



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXX Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1984

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXXVI Reunión



INDEXED

Tema 23 del programa provisional

CD30/14 (Esp.)
1 agosto 1984
ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD DE LOS IMPEDIDOS

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXVIII Reunión (1981) discutió el tema Año Internacional de los Impedidos y aprobó la Resolución XLIII en la que recomienda que el tema sea examinado nuevamente en la XXX Reunión del Consejo Directivo, en 1984, con el objeto de que se haga una evaluación de los progresos realizados.

Este documento consta de tres partes: la primera contiene un breve resumen de antecedentes; la segunda informa sobre las actividades desarrolladas de 1981 a 1984, particularmente en el campo de la rehabilitación con base en la comunidad y otros avances tecnológicos orientados a extender la cobertura de los programas; la tercera describe sugerencias para actividades futuras relacionadas con prevención, delineación de un sistema asistencial, investigación, cooperación técnica y capacitación de recursos humanos intra y extrasectoriales, incorporando a las propias personas discapacitadas en este tipo de actividades.

En el Anexo I se presenta un esquema de sistema asistencial de complejidad creciente. El Anexo II es el informe del Grupo de Discusión sobre Servicios para Personas Impedidas, que se reunió en la Sede de la OPS del 17 al 19 de mayo de 1983. El Documento CD28/29, presentado a la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981), se adjunta como Anexo III.

1. Introducción

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XXVIII Reunión (1981), discutió el tema Año Internacional de los Impedidos, con base en un informe (Documento CD28/29) presentado por el Director (Anexo III).

El Consejo Directivo tuvo en cuenta, además, las resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 1979 y en 1981, en las que se recomienda a los Estados Miembros que intensifiquen su acción para garantizar el buen éxito del Año precitado y que establezcan programas permanentes en favor de los impedidos; pidió al Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que colabore con los programas de prevención de la invalidez y rehabilitación en el contexto de la atención primaria de la salud, y a los Países Miembros que promuevan la cooperación con organismos de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales.

El Consejo Directivo aprobó la Resolución XLIII, que instó a los Gobiernos Miembros a que prosigan e intensifiquen tales acciones y establezcan programas permanentes para los impedidos como parte integrante de los servicios de salud, y solicitó al Director que siga cooperando con los Gobiernos Miembros para estos fines.

Además, encareció a los Gobiernos la promoción de servicios de rehabilitación primaria en la comunidad y recomendó que el tema sea examinado en la XXX Reunión del Consejo Directivo (1984), con miras a evaluar los progresos realizados.

2. Bases conceptuales y referenciales

El Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, aprobado por todos los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud ha destacado la necesidad de asegurar la satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, y en especial de los grupos postergados. Se destacan como actividades prioritarias la protección y la promoción de la salud de estos grupos uno de los cuales está constituido por las personas con discapacidades.

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó, en 1983, el Programa Mundial de Acción para las personas discapacitadas. Este programa destinado a todas las naciones tiene necesariamente que ser adaptado a la situación existente en cada país de acuerdo con sus recursos y su capacidad para formular y desarrollar las acciones identificadas en el Programa.

Se calcula que para el año 2000 la población de las Américas será de 600 millones de habitantes, el 64% de ellos estarán viviendo en áreas urbanas.

El perfil demográfico de la Región se caracterizará por su intenso crecimiento, rápida urbanización, fuerte tendencia decreciente de la fertilidad y aumento de la esperanza de vida al nacer.

La disminución de la mortalidad traerá aparejada el aumento de la esperanza de vida al nacer y se calcula que ella oscilará entre 65 y 70 años.

La mayoría de esta población, el 58%, estará entre los 15 y los 64 años. La población anciana se duplicará y crecerá de 14 a 28 millones de personas.

En el grupo de más de 45 años de edad, que es aquél en que razonablemente hay más probabilidades de que se presenten las enfermedades discapacitantes, la población experimentará en el mismo período un crecimiento absoluto estimado en alrededor de 46 millones de personas.

Si aplicamos el índice del 7% de personas discapacitadas sobre el total de la población, debemos estimar que en el año 2000 en la Región estarán viviendo 42 millones de personas discapacitadas de las cuales 26.8 millones estarán asentadas en ciudades.

Requerirán servicios de rehabilitación alrededor de 30 millones; 16.8 millones podrán satisfacer sus necesidades con Rehabilitación basada en la comunidad, 8.4 millones lo harán con servicios del nivel intermedio y 4 millones requerirán del nivel de mayor complejidad.

Creemos que si continuamos con la actual modalidad de atención, en el año 2000 solo entre 400,000 y 800,000 personas tendrán acceso a estos servicios de rehabilitación.

Existe una 'evidente' transformación en las características ambientales y los hábitos, costumbres y "estilos de vida" de las poblaciones y por consiguiente en la naturaleza e intensidad de los factores de riesgo, que se está expresando en daños.

La transformación evolutiva de las sociedades tradicionales hacia la industrialización está llevando a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas y las secuelas de accidentes. Al disminuir la mortalidad, las deficiencias funcionales remanentes, las discapacidades, muestran una tendencia creciente.

Desde el punto de vista sociológico, con la evolución de las comunidades se hace más evidente la desventaja en que viven estos grupos de personas y el derecho que tienen a integrarse y gozar de iguales oportunidades que el resto de la población.

Las instituciones que tradicionalmente se interesaron por estos grupos se basaban en la filantropía y funcionaron en su mayoría fuera del sector salud.

Afortunadamente--en gran medida como resultado de las acciones desarrolladas dentro del marco del Año Internacional de los Impedidos y, en la actualidad, dentro de la década de las personas discapacitadas--los países, y particularmente las personas afectadas, están tomando conciencia de la magnitud y trascendencia de este problema.

3. Actividades desarrolladas de 1981 a 1984

En el Documento CD28/29, presentado en 1981, el porcentaje de personas discapacitadas sobre el total de la población se estimó entre el 7 y el 10%. Estas cifras, a la luz de las investigaciones realizadas posteriormente en algunos países de la Región--Argentina, México, Perú y Uruguay--parecían acercarse a la realidad.

Estos estudios corresponden a estimaciones preliminares obtenidas en encuestas en hogares o a los casos encontrados en la aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Ninguna de estas alternativas cubrió simultáneamente las poblaciones urbanas, suburbanas y rurales. Tampoco consideró a la población de personas discapacitadas institucionalizadas.

Estas mismas investigaciones preliminares muestran que, de este 7-10% de personas, un tercio puede resolver sus problemas sin asistencia especializada. Este grupo está constituido por personas, portadoras de patologías mínimas o moderadas en cuanto a su compromiso funcional o su impacto social. El 40% puede obtener una solución con rehabilitación basada en la comunidad, el 20% requiere mayor intervención profesional y el 10% necesita de rehabilitación institucional.

En el Documento CD28/29 se expresó la necesidad de reforzar, en especial, los siguientes aspectos:

- a) Desarrollo de políticas y programas;
- b) Desarrollo de tecnología;
- c) Promoción de la participación de la comunidad;
- d) Desarrollo de recursos humanos e investigación.

El Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 hace hincapié en la necesidad de la coordinación intersectorial. Destaca especialmente la coordinación con Seguridad Social, Educación, y Trabajo y la cooperación con el sector privado, la comunidad y las organizaciones no gubernamentales con el objeto de activar y promover las oportunidades ocupacionales, asistenciales y recreativas inherentes a la atención integral de las personas discapacitadas.

El análisis de las actividades desarrolladas en este período muestra que, a pesar de los progresos alcanzados, el esfuerzo debe continuar en forma sostenida para que el problema no sea sólo comprendido por quienes tienen contacto directo con las personas discapacitadas sino asegurar que todas ellas tengan acceso a la atención que necesitan.

La mayoría de los países de la Región no han adoptado una política para las personas discapacitadas. Existen programas en muchos de ellos pero, desafortunadamente, estos no están siempre integrados en los del sector salud. No más de seis países han identificado una unidad técnica en sus ministerios de salud responsable de los programas de rehabilitación, y la minoría de los países de la Región han promulgado leyes específicas para la asistencia integral de las personas discapacitadas, particularmente las relacionadas con las acciones de salud, educación y trabajo, así como con las adaptaciones físicas tendientes a eliminar las barreras arquitectónicas que dificultan la participación del discapacitado en las actividades comunitarias.

