organismos internacionales serían de utilidad para auspiciar estos programas.

Se recomienda el intercambio entre los países latinoamericanos de terapeutas ocupacionales con experiencia docente.

## LOCALES

Se considera indispensable contar con lo siguiente:

a) Aulas y laboratorios universitarios para la enseñanza teórico-práctica de las ciencias básicas.

b) Aulas propias en la escuela o facultad donde se dicte el curso para la enseñanza teórico-práctica de la terapia ocupacional y de las actividades terapéuticas con equipos adecuados, así como locales para las actividades administrativas.

c) Areas docentes organizadas y bien equipadas en los hospitales y en las secciones de terapia ocupacional de las instituciones donde los estudiantes concurren a sus prácticas.

Es recomendable disponer además de otros locales, tales como bibliotecas y depósitos para material.

Debe hacerse la salvedad de que cuando sea difícil o imposible enseñar las actividades manuales, creadoras y prelaborales en locales propios de la escuela, pueden utilizarse otros recursos de la comunidad.

## APOYO ECONOMICO

Debe contarse con el suficiente apoyo económico como para cubrir los sueldos del personal docente y para el equipo, los libros y los medios de enseñanza.

Si el programa se establece en un hospital, es fundamental que sea un hospital docente, de preferencia adscrito a una facultad de medicina, y que los estudiantes no sean utilizados para tratar pacientes, salvo cuando la experiencia constituya una actividad de aprendizaje auténtica.

## PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO

El personal docente necesario puede dividirse en tres categorías:

a) Personal médico y afin para la enseñanza de materias médicas y conexas (físicas y mentales).

b) Terapistas ocupacionales para enseñar la teoría y práctica de la terapia ocupacional y para supervisar las prácticas en los diferentes campos.

c) Instructores de actividades terapéuticas (artes manuales y otras). Pueden ser terapistas ocupacionales, pero la utilización de auxiliares de docencia (técnicos en ciertas actividades con experiencia previa en la docencia), garantizará un elevado nivel técnico. Estas personas deben recibir orientación con respecto a la utilización de las actividades prácticas en terapia ocupacional. La aplicación terapéutica de la actividad deberá enseñarse en todos los casos por terapistas ocupacionales en forma integrada con el aprendizaje de la técnica.

Se recomienda fomentar en los distintos países la formación de personal docente de carrera en terapia ocupacional.

Es indispensable contar con el personal administrativo necesario para mantener registros e inventarios, llevar la correspondencia y reproducir material didáctico, a fin de lograr el mejor desarrollo de los cursos y la consiguiente economía de tiempo del personal profesional.

## COORDINACION DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA

Las escuelas de terapia ocupacional deben estar bajo la dirección de una facultad de medicina que cuente con un departamento de medicina física y rehabilitación y de psiquiatría.

Es imprescindible designar como coordinador técnico del curso a un terapeuta ocupacional competente, siendo conveniente que sea natural del país. Los requisitos que debe llenar serían esencialmente los siguientes:

a) *Preparación académica:* Ser graduado de una escuela o curso de adiestramiento en terapia ocupacional del nivel mínimo establecido en este documento.

b) *Experiencia:* Un mínimo de dos años de experiencia de posgrado, la cual incluirá por lo menos un año en la supervisión de alumnos.

c) *Horario:* la dedicación al trabajo será a tiempo completo y de preferencia de dedicación exclusiva.

### 5. Continuidad de la enseñanza

Las normas contenidas en este documento proveen una base firme para la formación de terapeutas ocupacionales, a partir de la cual deberán continuar adquiriendo conocimientos en campos especializados.

Los graduados iniciadores de la terapia ocupacional en un país deberán estar preparados para emprender las actividades en cualquier lugar y en cualquier aspecto que se requiera, pero deberá ofrecérseles ocasión para aumentar su conocimiento y habilidades en campos especiales si se desea perfeccionar el servicio ofrecido a los pacientes.

Así pues, debe considerarse la provisión de prácticas y cursos de estudio para graduados y, según los servicios culturales y de salud del país en cuestión, pudiera haber posibilidades en lo siguiente:

a) Cursos concentrados en determinados campos especiales del tratamiento, en los cuales puede concederse al terapeuta ocupacional licencia con sueldo. Estos cursos se organizarán en colaboración con otras disciplinas, como fisioterapia, trabajo social, etc., insistiéndose en los cursos en la forma de coordinar o combinar los diversos tratamientos para producir un resultado satisfactorio.

b) Cursos de estudios a largo plazo realizados con carácter individual y conforme a determinadas directrices de "adiestramiento en el servicio" (por ejemplo: el terapeuta ocupacional conservará su empleo a tiempo parcial o completo, adquiriendo experiencia práctica mientras estudie). El terapeuta ocupacional será asignado a la escuela de adiestramiento y recibirá instrucción complementaria como y cuando lo necesite, bien sea por correspondencia o acudiendo semanalmente durante unas cuantas horas a la escuela de adiestramiento, o con carácter periódico, según los factores geográficos.

c) En algunos países es posible obtener becas o bolsas de estudio otorgadas por el Gobierno o por fundaciones privadas, a fin de permitir a los terapeutas competentes que realicen investigaciones o estudios en su propio país o en el extranjero. Debe investigarse la existencia de oportunidades de esta clase y someterlas a la consideración de los graduados.

d) Debe encargarse a las autoridades responsables que faciliten a los terapeutas una cantidad razonable de licencias con sueldo para que asistan a conferencias y congresos relativos a la rehabilitación y otras materias pertinentes a su trabajo, ya que es mucho lo que puede ganarse no sólo de las clases programadas, sino también de los debates oficiosos que se producen con las demás personas interesadas en estas materias.

## **6. Adiestramiento de personal a nivel inferior**

De manera muy especial se hace notar que los programas de formación de personal no deben existir en un nivel inferior al expresado en este documento.

## **7. Asociaciones nacionales de terapia ocupacional**

Se reconoce la conveniencia de que los terapeutas ocupacionales se organicen en asociaciones nacionales, que tendrían, además de otros objetivos, los siguientes: a) asegurar que se observen las normas de ética profesional; b) contribuir a mantener un buen nivel profesional, y c) fomentar el mutuo conocimiento y las relaciones interprofesionales con otras asociaciones.

# DOCUMENTOS DE TRABAJO





# EL CENTRO DE REHABILITACION

Dr. Miguel Angel Aguilera<sup>1</sup>

Todo programa de rehabilitación, para cumplir con su finalidad esencial, debe contar con uno o varios centros de rehabilitación. Cuando mencionamos centros de rehabilitación nos referimos a unidades integrales, en donde se restablece la función y la capacidad de trabajo de los incapacitados para que tengan oportunidad de devengar un salario, por mínimo que sea, que les otorgue dignidad a su existencia. En los casos en que sea necesario recurrir a técnicos especializados, los centros habrán de contar con los llamados centros de rehabilitación especial, que tienen todos los elementos indispensables para casos especiales.

El centro de rehabilitación, para que funcione adecuadamente, debe ser integral y disponer de los elementos necesarios para reintegrar totalmente a la vida productiva a los pacientes bajo su cuidado.

Los centros integrales de rehabilitación tienen una función clara y concreta: atender todos aquellos casos que necesitan tratamiento ulterior como resultado de secuelas incapacitantes que no permiten el retorno a la vida productiva. Los centros de rehabilitación especial son para la atención de ciegos, sordomudos, epilépticos, enfermos psiquiátricos, paralíticos cerebrales, etc. El espíritu y la filosofía que deben regir en los centros de rehabilitación debe ser diferente al de los hospitales generales, y deben facilitar la reincorporación a la familia y al trabajo.

El centro de rehabilitación debe ser amplio, con suficiente espacio, bien equipado y dotado de personal médico con experiencia, responsable y especializado.

Para funcionar adecuadamente debe establecer una relación estrecha y coordinar esfuerzos con todas las unidades del programa de rehabilitación, manteniendo hasta donde sea posible la acción directora y organizadora del mismo bajo el control de la jefatura de los departamentos de rehabilitación.

Para su funcionamiento necesita del siguiente personal:

## *Servicios técnicos*

1. Jefatura del departamento de medicina física y rehabilitación
2. Dirección médica  
Consejo consultivo
3. Junta técnica

## *Servicios clínicos*

4. Servicio de admisión con sección de registros médicos
5. Servicio de medicina física

---

<sup>1</sup> Director, Centro de Rehabilitación, Guatemala, Guatemala.

6. Servicio de rehabilitación con secciones de:
  - Fisioterapia
  - Terapia ocupacional
  - Terapia recreativa
  - Terapia educativa y correctiva
  - Terapia del lenguaje; fonoaudiología
  - Enfermería
7. Sección de reorientación profesional, con subsecciones de:
  - Consejo vocacional
  - Educación especial
  - Adiestramiento profesional
  - Reinstalación o colocación en el trabajo
8. Taller de prótesis y ortesis
9. Servicio de psiquiatría con sección de psicología clínica
10. Servicio de medicina y cirugía general
11. Servicio de urología
12. Servicio de cirugía plástica
13. Servicio pediátrico
14. Servicio de medicina interna
15. Servicio de nutriología con sección de dietética
16. Servicio de radiología
17. Servicio de laboratorio
18. Médicos internos y residentes
19. Servicio de evaluación y clasificación de incapacidades
20. Servicio social
21. Consulta externa
22. Salas de hospitalización para: parapléjicos, amputados, cardiacos y accidentes cerebrovasculares, casos respiratorios, casos generales, mujeres, aislamiento y pediatría.

*Servicios administrativos:*

23. Administración
24. Secretaría general
25. Servicios auxiliares
26. Servicios varios
27. Servicios de mantenimiento

## SERVICIOS TECNICOS

### **Dirección médica**

Tiene bajo su responsabilidad la dirección, supervisión, organización, planificación y ejecución de las técnicas científicas apropiadas para la buena marcha y funcionamiento del centro de rehabilitación.

*Personal.* Un director médico especializado en medicina física y rehabilitación con experiencia en dirección ejecutiva de centros de rehabilitación.

#### *Jefatura de departamento*

Su finalidad es organizar y ejecutar los planes de trabajo y técnicas científicas recomendadas en la rehabilitación de los pacientes.

*Personal.* Un jefe de departamento médico especializado en medicina física y rehabilitación.

### CONSEJO CONSULTIVO

El consejo consultivo está integrado por el director, el jefe de departamento, los jefes de servicio y el administrador. Establecerá las técnicas terapéuticas y de enfermería del centro en general, entendiéndose que ninguna persona o grupo, aisladamente, podrá hacer tales modificaciones, salvo el consejo consultivo.

### Junta técnica

La junta técnica es un organismo interno del centro y sus decisiones son definitivas dentro del mismo para la resolución de casos bajo tratamiento.

*Funcionamiento.* Se constituye bajo la presidencia del director técnico con asistencia del jefe de departamento, de los médicos jefes, subjefes y auxiliares de medicina y cirugía general, jefes de los diferentes servicios, médicos y jefes de servicio de fisioterapia y terapia ocupacional, servicio social y psicología y de los que, a juicio de la propia junta, deban ser invitados.

