

*Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.*

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 419

**COMITE DE EXPERTOS  
DE LA OMS  
EN REHABILITACION MEDICA**

**Segundo informe**

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1969

© Organización Mundial de la Salud 1969

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre la reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Servicios de Edición y de Documentación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

## INDICE

	Página
1. Introducción . . . . .	5
2. Definiciones . . . . .	6
Rehabilitación . . . . .	6
Rehabilitación médica . . . . .	6
Rehabilitación social . . . . .	7
Rehabilitación profesional . . . . .	7
Persona impedida . . . . .	7
Impedimento . . . . .	7
Invalidez . . . . .	7
Incapacidad . . . . .	7
Fisioterapia . . . . .	7
Ergoterapia . . . . .	8
Logopedia . . . . .	9
Audiología . . . . .	9
Orientación profesional . . . . .	9
Colocación selectiva . . . . .	9
3. Clasificación, registro y estadísticas . . . . .	10
4. Organización de los servicios de rehabilitación médica . . . . .	11
Legislación, administración y financiamiento . . . . .	11
Relaciones de los servicios de rehabilitación con otras categorías de servicios sanitarios . . . . .	13
Centros de rehabilitación médica . . . . .	13
Relaciones con servicios afines (prótesis y aparatos ortopédicos) . . . . .	15
Relaciones con los servicios sociales, de enseñanza y de readaptación profesional . . . . .	16
5. El personal de rehabilitación . . . . .	17
Funciones . . . . .	17
Enseñanza y formación profesional . . . . .	18
6. Investigaciones . . . . .	23
7. Conclusiones y recomendaciones . . . . .	24
Conclusiones . . . . .	24
Recomendaciones . . . . .	24

## COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN REHABILITACION MEDICA

Ginebra, 12-18 de noviembre de 1968

### *Miembros : \**

- Dr. B. O. A. Adebonojo, Consultant in Physical Medicine and Rehabilitation with the Federal Government of Nigeria, Royal Orthopaedic Hospital, Igbobi, Yaba, Nigeria
- Srta. M. Fish, Training Consultant, Social and Rehabilitation Services, Department of Health, Education and Welfare, Washington, D.C., Estados Unidos de América (*Vicepresidente*)
- Dr. G. Gingras, Executive Director, Rehabilitation Institute of Montreal, Canadá (*Relator*)
- Dr. P. Houssa, Médecin-Chef du Centre de Traumatologie et de Réadaptation de l'Hôpital Brugmann, Bruselas, Bélgica
- Dr. A. S. Manugian, Médecin-Chef de l'Hôpital de Neuropsychiatrie, Asfuriyeh, Líbano (*Presidente*)
- Dr. M. V. Sant, Director, All-India Institute of Physical Medicine and Rehabilitation, Mahalaxmi, Bombay, India
- Dr. Trần-Ngoc-Ninh, Profesor de Ortopedia, Facultad de Medicina, Universidad de Saigón, Viet-Nam
- Profesor M. Weiss, Director del Instituto de Rehabilitación, Escuela de Medicina de Varsovia, Konstancin, Polonia

### *Representantes de otras organizaciones :*

#### *Naciones Unidas :*

- Sr. Esko Kosunen, Jefe de la Dependencia de Rehabilitación, División de Desarrollo Social, Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos de América

#### *Oficina Internacional del Trabajo :*

- Sr. N. E. Cooper, Servicio de Planificación y Organización de la Mano de Obra, OIT, Ginebra, Suiza
- Dr. N. Gavrilesco, Servicio de Seguridad e Higiene en el Trabajo, OIT, Ginebra, Suiza

#### *Federación Internacional de Medicina Física :*

- Dr. A. P. M. van Gestel, Secretario Honorario, Centro de Rehabilitación, Eindhoven, Países Bajos

#### *Asociación Internacional de la Seguridad Social :*

- Dr. G. Espejo, Jefe del Servicio de Rehabilitación, Clínica de Puerta de Hierro, Madrid, España

#### *Sociedad Internacional para la Rehabilitación de los Inválidos :*

- Dr. G. Harlem, Director Médico del Instituto Nacional de Rehabilitación, Refstad, Oslo, Noruega

#### *Secretaría :*

- Dr. R. F. Bridgman, Jefe del Servicio de Organización de la Asistencia Médica, OMS (*Secretario*)

---

\* No pudo asistir : Profesor T. P. Bogdanov, Jefe del Departamento de Ortopedia y Traumatología, Instituto Ucraniano de Investigaciones en Ortopedia y Traumatología, Kiev, URSS.

## COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN REHABILITACION MEDICA

### Segundo informe

#### 1. INTRODUCCION

El Comité de Expertos de la OMS en Rehabilitación Médica se reunió en Ginebra del 12 al 18 de noviembre de 1968.

Abrió la reunión el Dr. P. Dorolle, Director General Adjunto, que dio la bienvenida a los participantes en nombre del Director General. Hizo notar que el problema de la rehabilitación de los inválidos interesaba a las personas de todas edades y se planteaba en todos los países, cualquiera que fuera su nivel de desarrollo. En los países desarrollados, la aplicación de técnicas de rehabilitación perfeccionadas y de medios y dispositivos modernos, permite mejorar el estado de todas las víctimas de accidentes y enfermedades invalidantes, pero el continuo aumento de las enfermedades crónicas degenerativas en las personas de edad avanzada y de los accidentes del tránsito aumenta sobremedida la demanda de servicios de rehabilitación. La industrialización rápida y la mayor longevidad de la población plantean problemas análogos en la mayor parte de los países en desarrollo, donde siempre ha sido alto el número de casos de invalidez provocados por las enfermedades transmisibles.

El Comité de Expertos de la OMS en Rehabilitación Médica,<sup>1</sup> en su primer informe, se limitó a examinar los principios generales y las prácticas de importancia fundamental. Recomendó que prosiguieran algunos estudios y que se definiere de manera precisa los términos que se emplean en el concepto de rehabilitación. Hizo hincapié igualmente en la necesidad de emprender estudios estadísticos sobre la magnitud y la índole del problema, de coordinar los servicios de rehabilitación con los sistemas de seguridad social, de establecer una coordinación más estrecha entre los servicios de rehabilitación médica y los servicios conexos, de someter a un examen más detenido los programas de formación de los médicos y del personal auxiliar, y de proseguir los trabajos de investigación.

---

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1958, N° 158.

## 2. DEFINICIONES

Teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas en el informe de 1958,<sup>1</sup> el amplio desarrollo de la rehabilitación médica y la necesidad de una coordinación adecuada entre todos los aspectos importantes de la rehabilitación, el Comité adoptó las definiciones siguientes :

### **Rehabilitación**

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

### **Rehabilitación médica**

Es la parte de la asistencia médica que trata de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y, si es preciso, sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y activa.

Se estima en la actualidad que la rehabilitación médica debe plantearse en una fase muy temprana del tratamiento, y empezar tan pronto como lo permite el estado general del enfermo. Comprende la aplicación de técnicas tales como la fisioterapia, la ergoterapia y la logopedia, que aceleran los procesos naturales de regeneración y permiten evitar o disminuir las secuelas.

Cuando la invalidez se acompaña de destrucciones morfológicas o funcionales, la rehabilitación médica debe tratar de favorecer todos los procesos fisiológicos indispensables para establecer mecanismos de compensación.

La rehabilitación psiquiátrica comienza en el momento en que el enfermo efectúa su primer contacto con los servicios médicos y prosigue hasta que se halla perfectamente reintegrado a la sociedad, y en ciertos casos aun más tarde. Las modalidades de la rehabilitación psiquiátrica varían según los distintos medios culturales y las diferentes colectividades dentro del mismo tipo de cultura ; dependen también de las posibilidades de que se dispone para proseguir el proceso de rehabilitación una vez que ha salido el enfermo del hospital.

El Comité pone de relieve que los conceptos y principios enunciados en el presente informe respecto de la rehabilitación en general, se aplican del mismo modo a la rehabilitación psiquiátrica. En el caso de esta última, la diferencia fundamental consiste en la manera de aplicar los principios fundamentales de la rehabilitación.

---

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1958, N° 158.

**Rehabilitación social**

Es la parte del proceso de rehabilitación que trata de integrar o de reintegrar a una persona inválida en la sociedad ayudándole a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional, disminuyendo al propio tiempo las cargas económicas y sociales que pueden obstaculizar el proceso global de rehabilitación.

**Rehabilitación profesional**

«...el suministro de medios — especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva — para que los inválidos puedan obtener y conservar un empleo adecuado.»<sup>1</sup>

**Persona impedida**

Persona que presenta una disminución temporal o permanente de su integridad física o mental, de origen congénito o producida por la edad, una enfermedad o un accidente, disminución que dificulta su autonomía, su capacidad para asistir a la escuela o para ocupar un empleo.

**Impedimento**

Estado patológico permanente o transitorio que provoca una disminución funcional.

**Invalidez**

Reducción de la capacidad funcional para llevar una vida cotidiana útil. La invalidez es el resultado no sólo de un impedimento físico o mental sino también de la inadaptación del individuo a ese impedimento.

**Incapacidad**

Disminución de las aptitudes del sujeto, que puede expresarse cuantitativamente.

**Fisioterapia**

«Arte y ciencia del tratamiento físico por medio de la gimnasia reeducativa, el calor, el frío, la luz, el masaje y la electricidad. Entre los objetivos del tratamiento figuran el alivio del dolor, el aumento de la circulación,

---

<sup>1</sup> Conferencia Internacional del Trabajo, 38ª reunión (1955), *Recomendación No 99: Adaptación y readaptación profesionales de los inválidos*, Ginebra, OIT.

la prevención y corrección de incapacidades y la recuperación máxima de la fuerza, la movilidad y la coordinación. La fisioterapia comprende también la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar la importancia de la alteración de los impulsos nerviosos y de la energía muscular, y de pruebas para precisar las aptitudes funcionales, así como la medición de la amplitud del movimiento articular y de la capacidad vital, a fin de facilitar al médico el establecimiento del diagnóstico y de registrar los progresos efectuados.»<sup>1</sup>

### **Ergoterapia** <sup>2</sup>

Tratamiento de incapacidades físicas y mentales, administrado bajo dirección médica a base de actividades constructivas concebidas y adaptadas por un ergoterapeuta profesional con objeto de favorecer la restauración funcional.

El médico puede prescribir un tratamiento ergoterápico para una o más de las finalidades siguientes :

1) En los enfermos psiquiátricos : a) crear condiciones favorables al establecimiento de relaciones más satisfactorias con los demás ; b) favorecer la liberación o sublimación de impulsos emotivos, o c) facilitar el diagnóstico.

2) Obtener un tratamiento específico para la restauración de funciones físicas : aumento de la movilidad articular, el vigor muscular y la coordinación.

3) Hacer que el enfermo dependa menos de quienes le rodean enseñándole actividades de la vida diaria, como comer, vestirse y escribir, y el empleo de aparatos especiales y de prótesis.

4) Ayudar al ama de casa impedida a afrontar los trabajos ordinarios del hogar facilitándole asesoramiento e instrucción sobre el uso de aparatos domésticos adaptados a su estado y sobre la manera de simplificar su trabajo.

5) Mejorar la tolerancia al trabajo y conservar las aptitudes especiales que el paciente necesita en su empleo.

6) Determinar las capacidades físicas y mentales del enfermo, su grado de adaptación social, las cosas que le interesan, sus hábitos de trabajo, sus competencias particulares y sus posibilidades de desempeñar un empleo.

7) Ayudar al paciente a aceptar y utilizar de forma constructiva un periodo prolongado de hospitalización o convalecencia.

8) Dar una nueva orientación a las distracciones del enfermo.

<sup>1</sup> Confederación Mundial de Fisioterapia (1967) *The training of physical therapists*, Londres.

<sup>2</sup> La presente sección ha sido adaptada del siguiente texto : Consejo de la Federación Mundial de Ergoterapeutas (1963) *Establishment of a program for the education of occupational therapists*, Filadelfia, Pa. (Estados Unidos de América).

**Logopedia**

« Estudio, examen, evaluación y tratamiento de los trastornos de la voz, el habla y el lenguaje oral y escrito, así como utilización de los medios de sustitución correspondientes y de la reeducación. »<sup>1</sup>

**Audiología**

« Estudio, examen, evaluación y tratamiento de los trastornos de la audición, así como utilización de los medios de sustitución audiológicos y de la reeducación. »<sup>1</sup>

**Orientación profesional**

Es el conjunto de medidas que sirven para ayudar al interesado a elegir una profesión en función de sus características y de las posibilidades de empleo existentes. Se basa en la libre elección y su objetivo fundamental consiste en poder conseguir al interesado un trabajo que le resulte satisfactorio y contribuya al desarrollo de su personalidad, teniendo debidamente en cuenta la utilización más eficaz de la mano de obra nacional.

**Colocación selectiva**

Es el conjunto de medidas destinadas a colocar a los impedidos en un empleo apropiado a su edad, experiencia, competencia y aptitudes físicas y mentales. Con este fin deberá aprovechar plenamente los servicios y medidas de orientación profesional, teniendo en cuenta las necesidades conocidas y cuidadosamente evaluadas de cada persona incapacitada. Es la etapa final de la rehabilitación y comprende tres actividades distintas: *a)* conocer al trabajador, *b)* conocer el empleo, y *c)* armonizar el trabajador con el empleo.

Aunque la colocación es habitualmente la última fase de la rehabilitación, el enfermo debe ser enviado al servicio de colocación lo antes posible en el curso de la rehabilitación médica.

El funcionario del servicio de colocación no debe limitarse a actuar como un intermediario entre el aspirante y el empleador sino que considerará como parte de sus obligaciones normales el establecimiento de contactos personales y sostenidos con el impedido. Por desgracia, la insuficiencia del personal de los servicios de colocación y el gran número de casos que corresponde a cada miembro de ese personal impiden a menudo que se consagre el tiempo necesario a los problemas sociales y psicológicos de cada individuo.

---

<sup>1</sup> Ley sobre logopedas y audiólogos del 16 de julio de 1964 (*Statutes of Quebec, 1963-1964, 1964, Capítulo 58, págs. 321-326*).

### 3. CLASIFICACION, REGISTRO Y ESTADISTICAS

El Comité observó que la sección de la Clasificación Internacional de Enfermedades dedicada a impedimentos<sup>1</sup> no figura en la revisión de 1965,<sup>2</sup> y expresó la esperanza de que pudieran realizarse nuevos estudios para llegar a una clasificación de las incapacidades.

Algunos miembros del Comité señalaron que la preparación de estudios estadísticos útiles e instructivos sobre los incapacitados era a menudo imposible, no sólo por la falta de servicios de investigación adecuados sino también por su elevado coste. No obstante, dada la importancia de esas estadísticas para evaluar las necesidades actuales y futuras de servicios, equipo y personal para la rehabilitación médica, convendría fomentar la realización de estudios en muestras de población de partes representativas del mundo, así como la compilación de datos en centros de rehabilitación y otras instituciones especializadas en el tratamiento de incapacidades físicas o psiquiátricas. Igualmente deberían recogerse datos de entidades encargadas de indemnizar a los trabajadores, organismos de seguridad social, asociaciones de excombatientes, servicios gubernamentales y compañías de seguros particulares.

Parece que son muy pocos los países que han seguido la práctica de llevar registros de los impedidos; la creación y el mantenimiento de esos registros son muy costosos y sólo están al alcance de países que disponen ya de los sistemas administrativos necesarios. Por otra parte, la experiencia obtenida en algunas zonas ha mostrado que los datos recogidos mediante esos registros no siempre facilitan la evaluación de las futuras necesidades de servicios de rehabilitación. Un censo de las personas impedidas no siempre es una medida oportuna, sobre todo en los países en desarrollo, donde las posibilidades de emprender una acción concreta son escasas o nulas y se pueden despertar falsas esperanzas y frustraciones entre los inválidos y las personas que les rodean. En cualquier caso, los problemas planteados por la invalidez física y mental son tan amplios y urgentes que deben emprenderse los programas de rehabilitación antes de disponer de las estadísticas y los datos proporcionados por un registro de impedidos.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (1957) *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, revisión de 1955, Ginebra.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (1967) *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, revisión de 1965, Ginebra.

#### 4. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION MEDICA

##### **Legislación, administración y financiamiento**

Algunos países no poseen leyes que regulen la rehabilitación, mientras que en otros existen decretos, a veces contradictorios, procedentes de distintos ministerios. El resultado es que los impedidos y la población en general se hallan en un estado de confusión y de ignorancia en lo que se refiere a sus derechos y obligaciones. Es preciso introducir una legislación adecuada en los países donde no existe, y revisar y racionalizar la legislación actual en aquellos otros donde hay a veces centenares de órdenes promulgadas ocasionalmente para resolver casos individuales o locales.

El Comité consideró que sería útil proseguir y ampliar el estudio ya emprendido por las Naciones Unidas,<sup>1</sup> pues un cuadro sencillo de clasificación de las leyes y decretos existentes facilitaría mucho el establecimiento de comparaciones internacionales. Además, sería muy conveniente que los países en desarrollo aprobasen un código único para agrupar todas las medidas legislativas referentes a las personas incapacitadas y a su rehabilitación.

La rehabilitación es costosa y por ello su financiamiento ha de correr a cargo de los gobiernos, con la ayuda y la colaboración de los organismos de seguridad social. En cambio, en ciertas zonas, los servicios de rehabilitación están a cargo casi totalmente de sociedades privadas. Para terminar con la situación confusa provocada por la división de responsabilidades administrativas y financieras de los servicios de rehabilitación entre un gran número de ministerios y organismos gubernamentales, ha de concederse prioridad en todos los países a la creación de una comisión interministerial que comprenda representantes de organismos oficiales, organizaciones de seguridad social, las cajas de indemnización de los trabajadores, etc.

El Comité no desea especificar el ministerio u organismo del que deben depender los servicios de rehabilitación, pues esa decisión dependerá de la estructura política del país. Sin embargo, debe tomarse en consideración que el ministerio de sanidad desempeña una función muy importante durante todo el proceso de la rehabilitación médica e incluso a veces después de éste.

El Comité recomienda también especialmente la creación de comisiones consultivas nacionales para la rehabilitación de las personas impedidas,

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales (1964) *Estudio de los aspectos legislativos y administrativos de los programas de rehabilitación de personas impedidas en determinados países*, Nueva York.

con representantes de organismos privados, universidades, profesiones médicas y afines, empleadores, sindicatos y otros grupos que poseen la experiencia y los conocimientos precisos para contribuir a mejorar los servicios de rehabilitación. Las comisiones consultivas de ese tipo establecidas hace algunos años en determinados países han resultado sumamente eficaces, sobre todo en la etapa de planeamiento de los programas de rehabilitación.

Igualmente se han de crear comités regionales y locales para evaluar los problemas y transmitirlos al organismo nacional. Ese sistema tiene la enorme ventaja de que aumenta el interés por las cuestiones de rehabilitación y difunde su conocimiento en todas las capas de la población.

Desde la etapa de planeamiento deben abordarse los problemas de financiamiento de estos servicios. Debe disponerse de fondos para rehabilitación en hospitales, centros de rehabilitación e instituciones de tratamiento hospitalario o ambulatorio, así como para los servicios prestados a domicilio, la adquisición de prótesis o de aparatos ortopédicos, los servicios de asistencia social y los transportes. Es preciso examinar periódicamente a los pacientes en curso de readaptación para cerciorarse de que se mantienen los progresos conseguidos en las esferas física, psicológica y social. Sólo con un sistema de ese género se podrán obtener las enormes ventajas económicas y sociales de una rehabilitación bien llevada.

En general, el financiamiento de la rehabilitación está a cargo de diversas fuentes. En muchos países, las cajas de indemnización de los trabajadores se ocupan de las víctimas de los accidentes en la industria; los organismos de excombatientes se encargan de este grupo de inválidos, y distintas categorías de seguros cubren el coste de la asistencia médica, comprendida la rehabilitación, de las víctimas de accidentes que han sido objeto de decisiones judiciales. En cuanto a las personas que no pertenecen a ninguna de esas categorías, deberían disponer de los servicios de rehabilitación que forman parte de la asistencia médicosanitaria general. Han de hacerse esfuerzos para obtener el máximo apoyo financiero de organismos gubernamentales, organizaciones de seguridad social y entidades privadas.

El Comité reconoció que la creación de un sistema financiero tan complejo sólo es posible en los países que han alcanzado cierto nivel de desarrollo económico y donde la proporción de habitantes que ocupan empleos remunerados es suficientemente alta para permitir la organización de seguros de enfermedad o de programas de seguridad social.

Sin embargo, teniendo en cuenta que muchas personas impedidas en edad productiva permanecerán en estado de invalidez si no son objeto de una rehabilitación adecuada, es conveniente que el coste de ésta corra a cargo de los programas de seguridad social desde un principio.

Ha de prestarse la debida atención a la intervención de las cooperativas agrícolas y de las pequeñas sociedades de seguros mutuos, cuya creación conviene fomentar.

### **Relaciones de los servicios de rehabilitación con otras categorías de servicios sanitarios**

El Comité aceptó el principio de la regionalización en materia de rehabilitación.

La rehabilitación, considerada ya como una especialidad en muchos países, ha de aplicarse a una cantidad cada vez mayor de pacientes y por ello es indispensable que los hospitales regionales, en colaboración con las facultades de medicina, establezcan departamentos de rehabilitación autónomos colocados bajo la dirección de especialistas en medicina reeducativa. Esos departamentos deberían contar con camas para los enfermos que precisan todavía otros servicios de hospital y, a la inversa, convendría crear un sistema de consulta especializada que permitiera aplicar medidas de rehabilitación a los pacientes hospitalizados todavía en otros servicios. Se recomienda crear en los hospitales regionales servicios de consulta externa de rehabilitación, especialmente útiles para pacientes con trastornos leves que no tienen que tratarse en centros especializados, y en particular para los que no necesitan reorientación. En los hospitales de nivel intermedio han de prestarse servicios análogos.

En los pequeños hospitales locales donde no se pueden organizar servicios de rehabilitación adecuados, han de adoptarse las disposiciones oportunas para el envío de los pacientes a los centros de rehabilitación regionales o intermedios, según la naturaleza y la gravedad del caso.

Deben establecerse centros piloto de rehabilitación en zonas estratégicamente situadas. En las grandes ciudades que cuentan con varios hospitales de tipo general e intermedio, no resulta económica ni realista la construcción de centros de rehabilitación anexos a cada una de esas instituciones, y es preferible establecer un centro piloto que pueda recibir los enfermos de varios hospitales.

Los servicios de rehabilitación médica de los hospitales de tipo general e intermedio no sólo han de disponer de los locales y el equipo necesarios sino también del personal indispensable para la realización correcta del proceso de rehabilitación: especialista en medicina reeducativa, fisioterapeuta, ergoterapeuta, logopeda y asistente social.

Los especialistas en psicología clínica, prótesis y aparatos ortopédicos, así como los miembros de otras profesiones sanitarias conexas, deben estar listos a intervenir cuando sea preciso, sin que necesariamente pertenezcan al personal de rehabilitación del hospital.

### **Centros de rehabilitación médica**

Conviene establecer en el plano regional centros piloto polivalentes de rehabilitación que reciban enfermos enviados de hospitales regionales, intermedios y locales. Esos centros deben poseer servicios para enfermos

hospitalizados y ambulatorios. Tan pronto como la rehabilitación de los enfermos hospitalizados permita su reintegración a la vida familiar, pasarán al tratamiento ambulatorio; el centro se ocupará del desplazamiento de los enfermos que no estén en condiciones de utilizar los transportes públicos.

Los centros piloto de rehabilitación deben estar asociados a las universidades por conducto de las facultades de medicina y han de utilizarse para fines de demostración, enseñanza e investigaciones.

El personal de esos centros debe estar formado por especialistas en rehabilitación médica, enfermeras con formación complementaria en readaptación, fisioterapeutas, ergoterapeutas, logopedas y audiólogos, especialistas en psicología clínica, prótesis y aparatos ortopédicos, y asistentes sociales. Para evitar que los niños en tratamiento se retrasen en sus estudios, convendrá prever también la organización de la enseñanza a base de preceptores.

Los centros piloto de rehabilitación habrán de facilitar una asistencia completa en materia de prótesis y aparatos ortopédicos, que en ciertos casos exigirá la aplicación de equipos muy complejos. No obstante, es de esperar que formarán parte de la red de rehabilitación los centros carentes de servicios de hospitalización dedicados únicamente al tratamiento de pacientes externos.

Para mantener un estrecho contacto entre el médico, su grupo de trabajo y el enfermo, deberá fijarse un límite para el número de camas y las instalaciones disponibles en cada centro. Además, siempre que sea posible deberá rehabilitarse al paciente cerca de su domicilio, pues la influencia y el apoyo de la familia contribuyen en gran manera al éxito del tratamiento.

Conviene señalar también la existencia de centros especializados en el tratamiento de un solo estado patológico, que a veces se establecen por el interés especial de determinadas personas o de organizaciones privadas; evidentemente, es difícil que esos centros sirvan para fines de enseñanza.

Por otra parte, la experiencia ha mostrado que las enfermeras, fisioterapeutas y otros miembros del personal sanitario dedicados a tratar una sola afección durante largo tiempo, adquieren una perspectiva demasiado estrecha de sus actividades y con bastante frecuencia adoptan una actitud demasiado protectora. Más aún, los centros donde se tratan a la vez todos los tipos de enfermos parecen más prácticos desde el punto de vista económico y didáctico.

Necesitan atención especial los enfermos con incapacidades extensas y múltiples o que, por razones psicosociales, no pueden reintegrarse al seno de la familia. En consecuencia, han de crearse establecimientos que proporcionen a esos enfermos una asistencia médica general apropiada y, en particular, cuidados de enfermería de alta calidad y un mínimo de servicios de fisioterapia. Esas instituciones pueden colaborar con varios hospitales y centros de rehabilitación de tipo regional e intermedio.

Es de importancia fundamental que los servicios de rehabilitación de los hospitales generales y los centros de rehabilitación de todo tipo tengan plena autoridad para decidir qué enfermos admiten y remitir los casos que requieran asistencia muy prolongada a otras instituciones, so pena de quedar abrumados en breve plazo por los enfermos crónicos.

Es evidente que el programa antes descrito resulta en general irrealizable en los países en desarrollo, pero el esquema puede servir de orientación para el porvenir.

No obstante, el Comité hace hincapié en la importancia de la creación de centros piloto internacionales de readaptación, tanto para efectuar demostraciones como para la enseñanza del personal. En lo que se refiere en particular a los países en desarrollo se ha sugerido la creación de centros de rehabilitación interpaíses con la ayuda de organismos intergubernamentales. Sin embargo, la población de numerosos países en vías de desarrollo se dedica en su mayor parte a la agricultura y ello crea problemas especiales que se resuelven del mejor modo en el orden local. No es raro que los expertos sugieran soluciones análogas a las adoptadas en sus propios países pero que apenas son aplicables al medio cultural y socioeconómico del impedido en los países en desarrollo.

#### **Relaciones con servicios afines (prótesis y aparatos ortopédicos)**

Los servicios de prótesis y aparatos ortopédicos han de estar totalmente integrados con los de rehabilitación y guardar una estrecha relación con la asistencia médica; han de estar situados al mismo nivel que la fisioterapia, la ergoterapia, etc.

Es de suma importancia que el médico que ha prescrito aparatos ortopédicos tenga la posibilidad de observar los resultados de sus recomendaciones y prescripciones, y que los enfermos aprendan perfectamente a utilizar los aparatos gracias a las orientaciones de terapeutas competentes, bajo la dirección general del médico. Ningún paciente que haga uso de un aparato debe salir de un centro de rehabilitación antes que el médico que haya prescrito el aparato verifique si éste se encuentra bien adaptado y se utiliza satisfactoriamente.

Los departamentos de prótesis y aparatos ortopédicos deben esforzarse todo lo posible por fomentar la producción en serie de los elementos integrantes y de las piezas de recambio de los aparatos. Los materiales han de ser sencillos para facilitar la fabricación y el montaje.

Se necesita obtener con extrema urgencia los servicios de técnicos capacitados para los países en desarrollo. También se destacó la conveniencia de que los organismos internacionales mejoren el intercambio de información sobre la normalización y conservación de los aparatos.

Se sugirió crear en los países en desarrollo, con la ayuda de organismos intergubernamentales, centros interpaíses de aparatos ortopédicos y de

prótesis. Los recientes progresos en la fabricación de estos aparatos han permitido el empleo en gran escala de materiales locales, con suplementos de materias plásticas y productos importados poco costosos. Convendría pedir asesoramiento a los expertos sobre las técnicas de fabricación en masa de aparatos ortopédicos.

### **Relaciones con los servicios sociales, de enseñanza y de readaptación profesional**

Ha de establecerse una estrecha coordinación entre los organismos intergubernamentales y las entidades privadas. Es necesario cerciorarse de que jamás se descuida la vigilancia médica de los amputados y de otras personas impedidas que precisan aparatos ortopédicos o de prótesis antes y después de su tratamiento.

El Comité apoya las observaciones referentes a la cooperación enunciadas en una recomendación de la Conferencia Internacional del Trabajo :

« 1) Entre las instituciones encargadas del tratamiento médico de los inválidos y los servicios encargados de la adaptación y readaptación profesionales de éstos deberían existir la más estrecha colaboración y la máxima coordinación de sus actividades.

2) La colaboración y la coordinación deberían tener por objeto :

a) velar por que el tratamiento médico y, si ello fuera necesario, la provisión de aparatos de prótesis apropiados tengan por finalidad facilitar el empleo ulterior de los inválidos interesados y aumentar las oportunidades de empleo ;

b) ayudar a averiguar cuáles inválidos necesiten y puedan ser adaptados o readaptados profesionalmente ;

c) velar por que la adaptación y readaptación profesionales comiencen cuanto antes y en momento oportuno ;

d) dar consejos de carácter médico, cuando fuere necesario, en todas las etapas de la adaptación y readaptación profesionales ;

e) evaluar la capacidad de trabajo de los inválidos.

Siempre que sea posible y ateniéndose al dictamen médico, la adaptación y readaptación profesionales deberían comenzar durante el tratamiento médico. »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Conferencia Internacional del Trabajo, 38ª reunión (1955) *Recomendación No 99 : Adaptación y readaptación profesionales de los inválidos*, Ginebra, OIT.

## 5. EL PERSONAL DE REHABILITACION

El ideal es que el personal de rehabilitación comprenda los miembros siguientes : *a*) médicos y enfermeras con formación en medicina reeducativa, y *b*) fisioterapeutas, ergoterapeutas, logopedas y audiólogos, asistentes sociales, especialistas en psicología clínica, consejeros de orientación profesional, especialistas en aparatos ortopédicos y de prótesis, funcionarios de los servicios de colocación, educadores especializados y ludoterapeutas.

En ciertos casos habrá que pedir la intervención de representantes de los organismos de acción social y de instituciones privadas. El propio enfermo y los miembros de su familia, en determinadas circunstancias, pueden llegar a ser auxiliares indispensables de este grupo. Igualmente se dispondrá de especialistas en disciplinas estrechamente ligadas a la rehabilitación : cirugía ortopédica, neurológica y plástica ; medicina interna ; psiquiatría ; neurología ; ortodoncia, etc.

### Funciones

Parece lógico que el médico especializado en rehabilitación, en tanto que responsable del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de la readaptación, sea el jefe de grupo en los centros de rehabilitación médica. En cambio, en los establecimientos donde la rehabilitación médica no ocupa una función destacada, como los talleres de formación profesional y las escuelas especializadas, el médico actuará como consultor.

El personal de rehabilitación debe reunirse con frecuencia, no sólo para examinar las normas generales, los problemas administrativos y la coordinación del tratamiento, sino también para estudiar cada caso. Ese sistema ofrece la ventaja de crear una atmósfera agradable entre los miembros del grupo y de dar a cada uno de ellos la oportunidad de manifestar sus opiniones. Por supuesto, el examen minucioso de todos los casos enviados es casi imposible y se reservará en general para los que plantean problemas médicos y sociales poco comunes.

El Comité ha considerado que las actividades de ese grupo de personal deben estar sometidas permanentemente a vigilancia médica ; en efecto, el éxito de la rehabilitación depende en gran medida de la participación activa de los médicos. El médico dedicado a la rehabilitación no debe limitar sus actividades al diagnóstico, el pronóstico y la prescripción de tratamientos, sino además presidir las reuniones del personal de rehabilitación y estar dispuesto a responder a las consultas de cada miembro del grupo, así como de los enfermos y sus familias. Es evidente que la enseñanza y la investigación han de ser consideradas como elementos normales en las actividades cotidianas del jefe del grupo.

## **Enseñanza y formación profesional**

### *Especialistas en medicina reeducativa*

Durante muchos años la rehabilitación médica ha sido realizada y dirigida por especialistas en cirugía ortopédica y neurológica, reumatólogos, neurólogos, etc. Pero, especialmente desde la segunda guerra mundial, la medicina de rehabilitación ha adquirido por derecho propio categoría de especialidad y, quienes la practican, libres de las absorbentes responsabilidades de las intervenciones quirúrgicas y de otras atenciones, pueden dedicar todo su tiempo y toda su energía a la organización de servicios hospitalarios y de centros piloto de rehabilitación, a la formación de personal de todas las categorías y, en algunos casos, a la investigación. Desde el punto de vista de la utilización eficaz del personal parece preferible que la rehabilitación de los inválidos se confie a especialistas dedicados exclusivamente a esa actividad, si bien ha de prestarse el debido reconocimiento a los esfuerzos y la abnegación de los médicos que crearon esta nueva especialidad.

En muchas universidades, especialmente en América del Norte, se han establecido departamentos de rehabilitación médica dirigidos por especialistas competentes, que han obtenido éxitos notables no sólo en el tratamiento de los enfermos sino también en la formación de personal médico y paramédico e incluso a veces en el dominio de las investigaciones clínicas.

El Comité considera que todas las facultades de medicina deben crear una cátedra de rehabilitación médica, pues es el único modo de fomentar la vocación por esa especialidad.

En la actualidad parece que el especialista en rehabilitación médica es el más capacitado para ocuparse de las disfunciones óseas y musculares. Sin embargo, en la esfera muy especializada de las enfermedades cardiorrespiratorias y de otras entidades clínicas, en las que el estado general no es estático, la responsabilidad fundamental de los cuidados terapéuticos del enfermo, su rehabilitación y atención ulterior han de confiarse al internista, el cardiólogo o el neumólogo, quienes tendrán como consultor al especialista en rehabilitación médica.

No todos los países están en condiciones de iniciar un programa de enseñanza de la rehabilitación médica de 4 a 5 años de duración. En consecuencia, para acelerar la organización de los servicios de medicina reeducativa bajo dirección médica, se sugiere enviar al extranjero médicos generales de los países en desarrollo para seguir cursos abreviados de uno a dos años de duración, que les permitan conocer los principios fundamentales de esa disciplina; más adelante se debe ofrecer a esos médicos la posibilidad de completar su formación mediante cursos de actualización.

Para formar un especialista en rehabilitación médica puede adoptarse el programa siguiente :

- 1) Un año de medicina interna o pediatría.
- 2) Un año de internado en hospital con práctica en una o varias de las especialidades siguientes : cirugía ortopédica, neurología, reumatología, cardiología, neumología, dermatología, etc., según las condiciones locales y las enfermedades más frecuentes en el país (por ejemplo, lepra, tuberculosis).
- 3) Un mínimo de 2 años de rehabilitación médica ; para alcanzar una experiencia más amplia, el candidato podría pasar un año en un servicio de rehabilitación de un hospital general y otro año en un centro de rehabilitación.

Los países en desarrollo pueden comenzar por introducir la rehabilitación en el plan de estudios de la carrera de medicina. Más adelante, la rehabilitación médica puede enseñarse como parte de algunas especialidades, por ejemplo, la ortopedia, la cardiología y la neurología. La etapa final consistiría en la formación de especialistas en rehabilitación médica.

Para difundir el conocimiento de la rehabilitación médica, es de importancia primordial introducir su enseñanza en una etapa inicial, durante los estudios básicos de medicina ; en esa etapa, el mejor método para enseñar esta especialidad es el de las demostraciones clínicas. En verdad, el estudiante debe aprender pronto que cada paciente es un complejo social y biológico y no simplemente una entidad morfológica. El especialista en rehabilitación médica ha de tratar de obtener a la vez una recuperación social y física del enfermo, y no ha de considerar las lesiones en forma aislada sino en relación con el ser humano que las sufre.

En las escuelas de medicina donde todavía no se han organizado departamentos de rehabilitación, pueden adoptarse disposiciones con los profesores de cirugía ortopédica, medicina interna, neurología, etc. para poner de relieve, siempre que sea posible, la función importante de la rehabilitación en sus especialidades respectivas. En ciertos casos, los profesores están dispuestos a « prestar » un cierto número de horas para que los estudiantes puedan conocer los principios fundamentales de la rehabilitación médica referentes a la especialidad en cuestión.

En cualquier caso, los programas de rehabilitación deben emprenderse lo antes posible a partir del momento en que se dispone de personal y de instalaciones, aunque sean de carácter limitado.

#### *Personal de enfermería*

Las enfermeras y el personal auxiliar de enfermería deben conocer la función importante que les incumbe a lo largo de todo el proceso de la rehabilitación, inclusive la asistencia domiciliaria como elemento de la

atención ulterior del paciente. Los principios y las técnicas aplicables en los distintos aspectos de la rehabilitación deben enseñarse a todas las enfermeras en el curso de su formación fundamental y, más adelante, al estudiar especialidades como la enfermería ortopédica, pediátrica y psiquiátrica.

Por la escasez general de enfermeras, no se les deben encomendar actividades propias de los fisioterapeutas, ergoterapeutas, logopedas, asistentes sociales u otros miembros del grupo de rehabilitación. No obstante, sus tareas deben coordinarse de manera que complementen las actividades del personal encargado de la rehabilitación. Las enfermeras y el personal auxiliar de enfermería deben asistir a las reuniones del personal, visitar las clínicas de rehabilitación y tomar parte en cualquier otra actividad que les concierna directa o indirectamente.

En los programas de enseñanza de la enfermería, la rehabilitación debe enseñarse de la manera siguiente :

1) