



XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1990

Tema 5.7 del programa provisional

CSP23/7 (Esp.)

20 julio 1990

ORIGINAL: ESPAÑOL

DISCAPACIDAD

El Documento CE105/10 (anexo) se presentó en la 105a Reunión del Comité Ejecutivo, respondiendo a la solicitud del Consejo Directivo de la OPS en su XXXIV Reunión (1989).

En el documento se analizan aspectos relacionados con la evolución conceptual de la discapacidad en el contexto de salud de la Región, desde el criterio de caridad y beneficencia, hasta el actual de integración social y equiparación de oportunidades, y la necesaria reorientación de las actividades de la OPS.

Asimismo, se presenta la situación actual, las tendencias y necesidades para la próxima década y el Programa Regional, que incluye metas e indicadores. El documento enfatiza la necesidad de que las autoridades de salud reconozcan a la rehabilitación como componente importante de la promoción de la salud y hace hincapié en la ejecución de acciones integradas e integrales, recalcando la ausencia o limitación de los servicios y la falta de acceso de los incapacitados a los existentes.

El Comité Ejecutivo consideró este documento como una guía para planificadores, manifestando la necesidad de priorizar el desarrollo de indicadores para posibilitar la vigilancia y evaluación.

La resolución siguiente, aprobada por el Comité, insiste en la necesaria coordinación intersectorial, desde la planificación y ejecución de las actividades, reforzando la filosofía de la equiparación de oportunidades, y es presentada para la consideración de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

LA 105a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el informe sobre discapacidad (Documento CE105/10) presentado por el Director,

RESUELVE:

Sugerir a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución conforme a los siguientes lineamientos:

LA XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe sobre discapacidad (Documento CSP23/7), la Resolución XLIII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981) y la Resolución VII de la XXX Reunión del Consejo Directivo (1984), en relación con el Año Internacional y la Década de las Naciones Unidas para las Personas Discapacitadas;

Reafirmando la importancia de la Década de las Naciones Unidas para las Personas Discapacitadas al reconocer el papel en la sociedad y los derechos de los discapacitados por parte de los países de las organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas, de las organizaciones no gubernamentales y de otros organismos regionales;

Considerando que deben tomarse medidas concretas para impulsar el mejoramiento de la salud de las personas discapacitadas, integrar a estas en el seno de la sociedad con pleno ejercicio de sus derechos y deberes, como así también identificar los riesgos que llevan a la discapacidad y prevenir las discapacidades, y

Reconociendo que estas acciones deben continuarse más allá del fin de la década, como parte integral de las estrategias para el logro de la meta de Salud para Todos en el Año 2000,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Designen un punto focal, o lo refuercen en donde exista, dentro de los Ministerios de Salud, asegurando su participación en actividades de planificación y programación, y facilitando adecuada coordinación entre las distintas instituciones gubernamentales, no gubernamentales y las organizaciones de las propias personas discapacitadas;

- b) Aseguren que los servicios generales de salud satisfagan las necesidades de tratamiento de las personas discapacitadas y aumenten su accesibilidad para discapacitados;
- c) Analicen la legislación nacional, asegurando la eliminación de toda legislación discriminatoria;
- d) Insistan en mejorar y expandir, en sus programas de salud, el enfoque de rehabilitación basada en la comunidad.

2. Pedir al Director que, en base a los "objetivos específicos y "metas" contenidos en el Documento CSP23/7:

- a) Continúe sus esfuerzos para incrementar la colaboración de la Secretaría con los Gobiernos Miembros, con organismos no gubernamentales, nacionales e internacionales, con el fin de contribuir al desarrollo de programas y actividades tendientes a prevenir la discapacidad y lograr la integración plena del discapacitado en la sociedad;
- b) Gestione la obtención de fondos extrapresupuestarios de parte de organismos multilaterales y bilaterales, y de todas las fuentes que puedan colaborar con programas nacionales o regionales en relación a la discapacidad.

Anexo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



105a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1990

Tema 4.9 del programa provisional

CE105/10 (Esp.)
21 mayo 1990
ORIGINAL: ESPAÑOL

DISCAPACIDAD

El presente documento sobre el tema de discapacidad ha sido preparado respondiendo a la solicitud del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXXIV Reunión de septiembre de 1989.

Se analiza la evolución de la conceptualización de la discapacidad en la Región, la situación actual por subregiones y países. Se señalan como problemas el que las políticas no sean explícitas ni integradas, ni se basen en información real. Se subestiman las consecuencias sociales y económicas de la discapacidad. No es suficientemente reconocida la necesidad de modificaciones en el medio físico y social. Se señala que la mayor prevalencia de discapacidad en países en desarrollo se encuentra en niños y en adolescentes en donde llega a cifras 10 veces mayores que en los países desarrollados.

Se incluyen las actividades desarrolladas por la OPS (1984-1990) y se presenta un modelo de servicios en tres diferentes niveles de atención, con criterio y base epidemiológica, utilizando tecnología apropiada.

La Secretaría propone que la cooperación técnica de la OPS en rehabilitación seguirá impulsando en los países la programación de actividades de rehabilitación en los sistemas locales de salud, favoreciendo la participación social y la intersectorialidad. De igual modo se propone continuar promoviendo la investigación epidemiológica para contar con información confiable que permita conocer la distribución y características de la discapacidad en los diferentes grupos de población de los países. Finalmente, se trataría también de reforzar los programas de capacitación y de intercambio tecnológico entre los Países Miembros. Se solicita al Comité Ejecutivo que analice dicha propuesta, con el fin de efectuar una recomendación a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana sobre este tema.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. MARCO DE REFERENCIA	1
2. ANALISIS DE LA SITUACION	1
3. EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICAS EN REHABILITACION	3
4. PROGRAMA REGIONAL DE LA OPS	4
4.1 Actividades desarrolladas durante 1984-1990	4
4.2 Programas de rehabilitación basada en la comunidad	5
4.3 Fortalecimiento de los servicios	6
5. EL PAPEL DE LOS ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	9
6. TENDENCIA DE LAS NECESIDADES DE SERVICIOS DE REHABILITACION EN LA REGION	9
6.1 Demanda	9
6.2 Aumento de la sobrevida	10
6.3 Concientización	11
6.4 Servicios	11
7. RECOMENDACIONES	11
7.1 A nivel de país	11
7.2 A nivel de la OPS	12
7.3 Indicadores para vigilancia y evaluación	13
REFERENCIAS	15
ANEXOS	

DISCAPACIDAD

1. MARCO DE REFERENCIA

En la XXXIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en septiembre de 1989, el Ministro de Salud de Trinidad y Tabago solicitó al Director incluir en la agenda de 1990 el tema de la discapacidad, para clarificar el concepto que OPS sustenta sobre la integralidad del proceso y el papel que a la Organización le compete en el contexto de la cooperación técnica internacional.

El Programa de Acción Mundial para el Decenio 1983-1992, aprobado por Resolución 37/52 de Naciones Unidas en 1982, en su artículo 36 establece el marco conceptual para los organismos del Sistema y en el 176 define las áreas de responsabilidad de cada uno de ellos.

La OPS/OMS, como miembro del sistema de Naciones Unidas, participa en la ejecución, evaluación y seguimiento del Decenio de las Naciones Unidas para las Personas Discapacitadas (1983-1992).

De los Cuerpos Directivos han emanado varias resoluciones instando a los Gobiernos Miembros a facilitar la integración de las personas discapacitadas en igualdad de oportunidades. La Resolución WHA34.30 establece las actividades de cooperación de WHO dentro del sistema de las Naciones Unidas en la prevención y rehabilitación de discapacidades (1983) y las WHA38.18 (1985), WHA42.28 (1989), y CD30.27 (1984), enfatizan la aplicación de la "rehabilitación basada en la comunidad" (RBC) y la participación de las personas discapacitadas a lo largo del proceso de prevención, rehabilitación e integración.

2. ANALISIS DE LA SITUACION

La falta de priorización de las actividades de rehabilitación en los programas de salud de la Región, hace que la calidad de vida del grupo poblacional constituido por las personas portadoras de discapacidad constituya un serio problema, debido entre otras cosas a: a) la ausencia o limitación de servicios de rehabilitación; b) la exclusión de la rehabilitación en el proceso de planificación nacional; c) la actitud negativa y discriminatoria de la sociedad; d) la segregación social; e) la falta de acceso a los servicios generales; f) el aumento de la mortalidad y la morbilidad en este grupo más vulnerable a muchos riesgos, y g) la mayor frecuencia de malnutrición e infecciones entre los niños discapacitados.

En general no se tiene en cuenta que la totalidad de la población que presenta alguna discapacidad, requiere algún tipo de intervención y de que por cada persona discapacitada hay una familia con mayores demandas y necesidades.

Las investigaciones en distintos países muestran prevalencias de 14,0% en los Estados Unidos de América y 12,8% en el Canadá, como las más altas de la Región. Esto se debe, supuestamente, al hecho de que en estos países su situación socioeconómica y la cobertura de servicios, predominantemente sociales, tienen en cuenta para estos estudios las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Otros factores condicionantes son el porcentaje de población envejecida de estos países y la fuerza política que representan los grupos organizados de personas discapacitadas al actuar en demanda de sus derechos. Por otro lado, que en los países en desarrollo las discapacidades laborales no se detecten o se oculten como resultado de leyes y sistemas que no contemplan esta posibilidad.

