

entre los sectores de la salud, la agricultura y la educación, y que faciliten a la OPS las actividades de promoción que realiza en los países para establecer o fortalecer los convenios interpaíses de actividades de lucha antirrábica en zonas fronterizas.

Asimismo, se solicitó a la OPS que promueva en mayor grado la cooperación técnica entre países en desarrollo para apoyar los programas de lucha antirrábica en América Latina y el Caribe; que prosiga la coordinación de los esfuerzos por obtener recursos adicionales para estos programas; que continúe promoviendo reuniones interpaíses para el desarrollo de actividades conjuntas en las zonas fronterizas; que coopere con las autoridades de salud de los países miembros para aprovechar progresivamente la infraestructura establecida en la lucha antirrábica en los servicios de salud pública veterinaria, en otras acciones dirigidas al control de zoonosis prevalentes en zonas urbanas, y que colabore en la normalización del tratamiento preventivo antirrábico para los seres humanos. □

LA REHABILITACION EN AMERICA LATINA¹

Introducción

Desde el punto de vista de la salud, una persona puede considerarse sana o enferma. Pero también puede estar sana y discapacitada, como es el caso de un amputado a causa de traumatismo, o bien enferma y discapacitada, como ocurre con un diabético ciego. En la atención médica de la Región, el problema de la discapacidad ocupa un lugar cada día más destacado. No obstante, en este sector se observa cierta reticencia a reconocer esta realidad. Tampoco parece estar totalmente conciente de la situación el sector social. Prueba de ello es la multiplicación de medidas compensatorias que aplican todos los sistemas de seguridad social de los países para intentar socorrer a las personas discapacitadas, sin antes haberles ofrecido ninguna posibilidad de ser rehabilitadas. Tal vez sea el sector de la educación el más conciente de este problema, pero la estrategia de educación especial para los discapacitados contradice la integración social plena del individuo.

El problema de la discapacidad es, sobre todo, de dimensión humana, de modo que debe analizarse desde la perspectiva de la relación entre el hombre y su medio. La trascendencia de este problema se manifiesta en dos planos bien definidos e interrelacionados, el sociopolítico y el económico.

¹ Este trabajo fue preparado por la Dra. Alicia Amate, Asesora Regional en Rehabilitación, Programa Salud del Adulto, OPS.

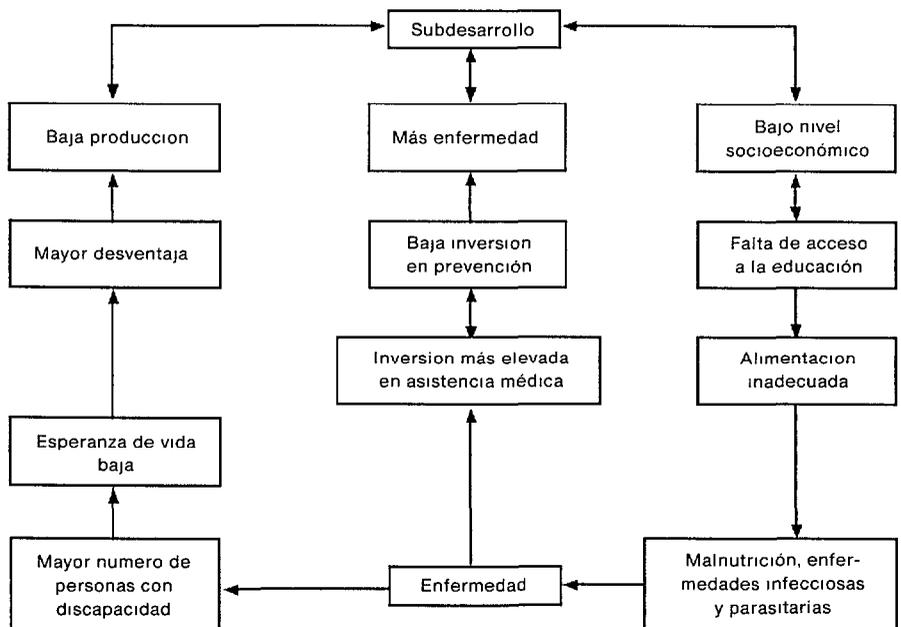
Plano sociopolítico

La discapacidad puede ser percibida desde diversos puntos de vista, según sean las condiciones culturales y socioeconómicas dominantes. En el plano social, la discapacidad por lo general ocasiona desigualdad y así se convierte en desventaja. Si este problema no se afronta, incide negativamente en el ciclo del subdesarrollo (figura 1). Los programas de rehabilitación pueden ser una de las medidas que reviertan este ciclo, acortando el camino hacia el desarrollo.

En el escenario de América Latina el riesgo de discapacidad tiene una franca tendencia a incrementar como consecuencia de factores biológicos, socioeconómicos, nutricionales y culturales. Algunos de estos factores provienen del uso inadecuado de los recursos tecnológicos, la ineficiencia de las instituciones, la falta de cobertura de servicios, la ausencia de actividades de promoción y prevención, los inadecuados estilos de vida y la violencia social en sus formas de malnutrición, falta de acceso a la educación y el trabajo, la guerra y la pobreza crónica.

En la mayoría de los países latinoamericanos los servicios de rehabilitación se prestan, en el mejor de los casos, en forma fraccionada; en general son dispensados por distintas instituciones de varios sectores, que suelen responder a diferentes políticas sin coor-

FIGURA 1. Ciclo del subdesarrollo y la enfermedad



dinación entre sí. Este caos es el resultado de la falta de políticas nacionales y del desconocimiento de las necesidades reales de la población a la que deberían servir. Se agravan así la inequidad social y la ineficiencia administrativa.

No se dispone de información sobre la prevalencia de la discapacidad y mucho menos sobre su incidencia. Tampoco se sabe con certeza cuáles son los servicios que se prestan, aunque se puede intuir que su cobertura es baja y su calidad, dudosa. Por otro lado, las instituciones que ofrecen los servicios no se basan en los mismos conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, lo que imposibilita la comparación, normalización y, por ende, la evaluación de dichos servicios.

La atención institucional es solo accesible a grupos privilegiados por su localización geográfica, por la patología que sufren sus miembros o por los sistemas cerrados de seguridad social a los que pertenecen. Esta falta de equidad se acentúa todavía más cuando ciertos grupos tienen acceso a tecnología compleja importada de los países desarrollados mientras que otros no tienen ninguna oportunidad de rehabilitación a lo largo de toda su vida de personas discapacitadas.

Plano económico

Los políticos, economistas y planificadores de salud con frecuencia se preguntan qué porción de los recursos de salud debe dedicarse a la rehabilitación y cómo se puede optimizar el beneficio de esa porción de recursos.

Los costos indirectos y los intangibles tienen un significado social muy cargado cuando se aplican a los programas destinados a las personas discapacitadas. Refiriéndose a la asistencia geriátrica, el Dr. Jerry Avorn dice que “el análisis de beneficios en función de los costos es como trasladar la discriminación por edad a la política de salud.”² Este concepto también nos parece válido para la rehabilitación. Además, este tipo de análisis o evaluación implica el riesgo de reducir los recursos no solo financieros sino también humanos, pues conduce a una baja prioridad de los programas.

En el plano económico es necesario entender que el costo creciente que origina la dependencia de las personas no rehabilitadas es mucho mayor que el de los programas de rehabilitación, y que estos son más costosos que los de prevención. Un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en los años setenta mostró que por

² Avorn, J. Benefit and cost analysis in geriatric care: Turning age discrimination into health policy. *New Engl J Med* 310(20):1294-1301, 1984.

medio de los servicios de rehabilitación que se prestaron durante un año a un grupo de 220 personas, se ahorró en pensiones \$US 17 388 922. En los Estados Unidos de América, en la misma década se efectuó un estudio de 250 personas con deficiencias mentales en el cual se estimó un costo anual de \$US 1 800 000 si hubieran sido institucionalizadas, contra \$US 100 000 invertidos en actividades de rehabilitación e integración. Este mismo grupo recibió \$US 1 000 000 en concepto de salarios y aportó \$US 50 000 de impuestos fiscales.

Según investigaciones realizadas en distintos países, entre 60 y 80% del total de las personas discapacitadas podrían llegar a ser económicamente productivas a través de programas de rehabilitación.

Prevención de la discapacidad

La prevención de la discapacidad está implícita en los postulados de la atención primaria (cuadro 1). Los programas de vacunación son un claro ejemplo de esto, ya que producen varias categorías de beneficios compatibles con los principios de prevención. Al reducirse la incidencia de las enfermedades, disminuyen los costos por tratamiento; se reducen la morbilidad y la mortalidad; se evitan los costos intangibles, en su mayoría sociales y psicológicos, y estos efectos se multiplican al extenderse a otras áreas y sectores, de modo que no solo disminuyen los riesgos de enfermedad sino que se redistribuyen los recursos.

Mientras la prevención de la deficiencia y la rehabilitación integral no estén incorporadas a los programas regulares en cada país, deberemos aceptar el hecho irreversible de que la prevalencia de la deficiencia y de la discapacidad irán en aumento, aunque podamos percibir cambios en las causas de riesgo y en los tipos de discapacidades. En los países en desarrollo prevalecerán las discapacidades derivadas de las enfermedades transmisibles, la malnutrición y las causas congénitas, y en los países desarrollados, las originadas por accidentes, enfermedades no transmisibles y también las congénitas. En la gran mayoría de los países de la Región, salvo algunas excepciones, el panorama de las causas de deficiencia y discapacidad configura y continuará configurando un verdadero mosaico, con países que presentan uno u otro cuadro e incluso otros en los que coexisten ambos.