## SERVICIOS CLINICOS

### Servicio de admisión

Lleva el control de pacientes referidos al centro, regularizando su admisión y distribución. Debe contar con un médico especializado encargado del servicio.

### SECCION DE REGISTROS MEDICOS

Esta sección tiene por finalidad llevar un registro de los casos admitidos y egresados del centro, con objeto de formular estadísticas, archivar los expedientes y obtener conclusiones e informes indispensables para la preparación de trabajos científicos y de las labores generales. Debe ser atendido por un especialista en registros médicos.

### Servicio de medicina física

Atiende casos ambulatorios y con lesiones que permitan la recuperación a corto plazo.

*Personal*

1. Un jefe de servicio especializado en medicina física y rehabilitación
  2. Un subjefe de servicio especializado en fisioterapia
  3. Médicos auxiliares del servicio especializado
- El personal depende del número de pacientes a atender.

**Servicio de rehabilitación**

El servicio de rehabilitación se dedica a atender a los pacientes que sufren traumas profundos y a los gravemente incapacitados que necesitan de rehabilitación integral. Su finalidad principal es no sólo devolverles su capacidad física, sino reintegrarlos a la vida productiva.

*Personal*

1. Un jefe del servicio de rehabilitación, especializado en medicina física y rehabilitación
  2. Un subjefe del servicio de rehabilitación especializado en fisioterapia
  3. Médicos auxiliares del servicio de rehabilitación (especializado)
  4. Médicos residentes
- El personal depende del número de pacientes a atender.

SECCIONES DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA  
FISICA Y REHABILITACION

*Fisioterapia*

La sección de fisioterapia es una dependencia del servicio de medicina física, en donde se aplican todos los principios y conocimientos científicos para el tratamiento de pacientes referidos.

*Personal*

1. Un jefe de fisioterapistas, fisioterapista graduado, con especialización
  2. Fisioterapistas graduados
  3. Auxiliares prácticos de fisioterapia
- El personal depende del número de pacientes a atender.

*Terapia ocupacional*

La sección de terapia ocupacional tiene por finalidad practicar los tratamientos prescritos por los médicos de acuerdo con las técnicas establecidas de la especialidad, con objeto de completar las otras técnicas terapéuticas y acelerar el proceso de recuperación de los pacientes.

*Personal*

1. Un jefe de terapia ocupacional, terapeuta ocupacional especializado
2. Terapeutas ocupacionales graduados
3. Ayudantes de terapia ocupacional

### *Terapia recreativa*

Efectuar los tratamientos prescritos, utilizando los métodos de recreación recomendados.

#### *Personal*

1. Terapistas especializados
2. Auxiliares prácticos

### *Fonoaudiología (terapia del habla)*

Esta sección es de suma importancia. Debe desempeñarla personal altamente especializado en esta rama científica.

#### *Personal*

1. Un jefe de sección (fonoaudiólogo especializado)
  2. Terapistas de lenguaje (fonoaudiólogos)
- El personal depende del número de pacientes a atender.

### *Enfermería*

Esta sección tiene por objeto complementar los tratamientos prescritos por los médicos, administrando medicinas, haciendo curaciones y todo el trabajo técnico que le sea encomendado.

#### *Personal*

1. Una enfermera jefe, supervisora graduada especializada
  2. Enfermeras graduadas
  3. Auxiliares prácticas de enfermería.
- El personal depende del número de pacientes a atender.

### **Reorientación profesional**

La sección de reorientación y rehabilitación profesional tiene como finalidad el seleccionar, rentar y colocar de nuevo en el trabajo a todos aquellos pacientes que, como consecuencia de la gravedad de las lesiones sufridas, se encuentran imposibilitados para volver al trabajo productivo. Se divide en cuatro subsecciones:

1. Consejo vocacional y selección de rehabilitantes
2. Educación especial
3. Adiestramiento profesional
4. Reinstalación en el trabajo

Para llenar esta finalidad debe contar con el siguiente personal:

1. Un jefe de sección de reorientación profesional, consejero vocacional graduado y especializado
2. Consejeros vocacionales graduados
3. Maestros de talleres para adiestramiento profesional
4. Una persona dedicada a colocar a los pacientes en empleos o trabajos.

### *Educación especial*

Tiene por finalidad el preparar adecuadamente a los afiliados en conocimientos básicos, previos a la iniciación del aprendizaje formal en los talleres, corrigiendo defectos que infieren.

#### *Personal*

1. Maestros educadores especializados

### *Arte y fotografía*

Es de gran utilidad para preparar material de trabajos y docente.

#### *Personal*

1. Un jefe especializado
2. Auxiliares

### **Taller de prótesis y aparatos ortésicos**

El taller de aparatos protésicos y ortopédicos tiene a su cargo la fabricación de toda clase de aparatos para uso de los pacientes, así como la reparación de todos aquellos que por deterioro, debido al uso constante, necesiten ser reparados.

#### *Personal*

1. Un jefe del taller de prótesis, especializado
2. Un asistente del jefe del taller de prótesis
3. Ayudante del taller
4. Auxiliares del taller

### **Servicios especializados**

1. Servicio de psiquiatría
2. Servicio de medicina y cirugía general
3. Servicio de urología
4. Servicio pediátrico
5. Servicio de cirugía plástica
6. Servicio de nutriología
7. Servicio de radiología
8. Laboratorio
9. Servicio de evaluación y clasificación

### **Sección de servicio social**

Lleva a cabo el estudio socioeconómico de los casos referidos al centro, presentando conclusiones y haciendo las recomendaciones pertinentes en cada caso, para tratar de resolver adecuadamente los problemas que se presenten.

*Personal*

1. Una jefe trabajadora social especializada
2. Trabajadoras sociales graduadas
3. Secretarias

## SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

### **Administración**

La administración tiene a su cargo todo lo que se refiere al buen funcionamiento de los servicios esenciales, abastecimiento, suministros y mantenimiento. Supervisa al personal correspondiente, incluyendo secretarias y otros auxiliares.

*Personal*

1. Un administrador especializado
2. Secretarias
3. Servicios auxiliares
4. Servicios varios
5. Servicios de mantenimiento

## CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL

### **Areas físicas**

Capacidad: 150 pacientes internos  
150 pacientes externos

### **Programa general**

1. Administración
2. Servicios médicos
3. Fisioterapia
4. Terapia ocupacional
5. Rehabilitación profesional
6. Taller de prótesis
7. Hospitalización
8. Servicios generales

## PROGRAMAS PARTICULARES

### **Administración**

1. Entrada principal y vestíbulo
2. Sala de espera general, para un promedio de 50 pacientes



3. Sala de espera para consulta externa, para un promedio de 30 pacientes
4. Un servicio de admisión, con capacidad para tres escritorios y un archivo
5. Una sala para registros médicos y un archivo
6. Una sala para dirección técnica, escritorio y mobiliario
7. Una sala para la secretaría de la dirección y archivo
8. Una sala para la administración, escritorio y mobiliario
9. Una sala para secretaría general, con cuatro escritorios y archivo
10. Un salón para sesiones para la junta técnica y el consejo consultivo, con capacidad para 15 personas, con una mesa de conferencia
11. Una biblioteca y sala de lectura para personal, con capacidad para 20 personas
12. Un aula para docencia, con capacidad para 30 personas en escritorios unipersonales, cátedra, pizarras y aparatos de proyección
13. Un área para vestidores y apartados para el personal técnico
14. Tres garages para vehículos
15. Servicios sanitarios
16. Closets para artículos de limpieza
17. Planta telefónica
18. Portería e información
19. Oficina para control de pagos

## PROGRAMAS ESPECIALES

### Servicios médicos

1. Una sala de exámenes clínicos para la admisión de pacientes
2. Una oficina para médico de admisión, con un escritorio
3. Una sala para curaciones e inyecciones
4. Una sala para exámenes urológicos
5. Una sala para tratamientos especiales, enyesados, etc.
6. Una sala para emergencias
7. Una sala para esterilización
8. Una bodega para medicinas
9. Una sala para enfermeras, con tres escritorios
10. Una sala para trabajadores sociales, con tres escritorios
11. Una sala de espera para servicio social
12. Tres salas para conferencias privadas, para uso de los trabajadores sociales
13. Seis cubículos para exámenes médicos del servicio de medicina física
14. Tres cubículos para exámenes de pacientes de consulta externa
15. Una sala de espera para estos servicios
16. Un servicio de rayos X
17. Un taller de fotografía y arte
18. Una sala para psicología clínica con dos cubículos
19. Una sala para exámenes psiquiátricos
20. Una sala para terapia del habla (fonoaudiología)

21. Una sala para exámenes audiométricos
22. Una sala para exámenes psicométricos
23. Una sala de espera para estos servicios
24. Una sala para electrodiagnóstico
25. Aparatos, servicios sanitarios, vestidores para personal de esta sección
26. Closets, armarios para artículos de limpieza
27. Laboratorio
28. Servicios auxiliares

### **Terapia ocupacional**

1. Una oficina para el jefe de terapeutas ocupacionales, con capacidad para dos escritorios
2. Un área para tratamiento general de terapia ocupacional, con capacidad para 30 pacientes
3. Una sala para actividades de la vida diaria
4. Una sala para trabajos en cuero y metal, con capacidad para 20 personas
5. Una sala para evaluación de pacientes, con capacidad para 5 personas
6. Una sala para trabajos en madera, con capacidad para 20 personas
7. Una sala para trabajos en tejidos, con capacidad para 10 pacientes
8. Una sala para trabajos de terapia recreativa, con capacidad para 40 personas
9. Una sala para terapia ocupacional, prevocacional, con capacidad para 5 personas
10. Una sala para terapia de coordinación, con capacidad para 10 personas
11. Una sala para adiestramiento profesional, con capacidad para 5 pacientes
12. Servicios sanitarios
13. Vestidores
14. Closets de limpieza y utilería
15. Bodega
16. Servicios varios

### **Fisioterapia**

1. Una oficina para el jefe fisioterapeuta, con capacidad para 3 escritorios
2. Una sala para electroterapia
3. Una sala para hidroterapia, con capacidad para baños de pierna y brazo, 10 unidades
4. Una sala para tanques de Hubbard, 1 ó 2 unidades
5. Una piscina con agua caliente
6. Una sala para radiaciones, con capacidad para 15 pacientes
7. Una sala para mecanoterapia, con capacidad para 50 pacientes
8. Una sala para ejercicios individuales con 10 cubículos y 10 mesas de tratamiento
9. Un gimnasio para parapléjicos, con capacidad para 20 pacientes
10. Un gimnasio para ejercicios generales, con capacidad para 30 pacientes