Resultan interesantes las diferencias encontradas, en un mismo país, según la marginalidad de la zona considerada. Así, en Colombia la prevalencia en Antioquia es de 6,2%, mientras que en una barriada de Santander del Norte es de 10,0%. En Salvador, Bahía, Brasil, la prevalencia es de 8,0% para los barrios bajos, 2,5% en poblaciones con mejor nivel, y en Sao Paulo, Brasil, 1,7%. En la Argentina, la prevalencia en Buenos Aires es de 4,9% y en áreas rurales de Jujuy, 10,0%. En el Perú se calcula que el 66,4% de la población discapacitada vive en áreas marginales.

Otro aspecto sobresaliente es el relacionado con los grupos etarios más afectados según los diferentes países. En el Canadá, con 12,8% de prevalencia, en la población infantil (menor de 15 años) la prevalencia fue de 5,7% (4,4%, 0-4 años y 6,7%, 10-14 años). En los Estados Unidos de América, con 14,1% de prevalencia, en el grupo de 0-4 años la prevalencia fue 2,2% y en el de 5-17 años, 6,2%. En Jamaica, el 9,7% de la población infantil mostró discapacidades. En el estudio de Bahía, Brasil, en las poblaciones marginales el 22,5% de la población discapacitada estaba en el grupo de 7-14 años mientras que en la de mejor nivel socioeconómico la cifra fue 9,4%. El Perú estima que el 68,0% de su población con discapacidad está en el grupo de 0-14 años. En Cuba aprecian que la tasa de discapacidad en el grupo etario de 65 y más años es 10 veces mayor que la del 15-64 años y el doble que la del grupo de 14 y menos años.

Estos datos, en general, son coincidentes con las estimaciones y tendencias internacionales:

- En los países en desarrollo, la mayor prevalencia de discapacidad se encuentra entre los niños y adolescentes, llegando a superar hasta 10 veces los valores de los países desarrollados.
- En todos los países la prevalencia de discapacidad y minusvalía aumenta en zonas deprivadas y marginadas.
- En los países desarrollados, la mayor prevalencia de discapacidad está en los grupos de 65 y más años.

La provisión de servicios de rehabilitación es escasa en la mayoría de los países de la Región y cuando existen, siguen una modalidad vertical, son superespecializados, concentrados en las grandes ciudades y basados en la institución que los provee. Se presentan, generalmente, en forma fraccionada, dirigidos por distintas instituciones, pertenecientes también a distintos sectores que generalmente responden a diferentes políticas sin coordinación entre sí.

La atención institucional es accesible sólo a grupos privilegiados por ubicación geográfica, patología o sistemas cerrados de seguridad social. Esta falta de equidad se acentúa pues ciertos grupos tienen acceso a tecnología compleja importada de los países desarrollados mientras que otros no tienen un solo contacto con la rehabilitación a lo largo de toda su vida de persona discapacitada. Así, por ejemplo, en la Argentina, en 1985, de 3.180 hospitales públicos sólo 133 contaban con algún tipo de facilidad, lo que representa un 4,1%; Chile, con 181 hospitales, contaba con 26 servicios, es decir 14,3% de los establecimientos prestaban asistencia de rehabilitación; Colombia, con 910 hospitales, poseía 132 servicios de rehabilitación, significando un 14,5%; el Ecuador, con 380 hospitales y 26 servicios de rehabilitación, representando un 6,8%; México, con 806 hospitales y 91 servicios representando un 11,2%; el Perú, de 353 establecimientos sólo 45 prestaban algún tipo de atención de rehabilitación, lo que representa un 12,7%.

Otro aspecto relevante es la falta de contenidos informativos y formativos, en la capacitación del personal, no sólo del sector salud sino también de los otros sectores involucrados. Valga como ejemplo que, de las 255 escuelas y facultades de medicina de América Latina y el Caribe, sólo seis incluyen en el pregrado contenidos de medicina de rehabilitación.

Un análisis más detallado de la situación en cada país se presenta en el Anexo V.

3. EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICAS EN REHABILITACION

Los estudios epidemiológicos realizados para analizar la morbilidad de enfermedades no consideran las consecuencias en términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía (Anexo I). Los registros y la información estadística acumulada en la Región de las Américas sobre mortalidad y morbilidad generalmente no permiten determinar la prevalencia de discapacidades, la satisfacción de la demanda por los servicios de rehabilitación, o la situación de los discapacitados en su contexto social (Anexo II).

Muchos países de la Región han realizado censos poblacionales, encuestas domiciliarias, registros y muestras incluyendo algunos de los aspectos relacionados con la discapacidad. Estos esfuerzos, en general, contienen datos demográficos, pero poca información que permita conocer la realidad con el fin de programar y satisfacer las necesidades de las personas discapacitadas.

Ante este panorama poco claro, la OMS realizó investigaciones que condujeron a establecer la cifra del 10,0% de la población mundial como discapacitada, señalándose dentro de este porcentaje las cifras correspondientes a los diferentes tipos de discapacidades. Sin embargo, éstas tienen que considerarse sólo como cifras globales de referencia, con cierto valor para el planteamiento de problemas, pero con escaso o ningún valor para la planificación y desarrollo de programas nacionales.

Como resultado de la fragmentación del proceso de prevención-rehabilitación-integración, las investigaciones que persiguen la obtención de datos, son realizadas en forma aislada por alguno de los sectores interesados obteniéndose resultados sesgados. El diagnóstico de discapacidad debe relacionarse con las condiciones de vida, incluyendo variables tales como vivienda, empleo, nivel de ingreso económico.

La investigación, dentro de los programas de salud ha estado orientada hacia las áreas clínicas, dejando relegados los aspectos epidemiológicos y sociales de la discapacidad. Pero aún así, existe información que permanece cautiva dentro del sector o agencia que la genera, perdiéndose la posibilidad del intercambio y enriquecimiento de experiencias a nivel local, nacional e internacional.

La OPS, teniendo en cuenta esta realidad ha elaborado un protocolo para establecer un diagnóstico de situación en relación a las personas discapacitadas a través de encuestas domiciliarias. Se intenta precisar un marco conceptual claro para recolectar información epidemiológica de la discapacidad y proveer a los países de la Región de un instrumento que permita la uniformidad de información y la comparación de resultados, especialmente para programas de atención primaria y para servicios de rehabilitación de nivel intermedio.

Posteriormente se podrá establecer un modelo de muestreo en la población general, que facilite a los países la recopilación de información epidemiológica de la discapacidad y hacer proyecciones nacionales que fundamenten la formulación de políticas y su aplicación en la provisión de servicios.

Estas investigaciones están en ejecución en Argentina, Colombia, Costa Rica, Honduras, Barbados y Santa Lucía. Se estima que los resultados podrán estar disponibles a fines de 1990.

4. PROGRAMA REGIONAL DE LA OPS

4.1 Actividades desarrolladas durante 1984-1990

La OPS, en un intento de contribuir al esclarecimiento conceptual, como así también al logro de la integración e integralidad, ha presentado un esquema funcional partiendo del núcleo social organizado en el que coexisten estructuras de base (políticas, legales, culturales) y servicios (educacionales, médicos, deportivos, religiosos) para atender a los derechos humanos básicos (salud, vivienda, trabajo, educación).

Las acciones de rehabilitación deben insertarse en forma integrada en este esquema. Esta integración desde el punto de vista administrativo, tiende al logro de la coordinación, a la correcta utilización de los recursos y desde el punto de vista social, apunta a la equidad y a la equiparación de oportunidades.

Las características de la cooperación técnica (que abarca actividades con un espectro de acción más amplio, incluyendo aspectos sociales, económicos, educativos y otros) ha permitido el desarrollo de acciones con la participación del individuo y las comunidades y la coordinación con otros sectores (Anexo III).

En 1984 sólo siete países incluían acciones de cooperación con OPS en sus programas--Argentina, Belize, Colombia, Chile, México, Santa Lucía y Venezuela.

En 1990, son 19 los países que solicitan y reciben cooperación técnica: Argentina, Bahamas, Bolivia, Chile, Costa Rica, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela. Pero tal vez más importante que el incremento en el número de países con actividades de rehabilitación incorporadas a los programas de cooperación con OPS, sea el tipo de actividades que están desarrollando.

En general, en el pasado, los países supeditaban los programas de rehabilitación al financiamiento externo y en su gran mayoría para capacitar personal muy especializado y organizar institutos con poca capacidad resolutive. Los programas prácticamente se centraban en las discapacidades físicas. En cambio, en la actualidad, los recursos se vuelcan prioritariamente en los países para facilitar la adopción de modalidades de atención autóctonas que se integran fácilmente en los programas generales, que cubren todas las discapacidades y que incorporan en su planificación y ejecución a las propias personas discapacitadas y los miembros de las comunidades a las que pertenecen.

4.2 Programas de rehabilitación basada en la comunidad

La rehabilitación basada en la comunidad permite coordinar dentro del sector (servicios de maternidad-infancia, transmisibles, nutrición, etc.) y con otros (educación, social, informal, trabajo, grupos organizados de padres y de personas discapacitadas), facilita la incorporación de la rehabilitación en la planificación general; se beneficia con los presupuestos existentes; y contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de toda la comunidad.

En 1984 estaban en ejecución actividades de rehabilitación basada en la comunidad sólo en dos países: Argentina y Santa Lucía. Las experiencias obtenidas en estos países, más algunas de otros, que por distintas razones no estaban vinculadas a OPS o no estaban activas, se volcaron en un taller sobre Prevención, Rehabilitación e Integración

que se desarrolló en junio de 1985 en la Sede Central de la OPS, con la asistencia de representantes de Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela. Participaron también en el evento: Helen Keller International, Partners of the Americas, Rehabilitación Internacional y World Rehabilitation Fund. A partir de este taller, se intensificó la tarea que consistió, primordialmente, en la preparación del material para facilitar la capacitación.

Así mismo, se realizaron talleres subregionales en el Cono Sur, Area Andina, Centro América, México y Caribe Hispano en 1987. En 1988 se programó un taller para el Caribe que debió ser suspendido por el huracán Gilbert y aún no se ha podido realizar (Cuadros 1 y 2).

Para la ejecución de estas actividades se contó con la colaboración de UNICEF, Helen Keller International, Rehabilitation International, World Rehabilitation Fund, a nivel internacional y gobiernos, entidades y organizaciones a nivel nacional.

4.3 Fortalecimiento de los servicios

La OPS ha propuesto un sistema asistencial de rehabilitación en tres niveles que responde a la filosofía de la programación de servicios locales. El primero tiene como fin proveer atención en rehabilitación, incluyendo la prevención y detección precoz de la discapacidad dentro del primer nivel de atención de salud, mediante recursos de personal existente, no especializado, utilizando tecnología apropiada y para alcanzar el 100% de cobertura aplicando la rehabilitación basada en la comunidad.

El segundo nivel tiene como objetivo global la provisión de atención en rehabilitación dentro del segundo nivel de atención en salud, mediante recursos de personal especializado, actuando con criterio y base epidemiológica y utilizando tecnología apropiada para el nivel.

El tercer nivel debe proveer atención en rehabilitación dentro del tercer nivel de atención en salud mediante recursos humanos y materiales estructurados con diverso grado de complejidad dentro de instituciones, para atender la demanda de los distintos niveles con necesidad de tecnología desarrollada.

Simultáneamente, la OPS está elaborando un instrumento que permitirá analizar el impacto que las acciones de los servicios tienen sobre las personas y la población, como así también la capacidad resolutoria de los servicios y de la RBC en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.

Cuadro 1
 EXPERIENCIAS EN MARCHA

PAIS	SECTOR	AREA	COBERTURA (habitantes)	SUPERVISION	FECHA INICIAL
Argentina	Salud OPS	Rural	70.000	MD OT Terapista	1982
Brasil	Salud	Urbana	150.000	MD Psicólogos	1986
Colombia	Salud ONG	Urbana Rural	20.000	Terapista Voluntario	1986
Costa Rica	Educación Salud UNICEF	Rural	2.200	Maestros Enfermeros	1987
Chile	Salud	Rural	8.800	MD Enfermeros	1987
Cuba	Salud Educación	Urbana	12.000	MD Terapista Física Terapista	1987
Honduras	Privado	Urbana Rural	--	MD Asistente Social Terapista Física	1988
Perú	Educación Salud	Rural	2.500	Maestros MD	1986
Santa Lucia	Salud	Rural	3.500	Terapista Física Enfermeros	1981
Uruguay	Salud OMS	Rural	5.440	MD Asistente Social	1987

Cuadro 2

PERSONAL CAPACITADO (TALLERES OPS)

RBC 1987-1989

Abogados	10
Administradores	23
Antropólogos/Sociólogos	7
Enfermeras	27
Ingenieros/Arquitectos	3
Maestros	80
Médicos	137
Orientadores vocacionales	12
Promotores salud/comunidad	16
Personas discapacitadas	22
Psicólogos	43
Terapistas físicos	107
Terapistas ocupacionales	17
Trabajadores sociales	64
<hr/>	
TOTAL	568
<hr/>	

5. EL PAPEL DE LOS ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Tradicionalmente los servicios de rehabilitación fueron considerados como actos de caridad y beneficencia, en concordancia con las características sociológicas de cada época. Las organizaciones de beneficencia fueron quienes asumieron la ejecución de planes y programas. El grupo de personas ciegas, fue el que primero se benefició en la mayoría de los países. Posteriormente, y como consecuencia de las epidemias de poliomielitis, se organizaron grupos voluntarios a quienes se debe, casi sin excepción, la aparición de servicios de rehabilitación en la Región y de organismos no gubernamentales que actualmente existen.

Entre los organismos no gubernamentales internacionales que más han colaborado con la Región, debe mencionarse a los que tienen como objetivo principal la prevención de la ceguera, a Helen Keller International (HKI), y a la International Eye Foundation (IEF).

El World Rehabilitation Fund (WRF), desde 1957 ha estado participando y asistiendo a los programas de rehabilitación de personas con deficiencias físicas. El apoyo decidido de dicho fondo permitió la capacitación de un importante número de médicos especialistas en medicina de rehabilitación y de otros profesionales del equipo.

Partners of America ha focalizado su cooperación en el área de la educación especial. Rehabilitation International ha difundido información pertinente durante décadas. Disabled People International (DPI), desde su creación en 1981, incorporó en su directiva representantes de la Región. La labor desarrollada por DPI ha sido muy valiosa ya que hizo posible la consolidación de grupos de personas discapacitadas que están colaborando para mejorar los programas, asumiendo un papel distinto al que tradicionalmente se les había asignado.

6. TENDENCIA DE LAS NECESIDADES DE SERVICIOS DE REHABILITACION EN LA REGION

En los años que restan de este siglo y seguramente al inicio del próximo, las necesidades de servicios de rehabilitación se incrementarán como resultado del aumento de la demanda, su modificación etiológica y por aumento de la sobrevida, la concientización y las nuevas modalidades de servicios.

6.1 Demanda

La población total de la Región de las Américas se duplicará durante el período que va desde 1970 al año 2000, de 280 millones a más de 550 millones de habitantes. La población urbana equivaldrá en el año 2.000 al 64,0% (440 millones) de la población total en comparación con el 49,0% (160 millones) en 1970.

En relación con la población de 60 años y más, la División de Población de las Naciones Unidas estima que se incrementará del 6,4% en 1980, 7,2% en 2000 al 10,8% en 2025 de la población total. La esperanza de vida al nacer aumentará de 51,2 años en el período 1950-1955 a 71,8 años en el lapso 2000-2025. No hay duda que la población de edad avanzada constituye un grupo con alta prevalencia de discapacidades, especialmente en las edades muy avanzadas.

Las medidas de prevención y las inmunizaciones harán que algunas de las etiologías discapacitantes prevalentes en la Región desaparezcan y disminuyan considerablemente. Tal es el caso de la poliomielitis, el sarampión, la oncocercosis, la otitis media y el hipotiroidismo (Anexo III).

El consejo genético y el control del embarazo contribuirán a que disminuyan algunas discapacidades genéticas. En cambio se enfrentará discapacidades con tendencias a aumentar entre las producidas por accidentes en todas las edades y las relacionadas con enfermedades crónicas y degenerativas. Los daños que resultan de la falta de control del medio, o el uso de productos químicos como plaguicidas y pesticidas, conducen a discapacidades que podría prevenirse. Poco es el conocimiento que tenemos sobre los aspectos epidemiológicos de las secuelas de este tipo de intoxicaciones que involucra a diversos sectores. Sirva, a modo de ejemplo, la información de algunos hallazgos incorporados a algunas investigaciones en países de la Región. En un estudio de intoxicaciones con plaguicidas en Costa Rica en 1988, se encontró que el 3,0% de los intoxicados presentaron secuelas. De ellas el 38,2% eran neurológicas, el 12,5% psiquiátricas y el 10,0% respiratorias, con un alto riesgo de discapacidad. En otro estudio efectuado en Argentina (1983-1984), entre el total con manifestaciones de intoxicación crónica (20,0-17,0%), se halló que un 65,0% presentaba compromiso del sistema nervioso central y periférico.

6.2 Aumento de la sobrevida

Un buen número de situaciones que anteriormente tenían desenlace fatal en la actualidad sobreviven pero, con frecuencia, presenta alto riesgo de discapacidad. El avance tecnológico aplicado a la atención médica es uno de los factores condicionantes a este hecho. Así, por ejemplo, en un estudio realizado en San Diego, Estados Unidos de América, sobre traumatismos craneoencefálicos se constató que en 1976 el 21,3 por 100.000 de los casos eran fatales. En seis años (1982) la cifra descendió a 17,5 por 100.000. La sobrevida de los nacidos con bajo peso (501-1500 gr.) en la ciudad de Nueva York experimentó un incremento proporcional de 86,0% entre 1962 y 1981. En el Grady Memorial Hospital de Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América, la tasa de mortalidad en recién nacidos de 1001-2000 gr. descendió de 13,8% en 1968 a 4,0% en 1982. Según distintos grupos de investigadores la incidencia de discapacidad entre este grupo infantil oscila entre 10,0-15,0% al 40,0-50,0%.

6.3 Concientización

El mejor conocimiento de la discapacidad, sus causas y las medidas asistenciales conducirán a que las acciones de prevención sean ejecutadas por el público y los profesionales en general. El diagnóstico precoz, el tratamiento y la intervención oportuna, disminuirá las complicaciones, la iatrogenia y la institucionalización. Simultáneamente las propias personas discapacitadas reducirán su dependencia al lograr una mayor integración social.

6.4 Servicios

La descentralización y racionalización de los servicios que se está operando, unido a la participación de las comunidades en la identificación de sus problemas y, la planificación hará que los servicios se modifiquen priorizando el primer nivel y la rehabilitación basada en la comunidad (Anexo IV).

7. RECOMENDACIONES

La situación crítica del abordaje de la discapacidad en la Región requiere la acción de todos los niveles de decisión a fin de conseguir el desarrollo de programas eficaces.

7.1 A nivel de país

7.1.1 La política nacional, relacionada con las personas discapacitadas, debe ser explícita, integrada, integral y basada en la equiparación de oportunidades y la participación plena. El objetivo primordial debe ser el logro del bienestar dentro del contexto socioeconómico, disminuyendo el impacto socioeconómico de la discapacidad sobre el individuo. La integración presupone la necesidad de una coordinación dinámica entre los sectores en la planificación y evaluación de actividades. La integralidad debe contemplar no sólo quien recibe el servicio, sino también al proceso: prevención, rehabilitación e integración.

7.1.2 Reorientación de los programas. Esto requiere que las actividades de rehabilitación se incluyan en la programación general, sobre todo en la correspondiente a los sistemas locales. La coordinación con otros sectores y la participación de las propias personas discapacitadas y sus comunidades hará posible la integración y la integralidad del proceso.

7.1.3 Evaluación y análisis epidemiológico. Se requiere estudios epidemiológicos que permitan un mejor conocimiento del problema y sobre todo en sus aspectos socioeconómicos y demográficos. La ejecución de las intervenciones así programadas permitirá optimizar el recurso y a detectar o eliminar factores de riesgo.

- 7.1.4 Fortalecimiento de los servicios. En los países en desarrollo, en los que coexisten características de salud pública que van desde la malnutrición y precaria higiene a la violencia y promiscuidad, pasando por las enfermedades crónicas y de exposición ambiental, deben buscarse nuevos modelos de atención en los que la rehabilitación esté integrada. La rehabilitación basada en la comunidad ha demostrado ser una valiosa tecnología cuando se articula a un sistema de distintas complejidades.
- 7.1.5 Capacitación del recurso humano. No sólo el equipo de salud debe conocer sobre discapacidad, sino también los que componen los equipos de los otros sectores participantes. La escasez de personal informado y capacitado, es uno de los factores que debe ser abordado sin demora.
- 7.1.6 Recopilación e intercambio de información. Debe ponerse en práctica la recopilación, presentación, registro e intercambio de información. Estas deben incluir parámetros que reflejen las condiciones de vida y la integración de las personas discapacitadas.
- 7.1.7 Investigación. Deben realizarse investigaciones destinadas a mejorar el conocimiento de los factores de riesgo de discapacidad, medidas de prevención y tecnologías que se adapten a las diferentes situaciones, en particular la de los servicios locales.

7.2 A nivel de la OPS

Rehabilitación es un componente del programa de Salud del Adulto en la Secretaría de la OPS. Su objetivo general es promover la inclusión de acciones de prevención, rehabilitación e integración de las personas discapacitadas en la programación nacional utilizando tecnologías apropiadas, e incorporadas a los sistemas nacionales de salud y bienestar para el logro de la equidad para las personas discapacitadas. Otros objetivos generales para el programa Regional son los siguientes:

- a) Promover la integración de las acciones de rehabilitación en los servicios generales de salud.
- b) Promover la RBC como un componente de la Atención Primaria de Salud (APS) y otros servicios locales.
- c) Promover la capacitación del personal apropiado para todos los niveles.
- d) Impulsar el conocimiento general sobre los problemas relacionados con el proceso de la discapacidad.

7.2.1 Objetivos específicos:

- a) Políticas nacionales de rehabilitación: Colaborar con los Gobiernos en la definición de políticas, estrategias y programas intersectoriales de rehabilitación basados en el análisis de la situación y disponibilidad de recursos nacionales; establecer las bases para la planificación coordinada de salud, educación, trabajo y bienestar social de los organismos nacionales; proveer a los gobiernos de la Región de América como así también a la comunidad nacional que cooperan en salud, desarrollo económico y social, información adecuada para evaluar el desarrollo de la estrategia de APS y mejorar las políticas y programas para el siglo XXI.
- b) Integración de servicios: Fomentar la integración de la prevención de las discapacidades y de la rehabilitación en los sistemas locales de salud y dentro del marco de atención primaria; estudiar la efectividad de los servicios de rehabilitación; definir la cobertura de los servicios de rehabilitación en municipios, provincia, país; especificación de la metodología y de administración de los servicios, según niveles relacionados con la discapacidad.

7.2.2 Metas

- a) Promover y apoyar las acciones que posibiliten que en 1995 por lo menos 60% de los países de la Región hayan incorporado las acciones de rehabilitación en los servicios generales de salud.
- b) Promover y apoyar las acciones que posibiliten que en 1995 por lo menos el 80% de los países apliquen RBC.
- c) Promover y apoyar las acciones que posibiliten que en 1995 por lo menos el 50% de los países de la Región cuenten con programas de capacitación de sus recursos humanos en prevención y rehabilitación de discapacidades para las distintas patologías y niveles de atención.
- d) Promover a nivel nacional y regional la investigación y el intercambio de información relacionada a la situación de las personas discapacitadas, tecnologías y administración de servicios en por lo menos el 30% de los países de la Región.

7.3 Indicadores para vigilancia y evaluación

La falta de datos y de coordinación con otros sectores hacen difícil el establecer indicadores. Por ello, se proponen algunos simples como:

- Número de países que hayan formulado políticas nacionales de rehabilitación y ejecutado programas.
- Número de países que identifican rehabilitación en sus estructuras del sector salud.
- Número de países que aplican rehabilitación basada en la comunidad en el marco de APS.
- Número de países que cuentan con organizaciones nacionales de personas discapacitadas que colaboren con los programas.
- Número de países con rehabilitación integrada en sus sistemas de seguridad social.
- Número de hospitales generales con servicios de rehabilitación.

REFERENCIAS

1. Argentina. Departamento de Estadísticas. Dirección Nacional de Rehabilitación. Artículos 3o - Ley 22.431. Estadísticas Correspondientes al Año 1986. Buenos Aires, DNR, diciembre 1987.
2. Argentina. Departamento de Estadísticas. Dirección Nacional de Rehabilitación. Artículos 3o - Ley 22.431. Estadísticas Correspondientes al Año 1987. Buenos Aires, DNR, mayo 1988.
3. Argentina. Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionistas. Dictámenes Emitidos por la Gerencia de Medicina Social del INSSJP sobre los Beneficios Tramitados por Invalidez. Primer Cuatrimestre, año 1985: Información y Análisis. Octubre 1985.
4. Arias de Blois, Jorge. Las Dimensiones de la Ceguera en Guatemala. Guatemala, Universidad del Valle, s.f., pág. 18.
5. becker, Donald P., Povlishock, John T. Central Nervous System Trauma. Status Report 1985. Washington, D.C., NIH/NINCDS. 535 p.
6. Canada. Department of the Secretary of State of Canada. Report of the Canadian Health and Disability Survey 1983-1984. Toronto, Minister of Supply and Services, July 1986. 108 p.
7. Cifuentes, Luis M. Situación Actual de los Impedidos y de la Rehabilitación en el Ecuador. Quito, INFA, 1985. 138 p.
8. Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social. Centro Nacional de Rehabilitación. Dr. Humberto Araya Rojas. Jornadas de Estudios Sobre el Estado Actual de la Rehabilitación en Costa Rica: 24, 25, 26 de febrero de 1987. Ponencia. s.f. 16 p.
9. Costa Rica. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Departamento Programas Sociales. Registro Nacional de Minusvalidos. Boletín Estadístico No. 20, Enero 1988.
10. Chade, Mércia Lucia de Melo Neves. Imperfeitos e Esquecidos; os Deficientes Físicos, sua Condição, Barreiras e Atitudes no Municipio de Sao Paulo. Sao Paulo, FGV/EAESP, 1987. 162 p.
11. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta: Identificación del Daño en Alumnos de Escuelas de Concertación Fronterizas. Chile, 1989.
12. Chile. Ministerio de la Salud. Identificación del Daño v/s Atención de Salud. 1988.

13. Freeman, John M. Ed. Prenatal and Perinatal Factors Associated with Brain Disorders. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services, April 1985. (Publication No. 85-1149). 449 p.
14. González Pellón, Ana Luisa; Carmona Gutiérrez, Arsenio; Montoya Guibert, Eulogio; Leblan Espinosa, Teresa M. Implementación de los Procedimientos para la Aplicación de la Rehabilitación en la Atención Ambulatoria Primaria. Habana, Ministerio de Salud Pública, 1985. 90 p.
15. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación; Universidad de Antioquía. Facultad de Salud Pública. Centro de Investigaciones; Servicio Seccional de Salud de Antioquía. Oficina de Epidemiología. Análisis de las Condiciones de Rehabilitación en Antioquia; su relación con causas violentas. Medellín, 1987. s. p.
16. Leyva Serrano, Maritza; Montoya Guibert, Eulogio. Necesidades de Atención Rehabilitadora en el Area de Salud del Policlínico Santiago de las Vegas. Habana, Facultad de Medicina, 1988. 90 p.
17. Matos, Elena L.; Loria, Dora J.; Albiano, Nelson; Sobel, Norma; Burján, Elisa C. "Efectos de los Plaguicidas en Trabajadores de Cultivos Intensivos." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 104: 2: 160-169, febrero 1988.
18. Michel, Cecilia; Castillo. Informe Final. Comportamiento Epidemiológico de la Deficiencia, Discapacidad y la Minusvalidez, Músculo-Esquelética. Centro de Rehabilitación Período 1981-1985. Santo Domingo, OPS/PWR, 1988. 43 p.
19. Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de Salud en las Américas. Washington, D.C., PAHO, 1989. s.p.
20. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud del Adulto. Capacitando a la Persona Discapacitada en su Comunidad. Washington, D.C., OMS/OPS, 1989.
21. Organización Panamericana de la Salud. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Taller Participativo. Manual para el Facilitador. Washington, D.C., PAHO/WHO/UNICEF, 1988. 36p
22. Organización Panamericana de la Salud. Taller sobre Prevención e Integración de Personas Discapacitadas. Washington, D.C., OPS/HPA, junio 1985. 43 p.
23. Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el Año 2000; Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Washington, D.C., OPS, 1982. 98 p. (Documento Oficial No. 179)