Una tendencia positiva durante este período ha sido el mejoramiento de la cooperación entre los programas de salud y los de educación, así como entre los programas originalmente iniciados para patologías específicas, como la ceguera y los programas sociales o vocacionales. En Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Santa Lucía se han desarrollado actividades en este sentido. El Seminario Regional sobre la Situación del Niño y Joven Impedido en América Latina, efectuado en Panamá en 1982, destacó la importancia de la coordinación intra- e intersectorial.

En 1983 la OPS convocó a un grupo de discusión con el fin de hacer recomendaciones relacionadas con la política futura de la Organización en los aspectos de rehabilitación (Anexo II).

La aplicación de tecnologías simples, en el accionar de la comunidad y en el campo de órtesis y prótesis, han constituido adelantos importantes. La aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) ha demostrado permitir un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales por quienes requieren, realmente, de los niveles de mayor complejidad.

Desde 1981, la OPS ha colaborado en la aplicación de la tecnología de la rehabilitación basada en la comunidad y en la utilización del manual correspondiente. El programa abarca personas con problemas generales de rehabilitación, sociales, educacionales y del hogar. Comprende también problemas funcionales del movimiento, visión, audición y habla.

Desde 1981, Argentina, Brasil, Jamaica, México, Perú y Santa Lucía iniciaron programas en escala limitada, con la colaboración de la OPS. Estos países están trabajando fundamentalmente en comunidades rurales, y en el último año se incluyeron poblaciones marginales de las grandes ciudades. Estos ensayos parecen demostrar que las técnicas dirigidas a las patologías específicas tienen validez en la mayoría de las situaciones, pero las relacionadas con la rehabilitación social necesitan ser adaptadas a las situaciones y las necesidades de cada comunidad en particular.

En febrero de 1982 la OPS tuvo la oportunidad de presentar el programa de rehabilitación basada en la comunidad al Cuarto Congreso de la "International Rehabilitation Medical Association, IRMA", realizado en Puerto Rico. En agosto del mismo año, la OMS organizó una reunión interregional que tuvo lugar en Colombo, Sri-Lanka, en la cual se actualizó la experiencia con la aplicación de rehabilitación basada en la comunidad.

Desde 1981 se ha producido un cambio en relación con la provisión de órtesis y prótesis en la Región. Ha sido posible lograr una simplificación de las técnicas de producción que se ha traducido en abaratamiento de los costos, una mayor disponibilidad de servicios y la mejor utilización de recursos existentes en los países.

Para estos fines, la OPS ha colaborado en el desarrollo de 18 cursos nacionales en Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú y Uruguay sobre fabricación de órtesis y prótesis utilizando esta tecnología simplificada y, como materiales, termoplásticos disponibles en los países.

En los 18 cursos se capacitaron 192 personas:

Técnicos en órtesis y prótesis	66
Médicos	49
Auxiliares	43
Terapistas físicos	27
Residentes de fisioterapia	4
Terapistas ocupacionales	2
Ingeniero industrial	1

Estos cursos, eminentemente prácticos, proporcionaron 112 órtesis y 43 prótesis a personas con discapacidades del movimiento.

Además del personal capacitado en la fabricación de órtesis y prótesis, se prepararon alrededor de 250 trabajadores de la comunidad en la aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad. Cuando los países de la Región con grandes poblaciones comiencen o intensifiquen la aplicación de esta tecnología en el ámbito nacional, el número de estos agentes aumentará notablemente. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que la responsabilidad de este personal con las personas discapacitadas es compartida con actividades de otros programas en el contexto de la atención primaria de salud.

En los últimos años la OPS ha logrado identificar una red de recursos nacionales, particularmente en Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay, que ha permitido desarrollar en estos países cursos regionales de capacitación en distintas áreas de la rehabilitación en el contexto de la cooperación técnica entre países en desarrollo.

Desde 1981 hasta 1984 la OPS otorgó 51 becas para la capacitación de profesionales. El 37% de éstas (19 becas) se otorgó a médicos y el 63% (32 becas) a otros componentes del equipo de rehabilitación.

El 45% se asignó a países de Sudamérica, el 17% a países del Caribe, el 33% a Meso América y el 4% a América del Norte.

El 47% de los becarios se capacitaron en distintos aspectos de la rehabilitación en general y el resto en patologías o técnicas específicas.

BECAS OTORGADAS DE 1981 A 1984
SEGUN ESPECIALIDAD

<u>Especialidad</u>	<u>Número</u>
Rehabilitación general	24
Terapia ocupacional	3
Terapia física	7
Cirugía	1
Rehabilitación en lepra	1
Ortesis y prótesis	8
Rehabilitación del ciego	2
Rehabilitación del sordo	5

DISTRIBUCION GEOGRAFICA

	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
América del Norte	2	4
Meso América	17	33
Caribe	9	17
América del Sur	23	45

La Reunión Técnica Regional efectuada en la sede de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en 1980 para diseñar un programa de acción relacionado con el Año Internacional de los Impedidos destacó la necesidad de reforzar la coordinación de las organizaciones internacionales y no gubernamentales, para aprovechar mejor los recursos de cooperación técnica en los programas de los países.

La OPS ha cooperado con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y con "Rehabilitation International" en la preparación de un manual para la prevención y rehabilitación de las discapacidades de los niños con base en la comunidad. Mantiene, además, una relación permanente con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con el fin de coordinar actividades afines, al igual que con otras instituciones tales como el "World Rehabilitation Fund (WRF)", "Partners Appropriate Technology for the Handicapped (PATH)" y "Disabled Persons International (DPI)". En diciembre 1984, se efectuará en la Sede de la OPS una reunión de coordinación interagencial.

4. Sugerencias para actividades futuras

La atención primaria ha sido definida y aceptada como la estrategia principal para el logro de la salud para todos en el año 2000. Se acordó, universalmente, sobre la necesidad de lograr un sistema de niveles de complejidad creciente y de desarrollar mecanismos de referencia.

El objetivo principal del programa de rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud es promover y mejorar el conocimiento y la comprensión del problema de la discapacidad y la desventaja, su prevención y el tratamiento del mayor número de personas discapacitadas.

Para su logro será necesario introducir estrategias específicas y coherentes con los objetivos de salud para todos.

4.1. Estrategias

4.1.1. Introducción de la rehabilitación en los servicios generales de salud

Entendemos a la rehabilitación como un proceso multidisciplinario e intersectorial, cuya puerta de entrada es salud, y debe integrarse como un aporte terapéutico componente de la atención médica.

La dimensión integral de salud trasciende los límites del fenómeno enfermedad-no enfermedad. Hoy preferimos pensar en el daño como la manifestación de una interacción de factores médicos, ambientales, culturales y sociales.

Ese daño puede desembocar en una deficiencia funcional, una discapacidad o una minusvalía.

La naturaleza variada de los factores de riesgo y las características ya descritas, destaca la necesidad de incorporar las acciones de prevención y rehabilitación en los servicios generales de salud, en todos los niveles de complejidad y a lo largo de la vida del individuo.

4.1.2. Sistema asistencial dentro del contexto de atención primaria de salud

En el Anexo I se presenta el esquema de un sistema asistencial de complejidad creciente, de acuerdo con la estrategia de atención primaria de la salud. Su instrumentación facilitará la extensión de la cobertura de atención a las personas discapacitadas, particularmente con la incorporación de la tecnología de rehabilitación basada en la comunidad.

La tecnología que la OMS/OPS presenta en el manual de adiestramiento de las personas discapacitadas en la comunidad debe continuar aplicándose en los países en que sea posible. Esta tecnología deberá adaptarse a las necesidades nacionales y contener las pautas culturales apropiadas, que permitan extenderla a aquellos grupos humanos que viven en condiciones penosas, en especial en las áreas marginales de las grandes ciudades y en los asentamientos de poblaciones desplazadas.

Las acciones de la rehabilitación basada en la comunidad sólo tendrán éxito cuando cuenten con apoyo de su comunidad; de las autoridades, locales y centrales, de salud, de educación y de acción social; y cuando constituyan parte de un sistema de asistencia integral. Por ello, solo deberá ponerse en práctica cuando se cumplan estos requisitos.

Cuando los países adquieran experiencia en esta tecnología, adaptada a sus realidades, la rehabilitación basada en la comunidad podrá extenderse a cualquier área que satisfaga estos criterios, organizando cursos de capacitación para los agentes de salud existentes en la comunidad.