11. Un gimnasio para amputados, con capacidad para 10 pacientes
12. Una sala para ejercicios de la mano, con capacidad para 20 pacientes
13. Una sala para ejercicios de resistencia, con capacidad para 30 pacientes
14. Una sala de espera para estas secciones, con capacidad para 30 personas
15. Un aula para discusión de casos y enseñanza de personal, con capacidad para 30 personas
16. Una sala para terapia laboral, con capacidad para 50 personas
17. Una sala para deambulaci3n correctiva, con capacidad para 10 pacientes
18. Una sala para fisioterapia cardiovascular, con capacidad para 5 pacientes
19. Una sala para fisioterapia respiratoria, con capacidad para 5 pacientes
20. Una sala con 6 cubículos para ejercicios individuales para pacientes externos
21. Una sala de espera extra, para pacientes externos ambulatorios, con capacidad para 20 personas
22. Vestidores
23. Closets, utilería y servicios de limpieza
24. Servicios sanitarios
25. Bodegas suficientes

### **Sección de rehabilitación profesional**

1. Una oficina de rehabilitación profesional con dos escritorios y dos cubículos para entrevistas
2. Talleres para adiestramiento profesional
3. Taller de sastrería
4. Taller de radiotécnica
5. Taller de zapatería
6. Taller de talabartería
7. Taller de plomería
8. Taller de carpintería
9. Taller de hilados y tejidos
10. Taller de panadería
11. Sección de jardinería
12. Sección de horticultura
13. Sección de avicultura
14. Areas verdes (suficientemente amplias)
15. Vestidores para los pacientes externos
16. Vestidores y apartados para el personal
17. Servicios sanitarios
18. Oficina para colocación en el trabajo

### **Taller de prótesis**

1. Una oficina para el jefe del taller, con capacidad para 3 escritorios
2. Una sala para deambulaci3n correctiva
3. Una sala para medidas y pruebas de prótesis

4. Una bodega para el material que se está utilizando en el taller
5. Una sala-recibidor
6. Una sección de zapatería
7. Una sección de corsetería
8. Una sección de metales
9. Una sección para trabajos de pierna y brazo
10. Una sección para trabajos plásticos
11. Una sección para trabajos en madera
12. Una bodega local
13. Vestidores para el personal
14. Servicios sanitarios

### **Hospitalización**

1. Cinco salas para pacientes parapléjicos, con capacidad para 6 personas cada una, con servicios sanitarios, ducha y vestidores
2. Dos salas para pacientes amputados, con capacidad para 6 personas cada una
3. Salas para pacientes cardíacos y una sala para pacientes con accidentes cerebrovasculares, con capacidad para 6 pacientes cada una
4. Una sala para pacientes respiratorios, con capacidad para 6 pacientes
5. Dos salas para pacientes con enfermedades neuromusculares, con capacidad para 6 pacientes cada una
6. Dos estaciones para fisioterapia, cada una con escritorio
7. Dos estaciones de enfermería, con un escritorio por cada estación
8. Diez salas generales para dormitorios de pacientes, con capacidad para 10 camas cada una, provistas de dos servicios sanitarios, dos duchas y dos closets cada una
9. Dos salas para aislamiento, con capacidad para 10 pacientes cada una
10. Sala con 10 camas para atención pediátrica
11. Guardarropas, apartados, bodega, etc.

### **Servicios generales**

1. Cocina
2. Lavandería
3. Comedor
4. Bodega general
5. Sección de mantenimiento
6. Acceso para ambulancias que llevan pacientes al hospital o que los recogen allí
7. Area para vestidores de pacientes externos
8. Gimnasio general bajo techo. Podrá ser usado como auditorio previniendo en su diseño cabinas de proyección para películas y un escenario
9. Area para médicos residentes, enfermeras y otro personal permanente
10. Area para servicios religiosos
11. Area para deportes

### Otros aspectos

Se recomienda ubicar lo más cerca posible y en el mismo piso las áreas de fisioterapia y terapia ocupacional.

También contiguos y en el mismo piso deben estar los dormitorios para pacientes parapléjicos, pacientes que hayan sufrido accidentes, o que tengan problemas cardiovasculares, respiratorios y neuromusculares.

Se recomienda que haya suficientes áreas para estacionamiento de vehículos, áreas de recreación, áreas verdes y áreas de árboles.

### Recomendaciones especiales

Se recomienda que los dormitorios para pacientes parapléjicos, cardiacos, con accidentes cerebrovasculares y neuromusculares tengan todas las comodidades propias para este tipo de pacientes:

1. Buena iluminación.
2. Camas bastante separadas con suficiente espacio para movilización de sillas de ruedas y férulas de volteo; servicios sanitarios amplios con características especiales, todo de buena construcción.
3. Los talleres tanto de prótesis como de rehabilitación profesional pueden y deben construirse con amplitud, pero con materiales apropiados y de forma sencilla y económica.
4. Las áreas de dormitorios generales y los servicios técnicos también deben fabricarse en forma sencilla para que los gastos no sean muy elevados.
5. Los servicios generales deben construirse siguiendo un plan que se ajuste a la programación general.

## ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

Antes de ser admitidos deben ser examinados y calificados por el servicio de admisión, que examina los casos, ordena inmediatamente la hospitalización y dispone quienes habrán de ser atendidos como pacientes ambulatorios.

Después de la investigación socioeconómica y de los exámenes clínicos de los pacientes para comprobar su estado de salud, se les somete a tratamiento bajo la dirección de los médicos fisiatras en las diferentes secciones del centro. Los casos que únicamente necesiten atención médica fisiátrica se refieren al servicio de medicina física y rehabilitación médica. Aquellos que necesitan reorientación profesional y readaptación profesional y readaptación laboral se refieren a los servicios de rehabilitación integral, y se les aplican todos los recursos y técnicas necesarios, hasta que el incapacitado pueda realizar un trabajo que le permita recibir un salario mínimo. El servicio de evaluación y planificación dictamina sobre las condiciones del incapacitado para atender a las necesidades laborales y de la vida normal. Los talleres y granjas de rehabilitación asimilan y ayudan a los casos más difíciles.

## TALLERES PROTEGIDOS

Se ha discutido mucho sobre la necesidad de mantener talleres protegidos en los programas de seguros sociales. A nuestro juicio, estos talleres cumplen una magnífica labor dentro de la protección general que la seguridad social presta a sus afiliados y complementan los servicios de rehabilitación integral. Es cierto que el costo de funcionamiento de los talleres protegidos es elevado, pero la misión que cumplen al facilitar oportunidad de trabajo remunerado a los lisiados incapaces de producir en otra forma es insustituible. Cuando en la comunidad existan talleres de esta naturaleza, pero que funcionan fuera del régimen de seguridad social, es preferible aprovechar estos servicios, firmando contratos o convenios que fortalezcan económica y materialmente a ambas instituciones. Así se evita la duplicación de esfuerzos y se mejoran las condiciones de los mismos.

El tipo de taller básico debe ser el resultado de un estudio de las lesiones incapacitantes y las condiciones del mercado de trabajo.

En general, en nuestro medio funcionan talleres de artesanías y labores mecánicas de fácil realización, que tienen buena aceptación para la venta, tales como la producción de productos típicos.

Para el funcionamiento de talleres protegidos, hay que disponer de suficiente espacio físico, bien iluminado y ventilado, del equipo mínimo indispensable para obtener el máximo rendimiento de los productos, y del personal bien preparado, no sólo en fabricación y reparación, sino en enseñanza práctica bien dirigida.

El personal debe estar constituido por un jefe supervisor de talleres; maestros de taller; auxiliares, y personal administrativo.

A los servicios prestados por los talleres protegidos hay que agregar la posibilidad de mantener granjas agrícolas de rehabilitación.

## GRANJAS DE REHABILITACION

En América Latina, la utilización de granjas agrícolas, avícolas y de otra clase es de gran importancia para lograr la rehabilitación de muchos casos, ya que estos son, en una gran mayoría, campesinos afiliados al seguro social. Si se utilizan métodos agrícolas y técnicas avanzadas y se les sitúa en un medio muy similar al medio en que siempre han vivido y en el que saben desenvolverse, se evitará la emigración a las ciudades y el abandono de la familia. Las granjas necesitan de espacio mayor y de personal muy seleccionado para que sus labores sean eficientes. Los esfuerzos que se realizan para organizar y hacer funcionar granjas de rehabilitación siempre son fructíferos.

El personal estará constituido por un agrónomo jefe; maestros especializados; personal auxiliar, y personal administrativo.

## CENTROS DE REHABILITACION ESPECIAL

Denominamos centros de rehabilitación especial a aquellos que por la naturaleza de los pacientes o de sus lesiones o enfermedades necesitan atención especial y equipo altamente especializado.

Los centros más caracterizados son los de rehabilitación de ciegos, audición y lenguaje, parálisis cerebral o espástica, epilepsia, alcoholismo crónico, casos psiquiátricos, etc. Estos centros desempeñan un papel importante y cada uno necesita de condiciones especiales, propias de su labor.

### **Docencia**

La labor docente debe efectuarse en estas unidades de rehabilitación aprovechando los recursos existentes para preparar en la mejor forma al personal médico y paramédico, y utilizándolos a la vez para investigación práctica.

En los servicios de rehabilitación debe impartirse enseñanza en diferentes niveles, coordinando esfuerzos con otros establecimientos encargados de preparar este personal.

### **Investigación**

No debe olvidarse la práctica de investigación sistemática en los centros de rehabilitación, utilizando métodos sencillos. En principio puede obtenerse información y resultados prácticos, técnico-científicos de alto valor. A medida que se desarrollan los programas, es necesario realizar estudios de investigación más completos para lograr una participación decisiva en la educación del personal médico y paramédico.

El centro de rehabilitación integral es la unidad de rehabilitación más apropiada para enseñar y llevar a cabo investigaciones útiles.

Todas las prácticas y el adiestramiento en el trabajo de la enseñanza paramédica se pueden realizar en las diferentes secciones de un centro de rehabilitación. Las escuelas de fisioterapia, de terapia ocupacional, prótesis, enfermería, trabajo social, fonoaudiología, consejo vocacional, etc., tienen un campo maravilloso para practicar y aprender al máximo los conocimientos teórico-prácticos que sus profesionales exigen.

Todo centro de rehabilitación debe constituirse en una unidad de enseñanza, y los centros mejor dotados y de mayor capacidad deben utilizarse como unidades docentes a nivel regional.

## **CONCLUSIONES**

1. Los centros de rehabilitación integral representan la unidad más completa de rehabilitación, permitiendo la reincorporación al trabajo productivo de los casos más difíciles y complicados.

2. Los centros de rehabilitación integral deben ser establecidos en todos los países de América Latina, de acuerdo con las necesidades y características economicosociales de cada región.

3. Los centros de rehabilitación constituyen las unidades modelo para impartir docencia y prácticas de investigación.

# EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (FISIATRÍA) EN HOSPITALES DOCENTES

Dr. Livio Paolinelli<sup>1</sup>

## Consideraciones generales

A continuación se ofrece un esquema de lo que debe ser el departamento de medicina física y rehabilitación de un hospital docente.