24. Organización Panamericana de la Salud. Principios Básicos para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990. Washington, D.C., OPS, 1987. 68 p.
25. Organización Panamericana de la Salud. Esquema de Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington, D.C., OPS, 1972. p. 71.
26. Perú. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Rehabilitación. Proyecto Nuevo Local. Lima, Instituto Nacional de Rehabilitación, 1984.
27. Restrepo Arbelaez, Ricardo; Mejía Guzmán, Miguel; William, V.; Areiza A., Lucia Helena. Segunda Encuesta sobre Prevalencia de la Invalidez en Antioquia de 1982. Medellín, Comité de Rehabilitación de Antioquia et al, 1988. 9 p.
28. Ministry of Health, Housing, Labour, Information and Broadcasting. Annual Report of the Health Division for the Year 1985. P. 64-65. Saint Lucia.
29. Santos Jf., Antonio Carlos Silva; Lessa, Inés. "Prevalencia de Incapacidades en Dois Diferentes Grupos Sociais en Salvador, Brasil." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 6:4:304-313, abril 1989.
30. Thorburn, Marigold; Desai, Patricia. Final Report on How Cost Methods for Rapid Identification & Assessment of Childhood Disability in Jamaica. Mona, Department of Preventive Medicina; The University of the West Indies, June 1989. 39 p.
31. United Nations. World Programme of Action Concerning Disabled Persons. New York, U.N., 1983. 69 p.
32. University of California. Institute for Health and Aging. "Disability Statistics Program." Disability Statistics Bulletin. Vol. 1, Spring 1988.
33. Estudios sobre Enfermedades Crónicas y Ancianos Basados en el Encuesta Familiar de Salud del Uruguay. Montevideo, Ministerio de Salud Pública; Organización Mundial de la Salud, 1985. 77 p. (Proyecto AMRO 1700).

CARACTERISTICAS

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental.

DEFICIENCIAS

Dentro de la experiencia de la salud una deficiencia es toda pérdida o función psicológica, fisiológica anatómica.

DISCAPACIDAD

Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del

ORGANICA

La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y en principio, refleja perturbaciones a nivel del órgano.

FUNCIONAL

La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona

La discapacidad se caracteriza por exceso o insuficiencias en el desempeño y comportamiento normal de una actividad rutinaria, las cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos. La discapacidad puede surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

MINUSVALIA

Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, a consecuencia de deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, y factores sociales y culturales).

SOCIAL

La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias culturales, sociales económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

La minusvalía está en relación con el valor de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece.

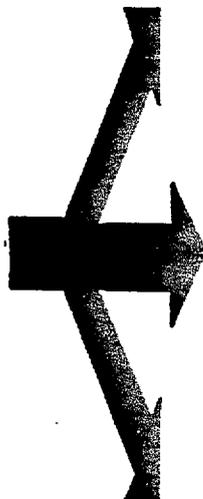
PREVENCION

Atención Primaria
Maternidad e Infancia
Nutrición
Inmunización
Detección Temprana
Accidentes
Educación Sanitaria
Formación de Recursos Humanos
Educación para la Salud

REHABILITACION

Servicios Generales de Salud
Educación
Formación Profesional
Ayudas Técnicas
Servicios Sociales

**DEFICIENCIA
DISCAPACIDAD
MINUSVALIA**



INTEGRACION

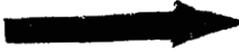
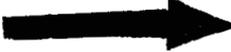
Legislación
Barreras
Seguridad Social
Educación
Formación Profesional
Empleo
Recreación y Deportes
Cultura
Religión
Información y Educación Pública

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD SEGUN SUS DISTINTAS CAUSAS

Causa	Primaria	Secundaria	Terciaria*
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 de riesgo de exposición	Educación para el autocuidado Provisión de ayuda técnica
Enfermedad no transmisibles	Hábitos higiénico-dietéticos; prácticas de educación física y deportes; control médico periódico educación en salud	Control de riesgos; tratamiento integral; orientación educacional y vocacional; de actitudes del individuo, la familia y la comunidad	Orientación vocacional Educación común y especial
Accidentes	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
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	Control del crecimiento y desarrollo; dieta adecuada y equilibrada	Información pública Adecuación de viviendas y urbanismo Acceso laboral

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

SERVICIOS DE REHABILITACION

<u>NIVEL DEL SERVICIO</u>	<u>SECTOR COMPROMETIDO</u>	<u>PROBLEMAS</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
<u>LOCAL</u>	<u>SALUD</u>	Falta de identificación de las discapacidades como secuela de daño o enfermedad. Ausencia de intervenciones en servicios generales. Falta de recursos específicos	Servicios generales desalud. RBC. Ayudas técnicas: ortesis y prótesis. Apoyo psicológico. Autocuidado.
		<u>SOCIAL</u>	
		<u>EDUCACION</u>	
<u>REGIONAL</u>		Escasa información, conocimiento y tecnologías, en todos los niveles (públicos, autoridades, familia personas discapacitadas, profesionales, público en general) Falta de acceso a la escolaridad	Integración de los niños con necesidades especiales a aulas comunes. Escuelas especiales. Educación del adulto discapacitado. Educación e información sobre discapacidad.
		<u>NACIONAL</u>	
		Ausencia de datos reales para planificar. Escasos recursos especializados, concentrados en grandes ciudades. Ausencia de medidas de prevención y rehabilitación en las políticas, planes y programas. Criterio parthenalistas versus equiparación de oportunidades. Ausencias de normas, procedimientos y recursos humanos adecuados a la realidad nacional.	Servicios especiales de rehabilitación en sector salud y educación en todos los niveles. Servicios de información y de empleo Vigilancia epidemiológica. Planificación y programación integrada desde la decisión política. Seguridad Social Investigación. Centro de información para las personas discapacitadas.

SITUACION POR PAISES

México

México cuenta con recursos de calidad para la atención de personas discapacitadas de todo tipo de etiología. Sin embargo, por cantidad y distribución geográfica, un alto porcentaje de la población carece de cobertura. En 1988, en una muestra por expansión, la prevalencia de limitación de actividades fue de 1,9%. De ese total de casos, el 31,0% presentaba limitaciones permanentes. Las tres primeras causas fueron el daño por enfermedad adquirida, daño congénito y secuela de accidentes.

Sólo el 6,8% de sus hospitales cuenta con servicios de rehabilitación y son escasos los de comunicación humana. El país tiene cursos de capacitación según niveles, que le permite formar a todos los profesionales, no sólo para México, sino para los otros países latinoamericanos, en particular de Centro América y el Caribe Latino.

Los datos obtenidos en 1984 arrojaron las siguientes cifras en relación con los recursos disponibles: médicos especialistas en medicina de rehabilitación: 222; médicos especialistas en comunicación humana: 44; terapeutas físicos: 575; terapeutas ocupacionales: 106; terapeutas del lenguaje: 128; enfermeras de rehabilitación: 23; psicólogos: 28, y trabajadores sociales: 79. El sector educación contaba con 391 escuelas de educación especial; 51 centros de capacitación laboral; 196 centros psicopedagógicos, y 469 grupos integrados.

CENTROAMERICA

Los países que conforman esta subregión (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá) tienen distinto grado de desarrollo en rehabilitación.

Esta subregión, que en los últimos años está sufriendo signos de violencia armada, está en situación crítica en el área de rehabilitación.

A pesar de esta situación emergente, a lo que debe asociarse los otros riesgos de discapacidad (nutricionales, perinatales, accidentes, enfermedades congénitas y crónicas, los gobiernos no identificaron rehabilitación como uno de los componentes de la Iniciativa de Centroamérica.

Costa Rica

En una publicación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica, se estima que la población con

discapacidades y minusvalías se incrementa cada año en aproximadamente 5.000 casos. El 46,3% de la población minusválida registrada es menor de 30 años, concentrándose el mayor porcentaje en las edades comprendidas de 10 a 20 años.

El 19,3% de la población minusválida recibió o recibe servicios de educación especial, siendo los más beneficiados las personas con retardo mental (61,4%). El 7,7% de la población minusválida es asalariado; el 38,2% dependen de ingresos que percibe el grupo familiar; el 14,5% están pensionados por regímenes de la Seguridad Social; el resto no está especificado.

Costa Rica está bien equipado y estructurado para ejecutar rehabilitación. Se ha elaborado un decreto de la Presidencia de la República y los Ministerios de Salud, Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, Planificación Nacional y Política Económica (julio 12, 1989) sobre "Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral", primero en su tipo en la Región. El país posee experiencia en rehabilitación coordinando salud y educación especial.

A febrero de 1987, la Caja Costarricense de Seguro Social, en su régimen invalidez, vejez y muerte, tenía un total de 13.600 pensionados por invalidez. Se reciben aproximadamente 500 solicitudes por mes, y se mantienen en proceso de resolución unas 4.500 de las cuales, aproximadamente el 50,0% son aprobadas. Sin embargo, no existe un plan para rehabilitar a estos pensionistas.

Costa Rica contaba, en 1989, con 20 médicos especialistas; 99 terapeutas físicos; 17 terapeutas ocupacionales; 7 médicos especialistas en comunicación y lenguaje; 80 terapeutas del lenguaje, y 150 profesores de sordos.