4.1.3 Coordinación con otros programas y sectores

La prevención debe ser desarrollada tanto en el área médica como en la social pues el daño puede originarse por factores médicos (enfermedades crónicas, transmisibles, genéticas) o sociales (malnutrición, accidentes, falta de control del medio etc). Por ello debemos coordinar las actividades con la prevención de accidentes; la prevención de las enfermedades crónicas y su tratamiento apropiado para reducir o prevenir la aparición de deficiencias; la intervención sobre los factores de riesgo ambientales y laborales; la reducción de los factores de riesgo para la salud mental; el fortalecimiento de la familia y el apoyo a la comunidad; la adecuada cobertura de los programas de inmunización; las normas para la correcta crianza del niño, y la prevención de "stress" social que acompaña la vejez.

4.1.4 Investigación

Dada la escasa información sobre las prevalencias regionales y nacionales de las distintas discapacidades, el comportamiento de las patologías discapacitantes y sus relaciones con los factores de riesgo, es importante desarrollar estudios epidemiológicos a nivel nacional y regional. En este sentido la OPS promoverá proyectos colaborativos interpaíses.

La tecnología utilizada en rehabilitación, en general no se adapta a la realidad de la gran mayoría de los países de esta Región.

Debemos investigar tecnologías apropiadas que como la Rehabilitación basada en la comunidad ó la fabricación de equipos de ayudas técnicas con tecnología simplificada permitan al mayor número de personas lograr su independencia personal y a los países eliminar la dependencia tecnológica.

4.1.5 Cooperación Técnica

La promoción de la rehabilitación y con ella implícitamente de una mejor calidad de vida, debe realizarse en coordinación con otras organizaciones del Sistema de Naciones Unidas y con los organismos no gubernamentales.

La instrumentación de todas estas acciones requerirá el incremento de la cooperación técnica internacional a los países. El flujo de recursos adicionales debe ser programado y coordinado minuciosamente por el carácter multisectorial de la rehabilitación, con el fin de asegurar el máximo impacto y evitar duplicaciones costosas. La OPS seguirá ejerciendo una función catalizadora y coordinadora en este sentido.

4.1.6. Capacitación del recurso humano

Los países deberán analizar los recursos humanos con que cuentan para el desarrollo de las actividades de rehabilitación. La concepción de la rehabilitación como una actividad dentro del sistema de salud, inserta en los servicios generales y en los tres niveles de atención, difiere del criterio de especialización a ultranza que caracterizó el período anterior.

Por ello se hace necesaria la información y capacitación médica en el pre y post grado y la preparación del agente sanitario o el trabajador de salud, incorporando la tecnología de la rehabilitación basada en la comunidad, para poder extender la cobertura dentro de la estrategia de atención primaria.

Fuera del sector salud, deberá mejorarse el conocimiento y la formación de los profesionales del área de educación, servicios sociales, como así también aquellos responsables del desarrollo de las comunidades y de su infraestructura para eliminar las barreras arquitectónicas y estructurales.

Se hace necesaria una revisión del tipo de personal, su perfil profesional y técnico y los modelos pedagógicos que se deben adoptar en su formación y capacitación. Deberá estimularse la capacitación de las mismas personas discapacitadas para que se conviertan en elementos de apoyo a los programas de rehabilitación, así como también en factores de cambio en cuanto al conocimiento de sus problemas y su integración en la sociedad.

CONCLUSIONES

Los países de la Región en conjunto tiene una larga trayectoria en la aplicación de acciones de rehabilitación dentro de los programas de salud. Sin embargo, el desarrollo de programas integrales sigue siendo muy heterogéneo.

En la última década se ha iniciado un profundo cambio en cuanto a la concepción del problema de la discapacidad y las tecnologías utilizadas para la rehabilitación. Las nuevas orientaciones son coincidentes con la estrategia de atención primaria y en particular la participación y capacitación de la comunidad.

Entre los cambios más importantes que se están observando en los programas están la ampliación del espectro de las patologías, la incorporación de las actividades de rehabilitación en los servicios generales de salud; en el contexto de la atención primaria de la salud, la coordinación intra e intersectorial y la participación de las propias personas discapacitadas y de sus comunidades en la búsqueda y aplicación de medidas que tiendan al logro de una mejor calidad de vida.

Los Países Miembros deberán adoptar medidas y aplicar técnicas que les permitan avanzar en el logro de una mejor calidad de vida para las personas discapacitadas. Esto, sin duda, requerirá un esfuerzo sostenido durante el cual el número de personas discapacitadas seguirá incrementándose. Si no se realiza este esfuerzo, las consecuencias de las discapacidades se sumarán a tantos otros obstáculos que limitan el proceso de emergencia del subdesarrollo. Por ello, es imperativo que los planes y programas de desarrollo de los países de la Región contengan medidas inmediatas de prevención, rehabilitación e integración social de las personas discapacitadas.

Anexos

SISTEMA ASISTENCIAL - SUS COMPONENTES

Nivel	Acciones	Responsable
1. Hogar	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocer los síntomas de discapacidad -Dar información al agente sanitario -Aplicar tecnología simplificada -Informar al supervisor local 	<ul style="list-style-type: none"> -Familia -Agente sanitario -Trabajador de salud o equivalente
2. Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisar al agente sanitario--Aconsejar -Referir a la supervisión médica local 	-Supervisor local
3. Puesto Servicios de salud Primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> -Identificación de los casos no aclarados -Utilización de métodos diagnósticos no existentes en otras categorías 	<ul style="list-style-type: none"> -Auxiliar de Enfermería -Enfermera -Médico itinerante -Médico con formación mínima en rehabilitación
4. Hospital Provincial Estatal	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de tratamiento -Capacitación de personal para rehabilitación basada en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermera -Médico con especialidad afín e informado -Terapeuta física
5. Hospital regional de máxima complejidad Unidades especializadas de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico del grado y tipo de discapacidad -Tratamiento integral de rehabilitación -Capacitación del personal para todo el sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> -Equipo de rehabilitación -Médicos especialistas



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

525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D. C. 20037, E.U.A.

CABLEGRAMAS: OFSANPAN

TELEFONO 861-3200

REFERENCIA

GRUPO DE DISCUSION SOBRE SERVICIOS PARA PERSONAS IMPEDIDAS

Washington, D.C. 17-19 de Mayo de 1983

GRUPO DE DISCUSION SOBRE SERVICIOS PARA PERSONAS IMPEDIDAS

Washington, D.C. 17-19 de Mayo de 1983

INTRODUCCION

Hasta el año de 1983, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha cumplido veinticinco años de actividades dedicadas al campo de la Prevención de los Impedimentos Físicos y Rehabilitación de Personas Impedidas.

Dado que han ocurrido numerosos cambios durante este período, la Organización consideró apropiado revisar el trabajo realizado en este período y formular sugerencias y guías conducentes a las labores futuras.

Para este propósito se reunió el Grupo de Discusión integrado por funcionarios de la OPS y expertos de otras organizaciones (Anexo I). La reunión tuvo lugar en Washington, D.C., en la sede de la OPS durante tres días y los temas fueron tratados de acuerdo a la Agenda adjunta (Anexo II).

Después de revisar brevemente las actividades pasadas (Anexo III), hubo consenso que, aunque a través de los años, la Organización ha expandido su acercamiento filosófico hacia este campo, los cambios en los programas de rehabilitación de los países no son aún evidentes.

El Grupo consideró y aceptó la política para las actividades en rehabilitación del "Plan de Acción de Salud para Todos en el Año 2000" (Agenda Item 2) y comprendió que el 28^o Consejo Directivo de la OPS

recomendó que los Gobiernos Miembros deberían establecer programas permanentes para sus personas impedidas (Anexo IV). Sin embargo, y en vista de la magnitud del problema (Anexo V), e inminente necesidad de acción temprana, el Grupo acordó que es importante que la OPS asista efectivamente a los Gobiernos en la implementación de programas reales y positivos para mejorar las condiciones de vida de las personas impedidas. Estos programas deberían enfatizar particularmente los aspectos de salud del problema pero también observar una comprensión acertada de los factores sociales y educativos involucrados.

SUGERENCIAS RESPECTO A LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA IMPLEMENTAR POLITICAS FUTURAS -

I. INVESTIGACION

- 1.1 Probar la factibilidad de aplicación del Manual de entrenamiento de personas incapacitadas en su comunidad, en países de la Región que estén desarrollando programas de atención primaria de la salud y que en lo posible respondan a las características de las distintas áreas o regiones. Es requisito que los países seleccionados se encuentren trabajando con los niveles intermedio y superior de atención médica en Rehabilitación.
- 1.2 Recolectar la información básica sobre los tipos de incapacidad y los problemas que conlleva quien los padece, especificando la desventaja y en base a la aplicación del Manual mencionado.