El departamento de medicina física y rehabilitación de un hospital docente debe poseer el personal, la organización, el equipo y el área física imprescindible para ofrecer facilidades docentes y de investigación a los alumnos de medicina, carreras profesionales de colaboración, y a los egresados de todas ellas. De lograrse esta meta, a través del Continente se contaría con departamentos docentes uniformes en sus elementos básicos, con la ventaja indudable de lo que ello significa.

Los requisitos mínimos recomendables para el departamento de medicina física y rehabilitación en un hospital docente fueron tratados y resumidos en el Informe Final de la Reunión del Grupo de Estudio sobre Capacitación de Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación (Santiago, Chile, octubre de 1969).<sup>2</sup> En aquella reunión, el Dr. Miguel Angel Aguilera presentó un detallado documento sobre el tema, y basado en lo que allí se discutió y aprobó, se ha elaborado gran parte de este trabajo.

## 1. Requerimientos de personal

### *Médicos*

Fisiatras (cantidad mínima: 2)

Requisitos y condiciones de trabajo. Adiestramiento docente previo.

Disponer de tiempo completo y, siempre que sus labores asistenciales y administrativas lo permitan, dedicar a la docencia la mitad del horario diario. De lo contrario, el número de especialistas debe ser tal que pueda dedicarse un mínimo de 6 horas diarias a la docencia.

---

<sup>1</sup> Jefe, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital "J. J. Aguirre", Santiago, Chile.

<sup>2</sup> *Publicación Científica de la OPS* 213, 1970.



**Otros especialistas**

Psiquiatra (cantidad mínima: 1)

Requisitos y condiciones de trabajo. Experiencia en trabajo con inválidos y dedicación de un mínimo de dos horas diarias al servicio.

Consultores indispensables (neurólogo, reumatólogo, cirujano ortopedista).

Requisitos y condiciones de trabajo. Contacto continuo con el departamento a través de visitas y reuniones periódicas con los médicos de planta (fisiatras y psiquiatra). Participación en actividades docentes.

Consultores de segunda prioridad (internista, urólogo, cirujano general y plástico, pediatra, oculista, otorrinolaringólogo (foniatra), geriatra).

Requisitos y condiciones de trabajo. Colaboración con el departamento cuando se requiera. Participación en algunos aspectos docentes.

**Profesionales paramédicos**

Grupo indispensable: Se considerarían como tales a todos los integrantes del equipo de rehabilitación de que disponga el país respectivo. Se consideraría equipo completo el siguiente: terapeuta físico, terapeuta ocupacional, psicólogo, asistente social, técnico protesista, orientador profesional, terapeuta de la comunicación humana, tecnólogo médico (electrodiagnóstico), enfermera.

Grupo mínimo. En ningún caso debe considerarse como departamento docente el que no cuente en su planta, o que al requerirse no tuviera disponible, los siguientes profesionales: terapeuta físico, terapeuta ocupacional, asistente social, psicólogo, técnico protesista, terapeuta de la comunicación humana.

Requisitos y condiciones de trabajo. Los profesionales que colaboran con un departamento docente deben tener adiestramiento docente y poder dedicar parte de su horario a la enseñanza y a la investigación.

**2. Requerimientos de servicios**

*Requisitos mínimos.* Se considerarán como tales los que corresponden a los profesionales del equipo de rehabilitación con que cuente el país. Los servicios comprenderán las secciones siguientes: terapia física; terapia ocupacional y recreativa; asistencia social; ortesis y prótesis; terapia de la comunicación humana; psicología; electrodiagnóstico; docencia; investigación, y hospitalización (6-12 camas).

### 3. Requerimientos de equipo

#### *Equipo para asistencia y docencia*

##### Equipo mínimo

Diagnóstico médico y evaluación general. Clínica con elementos indispensables para curaciones, inyecciones, equipo para medir la presión arterial, martillo de percusión, espirómetro, juego de goniómetros, oscilómetro, pododinómetro, hilos a plomo.

Electrodiagnóstico. Electromiógrafo de un canal, cámara fotográfica y estimulador. Tester y juego de herramientas para realizar trabajos en electrónica y medición de agujas-electrodos.

Terapias físicas. Ultratermia, ultrasonido, compresas húmedas, baño de parafina, infrarrojos, ultravioleta, estimulador eléctrico, tracción cervical y lumbar, paralelas, barras y pesas, muletas y bastones, colchonetas, rejillas suspendidas y juego de poleas, espaldaderas, mesa oscilante, espejo de cuerpo entero para terapia física y ocupacional, escalera de práctica, rueda de barco, sillas de rueda, andadores, tanque de Hubbard o su equivalente.

Terapia ocupacional. El equipo necesario para trabajar de acuerdo con las artesanías, industrias y desarrollo del país; el equipo mínimo consistiría de: banco y herramientas para carpintería, telares de mesa y de pie, herramientas para trabajo en cuero y repujado en metal, cocina y tablero de actividades de la vida diaria, máquina de coser y elementos de costura y bordado, máquinas de escribir (una eléctrica), elementos de dibujo y para modelado en arcilla o materiales blandos, y prueba de evaluación propioceptiva y coordinación visomotora.

Terapia de la comunicación humana. Espejos de mesa, guía lenguas, juguetes sonoros; grabadora de cinta, equipo reproductor de discos y discos de sonidos onomatopoyéticos; juegos psicopedagógicos, espejo de Glatzel y botellas de Peschel; audiómetro (también puede hacerse la prueba en el departamento de otorrinolaringología del hospital); audífonos y equipo reeducador múltiple (Chromovox).

Ortesis y prótesis. Equipo de herramientas para confección y reparación de ortesis; facilidades para que los alumnos asistan al taller de confección de aparatos protésicos y ortopédicos mayores.

##### Equipos opcionales

Diagnóstico médico y evaluación general. Dinamómetros, ergómetro eléctrico, termómetro eléctrico; treadmill, respirómetro, polígrafo (cuadro canales).

Electrodiagnóstico. Electromiógrafo de dos canales, cámara fotográfica, grabador de cinta, estimulador y pantalla con persistencia de imagen; cronaxímetro.

Terapia física. Microondas, mesa de Elgin, bicicleta fija, elevador hidráulico, piscina o tanque de Hubbard para marcha, baños de torbellino.

Terapia ocupacional. Dormitorio y toilette acondicionados para enseñar actividades de la vida diaria; horno y torno para cerámica y horno para grabado en metal; taller para fabricación de dispositivos de adaptación; imprenta.

#### *Equipo para la enseñanza*

Equipo mínimo. Proyector de transparencias; colección de transparencias en sus aspectos fundamentales (anatomía, equipos, anatomía funcional, etc.); grabadora de cinta magnética; mimeógrafo y máquina de escribir eléctrica; biblioteca básica sobre la especialidad; colección de películas sobre la especialidad propia o mediante el sistema de préstamo.

Equipos opcionales. Equipo de videotape; proyectores individuales y colección de cintas cinematográficas de la especialidad para autoenseñanza.

#### 4. Requerimientos de locales

##### *Requisitos mínimos*

Sala de hospitalización (6 a 12 camas)	
Gimnasio	50 m <sup>2</sup>
Cubículos para tratamiento individual	50 m (10 de 2.5 x 2 m)
Salón de hidroterapia	40 m
Salón de terapia de la comunicación humana	20 m
Salón de electrodiagnóstico	16 m
Salón de terapia ocupacional y recreativa	46 m
Salas para actividades de la vida diaria	20 m
Taller de ortesis	12 m
Sala de examen, enfermería y curaciones	18 m
Servicio social	6 m
Sala de psicología	6 m
Oficina del médico jefe	12 m
Oficinas para médicos	12 m
Sala para personal paramédico	16 m
Secretaría	9 m
Area docente	
Oficinas (medicina y otras)	12 m
Sala de clases y reuniones	26 m
Biblioteca	12 m
Area para investigación	24 m
Bodegas y baños	26 m
Corredores y salas de espera	Según distribución arquitectónica

TOTAL: 433 m<sup>2</sup>

*Instalaciones opcionales*

En la planificación del centro se debe tomar en consideración la ampliación de las secciones precedentes, según se requiera. El área dedicada a investigación se podría ampliar hasta llegar a 50 m; en el área de la enseñanza la expansión podría dividirse así: sala de demostraciones hasta 30 m, biblioteca y sala cine hasta 30 m, y una segunda sala de clases, 26 m.

# EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION EN UN HOSPITAL GENERAL

Dr. Leobardo C. Ruíz<sup>1</sup>

La práctica de la medicina moderna exige en toda institución asistencial la existencia de servicios que cubran en forma satisfactoria y eficiente sus tres niveles clásicos: medicina preventiva, asistencial y de rehabilitación. En estos dos últimos niveles el departamento de medicina física y rehabilitación tiene una función determinante, aunque no debe olvidarse la responsabilidad de evitar que el paciente adquiera durante su estancia en el hospital una incapacidad, temporal o definitiva, por falta de medidas preventivas, medidas que sin lugar a duda deben partir del departamento de medicina física.

Los programas de asistencia médica se amplían constantemente, de acuerdo con la mayor demanda de la población. Los servicios del departamento de medicina física atienden a un mayor número de pacientes de muy distintas edades y diferentes condiciones patológicas y socioeconómicas. Aunque la tendencia general en los países desarrollados se inclina hacia el establecimiento de instituciones especializadas, el hospital general continúa siendo la base de cualquier programa de salud pública. Es ahí donde el paciente puede y debe recibir una atención integral y donde existe una mayor concentración de enfermos. Si consideramos que el hospital general es la piedra angular de la asistencia médica, se hace imprescindible la creación de un departamento de medicina física y rehabilitación que, colaborando con los demás departamentos, le ofrezca al paciente, interno o externo, los beneficios de la medicina moderna.

A pesar del reconocimiento universal de la contribución positiva de la medicina física al bienestar de los enfermos, existe todavía en algunos lugares cierta resistencia al establecimiento de departamentos especializados. Para lograr su creación deberán tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1) Población que requiere de los servicios de medicina física y rehabilitación.
- 2) Aceptación por parte del personal médico de la existencia de esta necesidad.
- 3) Existencia de personal especializado para hacerse cargo del departamento.
- 4) Servicios que presta el hospital general.
- 5) Localización del hospital general y comunidad a la que sirve.
- 6) Servicios existentes en la comunidad y posibilidades de compartir con ellos la responsabilidad de la atención fisiátrica.

<sup>1</sup> Jefe, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Central Militar de México, México, D. F.

7) Número probable de pacientes internos y externos que harían uso del departamento, tomando en cuenta los que refieran otras instituciones.

