

La rehabilitación por discapacidad en América Latina y el Caribe¹

Durante las últimas décadas, en América Latina y el Caribe se han incorporado de forma no siempre coordinada y a veces elitista diversos programas para la rehabilitación de personas con discapacidad dentro del área de la salud. Ante la búsqueda de mayor equidad en la atención de estas personas, en la mayor parte de los países de la Región se ha reconocido la necesidad de reestructurar los servicios de rehabilitación por niveles de complejidad creciente y dar énfasis a las actividades de participación comunitaria y de prevención de discapacidades en el nivel primario. Muchos países han establecido leyes para la protección de las personas con discapacidad, han creado programas de adiestramiento a personal especializado para trabajar en servicios de rehabilitación y, con el apoyo de organizaciones privadas nacionales e internacionales, se han desarrollado una serie de proyectos para brindar atención a áreas específicas de la rehabilitación. A pesar de todas estas iniciativas, muchas de las cuales han contado con el apoyo de la OPS, los sectores más necesitados de la población siguen teniendo poco acceso a servicios de atención para personas con discapacidad.

Estudio de la OPS sobre la rehabilitación en la Región

Un problema fundamental es la escasa información que tienen los gobiernos sobre la discapacidad y la rehabilitación. Con el fin de evaluar la magnitud del problema social de la discapacidad y diseñar planes apropiados de cooperación internacional, en 1995 la OPS solicitó datos a los ministerios de salud sobre las políticas, programas y servicios de rehabilitación en toda la Región. Se solicitó información a un total de 39 países de la Región que cuentan con representación de la OPS. Un total de 27 países contestaron el cuestionario diseñado para tal fin y constituyeron la muestra final. Se investigaron aspectos concretos de la rehabilitación en cada país: sectores involucrados; provisiones para la integración social de las personas con discapacidad; leyes y políticas para la protección y atención de estas personas; registros de datos estadísticos sobre discapacidad y rehabilitación; áreas de investigación; y estado actual de los servicios de rehabilitación.

Resultados del estudio de la OPS

Sectores involucrados en actividades de rehabilitación. De los sectores oficiales, los que más participan en el proceso de rehabilitación en la mayor parte de los países son salud y educación. Pero casi invariablemente, la mayor fuente de apoyo proviene del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales (ONG). Llama la atención que el sector laboral,² del cual depende casi por entero la independencia

¹ Basado en "La rehabilitación en América Latina y el Caribe", documento de trabajo elaborado en 1995 por la División de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

² El sector laboral se refiere al ministerio de trabajo, otros ministerios, empresas e instituciones públicas y privadas que puedan contribuir a que la persona con discapacidad se incorpore al mercado laboral para el logro de su autosuficiencia económica.

real y definitiva del individuo con discapacidad, no ha participado en las actividades de rehabilitación en la misma medida que los otros sectores.

Aunque las respuestas de los países revelaron que existe conciencia de que la coordinación intersectorial es fundamental para el éxito de la rehabilitación basada en servicios integrados e íntegros, hasta ahora los esfuerzos en este sentido no han dado los mejores resultados. De hecho, más de la mitad de los países indicaron una falta total o parcial de coordinación entre sectores que redundaba en la existencia de servicios de rehabilitación incompletos y en la falta de un tratamiento integral para personas con discapacidades.

Integración social de las personas con discapacidad: responsabilidad institucional. De los 27 países estudiados, 20 declararon haber logrado una integración social parcial de las personas con discapacidad y 5 declararon no haber logrado ninguna, pese a que 21 países dijeron tener instituciones responsables del desarrollo de políticas de rehabilitación, principalmente el ministerio de salud y otras instancias oficiales. Esta falta podría obedecer a que solo 14 países han desarrollado programas nacionales de rehabilitación debido, en parte, a que persisten nociones equivocadas, entre ellas que la rehabilitación de buena calidad solo se puede proveer en los grandes centros de salud, que es muy costosa, que tiene poco impacto en la población y que no merece atención prioritaria. De los 13 países sin programas de rehabilitación, nueve correspondieron al Caribe de habla inglesa.

Leyes referentes a la rehabilitación. Hubo 17 países que notificaron haber establecido leyes nacionales para la protección de personas con discapacidad y para garantizar su ingreso en el sistema educativo y en la fuerza laboral. Sin embargo, no se sabe cuáles de estas leyes se están aplicando realmente en lo que se refiere, por ejemplo, a la eliminación de barreras arquitectónicas y al ingreso de personas con discapacidad al sistema educativo y al mercado de trabajo.

Registros de datos. De los países que contestaron el cuestionario, 13 indicaron llevar registros de datos institucionales sobre discapacidad y rehabilitación. En muchos casos los programadores de la rehabilitación, en un esfuerzo por mejorar los registros, han aplicado instrumentos de su propia elaboración o de uso general, como la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* de la OMS. Pero debido al carácter experimental y a la dificultad en su aplicación, hasta el momento no se ha podido disponer de la información necesaria para conocer la magnitud del problema de la discapacidad. Los países que han investigado la situación de la rehabilitación se han valido principalmente de encuestas poblacionales, censos nacionales de población y vivienda, estudios de prevalencia y análisis de situaciones.

Líneas de investigación. Las investigaciones realizadas en el campo de la rehabilitación médica exploran principalmente aspectos epidemiológicos y estadísticos y los resultados de intervenciones. A estas les siguen las investigaciones clínicas. Algunos países no indicaron actividades en este sentido, quizá por limitaciones presupuestarias, falta de tiempo y de motivación, y un conocimiento limitado de la metodología de la investigación.

Estado actual de los servicios de rehabilitación. En la mayor parte de los países, principalmente en los que tienen planes y programas nacionales de rehabilitación, el desarrollo de los servicios por niveles es el concepto más difundido: el primer nivel está integrado a la atención primaria — esto es parte del desarrollo de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad — y cuenta principalmente con el apoyo de ONG; los niveles secundario y terciario son especializados y aunque suelen tener infraestructura, recursos y equipos de regular calidad, su número es insuficiente para satisfacer la actual demanda de servicios. De hecho, estos dos niveles no existen en gran parte de los establecimientos de salud.

Cuando se examinó el grado de desarrollo de cada nivel de atención, se encontró que en casi todos los países el nivel más desarrollado es el terciario, que es el de máxima especialización. El motivo es que en América Latina las primeras actividades de rehabilitación fueron dirigidas a menudo por especialistas formados en centros estadounidenses de atención de alta complejidad. Un fenómeno similar se observa en el campo de la formación de recursos humanos en el nivel universitario y de posgrado, donde se sigue poniendo mayor énfasis en la recuperación funcional que en la rehabilitación integral del paciente.

Con el desarrollo de proyectos de rehabilitación basada en la comunidad y de iniciativas para la prevención de discapacidades en el ámbito de la atención primaria, el personal especializado ha visto la necesidad de abandonar el enfoque puramente funcional, para sustituirlo por enfoques integrales de rehabilitación, con la participación de distintos sectores. Este espíritu reformista no es compartido, sin embargo, por el personal de salud en general, cuya formación no lo prepara para satisfacer las exigencias de programas de rehabilitación basada en la comunidad.

Aunque en la Región hay numerosos centros de formación de posgrado en medicina física, rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional, son muy pocos los que se destinan a la formación de personal de enfermería y de técnicos en ortesis y prótesis y en terapia del lenguaje (logopedia y fonología). Los esfuerzos desplegados hasta ahora para incorporar la enseñanza de la rehabilitación en las carreras médica y de enfermería no han dado fruto suficiente para satisfacer la demanda de atención en el primer nivel de atención o para apoyar la rehabilitación basada en la comunidad.

Conclusiones y recomendaciones

Aunque la información no refleja la totalidad del universo de la rehabilitación puesto que se limita a los ministerios de salud, cuyos registros suelen tener deficiencias, de ella se desprenden varias conclusiones. En primer lugar, las actividades sectoriales de rehabilitación se han desarrollado de manera poco coordinada, teniendo relevancia la iniciativa del sector privado, y con marcado énfasis en la recuperación funcional y escasa dedicación al logro de la integración productiva de la persona con discapacidad a la sociedad. El sector público participa de forma limitada en el desarrollo de programas de rehabilitación, sobre todo en el aspecto financiero, puesto que no se consideran prioritarios en el marco de los planes nacionales de salud de muchos países. No todas las instituciones tienen servicios de rehabilitación y los que existen suelen ser altamente especializados. Su calidad es poco uniforme y sus objetivos raras veces se llegan a cumplir por escasez de recursos y por su poca interrelación con los otros sectores involucrados en la búsqueda de una rehabilitación integral.

Si bien existen leyes nacionales para la protección de las personas con discapacidad en más de la mitad de los países, los registros del número de personas atendidas y la cobertura de los programas de rehabilitación se concentran principalmente en las instituciones y pocas veces llegan al nivel central. Por último, el nivel terciario de atención invariablemente goza de un mayor desarrollo que los niveles menos especializados, que son necesarios para apoyar a los programas de rehabilitación basada en la comunidad.

De todo lo antedicho se desprende que la rehabilitación integral de las personas con discapacidad compete en el ámbito público no solo al sector salud, sino también a los sectores educativo y laboral, así como al sector privado. Es necesario revisar las leyes existentes para evaluar su vigencia, delimitar claramente las responsabilidades de cada sector y lograr una buena coordinación entre ellos. Por otra parte, la creación y desarrollo de programas nacionales equitativos y sostenibles para la prevención de discapacidades y la rehabilitación de las personas afectadas deben llevarse a cabo en el contexto de la reforma del sector salud. También resulta imprescindible mejorar la calidad de los registros de datos, evaluar los recursos disponibles y necesarios para las actividades de prevención de discapacidades y de atención a las personas portadoras de las mismas, fortalecer los servicios de rehabilitación en todos los niveles y su coordinación con los otros actores involucrados, fomentar la capacitación en rehabilitación de “recursos humanos menos especializados” y educar a la comunidad en los conceptos de prevención de discapacidades y rehabilitación integral.

Ahora que los países se encuentran en proceso de reformar sus sistemas sanitarios, ha llegado el momento oportuno para incorporar en ellos programas de rehabilitación que permitan a la población con discapacidad recibir servicios de buena calidad y participar íntegramente en la vida familiar, social y laboral, dentro de un clima de justicia, equidad y solidaridad humana. □