Existen grupos organizados de personas discapacitadas y de padres de niños discapacitados.

El Salvador

En 1984, el Ministerio de Educación efectuó un estudio sobre la atención integral del niño discapacitado. Se investigaron distintos aspectos y se concluyó que el porcentaje de atención era de 1,0%. Los recursos humanos de ese sector y en esa fecha eran 39 médicos, 148 técnicos y 136 maestros. Existían 6 escuelas especiales y 17 aulas integradas; 5 centros de rehabilitación y 3 servicios en hospitales en el sector salud; y 11 servicios privados. Un gran problema en El Salvador es la falta de coordinación intersectorial como así mismo entre las agencias y gobiernos donantes.

Guatemala

Es uno de los países que inició actividades en la década de los cincuenta, desarrollando programas para discapacitados motores y sensoriales. Precozmente incluyó rehabilitación en la seguridad social. Cuenta con cursos de capacitación para médicos especialistas y terapeutas físicos. Sin embargo, persiste en programas verticales, no integrados, con escasa coordinación entre el sector salud y los encargados de la integración social.

En 1986, estaban funcionando 10 centros de rehabilitación física; 1 de sensoriales; 4 de rehabilitación y educación especial; 3 de rehabilitación de discapacidades mentales; 1 de rehabilitación de alcohólicos; 3 de rehabilitación social; y 3 de rehabilitación profesional.

Contaban con 23 médicos especialistas en medicina de rehabilitación; 10 residentes; 112 terapeutas físicos; 21 terapeutas ocupacionales; y 8 terapeutas del lenguaje trabajando en entidades de rehabilitación. Todos estos recursos estaban concentrados en la capital, con escasa cobertura en otras localidades.

Honduras

En 1989 se aprobó una ley de integración de las personas discapacitadas que está comenzando a ejecutarse. Según datos recabados por el Instituto Hondureño de Habilidadación y Rehabilitación de la Persona Minusválida, en Honduras no existe una cuantificación real de personas que requieren servicios de rehabilitación. Según proyecciones de datos internacionales y de información nacional se estima que, de la población total de 4.513.940 hondureños, 500.000 personas padecen alguna discapacidad, de las cuales solamente 4.000 reciben servicios de rehabilitación, lo que representan un 0,8% de la población. El dato anterior nos indica que la cobertura es en extremo deficiente.

Los Centros de Educación Especial reciben actualmente en sus aulas un bajo porcentaje de niños y adolescentes que requieren esta atención.

Actualmente el Ministerio de Educación Pública cuenta con 126 aulas, ubicadas en 99 escuelas en los 18 departamentos del país, que cubren un número aproximado de 2,520 niños con problemas específicos de aprendizaje. Esta cifra representa el 0,3% del total de los niños matriculados.

Con asistencia de organizaciones no gubernamentales, se ha puesto en marcha un taller de ortesis y prótesis de alto nivel y construido dos centros de rehabilitación, uno en Tegucigalpa y otro en San Pedro Sula. Los recursos profesionales de Honduras, en 1990, son: 5 médicos especialistas y 5 en formación; 19 reeducadores; 2 terapeutas físicos; y 4 terapeutas ocupacionales.

Nicaragua

Como consecuencia de la situación bélica, se calcula que hay 2.790 personas discapacitadas entre los combatientes, 1.544 lesionadas entre la población de menos de 15 años. Además, por datos extraoficiales que no se pueden ratificar, se estima que habría alrededor de otras 2.000 personas discapacitadas, desplazadas o refugiadas provenientes de Nicaragua en países limítrofes.

En corto tiempo Nicaragua ha hecho un adecuado uso de la asistencia internacional, lo que le permite en la actualidad estar en condiciones de satisfacer las demandas de equipamiento de toda la población combatiente discapacitada, extendiendo sus programas a los civiles, con prioridad a la población infantil. El país ha iniciado un proyecto con la cooperación del Gobierno de Finlandia y la OPS que permitirá formar al personal, equipar servicios y, en coordinación con otro proyecto España-OIT, están trabajando en los aspectos de integración laboral. La rehabilitación con base en la comunidad es bien conocida por los distintos sectores, aunque aún no se ha desarrollado suficientemente.

Se han organizado asociaciones de personas discapacitadas y de padres de niños discapacitados. Existen seis asociaciones de personas discapacitadas (combatientes, ciegos, sordos) y una de padres de niños discapacitados.

Panamá

No ha incorporado actividades de rehabilitación en el sector salud, salvo una unidad en la Seguridad Social. El énfasis fué puesto en la educación especial. Es el país más desprovisto de Centroamérica, con excepción de Belice, en donde existen algunas facilidades para niños y para ciegos, todo ejecutado por organizaciones no gubernamentales.

En Centroamérica, existen facilidades para capacitar a casi todo el personal requerido. Falta una escuela de terapia ocupacional, ya que si bien existen cursos en Guatemala, Costa Rica y El Salvador, no cubren los requisitos de formación de terapeutas para toda la gama de actividades de terapia ocupacional.

CARIBE INGLES

La característica más evidente del Caribe en el área de rehabilitación es la actividad que desarrollan las organizaciones no gubernamentales y los grupos organizados de personas discapacitadas, particularmente las que agrupan a personas ciegas.

Por razones políticas y culturales, el modelo médico de rehabilitación, tal como existe en el resto de los países de la Región, no se ha desarrollado en el Caribe Inglés.

La subregión no posee los recursos profesionales ni cuenta con programas de capacitación. Existe una escuela de Terapia Física en Jamaica, en la Universidad de las Indias Occidentales.

El énfasis de las actividades está puesto en la población infantil, pero el riesgo de discapacidad de la población adulta es muy alto por la prevalencia de enfermedades crónicas y la alta tasa de accidentes.

Las experiencias de rehabilitación, salvo la de Santa Lucía, no están articuladas con el sector salud.

Los recursos para rehabilitación en el Caribe inglés se refieren casi sin excepción a servicios de fisioterapia, de educación especial y de estimulación temprana. Existen organizaciones no gubernamentales, tales como la Asociación Caribeña de Terapistas de Rehabilitación (CART); la Asociación Caribeña para el Retardo Mental y otras Discapacidades del Desarrollo, y el Consejo Caribeño para la Ceguera, Asociación Caribeña para la Rehabilitación de los Discapacitados (CAREHAB), entre otros.

Cabe señalar que desde 1975 hasta 1982 (con excepción de 1977) en la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe, se han incluido recomendaciones para que el sector salud asuma su papel en el proceso de rehabilitación. Sin embargo, son escasos los cambios que se han generado en los programas asistenciales nacionales.

Jamaica

El trabajo realizado, como uno de los componentes del "Estudio Internacional de Discapacidades entre los Niños", muestra que la prevalencia de todas las categorías y grados de discapacidad combinada fue de 9,7%. La discapacidad más encontrada fue la cognoscitiva, con un porcentaje de 8,2% para todos los grados y 1,9% para los moderados y severos. La menos frecuente fue convulsiones con 0,2%.

Santa Lucía

En un estudio realizado en 1985 en las consultas de los centros de salud, utilizando la encuesta contenida en el Manual de RBC, se detectó una baja prevalencia de discapacidades (0,7%). Esto posiblemente se deba al hecho de que no se incluyeron a las personas discapacitadas atendidas en instituciones, ni tampoco a las que presentaban discapacidades leves.

Las discapacidades más frecuentes fueron las locomotoras, deficiencia mental y problemas del aprendizaje. El mayor número de personas discapacitadas estaba en el grupo etario de más de 15 años. Santa Lucía es el único país del Caribe con experiencia en RBC desde 1981 cubriendo el 95,0% de la población. Hay que destacar que esta estrategia está integrada en la programación global del Ministerio de Salud.

CARIBE LATINO

Consideramos en esta subregión a Cuba, Haití y República Dominicana.

Cuba

En investigaciones preliminares realizadas se observó un predominio de discapacidad en el adulto (19,0%) y, dentro de estos, de los mayores de 65 años (37,0%). La prevalencia de adultos severamente discapacitados, con cuadros físicos, constituyó el 51,6% del total de la prevalencia identificada en mayores de 15 años, con predominio en el grupo de 56 y más años.

El incremento de la prevalencia por grupos de edad mostró que la tasa del grupo de 65 y más años es 10 veces mayor que la del grupo de 15-64 y ésta es aproximadamente el doble de la del grupo de menos de 15 años.

Cuba ha experimentado una modificación importante en sus programas de rehabilitación. Si bien este país tenía servicios de alto nivel y cursos de capacitación hace alrededor de dos décadas, en los últimos años ha jerarquizado la rehabilitación médica, separándola de la ortopedia. Ha incluido la rehabilitación en la planificación descentralizada y la ha articulado con el programa de medicina familiar, elaborando un modelo técnico-administrativo muy adecuado para los países que han alcanzado cierto grado de desarrollo.

Con esta modalidad cubren el 90,0% de las personas discapacitadas. Desde 1984, están trabajando, además con los "círculos de abuelos", que agrupa a la población de 60 años y más. Hasta 1989, estaban funcionando 3.000 círculos; en ellos se incluyen las discapacidades secuelas de enfermedades crónicas.

Desde 1980, funciona la Asociación Cubana de Limitados Físico-motores, que cuenta con 26.000 miembros y tiene como objetivo principal, la integración. Cuenta con 80 talleres que emplean a personas discapacitadas.

República Dominicana

En 1985, se efectuó un estudio de investigación de discapacidad en un barrio marginal de Santo Domingo (Barrio de Gualley). Se consideraron sólo discapacidades físicas y sensoriales, encontrándose una prevalencia de 5,5%. La edad más afectada fué la de los menores de 35 años, siendo el grupo 0-19 años el más afectado. El 68,0% de los casos correspondió a discapacidad física y de ella, el 52,0% correspondía a secuelas de poliomielitis.

El país cuenta con recursos para capacitar prácticamente a todos los profesionales requeridos. No cuentan con escuelas de terapia ocupacional, pero la están organizando.

Con cooperación de la "World Rehabilitation Fund" funciona una escuela de ortesis y prótesis de nivel universitario, en la que se forman profesionales para toda la Región.

Las actividades de rehabilitación en República Dominicana están prácticamente realizadas por una organización privada sin fines de lucro que cuenta con 11 filiales en todo el país. Se ocupan de otorgar rehabilitación a personas con discapacidad física principalmente y aquellas que presentan retardo mental.

haití

A pesar de los esfuerzos realizados en el país y a la cooperación externa, no cuenta con recursos suficientes para atender a la población con discapacidades.

AREA ANDINA

Los países que constituyen el Area Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, tienen distinto grado de desarrollo en rehabilitación, pues algunos de ellos como Colombia y Venezuela han sido pioneros en la subregión; otros, como Bolivia y Ecuador, aún están en la etapa de la formulación político-administrativa.

Bolivia

Posee 24 servicios para la rehabilitación de discapacidades neuromusculares, 7 para ceguera, 15 para retardo mental, 13 para sordera y 10 asociaciones de/para personas discapacitadas distribuidas en las ciudades más populosas del país, con marcada concentración en La Paz.

Cuentan con 21 médicos, 48 terapistas físicos, 3 terapistas ocupacionales, 10 operarios y un técnico de ortesis y prótesis

Colombia

La encuesta sobre prevalencia de discapacidad realizada en Antioquia en 1982 mostró una prevalencia de 6,2%, con variaciones entre distintos municipios que oscilan entre 11,9% y 2,7%.

El grupo etario más afectado fué el de 40 y más años. La discapacidad más frecuente fue el alcoholismo (20,0%), seguida por músculo-esquelética (13,7%), cardíacas (10,5%), retardo mental (9,1%), audición (8,4%), epilepsia (6,7%), lenguaje (6,0%), discapacidades mentales (3,5%), y ceguera (2,3%).

La muestra demostró que el 65,5% no recibían atención médica y el 51,0% de las personas discapacitadas pertenecían al nivel socioeconómico bajo.

En una muestra probabilística en Cali (1982-1983) se encontró una tasa de prevalencia de discapacidades de 48 por mil, en todas las edades. La tasa aumenta a medida que se incrementa la edad.

En 1989, se realizó una encuesta en Santander del Norte en dos municipios para iniciar RBC. Las dos zonas seleccionadas contaban con centros o puestos de salud y la recopilación de datos fue efectuada por vigías de salud y maestros de las escuelas, capacitados con el Manual de OPS/OMS. Una de estas zonas presenta un alto índice de marginalidad y en ella fueron detectados el 29,0% de los casos. La prevalencia de discapacidad hallada fue de 10,0%.

Otro estudio efectuado también en Antioquia, en 1987, analizó las condiciones de rehabilitación y su relación con causas violentas y mostró que la segunda causa de consulta en rehabilitación es por secuelas de violencia, 28,0% siendo superada por daños degenerativos, 36,0%.

Colombia es uno de los países que desde el inicio de sus actividades de rehabilitación las integró en los hospitales generales. A pesar de ello, sólo el 14,5% de sus hospitales cuentan con servicios de rehabilitación.

Existen 35 instituciones especializadas en problemas de audición y 24 de ceguera. Todos los profesionales del equipo de rehabilitación pueden capacitarse en el país, con cursos de nivel universitario.

En los últimos cuatro años Colombia, reconociendo la necesidad de ampliar la cobertura, ha comenzado a trabajar con el enfoque de RBC en forma coordinada con otros sectores, incluyendo a las personas discapacitadas. Hasta fines de 1989, existían siete experiencias en marcha, de las cuales es de destacar la de Riohacha por ser ejecutada por los miembros de una comunidad indígena en relación estrecha con el sector salud.

Colombia tiene una larga trayectoria en el área de integración laboral.

Ecuador

Con datos elaborados en el país por el INFA (1981), se demostró una tasa de prevalencia de discapacidad de 12,8%: el 32,0% con discapacidades físicas; el 35,0%, sensoriales, y el 26,0%, mentales, distribuyéndose el resto entre los otros tipos de discapacidades. Sólo el 6,8% de sus hospitales cuenta con servicios o facilidades para rehabilitación. El 50,0% de la población discapacitada corresponde a la población de 0 a 14 años.

Cuenta con 118 servicios distribuidos en Salud, Bienestar, Seguridad Social, INFA, Educación y Trabajo. De los 118 establecimientos 35 son privados.

Existían en el país en 1990: 64 médicos fisiatras; 3 médicos foniatras; 923 terapistas físicos; 174 terapistas ocupacionales; y 282 terapistas del lenguaje.

Perú

Si bien no se dispone de cifras de prevalencia de discapacidades, sabemos que el porcentaje mayor (68,0%) de personas discapacitadas se encuentra en el grupo etario de 0 a 14 años.

La mayoría del total de las personas discapacitadas viven en zonas urbano-marginales (66,4%). El 32,0% de las discapacidades detectadas son del aparato locomotor; el 26,0%, retardo mental y el 21%, trastornos de la comunicación.

En Perú existen programas para todos los tipos de discapacidad. Forma a todo el personal requerido. Funcionan 100 servicios en el sector salud y seguridad social y 86 en educación.

En 1989, Perú contaba con 152 médicos especialistas; 828 terapistas físicos, 69 terapistas ocupacionales; y 830 terapistas del lenguaje. El 12,7% de sus establecimientos hospitalarios poseen facilidades de rehabilitación.

Ese mismo año se reglamentó la Ley de Salud, Educación, Trabajo y Promoción Social y se creó el Consejo Nacional para la Integración del Impedido, por decreto del Poder Ejecutivo. Simultáneamente se aprobó la Rehabilitación Basada en la Comunidad como una de las estrategias de descentralización y coordinación multisectorial.

Venezuela

Venezuela tiene una buena experiencia en el campo específico de la prevención y tratamiento básico de la discapacidad en el enfermo de lepra, que se inició en 1965 y que en la actualidad alcanza al 65,0% de los pacientes en control. En el campo de la rehabilitación general, la experiencia abarca todas las etapas del proceso.

Se realizaron distintos muestreos desde 1963 para diagnosticar el problema de la discapacidad y tener una apreciación de la magnitud del problema, tanto en el área urbana como en la rural.

La última experiencia se realizó en 1982 en un área urbana en Tucuy, que arrojó una incidencia de 5.2%, distribuyéndose los grupos de discapacidades en: locomotor (37,3%); sensorial (20,6%); mental (19,5%); y múltiple (23,0%).

La distribución de la discapacidad en los grupos etarios mostró el 55,6% en el grupo de 0 a 14 años, y el 44,5% en el de mayores de 15 años. En 1985, la Dirección de Educación Especial matriculó 1,7% de la población entre 1 a 14 años con distintas discapacidades de aprendizaje.

En 1990, Venezuela cuenta con 185 médicos fisiatras y 19 foniatras; 561 terapistas físicos; 306 terapistas ocupacionales; 230 terapistas de lenguaje; 16 técnicos de ortesis y prótesis; 30 técnicos medios; y 14 maestros de zapatería. Funcionan en el país cinco fábricas de sillas de ruedas.

CONO SUR

Los países que constituyen el Cono Sur son: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Argentina

El país posee una larga trayectoria en el área de rehabilitación, pues desde el inicio del siglo se organizaron grupos voluntarios y organizaciones no gubernamentales, en particular para la asistencia de deficientes mentales, ciegos y cardíacos. En 1943, se inicia la rehabilitación de discapacidades físicas. Posee programas gubernamentales específicos a nivel nacional, provincial y municipal en las áreas de salud, acción social, educación, trabajo y seguridad social.

En 1981, en una encuesta de hogares se encontró una prevalencia de discapacidad de 4,9%, con 32,2% para las discapacidades neurolocomotoras; 29,2% viscerales; 21,7%, mentales; y 16,8%, sensoriales. La muestra se efectuó en área urbana y no se incluyeron personas institucionalizadas. En un trabajo realizado en la Seguridad Social durante el primer cuatrimestre de 1985, se halló que por cada 100 nuevos afiliados ingresados al sistema, 33 accedieron debido al otorgamiento del beneficio por discapacidad. La tasa de beneficios por cada 10.000 habitantes osciló entre 6,2% y 7,5%.

Un estudio realizado en 1986 en una mina de la provincia de Jujuy arrojó un 35,5% del total de la población trabajadora con discapacidades, correspondiendo 14,5% a discapacidad parcial y permanente, 12,0% parcial y transitoria, y 9,1% total y permanente.

En esa misma provincia, en 1981 se clasificó a poblaciones rurales, con el criterio de grupos familiares vulnerables, encontrándose el 10,0% de la población incluida con discapacidad. Las características del problema socioeconómico del área, con insuficiente ingesta de calorías, bajo ingreso familiar y una economía de subsistencia agrava el problema cuando la discapacidad afecta a uno de los miembros de la familia.

En Argentina existe una ley de contenido integral para las personas discapacitadas. En su aplicación, en 1987 se encontró que el 63,4% de las personas reconocidas pertenecían al grupo de 15 a 59 años; el 31,9% al de 0 a 14 años, y el 4,3% a 60 y más. El 7,7% de las personas consideradas eran profesionales, técnicos y trabajadores asimilados; el

5,6% comerciantes y vendedores; el 4% trabajadores de los servicios; el 6,5% obreros y conductores de máquinas y vehículos de transporte, y el 39,5% pertenecían a talleres protegidos. Todas las personas incluidas estaban cubiertas por obras sociales. El 62,7% solicitaba beneficios de la previsión social y sólo el 1,5% perseguía fines laborales.

Del total de los reconocidos, el 10,5% había recibido tratamiento de rehabilitación y el 93,2% presentó discapacidad permanente.

En el país, están muy desarrolladas las organizaciones no gubernamentales, y las formadas por los propios discapacitados se encuentran en franco crecimiento.

No se logra la cobertura total en las áreas de prevención, rehabilitación e integración principalmente por la falta de coordinación, la distribución anárquica de los recursos y la falta de información y difusión sobre el problema de la discapacidad.

A pesar de que por ley existe un cupo de 4,0% para trabajadores discapacitados en organismos y empresas estatales y varios ONGs cuyo objetivo es la colaboración laboral y un servicio de empleo en el Ministerio de Trabajo, no se consigue ampliar la cobertura de la integración laboral.

El país forma todo el recurso humano específico que necesita. Argentina tiene 5 residencias médicas, 4 escuelas de terapia física, 4 de terapia ocupacional, 9 de fonoaudiología, 15 de psicología, 11 de psicopedagogía, 24 de trabajo social, uno de ortesis y prótesis, y uno de musicoterapia.

Brasil

Un estudio realizado en Salvador (Bahía) en 1988, para comparar la prevalencia de discapacidad entre dos áreas de distinto nivel socioeconómico, mostró que el 8,0% de la población que habita en barrios bajos presenta deficiencias: el 6,2%, físicas y el 1,8% mentales. En cambio, en poblaciones con mejor nivel la prevalencia fué de 2,5%, siendo 1,9%, físicos y 0,7%, mentales.

Una encuesta domiciliaria realizada por la Fundación IBGE en San Paulo en 1981 mostró una prevalencia de 1,7%, de los cuales sólo el 8,5% estaban vinculados a alguna asociación y el 11,0% recibían alguna forma de asistencia (81,9% médica; 10,3% rehabilitación; 0,2% de rehabilitación profesional). Esta misma encuesta mostró que la deficiencia mental es la primera causa de discapacidad (31,3%); la discapacidad física la segunda (24,0%), y la tercera (13,0%), los problemas de comunicación, incluyendo sordera. En un análisis efectuado de los datos obtenidos en la investigación nacional por muestras domiciliarias (PNAD-IBGE-1981), en el área metropolitana de Sao Paulo se observó que el 6,0% de la población presentaba discapacidad.

El grupo etario más afectado fué el de 60 años y más, con 21,0%. El grupo de 0 a 9 años mostró 7,6% de discapacidad. Sólo el 2,9% de las personas discapacitadas recibían atención en rehabilitación. De las 120 entidades identificadas en el estudio, el 35,0% atendían discapacidades mentales; 27,0%, físicas; 20,0%, visuales; 9,0%, de la comunicación; y 9,0%, discapacidades múltiples.

Del total de entidades para discapacidades físicas, el 77,0% eran para personas discapacitadas y sólo el 23,0%, organizadas y dirigidas por personas discapacitadas.

La creación de la "Coordinación Nacional de Integración de las Personas Portadoras de Deficiencia", marcó un cambio trascendente en la política nacional para el área, pues expresa la voluntad política de posibilitar la equiparación de oportunidades.

Los recursos profesionales y técnicos del Brasil para el área de rehabilitación, son importantes. Sin embargo, hay zonas que carecen de servicios.

Deben destacarse las facilidades para fabricación de ortesis y prótesis con uno de los mejores talleres de la Región, en Sao Paulo, que desde 1962 está capacitando técnicos, no sólo para la Región, sino para el resto de los países en desarrollo.

Otro hecho importante es la descentralización de los servicios que se está operando en Sao Paulo.

Chile

En 1988 se realizó una Encuesta de Identificación de Discapacidad en bio-Bio que arrojó una prevalencia de 2,4%, siendo la primera causa física, la segunda, sensorial y la tercera, mental. El 79,5% de los casos estaban cubiertos por el Sistema Nacional de Previsión. El 85,0% recibían o habían recibido asistencia de salud.

En 1989 se aplicó otra encuesta para identificar daño en las escuelas fronterizas, en la cual se registraron el 15,0% de alumnos con daños que se listaron así: trastornos de aprendizaje, 46,0%; daño auditivo, 8,0%; daño visual, 27%; deficiencia mental, 6,0%; daño motor, 5,0%; epilepsia, 5,0%, y lenguaje, 2,0%.

Las acciones que se desarrollan en el país han sido estructuradas sobre el concepto de rehabilitación integral coordinando los sistemas de salud, educación, recreación, deportes y trabajo e integradas a la programación global de dichos sistemas.

En la actualidad (1990) Chile cuenta con 107 médicos especialistas en medicina de rehabilitación; 20 médicos foniatras; 1.500 terapeutas físicos; 350 terapeutas ocupacionales, y 480 terapeutas del lenguaje.

Uruguay

A pesar de que en este país se organizó la primera cátedra universitaria de Medicina Física y Rehabilitación de América Latina, el desarrollo de los servicios no se ha desenvuelto como se suponía a partir de la década de los sesenta. Debe asociarse a esto, el hecho de que este es el país de la Región con la más alta proporción de personas de 60 años y más (14,0%). En una encuesta de percepción de las enfermedades crónicas (1984) se encontró que el 11,8% de la población de 60 años y más presentó un grado importante de deficiencia y discapacidad.

En 1990, Uruguay cuenta con 55 médicos especialistas; 1 médico foniatra; 936 terapistas físicos; 225 terapistas del lenguaje; y 3 terapistas ocupacionales.

Estados Unidos de América

El Programa de Estadísticas de Discapacidad del Instituto de Salud y Envejecimiento de la Universidad de California, para el período 1983-1985 estimó que el 14,1% de la población de este país presenta limitación de las actividades por condiciones crónicas de salud.

Del total de la población, el 3,8% no puede realizar sus actividades básicas, el 5,9% está limitado en la cantidad o calidad de las actividades principales que pueden realizar, y el 4,4% tiene limitada las actividades no principales. Entre los niños de 5 años y menos, el 2,2% presenta limitaciones de sus actividades. Entre los niños de 5 a 17 años, el 6,2% tiene limitaciones y 4,4% tiene limitaciones en la escuela, resultado de condiciones crónicas de salud.

El 2,6% de los niños entre 5-17 años asisten a escuelas de educación especial. El 0,3% de los niños que lo requieren no asisten. El 65,0% del total de los niños discapacitados concurren a escuelas o clases especiales. El 89,0% de los niños cuyos padres saben de las necesidades de educación especial la reciben. El 11,5% de las personas en el grupo de 18-69 años presentan limitaciones para trabajar, resultado de condiciones crónicas de salud, incluyendo el 6,6% que no pueden trabajar. El 3,4% del grupo tienen además otras actividades limitadas.

El 3,6% de la población de 5 años y más requieren asistencia en las actividades básicas cotidianas (ADL-IADL). La necesidad de asistencia en actividades básicas cotidianas aumenta con la edad de la persona. Así, mientras que en el grupo de 18 a 64 años la cifra es 2,1%, se incrementa a 8,0% en el grupo de 65 a 69 años, y a 46,1% en el de 85 años y más.

Canadá

Entre 1983 y 1984, el Canadá realizó una investigación sobre salud y discapacidad muy exhaustiva, que arrojó los siguientes datos:

- Entre la población adulta el 12,8% (2.448.000 personas) presenta algún nivel de discapacidad.
- En el grupo de 15 a 24 años el 3,8% reportó discapacidad, mientras que en el de 65 años y más el porcentaje subió a 38,6%.
- En el grupo de 15 años y más, dos tercios de las discapacidades eran de movilidad; el 14,8%, de audición y el 7,7%, de visión.
- La condición discapacitante prevalente entre los adultos fue la de las enfermedades del sistema musculo esquelético, tejido conectivo, artritis, reumatismos y deficiencias auditivas.
- El 41,5% que reportó discapacidad en el grupo de 15 a 64 años estaba empleado, mientras que en el resto de la población, el 67,4% lo está.
- En el grupo de 15-64 años que reportó discapacidad, el 52,2% no trabajaba ni buscaba trabajo; en el resto de la población, el 25,1%.
- Una proporción alta (43,5%) de quienes reportaron discapacidad tenían niveles bajos de educación formal.
- El 53,8% de quienes informaron discapacidad utilizaban transporte público.
- El 30,6% de la población general tenía ingresos de \$20,000 o más, mientras que sólo el 14,5% de quienes reportaron discapacidad alcanzaban esa cifra.
- El ingreso declinaba con la severidad de las discapacidades. El 3,5% con discapacidad tenían ingreso de \$20.000 o más.
- Quienes presentaban discapacidades severas eran quienes tenían ingresos menores y quienes enfrentaban gastos adicionales como resultado de su condición.
- El 5,7% de la población del Canadá por debajo de 15 años fue identificada como discapacitada. La prevalencia era del 4,4% en el grupo de 0 a 4 años y del 6,7% en el grupo 10 a 14 años.