- 1.3 Con la información obtenida establecer la prevalencia de discapacidades del movimiento, de la comunicación, la audición, la visión, deficiencia mental, problemas de aprendizaje y desempleo.
- 1.4 Diseñar el protocolo para la investigación, que lleve a la aplicación de una metodología uniforme, en las diferentes áreas o regiones.
- 1.5 Diseñar y establecer sistemas de registro y clasificación de incapacidades, incorporados al sistema de información vigente en cada país.
- 1.6 Intensificar la investigación de incapacidades en los grupos de primera infancia, enfatizando a los recién nacidos con alto riesgo. Investigar también los mayores de 60 y más años.
- 1.7 Estudiar los modelos de organización de personas discapacitadas con el fin de lograr su auto-respeto y su activa integración a la comunidad.
- 1.8 Realizar una investigación del estado actual de los países frente al problema de barreras arquitectónicas.

II. ENTRENAMIENTO

- 2.1 Estudiar la conformación más adecuada del recurso humano, para poder implementar el nivel intermedio de atención médica en Rehabilitación.
- 2.2 Incorporar actividades de prevención, identificación y rehabilitación de las personas impedidas, dentro de las funciones que ya desarrolla el trabajador primario de la salud.

- 2.3 Desarrollar manuales, material audiovisual y otro tipo de material didáctico necesario para el desarrollo de las actividades. El material debe ser de bajo costo y permitir su utilización en los diferentes niveles.

III. NORMALIZACION

- 3.1 Organización de un Comité Asesor, que prepare los documentos de trabajo y proposiciones para ser discutidos en una reunión de autoridades responsables y personal técnico de rehabilitación de los países.
- 3.2 Los objetivos de la reunión son:
- La presentación oficial en las Américas, de la política de provisión de servicios para las personas incapacitadas, con los recursos de su comunidad.
 - La presentación de la información obtenida en los países seleccionados, según lo expresado anteriormente.
 - Desarrollo de un Plan de Acción para la Región apropiado a las necesidades y recursos.
- 3.3 Coordinar los planes de acción que desarrolla la OPS y solicitar la colaboración de otros organismos Gubernamentales y no Gubernamentales.

IV. INFORMACION

- 4.1 Facilitar el intercambio de experiencias e información entre los países del área.
- 4.2 Distribuir la información sobre la experiencia de la investigación de campo y de los resultados obtenidos en la reunión del plan de acciones en rehabilitación, citada en el Numeral 3.1.

LISTA DE PARTICIPANTES

Dra. Alicia Amate, Directora
Dirección Nacional de Rehabilitación
Argentina

Dr. Dariel Zuleta, ex-Director
Dirección Nacional de Rehabilitación
Colombia

Srita. Susan Hammerman
Sub-Directora
Rehabilitación Internacional
New York, E.U.A.

Dr. S. A. Malafatopoulos
Vice Presidente
Operaciones de Campo
Fondo Mundial para Rehabilitación
New York, E.U.A.

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Dr. Ramón Alvarez-Gutiérrez
Subdirector

Dr. Jorge Litvak
Coordinador
Programa Salud del Adulto

Dr. Robin Hindley-Smith
Asesor Regional en Servicios de Atención
para personas impedidas (Rehabilitación)

Dr. Elías Anzola
Asesor Regional en Atención de Salud
para los Ancianos
Programa Salud del Adulto

Sr. Horace Ogden
Asesor Regional en Desarrollo Comunitario
Prestación de Servicios de Salud

Dr. Carlos Vidal (*)
Desarrollo de Recursos Humanos
Programa de Personal de Salud

(*) Dr. Vidal fue representado por:

Sra. Lydia Bond
Consultora en Tecnología Educativa
Personal en Salud, HSM

GRUPO DE DISCUSION SOBRE SERVICIOS PARA PERSONAS IMPEDIDAS

Washington, D.C. 17-19 de Mayo de 1983

AGENDA PROVISIONAL

1. Revisión de las actividades de OPS en el campo de Rehabilitación
2. Sugerencias sobre políticas futuras en la atención de "Servicios para las personas impedidas".
3. Sugerencias respecto a las actividades necesarias para implementar políticas futuras:
 - a) Largo plazo (1984-2000)
 - b) Mediano plazo (1984-1989)
 - c) Corto plazo (1984-1985)

Período Actividad	Corto Plazo (1984-1985)	Mediano Plazo (1986-1989)	Largo Plazo (1990---2000)
I. Investigación a) Manual b) Epidemiología c) Desarrollo de clasificación y registro d) Barreras Arquitectónicas	Prueba de campo y análisis Prevalencia y Funciones Conocimiento de la situación actual.	Continuidad Evaluación Análisis epidemiológico Acumulación de experiencias	→ → →
II. Entrenamiento - Médicos y personal técnico - Diseño de materiales	Orientación a nuevos conceptos Desarrollo de materiales didácticos	Entrenamiento en aplicación de nuevos conceptos	→
III. Desarrollo de Políticas (Normatización)	- Documentos de trabajo - Creación del Comité de Asesor	Conferencia 1985 o 1986 y Formulación del PLAN DE ACCION	Promulgación de Políticas y Plan de Acción
IV. Información	Preparación, Publicación y distribución del resultado de la Conferencia y Plan de Acción	Intercambio de Información	Distribución de la información de la Conferencia y del PLAN DE ACCION

DISCUSION COLECTIVA ACERCA DE LOS SERVICIOS PARA EL INCAPACITADO
WASHINGTON, D.C. 17 - 19 MAY, 1983

Agenda Item 1: Revisión de las actividades pasadas de la OPS en el campo de la rehabilitación

Hace 25 años, cuando OPS comenzó a trabajar en el campo de la rehabilitación, las técnicas básicas originalmente dirigidas hacia la restauración física de las heridas de guerra, se limitaban al mejoramiento del cuerpo humano maltratado por injurias o enfermedad activa. Así que el practicante en rehabilitación de problemas ortopedicos y neurologicos dirigía su esfuerzo y su interés hacia la re-educación o reemplazo de la parte del cuerpo afectada por medio de terapia física, terapia ocupacional y la aplicación de prótesis.

Hoy el concepto de rehabilitación se ha ampliado grandemente, no sólo en la naturaleza de las incapacidades que se cubren en el programa, sino también en el mejoramiento social, educacional y económico generados por la incapacidad. Esta expansión ha sido bien demostrada por el hecho que en 1982 OPS cambió el nombre de estas actividades de su antiguo nombre "Rehabilitación Médica" a su nuevo nombre "Servicios para el Incapacitado ."

Los Servicios para el Incapacitado ahora incluyen, no sólo los problemas de locomoción, sino también problemas de visión, lenguaje y audición; e incluye la responsabilidad de educar y entrenar al incapacitado para que esa persona se convierta en un ser independiente con potencial de conseguir un trabajo, y llevar a cabo sus actividades sociales y domésticas. Además "Servicios para el Incapacitado" no están confinados a hospitales o a centros de rehabilitación únicamente, sino que se han expandido para incluir en estos servicios aquellas acciones necesarias en el hogar de las personas incapacitadas o en sus comunidades.

Una revisión de las actividades mayores de la OPS en este período ha mostrado un cambio gradual de perspectiva. Los esfuerzos de rehabilitación en los años tempranos de la OPS se concentraban a escenarios limitados a departamentos de rehabilitación, o a instituciones, frecuentemente en un hospital u otra facilidad médica. Este esfuerzo de años tempranos también se limitaba al entrenamiento de profesionales requeridos para llevar a cabo la labor en dichos escenarios hospitalarios. Al principio, estos profesionales eran los que se encargaban de los problemas de locomoción (doctores en Medicina física, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, prostetistas, ortodoncistas etc.) En la década de 1970 se comenzó a incluir entrenamiento para terapeutas de lenguaje, audición y problemas de visión en la mitad de la década de 1970 el concepto de terapeuta auxiliar y terapeuta asistente había sido aceptado e incluido en el programa.

Al final de la década de 1970, observaciones determinaron que aunque el planeamiento de la institución estaba produciendo buenos resultados, el alcance de los servicios era inadecuado y económicamente imposible extenderlos con el mismo criterio asistencial al resto del mundo.

A petición de miembros del estado, por consiguiente, se llevaron a cabo investigaciones acerca de la posibilidad de proveer por lo menos algunos servicios para el incapacitado en sus propias casas y en sus comunidades. Para 1983 esta actitud había mostrado técnicamente válida en muchas partes del mundo y con la ayuda de la OPS se comenzaron programas tentativos para proveer servicios para el incapacitado a un nivel comunitario.