La desventaja que esta situación representa para el individuo, su familia y su comunidad se irá acentuando como resultado de las crecientes brechas que separan a los países en desarrollo de los industrializados. Este proceso solo podrá contenerse reconociendo esta realidad y adoptando medidas preventivas y de rehabilitación.

Situación actual de la rehabilitación

Sin duda, la ultraespecialización, la centralización y la verticalidad de los programas de rehabilitación desarrollados hasta el presente en América Latina han dado como resultado una baja cobertura y la falta de incorporación en los programas de salud globales. Los planes en general no han obedecido a un concepto integral, no han colmado

CUADRO 1. Medidas de prevención de la discapacidad según sus distintas causas

Causa	Prevención		
	Primaria	Secundaria	Terciaria ^a
Congénita	Orientación genética; educación en salud; paternidad responsable; reducción de la endogamia	Tratamiento precoz e integral; orientación psicológica y social	Tratamiento de rehabilitación Educación en salud
Enfermedad transmisible	Vacunación; abastecimiento de agua y saneamiento; educación en salud; control epidemiológico	Tratamiento precoz y apropiado; administración de drogas específicas; disminución del riesgo de exposición	Educación para el autocuidado Provisión de ayuda técnica
Enfermedad no transmisible	Hábitos higiénico-dietéticos; prácticas de educación física y deportes; control médico periódico; educación en salud	Control de riesgos; tratamiento integral; orientación educacional y vocacional; cambio de actitudes del individuo, la familia y la comunidad	Orientación vocacional Educación común y especial
Accidentes y traumas	Legislación específica; educación de la comunidad; inspección de vehículos y maquinarias; sistemas de seguridad	Disminución del riesgo de exposición; tratamiento precoz	Eliminación de barreras estructurales y arquitectónicas Información pública
Malnutrición	Mejoramiento de la nutrición de la mujer embarazada, el niño y el anciano; aporte de vitaminas y minerales; mejoramiento de la planificación, producción y distribución de alimentos	Control del crecimiento y desarrollo; dieta adecuada y equilibrada	Adecuación de viviendas y urbanismo Acceso laboral

^a Las medidas de prevención terciaria indicadas son válidas para todas las causas de discapacidad.

las expectativas de las personas discapacitadas y han mantenido la segregación de los distintos servicios de rehabilitación. Otra característica negativa ha sido el énfasis puesto en los aspectos anatómicos, más que en los funcionales.

Dentro del plan de acción elaborado por la Organización Panamericana de la Salud para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000, se presta especial atención al grupo constituido por las personas discapacitadas. En esta área, el plan de acción hace hincapié en la prevención, en la prestación de asistencia integrada e integral y en el fomento de la participación del individuo y la comunidad.

También dentro de este marco, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado una nueva metodología denominada rehabilitación basada en la comunidad. Sus principios esenciales son el desarrollo de tecnologías sencillas de fácil utilización por algún miembro de la familia adiestrado y supervisado en forma adecuada, y la participación de la comunidad. Conviene tener presente que la rehabilitación basada en la comunidad es parte de un sistema de salud integrado y que debe planificarse respetando las características culturales, demográficas, socioeconómicas y políticas de cada país. Esta estrategia se caracteriza por ofrecer un servicio local descentralizado que se integra con un sistema que asegura supervisión y servicios referenciales, transfiere tecnología y favorece la ampliación de la cobertura de rehabilitación.

La OPS coopera en la aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad en la Región porque considera que muchas personas pueden encontrar en ella intervenciones válidas y sencillas para su rehabilitación. En 1987, la iniciativa para difundir esta estrategia se materializó en la organización de tres talleres en el Cono Sur, el Área Andina y Centroamérica donde se presentó un modelo de planificación nacional de la rehabilitación, se discutió la rehabilitación basada en la comunidad en sus componentes políticos, técnicos y administrativos, y se analizaron experiencias en ejecución en algunos países de la Región.

La rehabilitación basada en la comunidad aplicada como un elemento de la atención primaria de salud está demostrando ser una metodología de gran eficacia. En México y la Argentina, donde se utiliza desde 1976 y 1981, respectivamente, está cosechando muy buenos resultados. Estas experiencias no son de cobertura nacional, sino que se limitan a localidades definidas, aunque en la Argentina ya se ha logrado cubrir toda la provincia de La Rioja.

La inversión de la pirámide asistencial traslada el foco de interés al primer nivel, en el cual creemos que pueden solucionarse 50% de los problemas ocasionados por las deficiencias y discapacidades. Mucho se ha discutido sobre el desafío que representa para la sociedad la búsqueda de soluciones alternativas a los múltiples problemas de la discapacidad y la minusvalía. La clave es el compromiso de las comunidades: a través de la capacitación y participación de sus miembros, y en particular de las propias personas discapacitadas y sus familias. □