En la actualidad los pacientes que pueden beneficiarse con los servicios de un departamento de medicina física y rehabilitación forman un grupo importante. Ya no se piensa únicamente en los pacientes ortopédicos, sino también en los que han sufrido un accidente vascular cerebral, los cardíacos, los artríticos, los amputados, los que padecen de mialgias de distintos orígenes, los que tienen problemas neurológicos, anomalías congénitas, problemas respiratorios o han sufrido accidentes de cualquier tipo, incluyendo los quemados. En los hospitales cada día se presta mayor atención a la prevención de condiciones que posteriormente afecten la capacidad de deambular de los pacientes encamados, por lo que se hace necesaria la formulación de programas encaminados a la conservación de la fuerza y tono muscular. Conservadoramente se puede calcular que en los hospitales generales aproximadamente el 10% de los pacientes encamados y el 20% de los asistentes a la consulta externa requieren, en un momento dado, tratamiento fisiátrico. Está plenamente comprobado que un departamento de medicina física y rehabilitación ayuda a disminuir de una manera considerable el tiempo de hospitalización, permitiendo además reducir el período de incapacitación del enfermo y aliviando así a la comunidad de esa carga económica.

Es difícil calcular con exactitud el número de pacientes que en un momento determinado requieren de servicios fisiátricos. Las estadísticas de algunos países señalan que la población que acude a un servicio de rehabilitación se distribuye como sigue: sistema musculoesquelético, 31%; lesiones cerebrales, 19.5%; amputados, 9%; lesiones de neurona motora periférica, 8.5%; lesiones medulares, 7%; cardiovascular central, 4%; trastornos de la comunicación, 2.5%; pulmonares, 2%; deficientes visuales, 1.5%, y varios, 15 por ciento. Sin embargo, en un hospital general estas cifras no son siempre aplicables ya que varía considerablemente el tipo de población. Por ejemplo, en el Hospital Central Militar de México en los últimos 18 meses (de enero de 1969 a junio de 1970) ingresó un total de 1,776 pacientes, distribuidos en la forma siguiente: padecimientos reumáticos, 29%; fracturados, 17%; hemipléjicos, 9%; lesiones de nervios periféricos, 7%; amputados, 5%; pulmonares, 5%; poliomiélitis, 4%; parapléjicos, 2%; cardíacos, 0.5%, y varios, 21.5 por ciento.

La aceptación por parte del personal médico del hospital depende en gran parte de las relaciones que se establezcan entre el departamento de medicina física y los demás departamentos. Creemos conveniente que el personal de fisiatras participe activamente en las visitas periódicas a los pacientes internados, especialmente en los servicios de traumatología y ortopedia, neurología, reumatología y otros, así como en las reuniones científicas y presentación de casos que se lleven a cabo. Este tipo de actividad no sólo contribuye a estrechar los lazos, sino que también son la base de una preparación académica indispensable a todo fisiatra.

Los hospitales generales en su mayoría tienen servicios diversificados, de ahí la oportunidad de prestar ayuda a una variedad considerable de pacientes que requieren de atención oportuna y eficiente. En los lugares donde existen otras

instituciones con servicios fisiátricos más accesibles al paciente se deberá referir de inmediato el paciente a ellos, ya que esto facilitará su recuperación y la continuidad del tratamiento.

El personal del departamento de medicina física de un hospital general incluye: médicos fisiatras, médicos residentes, técnicos en terapia física y terapia ocupacional, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo y personal manual. Creemos muy conveniente incluir dentro del personal a los terapeutas del lenguaje, sobre todo cuando no existe un servicio de foniatría en el hospital. Además conviene situarlos dentro del departamento de medicina física porque es ahí donde el concepto de rehabilitación se enfoca en forma más dinámica, aunque el diagnóstico propiamente dicho del problema de comunicación se haga en el servicio de otorrinolaringología. Por el contrario, creemos que el departamento de medicina física no debe llevar a cabo la rehabilitación vocacional excepto en casos muy especiales; pero indudablemente deberá iniciar el estudio provisional mediante la acción conjunta del psicólogo y del terapeuta provisional para posteriormente enviar el paciente a un centro de adiestramiento vocacional.

No profundizaremos sobre el adiestramiento que deba recibir tanto el personal médico como aliado, pero debemos señalar que es responsabilidad directa del jefe del departamento mantener siempre el más alto nivel de preparación del personal técnico a sus órdenes, para que el tratamiento que reciban los pacientes sea también de la más alta calidad. Para ello debe luchar constantemente por mantener el número suficiente de personal técnico y auxiliar. No existen reglas específicas para calcular el personal que se necesita pero la mayoría de las autoridades consideran que cada terapeuta físico puede atender de 10 a 15 pacientes diarios en un turno de 8 horas, y que se puede tratar hasta 20 pacientes si se hace en grupos y si auxiliares o voluntarios colaboran con el personal técnico. En terapia ocupacional el cálculo de personal es más difícil ya que las actividades se pueden diversificar, llegando a ser, en ocasiones, muy individualizadas; de todas maneras se puede tomar como guía que un terapeuta ocupacional, por sí solo, atiende diariamente entre 8 y 15 pacientes. De lo anterior se deduce que la planificación de un departamento de medicina física y rehabilitación en el hospital general requiere un conocimiento profundo de la clase y la cantidad de pacientes que se piensa atender.

Es difícil calcular el personal necesario de psicología, trabajo social y terapia del lenguaje a menos de que se tenga una idea precisa de los objetivos que se desean alcanzar. El psicólogo en el departamento de medicina física y rehabilitación colabora no sólo en el estudio y la atención del paciente que sufre una incapacidad, sino que informa al personal del departamento sobre los hallazgos psicológicos y procede a orientar a los técnicos en la mejor manera de llevar a cabo el tratamiento del paciente. Debido a las diferentes responsabilidades que recaen sobre un psicólogo, este sólo puede atender en forma individual de uno a dos pacientes diarios, aunque si el tratamiento es en grupo el número aumenta considerablemente. Los trabajadores sociales pueden manejar de 25 a 35 casos cada uno, dependiendo del tipo de trabajo social que lleven a cabo.

En terapia del lenguaje cada terapeuta puede atender entre 6 y 10 pacientes al día en forma individual y en grupo hasta 24 pacientes.

El personal administrativo y auxiliar varía considerablemente, de acuerdo con la organización del hospital. Hay que tomar en cuenta que dicho personal no sólo es responsable del aseo y conservación del área de trabajo, sino que la mayoría de ellos son auxiliares del personal técnico, especialmente en lo que se refiere al manejo del paciente, por lo que su número debe ser mayor que en los demás departamentos del hospital.

El departamento de medicina física y rehabilitación debe contar con un mobiliario y equipo adecuado y suficiente que naturalmente estará sujeto al espacio disponible.

Por lo que se refiere al equipo específico, conviene recordar que la unidad básica de tratamiento será el cubículo; esta unidad consta de una mesa de tratamiento, una silla, un espejo y un gancho para ropa, además del aparato electro-médico en uso. Se calcula que para 100 pacientes diarios se requieren entre 10 y 12 cubículos de tratamiento. En electroterapia debemos incluir: lámparas de infrarrojos y ultravioleta (2), aparatos de corrientes de alta frecuencia (2), aparatos de corrientes de baja frecuencia (2), ultrasonidos con o sin corrientes diadinámicas (2). Aquí pueden incluirse los aparatos de tracción necesarios, ya sean manuales o automáticos, así como los aparatos de compresas húmedas calientes y compresas congeladas, puesto que serán utilizados en los cubículos de tratamiento. En hidroterapia la existencia de tinas de remolino constituye una necesidad imprescindible, debiendo calcularse a razón de una de brazo por cada dos de pierna, ya que la incidencia de problemas traumáticos de miembros inferiores es mucho más frecuente que la de miembros superiores. El tanque terapéutico es un elemento insustituible cuando se manejan traumatizados o problemas ortopédicos, pero por su costo muchas veces hay que prescindir de él; sin embargo, el departamento deberá contar con cuando menos uno o dos tanques de Hubbard para tratamientos de inmersión total. El gimnasio terapéutico deberá tener una superficie lo suficientemente amplia como para permitir el libre movimiento de los pacientes en silla de ruedas o camillas. No creemos en la necesidad de incluir en él una gran cantidad de equipo mecánico ya que, además de entorpecer la circulación de los pacientes, les impide un tratamiento adecuado por las sustituciones que hacen al realizar los ejercicios. La parte fundamental del gimnasio la constituyen los colchones y las barras paralelas; los primeros deberán tener suficiente longitud para que trabajen en ellos varios pacientes a la vez y las segundas se deberán colocar con espejos para poder corregir los vicios de marcha. La existencia de otro equipo, tal como ruedas de hombro y poleas, es conveniente, pero su localización en el área del gimnasio deberá supeditarse a lo anterior.

El equipo de terapia ocupacional, así como el área destinada a esta, varía considerablemente, pero por lo general se recomienda separarla en tres locales: uno para actividades ruidosas, otro para actividades no ruidosas y un tercero para adiestramiento en las actividades de la vida diaria. En todo departamento de medicina física y rehabilitación debe existir un área especialmente destinada para procedimientos especiales de diagnóstico, como electromiografía, pruebas de resistencia cutánea, pruebas de sudoración, etc. Respecto a los consultorios para el examen de pacientes, en algunas especialidades se prefiere centralizar en la consulta



externa el control de los enfermos no encamados, y en ese caso los médicos del departamento de medicina física y rehabilitación llevarán a cabo, con el personal necesario, las consultas en el área destinada para ello; en otras especialidades el departamento crea áreas propias de consultorio, lo cual contribuye en parte al contacto directo con los demás miembros del equipo técnico.

La medicina física y la rehabilitación es parte integral de un tratamiento determinado, de ahí la necesidad de fomentar en el departamento de medicina física y rehabilitación un programa especial de adiestramiento en el servicio para el personal médico y colaborador. La labor consistente y el adiestramiento del personal en actividades científicas asegurará un tratamiento rehabilitativo eficiente y moderno.

# SISTEMAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE REHABILITACION Y SU RELACION CON INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Luís Vales Ancona<sup>1</sup>

La rehabilitación ha sido motivo de preocupación para quienes han tenido a su cargo la organización y la gestión de los sistemas de la seguridad social durante los 40 años que llevan implantados dichos sistemas en el Continente americano.

Esta preocupación se basa en que no es posible aumentar el desarrollo integral de los países latinoamericanos, en el cual la seguridad social participa de manera importante, mientras existan en los núcleos sociales, individuos impedidos en alguna forma, que no puedan tomar parte en las actividades productivas de un país. Por ello la seguridad social estima indispensable incluir dentro de sus prestaciones el ofrecer auxilio a esas personas o la oportunidad para reincorporarse a sus estructuras laborales y nuevamente hacerse útiles dentro de su núcleo social.

La I Conferencia Interamericana de la Seguridad Social (Santiago, Chile, 1942) señaló la importancia socioeconómica de la rehabilitación y desde entonces se le ha considerado como uno de los mejores medios con que cuenta la seguridad social para efectuar la protección integral del ser humano.

Los diversos organismos internacionales relacionados con la seguridad social también le han concedido desde hace tiempo una gran importancia al concepto que se tiene de la rehabilitación en los actuales sistemas en los países americanos. Sin embargo, dicho concepto ha evolucionado desde considerar a la rehabilitación exclusivamente como un riesgo profesional hasta la tesis vigente de que es necesario facilitar la rehabilitación integral de quienes la requieran. Existe actualmente la tendencia de incluir el riesgo no profesional dentro de la cobertura, es decir, propiciar el desarrollo del sistema conocido como riesgo único.

Por tanto, al considerar a la rehabilitación en su aspecto social como un verdadero derecho, se establece que todo proceso de rehabilitación realizado por la seguridad social debe tener carácter integral, lo que significa no sólo la rehabilitación física, sino también la rehabilitación mental del paciente, que impone, a su vez, el adiestramiento profesional para restituirlo a un empleo adecuado a su capacidad.

El núcleo familiar se beneficia con el concepto actual de la rehabilitación integral ya que al mejorar la capacidad del trabajador, desarrollando sus aptitudes físicas o mentales para volver a ocupar un trabajo remunerado, se contribuye de manera beneficiosa al desarrollo de la productividad nacional.

---

<sup>1</sup> Coordinador Nacional de Rehabilitación, Unidad de Medicina del Trabajo, Departamento de Riesgos Profesionales e Invalidez, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

A la esposa del trabajador le permite desarrollar sus aptitudes físicas y mentales en el desempeño de sus labores cotidianas en el hogar evitando que se convierta en una carga para el compañero, y los niños desarrollan aptitudes para conducirse, cuando sean adultos, como individuos productivos a la sociedad.

Como consecuencia de la evolución del concepto de rehabilitación, se han modificado progresivamente las disposiciones jurídicas originarias. Es así como día a día dentro de los esquemas legales vigentes, se da mayor importancia a la capacidad de producir del trabajador rehabilitado, considerándose como secundarias, aunque importantes, las tendencias proteccionistas y tutelares.

Los organismos internacionales encargados de las prestaciones sociales y de la legislación relacionada con la rehabilitación, tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), han tratado en sus diferentes reuniones sobre la rehabilitación de los incapacitados. Los países miembros de dichos organismos han aprobado recomendaciones sobre el tema. Con objeto de tener una idea somera del espíritu de estos acuerdos y recomendaciones, se resumen los puntos principales que se enumeran a continuación:

1. Creación de centros de readaptación y reeducación profesionales de inválidos (I Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Santiago, Chile, 1942).

2. Otorgamiento en casos de riesgos profesionales, atención médica completa, incluyendo rehabilitación profesional, servicios de colocación y pensiones. Capacitación de técnicos en rehabilitación (II Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Río de Janeiro, Brasil, 1947).

3. Dotación y conservación de aparatos de prótesis en caso de riesgo profesional (VIII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, Ginebra, Suiza, 1947).

4. Prestaciones económicas que se fijen después de haberse completado la rehabilitación (X Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, Viena, Austria, 1951).

5. Formulación por parte de la Secretaría General del CISS de un plan mínimo de normas, que sirva para orientar y encauzar los servicios de rehabilitación (IV Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México, 1952).

6. Reeducción profesional que debe tomarse en cuenta en la evolución de la invalidez (XII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, México, 1955).

7. Asistencia médica, como complemento de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación (VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México, 1960).

Según un estudio de la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social sobre el estado actual de la rehabilitación en instituciones de seguridad social en los países de América Latina se puede concluir que:

a) En la mayoría de las instituciones existe legislación o reglamentación que en forma implícita señala a la rehabilitación como una de sus prestaciones.

b) Se atiende principalmente a los asegurados, con una clara tendencia hacia la atención de los beneficiarios.

c) Se realizan principalmente programas de rehabilitación física para los inválidos del aparato locomotor, no contemplando incapacidades cardiovasculares, pulmonares, sensoriales y psiquiátricas.

d) Actualmente se subrogan muchos servicios de rehabilitación.

e) Solamente algunas instituciones, como excepción de la regla, proporcionan servicios de rehabilitación integral.

Los seguros sociales de América Latina ordinariamente cubren los riesgos profesionales, la enfermedad no profesional y el riesgo de invalidez. En estos tres riesgos la rehabilitación es parte de las prestaciones que deben otorgarse. Por ley, en todos los seguros sociales de América Latina los asegurados tienen derecho a los servicios de rehabilitación en todo riesgo profesional.

En lo que respecta al seguro de enfermedad general (no profesional) los asegurados indiscutiblemente tienen derecho a los servicios de medicina física como parte de su tratamiento médico, al igual que cualquier otra especialidad. El agregar el nombre de medicina física al de rehabilitación desorienta a algunas personas ya que consideran que la rehabilitación es una prestación extra no incluida en el seguro de enfermedad general.

Por consiguiente, es imprescindible delimitar los campos de aplicación y definir jurídicamente el tipo de prestaciones incluidas en la ley del seguro de enfermedad general.

La mayoría de los seguros sociales de América Latina cubren el seguro de invalidez. En este la prestación de servicios de rehabilitación es indispensable ya que la rehabilitación es la única forma de que se dispone actualmente para combatir la invalidez. Las legislaciones actuales otorgan prestaciones de rehabilitación mediante este seguro para prevenir o corregir un estado de invalidez.

En la mayor parte de los países el procedimiento administrativo para otorgar dicho seguro fue organizado antes de que existieran los programas de rehabilitación. Actualmente los regímenes de seguridad social le dan mayor importancia al concepto de invalidez, pero al definir el grado y el tipo de pensión que puede otorgarse al supuesto inválido se pasa a segundo término la prestación para rehabilitación. Esto, aparte de ser negativo, resta importancia al único medio con que se cuenta para prevenir la invalidez. Por tanto, consideramos que es necesario modificar los criterios administrativos, con miras a dar prioridad a la rehabilitación, y que al final de esta debe hacerse la clasificación y otorgarse las prestaciones por invalidez.

Los servicios de rehabilitación deben ser preventivos de invalidez, curativos para los enfermos y de integración laboral para los inválidos, cumpliendo los postulados de la medicina moderna preventiva, curativa y rehabilitativa.

Lo ideal de la medicina es prevenir. Cuando esto no es posible, se debe curar. En muchos casos, desgraciadamente, los tratamientos curativos no son suficientes y nos vemos obligados a rehabilitar. Es lógico que el desarrollo de programas de rehabilitación en instituciones de seguridad social sean una continuación y una consecuencia inmediata de los programas de asistencia médica; lo primero fue proteger al individuo del riesgo y salvarle la vida; cuando le quedó

una lesión física permanente se le pensionó, considerando que en esta forma se solucionaba su problema economicosocial. Un estudio estadístico de las pensiones otorgadas nos demuestra que la pensión por sí sola no resuelve el problema económico del asegurado y que se debe destruir el mito de que estar pensionado es la situación ideal.

Cuando se establece que una lesión es definitiva, o que el padecimiento es crónico e interfiere con el trabajo habitual del asegurado, se debe pensar en la rehabilitación.

Es evidente que las instituciones de seguridad social tienen grandes ventajas que favorecen el desarrollo de los servicios nacionales de rehabilitación bajo sus auspicios y que, por su misma estructura, tienen estrechas conexiones con las autoridades gubernamentales de salud y trabajo y con la industria, y cuentan con recursos financieros provenientes de los seguros de riesgos profesionales y de invalidez y tienen la autoridad legal para proveer servicios de rehabilitación.

Además, la política de la mayoría de las instituciones de seguridad social tiende a extender los servicios no sólo geográficamente, sino también a los grupos de trabajadores y a sus dependientes que no tengan protección.

De esta manera se puede asimismo llevar el control de los pacientes desde el primer día de incapacidad, y existe la posibilidad de controlarlos a largo plazo mediante subsidios económicos y pensiones, lo cual permite otorgar los servicios de rehabilitación en el momento oportuno y verificar los resultados que se obtengan.

Estudios económicos realizados en Guatemala, México y Colombia han demostrado la conveniencia de realizar programas de rehabilitación en los seguros sociales. El lema de que "conviene rehabilitar" ha cambiado el mito de que la rehabilitación es cara.

Pero independientemente del aspecto económico, los postulados de justicia social y las leyes de los seguros sociales establecen la posición clara e indiscutible de la necesidad de ofrecer servicios de rehabilitación. Un programa de rehabilitación integral produce beneficios económicos y sociales para el inválido, para el país y para las instituciones de seguridad social.

En América Latina las instituciones de seguridad social tienen como característica importante la prestación de servicios directos y de gran calidad a sus derecho habientes. Esta característica debe hacernos considerar con detenimiento la posibilidad de otorgar servicios de rehabilitación también en una forma directa.

La prestación de servicios directos es una de las razones que explica el que los programas de rehabilitación se hayan iniciado en las instituciones de seguridad social con prestaciones médicas de rehabilitación física.

Los seguros sociales han dado gran importancia a los programas de rehabilitación física por considerar que es la más sencilla, la que presenta resultados a corto plazo, que es parte integrante de los servicios médicos, que se aplica al mayor número de pacientes y que permite el regreso al trabajo de la mayoría de los pacientes en un plazo corto. Es importante aclarar que no siempre se obtiene la recuperación integral de los pacientes y por ello la rehabilitación física por sí sola no siempre es suficiente para permitir el regreso de un trabajador a su empleo.

Las estadísticas de los pensionados por invalidez confirman la verdad de esta situación.

Los principales programas de rehabilitación física se orientaron a los problemas del aparato locomotor, por considerarse que el 70% de los riesgos profesionales corresponden a este sistema. Estudios estadísticos de pensionados por invalidez demuestran que los padecimientos cardiovasculares, pulmonares y neurológicos tienen tanta importancia como los padecimientos del aparato locomotor.

Las instalaciones y los servicios deben variar según el número de derecho habientes, la población, el tipo de unidad que existe en la localidad y el número de camas con que cuenta la industria regional, los riesgos profesionales que ocasiona y las pensiones de invalidez otorgadas. Se debe establecer un sistema de referencia de casos cuando los servicios no se puedan ofrecer localmente.

El programa de rehabilitación debe organizarse dentro de un sistema que vaya desde la unidad básica hasta llegar a las unidades más complejas de modo que rinda beneficios en cantidad y calidad. La unidad fundamental de rehabilitación debe establecerse a nivel del servicio de consulta externa. Las unidades de consulta externa para atender a pacientes ambulatorios deben estar distribuidas de acuerdo con las necesidades básicas de la población y localizadas hasta en el medio suburbano y rural. Su tamaño dependerá del volumen de trabajo que se anticipe. Como todo servicio, debe disponer de instalaciones físicas, equipo mínimo y personal especializado que trabaje en armonía con los otros servicios de la misma unidad y que participe no sólo en actividades terapéuticas sino educativas y de información sobre las oportunidades y verdadero significado del programa de rehabilitación.

El costo de operación de dichas unidades es bajo y reduce enormemente los costos generales del programa.

Las unidades de consulta externa desempeñan un papel importante tanto para la prevención de mayores riesgos como para la atención de pacientes después de una hospitalización larga.

*Unidades hospitalarias.* La mayoría de los beneficios obtenidos en la recuperación de los pacientes se producen durante la fase de tratamiento a nivel hospitalario en los servicios de rehabilitación física, al trabajar estos en forma coordinada con los otros servicios del hospital, atendiendo los casos desde el principio y ofreciendo el mejor tratamiento posible. El servicio de rehabilitación física dentro de los hospitales, además de reducir los costos y la necesidad de establecer centros de rehabilitación, disminuye el número de días/cama en los hospitales. Estas unidades hospitalarias funcionan como una unidad de servicio común en los hospitales.

*Centros de rehabilitación.* Los centros de rehabilitación sirven esencialmente para reincorporar a la vida productiva a los individuos que han quedado incapacitados en forma prolongada o permanente y que no pueden regresar a su trabajo habitual o a otro similar.

El centro de rehabilitación debe estar bien equipado, disponer de suficiente espacio y estar dotado de un personal médico y paramédico altamente especializado.

La complejidad de los servicios de rehabilitación que se proporcionan, tanto de rehabilitación física como psicológica, social y ocupacional, hacen necesaria la presencia de una autoridad coordinadora que tenga los conocimientos necesarios para poder balancear y administrar en forma adecuada las diferentes prioridades médicas, ocupacionales y sociales que requieren los servicios de un centro de rehabilitación integral.

Las instituciones de seguridad social que otorgan servicios de medicina física y cuentan además con centros de acción social o talleres con programas de capacitación para los asegurados, pueden aprovechar las inversiones y el personal técnico existente para los pacientes que no requieren tratamiento institucional de rehabilitación. Con estas medidas pueden iniciar el plan de rehabilitación integral sin esperar la construcción de locales especiales o la ampliación de la capacidad de los centros existentes. Para que este programa tenga éxito, es indispensable contar con un número adecuado de consejeros en rehabilitación que coordinen y controlen la asistencia de los pacientes a los diferentes servicios, y que se preocupen de su progreso, de la solución a sus problemas de transporte, trato de sus familiares, pérdida de interés en su rehabilitación, falta de seguridad en sí mismos, etc.

Para la coordinación y el funcionamiento de todas las unidades y servicios de rehabilitación en un régimen de seguridad social es necesario contar con una jefatura o dirección de trabajo, a cargo de un médico especializado en rehabilitación y con amplios conocimientos de organización y administración hospitalaria y medicina en general. También debe contar con un equipo y personal administrativo adiestrado y en proporción a las necesidades del programa.

La dirección o jefatura con suficientes poderes administrativos y ejecutivos debe programar y poner en acción planes de trabajo en todos los niveles, especialmente en los siguientes aspectos:

1. En casos de accidentes, enfermedades e invalidez, coordinando sus esfuerzos con los departamentos de prevención.
2. En el aspecto terapéutico colaborando con todas las unidades de tratamiento médico, quirúrgico y especializado que funcionen dentro de un programa de seguridad social.
3. En el campo de la rehabilitación propiamente dicho, reincorporando a la vida activa y productiva a los que quedan con incapacidades permanentes.
4. En el área de evaluación y clasificación de incapacidades, practicando la evaluación de las incapacidades después de realizar un programa adecuado de rehabilitación.
5. Participando en los programas de docencia e investigación.

Uno de los medios que debe tomarse en cuenta para facilitar el otorgamiento de las prestaciones y evitar la duplicación de costos y esfuerzos en cualquier país es la coordinación de las prestaciones de rehabilitación en los diferentes institutos y organizaciones de asistencia medicosocial.

Para el programa nacional de rehabilitación es conveniente contar con una organización que actúe como coordinadora de dicho programa. Creemos que la

coordinación es básica para el funcionamiento de un plan nacional, en beneficio de la población inválida.

La autoridad coordinadora o consejo nacional de rehabilitación deberá contar con la cooperación de los sistemas de seguridad social y de las instituciones privadas, para que el programa tenga una cobertura útil, lo cual también ampliará las bases del financiamiento y facilitará su aplicación.

Con objeto de reducir al mínimo los costos de funcionamiento de los centros regionales o nacionales de rehabilitación, estos se pueden integrar y pueden funcionar con la participación económica y técnica de las instituciones interesadas que cubren los aspectos de seguridad social, educación, asistencia y trabajo de los diversos sectores del país o región.

Esta medida evitará la dispersión de recursos técnicos, materiales y económicos y permitirá además aprovechar las experiencias y resultados de las investigaciones para incorporarlos a los cursos de capacitación y actualizar los conocimientos del personal.

Es conveniente que las diversas instituciones unifiquen criterios y métodos en la medida de lo necesario y lo posible, para ahorrar tiempo y esfuerzos. La oficina coordinadora también debe organizar cursos y conferencias de divulgación, otorgar becas, facilitar la instalación de centros de rehabilitación, dependiendo de las necesidades locales, asesorar en los casos en que se requiera y llevar a cabo las demás labores de coordinación que corresponda, tales como la formación de personal técnico utilizando universidades, hospitales de enseñanza o enseñanza privada. Asimismo la oficina coordinadora debe fomentar la investigación de métodos y sistemas que faciliten el complicado proceso de rehabilitación, promover el intercambio con otros países y la asistencia a congresos y conferencias y, finalmente, debe tomar medidas conducentes a cumplir los acuerdos concertados por los países miembros de la AISS y el CPISS sobre la rehabilitación en las diferentes conferencias ya celebradas o por celebrarse.

Una vez que la autoridad coordinadora comprenda y acepte su papel, el siguiente paso es la unificación de criterios y métodos rehabilitativos de todas las organizaciones de seguridad social oficiales y privadas, para que, aun cuando sigan conservando su independencia administrativa, enfoquen sus esfuerzos hacia las mismas metas, en estrecha cooperación entre sí, en los casos en que la distribución geográfica o demográfica lo amerite.

La creación de un consejo nacional de rehabilitación como autoridad coordinadora y con funciones de orientación, planificación, ejecución y supervisión de las actividades de rehabilitación es de utilidad práctica y económica.



# COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION MEDICA CON SERVICIOS DE REHABILITACION SOCIAL, EDUCACIONAL Y VOCACIONAL<sup>1</sup>

En el segundo informe del Comité de Expertos de la OMS en Rehabilitación Médica<sup>2</sup> se define la rehabilitación como sigue:

“Aplicada a la incapacidad, se entiende por rehabilitación la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional”.

La misma idea había sido expuesta en 1951 por un Grupo de Trabajo Técnico compuesto por representantes de la División de Bienestar Social de las Naciones Unidas, ILO, UNESCO y UNICEF. En su informe a la Comisión de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas,<sup>3</sup> el Grupo decía, al presentar una propuesta relativa al programa internacional coordinado para la rehabilitación de personas físicamente impedidas que la única manera de tener éxito en la rehabilitación de las personas físicamente impedidas era combinar los servicios médicos sociales y vocacionales en un equipo de trabajo.

Sobre la base de esas dos afirmaciones, puede decirse que sin coordinación no puede haber rehabilitación. La coordinación tiene que comenzar en el centro o departamento de rehabilitación y debería extenderse para abarcar los programas de rehabilitación que se ejecutan en los niveles local, provincial y nacional. Dentro de un centro de rehabilitación o del respectivo departamento de hospital, la coordinación generalmente se efectúa mediante el trabajo en equipo.

La importancia del trabajo en equipo, como se sugiere en el mencionado programa de las Naciones Unidas, ha sido reconocida en casi todas partes por los especialistas en rehabilitación.

El trabajo de cada miembro del equipo y de cada servicio dentro del centro debería planificarse y efectuarse de manera tal que apoye y complemente el trabajo de todos los otros miembros y todos los otros servicios dentro del curso planificado del proceso de rehabilitación de cada individuo. Cada miembro del equipo de rehabilitación debería preocuparse de todo el proceso de rehabilitación y no sólo de la parte de que es directamente responsable. Sin embargo, uno de los miembros debería encargarse de vigilar que haya continuidad en el proceso, a fin de que el inválido no caiga imprevisiblemente en un vacío entre dos servicios diferentes.

<sup>1</sup> Preparado por la Secretaría de las Naciones Unidas.

<sup>2</sup> *Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos 419*, 1969.

<sup>3</sup> Naciones Unidas. *Ad Hoc Technical Working Party on the Rehabilitation of the Physically Handicapped*. Documento ST/SOA/CONF. 2/REP.1, 1951.

La cuestión de saber a cuál de los miembros del equipo debería asignarse esta tarea y cuál sería la mejor forma de desempeñarla puede resolverse de varias maneras. Mucho depende de la naturaleza del servicio en cuestión, del personal que lo desempeña, de los títulos del mismo, etc.

Si tenemos en cuenta que la coordinación debe extenderse a fin de incluir medidas complementarias y mantener así contacto con el hogar y el empleador del rehabilitado así como con las autoridades locales, la profesión de trabajador social se presenta como la más indicada para esa finalidad.

Aquí nos encontramos con que la necesidad de coordinación no termina cuando se da de alta al paciente en el centro o departamento de rehabilitación. Ya durante el proceso de rehabilitación en el centro, deben establecerse contactos con la familia del paciente, su empleador, si lo hubiere o su futuro empleador, las autoridades médicas, educacionales y de asistencia social del lugar donde reside el rehabilitado, etc. Una vez que se da de alta al paciente, el contacto entre este y el centro debe mantenerse durante todo el período de formación educacional o profesional así como en el curso de las primeras etapas del empleo hasta que un servicio complementario pruebe fehacientemente que el interesado se ha readaptado sin inconvenientes a la vida en sociedad.

Debe destacarse que esta responsabilidad de asegurar la continuidad de la rehabilitación de cada paciente durante todo el proceso es sólo una parte de dicha coordinación. Mientras pueda asignársele esta tarea a un miembro del equipo todo este debería responsabilizarse de la coordinación del trabajo de las distintas dependencias del centro.

Después de dar de alta al paciente en el centro sería aconsejable, aunque no necesario, eximir al personal del mismo de la responsabilidad principal del control ulterior del éxito del proceso de rehabilitación. En particular, si el inválido ha de vivir fuera de la localidad donde está el centro, sería más apropiado que un funcionario o un asistente social del lugar de residencia del rehabilitado se ocupara de seguir el caso.

La tarea de esa persona sería vigilar a fin de que se sigan las medidas de rehabilitación tal como fueron prescritas o planificadas en el centro, y de que los diversos servicios o los profesionales que participan en el proceso después del alta del paciente efectivamente trabajan en cooperación y mantienen el contacto adecuado con el centro.

Nuevamente debe recalarse que esta tarea es sólo una parte de los esfuerzos de coordinación en el plano local. En cuanto a las demás necesidades y a la forma de satisfacerlas, ello depende del tamaño de la comunidad, su ubicación costumbres, tradiciones, etc. Naturalmente, en una gran ciudad se requiere una organización bastante bien desarrollada, mientras que en un pueblo pequeño y alejado incluso puede ser difícil encontrar una persona que se ocupe de cuidar al inválido.

Al nivel nacional, el problema que se presenta en cualquier país es mucho más complicado. En este caso, la coordinación debería incluir a todas las autoridades y grupos voluntarios interesados en cualquier aspecto de la rehabilitación. En primer lugar, debería establecerse una estrecha cooperación entre los ministerios interesados, a menudo los de salud pública, educación, trabajo y asistencia

social. En segundo lugar, debería establecerse una cooperación entre las instituciones gubernamentales, semigubernamentales o no gubernamentales que prestan servicios de rehabilitación. Además, puede haber cierto número de organizaciones y grupos voluntarios, así como asociaciones profesionales, etc., que, sin prestar necesariamente esos servicios, los apoyan y trabajan a favor de los inválidos en otras formas. Su cooperación también es necesaria para la realización de un programa nacional completo y coordinado.

Por lo general, se establece una comisión nacional de rehabilitación u otro órgano equivalente para lograr la necesaria coordinación entre todos esos órganos y grupos. La mera existencia de una comisión como esa no resuelve el problema. Todo depende de cómo está formada y de si trabaja eficazmente. En varios países la experiencia recogida al respecto es negativa, y algunas de las razones dadas de la ineficacia de una comisión nacional son las siguientes: a) La comisión es demasiado grande; b) no es representativa; c) sus miembros no pueden dedicar suficiente tiempo a los trabajos de la comisión; d) la comisión no ejerce influencia en el proceso de rehabilitación, y e) está aislada de los trabajos prácticos de rehabilitación.

Una comisión compuesta por demasiados miembros, la mayoría de los cuales tienen muchas otras actividades que atender, es un fenómeno común. Desde luego, es cierto que una comisión que ha de coordinar las actividades de varios órganos e institutos debe incorporar todas esas actividades en su programa y esfera de influencia. En cambio, una comisión que no es representativa puede no ejercer la debida autoridad sobre los órganos e instituciones que estiman que la misma no los representa.

Las medidas siguientes podrían considerarse con miras a hallar una solución a este estado de cosas aparentemente contradictorias:

1. Todo programa de rehabilitación coordinado debe incluir en su sistema a todos los órganos gubernamentales, organizaciones voluntarias y centros o servicios privados de rehabilitación que se encargan de cualquier aspecto de la rehabilitación.

2. Este sistema necesita un órgano ejecutivo. En ciertos países, el sistema en su totalidad puede ser la comisión misma, que designa entonces un comité ejecutivo o varios comités con fines precisos. En otros países puede haber un sistema tripartito: una asamblea en que están representados todos los órganos, organizaciones e institutos, una comisión nacional nombrada por la asamblea o por el gobierno, y un comité ejecutivo.

3. Para aplicar las políticas y decisiones de la comisión y de su comité ejecutivo, la comisión debe tener una secretaría. Esta secretaría es necesaria también para mantener un estrecho contacto con los distintos elementos del sistema. El tamaño de la secretaría varía según las condiciones de cada país.

Los dos problemas principales con que se enfrentará todo órgano coordinador nacional son los siguientes:

1. La forma de asegurar el acceso a los medios de rehabilitación a todas las personas inválidas que deben ser rehabilitadas, independientemente del lugar en

que viven (por ejemplo, en pueblos alejados) y de si poseen o no los medios económicos para pagar los servicios que necesitan.

2. Abundancia de servicios. Mientras la mayoría de los países del mundo carecen de servicios adecuados y suficientes para la rehabilitación de los inválidos, sobre todo en vastas zonas rurales, es común observar que en las capitales y otras grandes ciudades abundan esos servicios. Tal abundancia no significa necesariamente que los servicios sean adecuados y suficientes. En ciertas comunidades puede haber un número considerable de pequeños servicios establecidos por grupos de padres u otras personas interesadas que, pese a su buena intención, no siempre reúnen las debidas condiciones. Cada uno de esos grupos puede tratar de obtener contribuciones de la comunidad, querer ampliar rápidamente sus servicios, contar con los mejores expertos y quizá combatir a los otros grupos que persiguen los mismos fines.

Cuando el Secretario General de las Naciones Unidas presentó, en enero de 1952, a la Comisión de Asuntos Sociales el antedicho informe del Grupo de Trabajo Técnico sobre Rehabilitación, declaró que el programa internacional coordinado hacía hincapié en los siguientes principios:

- a) Que toda persona impedida debe tener derecho a recibir la protección, la ayuda y las oportunidades de rehabilitación que sean necesarias y adecuadas para permitirle compartir, en la mayor medida posible, los privilegios y las responsabilidades de una vida plena en la sociedad a la cual pertenece.
- b) Que todo Estado debe reconocer, en principio, la responsabilidad que le incumbe por la adopción de todas las medidas posibles para prevenir impedimentos, y para proporcionar atención, asistencia social, educación y rehabilitación adecuadas para sus ciudadanos impedidos.

Para que estos principios puedan ponerse en práctica, se requiere una coordinación eficaz de todos los servicios de rehabilitación existentes.

## Anexo 1

### CONCLUSION Y RECOMENDACIONES SOBRE INTEGRACION Y COORDINACION<sup>1</sup>

Se convino en que en los países en desarrollo se debían tener especialmente en cuenta las siguientes finalidades:

- a) Promover la aceptación de la rehabilitación y establecer la reglamentación necesaria para su práctica.
- b) Aumentar el interés y la responsabilidad de los gobiernos en la planificación, aplicación y coordinación de los programas de rehabilitación en estrecha cooperación con los esfuerzos voluntarios.
- c) Fomentar la cooperación de los órganos de gobierno y voluntarios así como la de los sindicatos y empresas privadas en la colocación y empleo de los inválidos.
- d) Alentar a los gobiernos a que hagan uso de todos los servicios médicos, sociales, profesionales y de otra índole disponibles en sus respectivas comunidades, en vista de la carga financiera que significa instalar dependencias de rehabilitación separadas.

Se consideró que para coordinar los programas y servicios de rehabilitación e impedir así la duplicación y superposición de esfuerzos, un cuerpo, órgano, comité, organización o ministerio especial debería asumir la responsabilidad administrativa en estrecha relación con una junta consultiva especial compuesta de expertos en las diferentes esferas concernientes a la rehabilitación.

La coordinación al nivel individual del rehabilitado se consideró fundamental, como también que una persona dada se responsabilizase de todo el proceso de rehabilitación a fin de asegurar el adecuado paso del paciente por los servicios correspondientes.

Por último, se señaló que los celos interdepartamentales, las diferencias personales y los antagonismos profesionales dentro del equipo podrán interrumpir el proceso de la coordinación. En consecuencia, se consideraron necesarios el buen entendimiento y la debida integración del equipo así como las reuniones frecuentes.

---

<sup>1</sup> *Report of the United Nations Interregional Seminar on Programmes and Administration of Major Rehabilitation Services in Developing Countries.* Naciones Unidas: Serie ST/TAO/Ser. C/100, 1967, pág. 8.

## CONCLUSION RELATIVA A LA COORDINACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS, SOCIALES Y PROFESIONALES DE REHABILITACION DE INVALIDOS<sup>1</sup>

1. Un activo comité o consejo consultivo nacional de rehabilitación, con representantes de los departamentos gubernamentales, de los servicios oficiales locales, de los empleadores, de los sindicatos y de las organizaciones voluntarias interesadas, es un elemento coordinador esencial de todo programa nacional de formación profesional con fines de rehabilitación. (El participante de México opinó que un comité consultivo nacional de rehabilitación era un elemento coordinador *necesario* pero no esencial.)

2. La función principal de un órgano coordinador nacional de rehabilitación es estudiar, evaluar y revisar constantemente todo el proceso de rehabilitación y los problemas conexos, indicar las necesidades prioritarias y sugerir hacia dónde deben canalizarse los fondos disponibles.

3. La falta de apoyo financiero oficial para los programas de rehabilitación y la duplicación de esfuerzos de los diversos órganos públicos y voluntarios son los principales obstáculos con que tropieza el buen desarrollo de los servicios de rehabilitación coordinados. La falta de iniciativa, conciencia y comprensión públicas de la utilidad y los objetivos de los programas de rehabilitación son otros factores restrictivos.

4. La transferencia de personal de rehabilitación a otras funciones no relacionadas con esta es un gran inconveniente para el desarrollo satisfactorio de los servicios de rehabilitación coordinados. Para evitar esto, las estructuras de los servicios civiles deberían asegurar al personal de rehabilitación capacitado posibilidades de ascenso en su esfera de actividad. Esto es particularmente importante en el caso de los funcionarios de rehabilitación que están en contacto diario con inválidos. Al nombrarse nuevo personal de rehabilitación, debe cuidarse de que los titulares de los cargos correspondientes tengan interés y aptitudes para este trabajo.

5. Los siguientes factores son esenciales para el buen desarrollo de los programas de rehabilitación coordinados:

- a) Introducción de la rehabilitación como materia en los programas de estudios de medicina y paramedicina.
- b) Adaptación de los sistemas de seguridad social a los efectos del apoyo a los programas de rehabilitación.
- c) Campañas publicitarias nacionales para destacar la capacidad potencial de trabajo de los inválidos.
- d) Organización de programas de preparación de personal de rehabilitación en los niveles nacional, regional e internacional.

6. Las directivas dadas en la Recomendación 99 de la OIT deben tenerse en cuenta al desarrollarse un programa de rehabilitación coordinado.

<sup>1</sup> Organización Internacional del Trabajo. *Viaje de Estudios Interregional sobre Rehabilitación Profesional de los Inválidos*, 1967.

**Publicaciones Científicas recientes de la OPS**

	Precio EUA\$
No. 208 Financiamiento del sector salud (40 páginas) (Publicada también en inglés) . . . . .	1.25
No. 209 Factores ambientales que determinan el bienestar de la comunidad (84 páginas) (Publicada tam- bién en inglés) . . . . .	1.00
No. 210 Grupo de trabajo sobre la administración de servi- cios psiquiátricos y de salud mental (104 pági- nas) . . . . .	2.00
No. 211 Comité Regional Asesor sobre Computadoras en Salud (36 páginas) (Publicada también en inglés) . . . . .	0.75
No. 212 Cataratas y glaucoma—La investigación alienta la esperanza (36 páginas) . . . . .	0.50
No. 213 Capacitación de Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación (Informe de un Grupo de Es- tudio) (100 páginas) . . . . .	0.50
No. 214 Epidemiología de la sífilis ( <i>en prensa</i> ) . . . . .	1.00
No. 215 Seminario sobre Registros de Cáncer (172 pá- ginas) . . . . .	2.00
No. 216 Agenda para la salud en las Américas, por el Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sani- taria Panamericana (28 páginas) (Publicada también en inglés) . . . . .	Gratis
No. 217 Guidelines to Young Child Feeding in the Con- temporary Caribbean (24 páginas) . . . . .	0.50
No. 218 III Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (170 páginas) (Publicada también en inglés) . . . . .	2.00