ACTIVIDADES DE REHABILITACION DE LA OPS

EVENTOS IMPORTANTES

- 1958 Instituto de Rehabilitación establecido en Sao Paulo, Brazil
(Médico fisiatra, servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y prótesis)
- 1963 Instituto establecido en Santiago, Chile. (Puesto de Asesor Regional en Rehabilitación creado)
- 1965 Escuela de Fisioterapia establecida en Caracas, Venezuela
- 1966 Escuelas de Terapia Ocupacional y de Prótesis establecidas en Caracas, Venezuela
Escuela de Fisioterapia establecida en Buenos Aires, Argentina
- 1967 Escuela de Prótesis establecida en Buenos Aires
- 1969 Curso para Maestros (Profesores) en Fisioterapia otorgado en Mexico (Curso Regional)
Grupo de estudio en 'Adiestramiento de Médicos Fisiatras' (Santiago, Chile)
- 1971 Grupo de estudio en 'Adiestramiento de Fisioterapistas, Terapistas Ocupacionales, Asistentes Sociales y Administradores' (Mexico)
Asesor Regional traslado a Washington (Octubre)
- 1972 Escuela de Fisioterapia establecida en Jamaica.
Grupo de estudio en 'Ceguera' (Washington)
- 1973 Programas oficiales en 8 países (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, Jamaica, Mexico, Venezuela)
- 1977 Fisioterapistas Asistentes preparadas en Guyana.
Primeras pruebas de campo de rehabilitación comunitaria para incapacitados en Venezuela.

- 1978 Asesor Regional transferido a Mexico para montar pruebas de campo completas en rehabilitación en la comunidad. (1979/1981)
- 1981 OPS/UNICEF programa combinado inaugurado en Nicaragua.
- 1982 Proyectos pilotos de rehabilitación comunitaria planeado en Colombia, Chile, Perú y Argentina.

Estudio de grupos

Entrenamiento de rehabilitación. Médicos.	1969	Chile
Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Servicio Social.	1971	México
Proteses y Ortosos	1972	Washington
Terapia del lenguaje	1973	Washington
Ceguera	1975	Washington

ESCUELAS

BRASIL:	Escuelas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Protesis.	1958/1961	Sao Paulo
CHILE:	Escuela de Terapia Ocupacional y Protesis.	1963/1966	Santiago
ARGENTINA:	Escuela de Fisioterapia	1967/1969	Buenos Aires
	Escuela de Protesis	1967/1977	Buenos Aires
VENEZUELA:	Escuela de Fisioterapia		Caracas
	Escuela de Terapia Ocupacional		Caracas
COLOMBIA:	Escuela de Protesis		Bucaramanga
JAMAICA:	Escuela de Fisioterapia	1972/1975	Kingston
MEXICO:	Escuela de Protesis	1972/1982	Mexico City

CURSOS MAYORES DE ENTRENAMIENTO (No escuelas)

1969	Curso para instructor en Fisioterapia para servir en escuelas de Fisioterapia.	Mexico City
1977	Curso de entrenamiento para asistentes prácticos en Fisioterapia.	Georgetown, Guyana
1979/81	Entrenamiento de trabajadores sociales en el campo de la rehabilitación ambiental.	Toluca, México

Año Internacional de los Impedidos

El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el Año Internacional de los Impedidos (Documento CD28/29);

Vista la Resolución 31 123 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en que se proclama 1981 como "Año Internacional de los Impedidos", y Teniendo en cuenta las Resoluciones WHA31.39 y WHA34.30³⁴ de la Asamblea Mundial de la Salud, en las que se recomienda a los Estados Miembros que intensifiquen su acción para garantizar el buen éxito del Año precitado y que establezcan programas permanentes en favor de los impedidos con arreglo a la meta de salud para todos en el año 2000, y se pide al Director General de la OMS que colabore en los programas de prevención de la invalidez y de rehabilitación en el contexto de la atención primaria de salud y que promueva la cooperación con organismos de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales en la ejecución de dichos programas,

Resuelve:

1. Dar las gracias al Director por la información proporcionada sobre el Año Internacional de los Impedidos.
2. Instar a los Gobiernos Miembros a que prosigan e intensifiquen su acción para garantizar el buen éxito del Año Internacional de los Impedidos y a que, como parte de ella, establezcan programas permanentes para los impedidos que sean parte integrante de los servicios de salud.
3. Entacarcer a los Gobiernos Miembros que promuevan los servicios de rehabilitación primaria en la comunidad.
4. Pedir al Director que siga cooperando con los Gobiernos Miembros en la evaluación de los problemas de la invalidez y en la adopción de políticas que permitan resolverlos.
5. Recomendar que el tema sea examinado de nuevo en la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se celebrará en 1984, con vistas a la evaluación de los programas realizados.

*(Aprobada en la decimoquinta sesión plenaria,
celebrada el 1 de octubre de 1981)*

³⁴Actas Oficiales de la OMS 247 (1978), 27 y Documento WHA34/1981/REC/1, 33.

ex officio, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, el día primero de octubre de mil novecientos ochenta y uno. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias de los mismos a los Gobiernos de la Organización.

(En ausencia del Presidente)

Lyall M. Black

Vicepresidente del Consejo Directivo
Representante del Canadá

Héctor R. Acuña

Director, Oficina Sanitaria Panamericana
Secretario *ex officio* del Consejo Directivo

Consideraciones acerca del número de Personas Impedidas
en la Región - América Latina y el Caribe

Hasta el presente año no se dispone de datos estadísticos referente al número de personas impedidas en la Región. Sin embargo, se ha estimado las siguientes cifras:

Hacia 1990, el TOTAL DE LA POBLACION alcanzará aproximadamente un total no menor de 300.000.000

Algunos cálculos recientes en la población de PERSONAS IMPEDIDAS sugiere que ésta abarca al rededor de un 5%, ej.: 15.000.000

De éstos cálculos se sugiere que:

30% No requiere servicios o atención	(4.500.000)
40% Requiere atención a nivel de la comunidad	6.000.000
20% Requiere atención a nivel secundario	3.000.000
10% Requiere atención a nivel institucional	1.500.000

Un trabajador de comunidad en salud puede supervisar 60 personas impedidas por año (10 casos activos, 1 caso nuevo por semana y 1 caso de alta por semana).

(El número de casos atendidos a nivel secundario y en facilidades institucionales es muy variado y por lo tanto no puede generalizarse).



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXVIII Reunión



ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXXIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1981

Tema 35 del programa provisional

CD28/29 (Esp.)
29 julio 1981
ORIGINAL: INGLES

AÑO INTERNACIONAL DE LOS IMPEDIDOS, 1981

En este documento se trata de destacar el problema de la invalidez, con principal referencia a las circunstancias de la Región de las Américas en 1981, "Año Internacional de los Impedidos".

En el documento también se expone el aporte de la OPS a la solución del problema mediante la adopción de medidas de prevención de la invalidez y ampliación de los programas para lograr una mayor cobertura. Se sugieren métodos para reforzar los programas en favor de los impedidos, en particular mediante rehabilitación primaria en la comunidad.

INTRODUCCION

1. En 1976, por la Resolución 31/123, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó 1981 como "Año Internacional de los Impedidos" bajo el lema de la "plena participación". En su trigésimo cuarto período de sesiones (1979), la Asamblea General amplió el lema a "plena participación e igualdad" (Resolución 31/154).

2. En 1979 la 31ª Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General que contribuyera en la mayor medida posible, dentro de los límites del presupuesto aprobado de la OMS, al buen éxito del Año Internacional de los Impedidos (WHA31.39). La 34ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1981, recomendó que prosiguieran los esfuerzos en ese sentido y que se establecieran programas permanentes para los impedidos en relación con la meta de salud para todos en el año 2000. También pidió que se establecieran programas de prevención de la invalidez como parte de la atención primaria de salud y que se intensificara la cooperación con los organismos de las Naciones Unidas y con las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales en la planificación y la ejecución de dichos programas.

3. El Año Internacional de los Impedidos tiene por objeto señalar la invalidez a la atención de las autoridades competentes como "problema" de salud y social para que se lo comprenda mejor en general y se amplíen los servicios para las personas impedidas, sobre todo las que, por razones económicas o geográficas, no tienen acceso a los existentes.

LA INVALIDEZ Y EL IMPEDIDO*

El cambio de las funciones y del papel social que acompaña a una enfermedad, accidente, trastorno congénito u otro proceso patológico se han descrito como: Impedimento/Trastorno/Defecto, considerándose como Impedimento cualquier pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; Trastorno, cualquier limitación o incapacidad para desempeñar una actividad de la manera considerada como normal en el hombre, y Defecto, cualquier desventaja resultante de un impedimento o trastorno que restringe o impide el desempeño de una función normal en relación con la edad, el sexo y los factores sociales y culturales del individuo.

En el Anexo I figuran ejemplos del empleo de esos términos.

Se ha estimado que del 7 al 10% de la población del mundo padece algún tipo de trastorno físico o mental y que alrededor del 1.5% de esas personas necesitan asistencia en determinado momento. Ello significa que en un país de 10 millones de habitantes cabe suponer que existen alrededor de 700,000 a 1,000,000 minusválidos, de los que 15,000 necesitan algún tipo de rehabilitación.

En el Anexo II se indican las principales causas de invalidez y el número aproximado de impedidos en el mundo.

PREVENCIÓN DE LA INVALIDEZ

La prevención primaria se aplica en cuanto ha ocurrido el accidente o se ha manifestado la enfermedad que puede conducir a un impedimento, y tiene por objeto evitar que este se produzca. La prevención secundaria se orienta a evitar que el impedimento se convierta en trastorno, y la terciaria comprende medidas para impedir que el trastorno se vuelva defecto.

* Adaptación de "Training the Disabled in the Community", OMS DPR/80.1

EVOLUCION DE LOS SERVICIOS PARA IMPEDIDOS

Durante el último decenio, el modo de solución del problema de la invalidez ha pasado de la prestación de los servicios corrientes de rehabilitación en instituciones al establecimiento de programas preventivos del trastorno y la prestación de servicios de rehabilitación primaria en la comunidad.

En Europa y los Estados Unidos de América se empezó por prestar servicios de rehabilitación a los heridos graves de guerra, que habían por fuerza de ser atendidos en los hospitales. De aquí partió el concepto de centro de rehabilitación, que llegó a refinar su tecnología, tanto en lo que respecta a equipo como a recursos humanos. De 1950 a 1980, la mayoría de los países de América Latina establecieron uno o varios centros de esa índole, y la OPS cooperó a menudo en la preparación del personal correspondiente. Los centros de rehabilitación médica solían estar equipados para atender a parapléjicos, hemipléjicos, personas con amputaciones y casos neuromusculares, mientras que los centros especiales se destinaban a niños con parálisis cerebral o con trastornos de elocución y auditivos, y los centros de educación especial, a los retrasados mentales.

Hace unos 10 años se empezó a estimar que esos centros servían para atender a un número reducido de personas, su construcción y mantenimiento eran costosos y su acceso se limitaba a los que vivían a proximidad y que podían costear los gastos o lograr que los costeara alguna agencia gubernamental o de seguro. Se calculó que quizá solo un 2% de los impedidos podían utilizar las instalaciones existentes y que, por tanto, el mantenimiento del sistema institucional de asistencia sería económicamente imposible para la mayoría de los países.

Se consideró que por lo menos algunos de los servicios se podrían dispensar en instalaciones más sencillas y estar a cargo de personal menos especializado, y se resolvió estudiar las posibilidades de atención básica a domicilio.

En 1979, la OMS preparó un prontuario sobre rehabilitación de impedidos en la comunidad, del que se hizo una versión en español para América Latina. Consta de 20 manuales distintos escritos en un lenguaje muy sencillo y con ilustraciones para facilitar su comprensión. Los folletos tratan de problemas generales de rehabilitación (sociales, domésticos y educativos) y de problemas específicos (movilidad, vista, audición y elocución) y además hay otros destinados a los miembros de la comunidad particularmente involucrados, como son las autoridades locales, los maestros y los auxiliares de salud.

La aplicación a domicilio de las técnicas por los auxiliares ha agregado un nuevo elemento a la esfera de prevención de la invalidez y rehabilitación, abriendo el camino hacia una cobertura mucho mayor para los impedidos en todo el mundo.

SITUACION DE SERVICIOS PARA IMPEDIDOS EN LA REGION, 1981

Actualmente, la mayor parte de los servicios de rehabilitación de impedidos de la Región se facilitan en instituciones. En los países altamente desarrollados como los Estados Unidos de América y, en menor grado, el Canadá, hay muchos centros y departamentos hospitalarios especializados, por lo que la cobertura es mayor que en la mayoría de la América Latina. Sin embargo, incluso en esos dos países la cobertura dista de ser completa.

En América Latina, donde se dispone de muy pocos servicios de rehabilitación, la cobertura es muy limitada y solo abarca a los impedidos que viven cerca de unos de los pocos centros o departamentos existentes, y aun así, las dificultades financieras pueden limitar su uso.

Los centros de rehabilitación desempeñan evidentemente una función útil en la asistencia a los impedidos, pero su utilidad podría ser mayor si se los empleara no solo como centros de servicio sino como centros de adiestramiento de auxiliares de salud de la comunidad en métodos de rehabilitación (para supervisar las actividades en la comunidad) y como instituciones de envío a otro nivel de atención, de los casos que requieran tratamiento más especializado.

En los 20 años últimos la OPS ha contribuido a formar personal para los servicios de rehabilitación. Se han ofrecido cursos de adiestramiento y se han dotado becas para médicos, fisioterapeutas, ergoterapeutas, logoterapeutas y técnicos en prótesis/ortosis. Durante el decenio de 1960 y a principios del de 1970 se reunieron varios grupos de estudio para determinar el adiestramiento apropiado en cada una de esas disciplinas y dispensar una formación relativamente uniforme a ese personal en toda la Región. En 1981 prosiguen estas actividades en Argentina, Chile, México, Perú y Venezuela.

Durante 1981, la OPS ha colaborado además con organismos gubernamentales y no gubernamentales en el desarrollo de programas de rehabilitación y ha participado en reuniones nacionales e internacionales relacionadas con el Año Internacional de los Impedidos.

En la mayoría de los países de América Latina se han establecido escuelas para el adiestramiento de médicos y terapeutas en métodos de rehabilitación, por lo que la Región ha pasado a ser muy autosuficiente.

Para los países que aún requieren asistencia exterior, los consultores por corto plazo suelen suplir la necesidad. Sin embargo, el hecho de que la mayoría de los países adiestren personal en métodos ordinarios de la especialidad no basta, lamentablemente, para resolver el problema de la invalidez en la Región. Como se señaló antes, es tal el número de impedidos que requieren asistencia, que si ésta tuviera que estar a cargo de personal especializado, el costo correspondiente rebasaría de lo razonable. Hay que encontrar métodos complementarios.

PROPUESTAS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMAS

El Año Internacional de los Impedidos ha contribuido a difundir el conocimiento de la magnitud del problema de la invalidez en todo el mundo. El momento es, por tanto, propicio para recalcar la necesidad de que en todos los programas de salud pública se incluya la prevención de la invalidez y la rehabilitación, y para reorientar algunos de los métodos de lograrlo.

En el documento "Salud para todos en el año 2000: Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales" se mencionan cuatro áreas de acción principales en materia de atención a los impedidos:

- a) establecimiento de políticas y programas;
- b) desarrollo de tecnologías;
- c) fomento de la participación de la comunidad;
- d) desarrollo de recursos humanos y de la investigación.

A. Políticas y programas

Para formular una política encaminada al establecimiento de programas que permitan la cobertura a nivel nacional es preciso considerar la cuestión desde varios puntos de vista. Primero, debe estimarse el número de casos que necesitan rehabilitación. Un cálculo aproximado es el de 1.5% citado antes, pero deben realizarse estudios, por lo menos en zonas seleccionadas. Debe calcularse asimismo cuántos de esos casos son leves y pueden atenderse en la comunidad, y cuántos necesitan tratamiento en instituciones. Una encuesta efectuada en México indica que el 41% pueden recibir asistencia en la comunidad (cifra que aumenta al 59% si se dispone de terapeutas y de otro personal especializado) y que el 12% requieren ayuda institucional, pero dichas cifras variarán según la disponibilidad y la calidad de las instalaciones. Esos datos son un indicio del grado de participación de la comunidad que será necesario y del mínimo de atención institucional que debe facilitarse.

Hay que considerar la conveniencia de una cooperación multisectorial eficaz, sobre todo en lo que respecta a educación sanitaria y recursos humanos.

Deben prestarse servicios a las siguientes categorías de impedidos:

1. Impedimentos leves que pueden atenderse en la comunidad;
2. Impedimentos de carácter moderado a grave que precisan de:
 - a) evaluación y pronta atención en instituciones dotadas de servicios de cirugía y fisioterapia, o
 - b) evaluación y pronta atención en instituciones con servicios adecuados de rehabilitación (fisioterapia, logoterapia, audioterapia, y tratamiento de trastornos mentales o de la visión);
 - c) educación de niños impedidos, y
 - d) adiestramiento en el empleo, para adultos impedidos.
3. Impedimentos muy graves que no pueden corregirse mediante rehabilitación y que precisan de asistencia en instituciones.

La prestación de servicios apropiados para toda la población impedida, inclusive mediante programas preventivos, solo puede aceptarse en la mayoría de los países como una meta a largo plazo. Cuanto mayor sea el número de personas que puedan atenderse en la comunidad (grupo 1), mayor será, a no dudarlo, la cobertura. El análisis del número de impedidos del grupo 2 y de los servicios existentes en el país indicará si se necesitan más instituciones u hospitales especializados. Cabría determinar también si las instalaciones se aprovechan adecuadamente para lograr una cobertura máxima.

Las instituciones dotadas de personal especializado solo deben utilizarse para atender las necesidades reales del país. En lo posible, los problemas de invalidez deben resolverse en la comunidad.

B. Técnicas

Deben seguir enseñándose las técnicas ordinarias para utilizarlas cuando proceda. Cada país debe contar con un grupo de personal principal bien adiestrado en rehabilitación. Sin embargo, las funciones de estos especialistas comprenderán cada vez más el adiestramiento y la supervisión de los auxiliares de salud de la comunidad para que la mayor parte de la

asistencia prevista pueda facilitarse a domicilio, empleando la tecnología antes mencionada en este documento. En realidad, cabe esperar que las técnicas a nivel comunitario abarquen el adiestramiento de todos los auxiliares de salud, y sería muy útil que por lo menos el concepto de asistencia a impedidos por métodos relativamente sencillos formara parte de la capacitación de todo el personal de salud, especialmente los médicos.

C. Participación de la comunidad

Además de contar con técnicas apropiadas aplicables en la comunidad, es también importante orientar la actitud de ésta frente al problema. Debe estimularse a los impedidos a la máxima movilidad y a tomar parte en las actividades comunitarias, tanto sociales como políticas.

Los dirigentes de la comunidad deben participar estrechamente en la organización de estos servicios, y se debe pedir a los maestros que cooperen en la identificación de escolares que padezcan impedimentos y que los admitan en las clases ordinarias, siempre que sea posible.

También debe estimularse a la comunidad a ayudar a los impedidos a encontrar empleo, por sencillo que este sea. Cuanto más participe la comunidad, menos serán los casos de verdadera invalidez.

D. Recursos humanos e investigaciones

Habida cuenta de lo que antecede, deben apoyarse los programas de adiestramiento en rehabilitación para médicos y terapeutas (fisioterapeutas, ergoterapeutas, logoterapeutas, técnicos en prótesis/ortosis y ayudantes). Sin embargo, deben adoptarse medidas en la comunidad, de preferencia adiestramiento de los auxiliares existentes en métodos de rehabilitación simplificados.

Se precisan investigaciones para mejorar esta tecnología básica y aplicarla en gran escala, ya que se ha demostrado que da resultados satisfactorios cuando se dispone de personal local competente. Parece estar en aumento el número de países que forman a los auxiliares de salud de la comunidad en aspectos diversos de la atención sanitaria, lo que sin duda permitiría extender la cobertura de los servicios para impedidos en amplia escala. Si se consigue que todos esos auxiliares puedan prestar servicios básicos de rehabilitación, las autoridades de salud estarán en mejores condiciones para dar a la invalidez la atención que merece.

CONCLUSIONES

El Año Internacional de los Impedidos es de importancia para despertar el interés del mundo en el problema de la invalidez, pero los efectos solo serán duraderos si ese interés se traduce en políticas que sigan aplicándose después de terminado el año.

Se deben fortalecer los servicios ordinarios de rehabilitación en los países donde todavía son insuficientes y adiestrar personal apropiado para esos servicios; sin embargo, siempre se los habrá de completar con programas adicionales de rehabilitación primaria en la comunidad.

Anexos

EJEMPLOS DE IMPEDIMENTO/TRASTORNO/DEFECTO

Ejemplo 1: Un joven de 16 años tiene un accidente de tráfico y hay que amputarle una pierna más arriba de la rodilla.

Impedimento: Pérdida de la pierna.

Trastorno: Merma de la capacidad para caminar.

Defecto: Menor capacidad para trabajar, disfrutar de actividades sociales normales (deportes, baile) y mantener la relación social.

Ejemplo 2: Un hombre de 50 años, con hipertensión desde hace años, sufre un ataque apoplético cuya secuela es hemiplejía del lado derecho y disfasia.

Impedimento: Hipertensión.
Alteración de la función cerebral.

Trastorno: Menor capacidad para hablar.
Menor capacidad para caminar y usar la mano derecha.
Fatiga debida a merma de la resistencia física.

Defecto: Incapacidad para trabajar, incapacidad parcial para valerse por sí mismo y menor capacidad de relación.

Ejemplo 3: Una niña de 3 años tiene cicatrices de quemaduras profundas en la cara y el brazo izquierdo.

Impedimento: Cicatrices de quemaduras.
Aspecto anormal.

Trastorno: Menor movilidad del brazo.
Menor interés por todo y pérdida de contacto.

Defecto: Merma de la capacidad para participar en trabajos domésticos, alteración de las relaciones sociales (rechazo por miembros de la familia y la comunidad) y menores perspectivas de matrimonio.

Ejemplo 4: Una casada con dos hijos tiene una historia clínica de esquizofrenia.

- Impedimento:** Alucinaciones auditivas.
Falta de voluntad (es decir, ímpetu e interés normales
Alteración de los procesos mentales.
- Trastorno:** Incapacidad para mantener interés en las labores diarias.
Poca atención y comprensión.
Desvinculación con la realidad.
- Defecto:** Imposibilidad para atender a sus hijos, realizar trabajos domésticos, mantener la higiene y el aseo personales y relacionarse con los miembros de la familia y amigos.

Ejemplo 5: Un casado de 50 años ingiere diariamente 300 ml de alcohol en licores por ser adicto, presenta síntomas de privación por las mañanas (temblor, ansiedad, nerviosismo, que desaparecen ingiriendo alcohol), y episodios de amnesia.

- Impedimento:** Incapacidad para abstenerse del alcohol (nota: también puede tener trastornos de la función cerebral, pérdida de sensibilidad en manos y pies, lesión hepática, etc.).
- Trastorno:** Falta de discernimiento y capacidad motora.
Estímulo y motivación alterados por la necesidad de alcohol.
- Defectos:** Merma pronunciada del rendimiento (más errores, menor producción, ausentismo) lo que lleva a la incapacidad de trabajar, incapacidad para atender sus necesidades económicas y relación social deficiente.

Ejemplo 6: Un muchacho de 15 años con retraso mental, que no ha recibido instrucción.

Impedimento: Inteligencia subnormal.

Trastorno: Lentitud en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos.
Incapacidad para leer, escribir o hacer cálculos sencillos.

Defecto: Incapacidad para trabajar y alteración de las relaciones sociales.

Ejemplo 7: Una mujer de 40 años que ha padecido de lepra por varios años.

Impedimento: Pérdida de tejido de las manos y los pies.
Pérdida de la función sensorial en diversas zonas.
Ulceración cutánea.
Erupción.

Trastorno: Menor movilidad y aptitud motora.

Defecto: Incapacidad para realizar trabajos domésticos, cumplir obligaciones familiares y mantener la relación social normal.

CAUSAS DE INVALIDEZ Y NUMERO APROXIMADO DE
IMPEDIDOS EN EL MUNDO

Causa clínica	No. aproximado de impedidos (población mundial: 4,000 millones)	
	Millones	%
Trastornos congénitos:		
Retraso mental ^{1/}	40	7.7
Defectos somáticos hereditarios	40	7.7
Trastornos no genéticos	20	3.9
Enfermedades transmisibles:		
Poliomielitis	1.5	0.3
Tracoma	10	1.9
Lepra	3.5	0.7
Oncocercosis	1	0.2
Otras enfermedades transmisibles	40	7.7
Enfermedades somáticas no transmisibles	100	19.3
Trastornos psíquicos funcionales	40	7.7
Alcoholismo crónico y toxicomanía	40	7.7
Traumatismo/lesiones:		
Accidentes de tráfico	30	5.8
Accidentes del trabajo	15	2.9
Accidentes domésticos	30	5.8
Otros	3	0.6
Desnutrición	100	19.3
Otras causas	2	0.4
	Total	516
		100.0
Corrección por posible recuento doble (-25%)	- 129	
	Total	387

^{1/} No siempre congénito

PREVENCION DE LA INVALIDEZ^{1/}

Las medidas para reducir la invalidez y los defectos son de gran importancia y se les debe conceder prioridad siempre que sea posible.

Según definición de la OMS^{2/}, la prevención debería considerarse a tres niveles, del siguiente modo:

DESNUTRICION
ENFERMEDAD
ACCIDENTES
ESTADOS CONGENITOS
OTRAS CAUSAS

PREVENCION PRIMARIA

TRASTORNO

PREVENCION SECUNDARIA

INVALIDEZ

PREVENCION TERCIARIA

DEFECTO

- a) La prevención del primer nivel comprende todas las medidas para impedir que se produzca el trastorno.
- b) La prevención del segundo nivel comprende todas las medidas para reducir la posibilidad de que el trastorno se transforme en invalidez.
- c) La prevención del tercer nivel comprende todas las medidas para reducir la posibilidad de que la invalidez se transforme en defectos.

A continuación se especifican en parte esos tres niveles.

1/ Según "Training the Disabled in the Community", WHO DPR/80.1
2/ A29/INF.DOC/1, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1976.

a) Prevención primaria

Ejemplos de lo que puede hacerse para evitar o reducir un impedimento.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES MEDIDAS PARA PREVENIR LA INVALIDEZ

CAUSAS	EJEMPLOS DE MEDIDAS
Nutrición	Mejoramiento agrícola para aumentar y diversificar la producción, y facilitar la distribución; suministro de abonos y adiestramiento de la población rural en técnicas agrícolas adecuadas, riego, etc.; educación popular sobre composición de las comidas y hábitos culinarios; mejor control de las infecciones gastro-intestinales y alimentación suplementaria (por ejemplo vitaminas y yodo.
Enfermedades transmisibles	Provisión de agua potable y alcantarillado; educación popular sobre higiene y transmisión de enfermedades; vacunación.
Accidentes de tráfico	Educación popular (conductores y peatones); supervisión de los niños más expuestos por su edad a accidentes; carreteras con mejores características técnicas, y vehículos más seguros; legislación sobre tráfico y aplicación compulsiva.
Accidentes en el hogar	Educación popular; supervisión de niños, mejoramiento de las viviendas y las instalaciones (por ejemplo, estufas, y combustibles peligrosos); legislación sobre prevención de accidentes y aplicación compulsiva.
Accidentes y enfermedades del trabajo	Educación de los trabajadores; mejores herramientas y maquinaria (inclusive agrícolas); control de accidentes y riesgos ambientales, uso de dispositivos seguros (por ejemplo para subir a las viviendas y trepar a los árboles); legislación sobre agentes peligrosos; organización de comités de seguridad.
Trastornos genéticos	Asesoramiento que limite los matrimonios entre consanguíneos y sobre espaciamiento de las gestaciones para reducir la natalidad en las familias muy expuestas. Contracepción, interrupción del embarazo y esterilización, si son aceptables culturalmente.

CAUSAS	EJEMPLOS DE MEDIDAS
Enfermedades perinatales (por ejemplo parálisis y lesión cerebrales)	Mejor atención perinatal.
Descuido y maltrato de niños	Educación popular; mejora del nivel de escolaridad; legislación y aplicación compulsiva.
Alcoholismo y toxicomanías	Legislación y aplicación compulsiva con el fin de reducir la disponibilidad de drogas; educación popular sobre las consecuencias del abuso de alcohol y drogas.
Empleo de fármacos	Control de las importaciones y la fabricación de medicamentos, legislación contra los potencialmente peligrosos.

Con medidas como las precitadas cabe reducir la incidencia de trastornos/defectos en aproximadamente una tercera parte. Como la mayor parte de las acciones preventivas sugeridas tendrán efecto en la invalidez de lactantes y niños, ello significa que el trastorno/defecto permanente y la excesiva mortalidad de ese grupo puede reducirse considerablemente.

b) Prevención secundaria

Cuando se ha manifestado un impedimento, es necesario procurar prevenir cualquier trastorno prolongado y para ello se requieren medidas específicas en tres esferas:

1. Capacidad para identificar los impedimentos conducentes a un trastorno, por ejemplo: reconocer casos de retraso mental; practicar pruebas sencillas de agudeza visual y auditiva; diagnosticar la lepra, la tuberculosis, una fractura, epilepsia, psicosis, etc.
2. Atención adecuada a impedimentos en el estado agudo para evitar el trastorno consiguiente, por ejemplo: capacidad para administrar primeros auxilios; entablillar fracturas y asesorar sobre ejercicios

apropiados durante su tratamiento; esterilizar o evitar la infección de heridas y quemaduras; tratar eficazmente la otitis aguda, el tracoma y otras infecciones oculares; tratar ataques epilépticos o síntomas agudos de psicosis, etc.

3. Atención adecuada a impedimentos crónicos; farmacoterapia, cirugía y otras formas de tratamiento de casos de epilepsia, lepra, tuberculosis, psicosis, hipertensión, diabetes, artritis crónica, asma bronquial, lesiones cutáneas crónicas, cataratas, etc.

Las medidas precitadas comprenden principalmente el mejoramiento de la atención primaria y secundaria de salud. Si esta es totalmente eficaz, la incidencia del trastorno/defecto podría reducirse en un 20-30%. Al planificar los servicios de salud se concede bastante atención a las enfermedades agudas pero no a las medidas que son eficaces para prevenir la invalidez.

Por ello, es importante reorientar la planificación hacia los tipos de asistencia mencionados.

c) Prevención terciaria

Cuando se produzca un trastorno prolongado se procurará adoptar medidas para prevenir el defecto.

La incidencia de trastornos/defectos puede reducirse en 50% como mínimo, y posiblemente aún más, si se aplica la prevención eficaz a nivel primario y secundario en los países en desarrollo.

Los efectos de la prevención serán más evidentes en lactantes, niños y jóvenes, con lo que se evitarán trastornos duraderos.

ACUERDOS Y POLITICAS INTERNACIONALES DE INTERES PARA LOS IMPEDIDOS

1. Extracto de la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada y hecha por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado, en la Carta, su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre; y

Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;

La Asamblea General

Proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto en los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicalizarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derechos a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos del hombre y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autor.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que solo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Esos derechos y libertades no podrán en ningún caso ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

2. Declaración de los Derechos de los Impedidos
Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas,
Resolución 3447 (XXX), 9 de diciembre de 1975

La Asamblea General,

Consciente del compromiso que los Estados Miembros han asumido, en virtud de la Carta de las Naciones Unidas, de tomar medidas conjuntas o separadamente, en cooperación con la Organización, para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social,

Reafirmando su fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social proclamados en la Carta,

Recordando los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, de la Declaración de los Derechos del Niño y de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, así como las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, los convenios, las recomendaciones y las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas,

Recordando asimismo la resolución 1921 (LVIII) del Consejo Económico y Social, de 6 de mayo de 1975, sobre la prevención de la incapacitación y la readaptación de los incapacitados,

Subrayando que la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los físicos y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación,

Teniendo presente la necesidad de prevenir la incapacidad física y mental y de ayudar a los impedidos a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal,

Consciente de que, dado su actual nivel de desarrollo, algunos países no se hallan en situación de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados,

Proclama la presente Declaración de los Derechos de los Impedidos y pide que se adopten medidas en los planos nacional e internacional para que la Declaración sirva de base y de referencia comunes para la protección de estos derechos:

1. El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.

2. El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los impedidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia.

3. El impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gra-

dos mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.

4. El impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos; el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental se aplica a toda posible limitación o supresión de esos derechos para los impedidos mentales.

5. El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.

6. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; a la formación y a la readaptación profesionales; a las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.

7. El impedido tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.

8. El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.

9. El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la substituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad.

10. El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.

11. El impedido debe poder contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Si fuere objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un procedimiento justo que tenga plenamente en cuenta sus condiciones físicas y mentales.

12. Las organizaciones de impedidos podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos.

13. El impedido, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración.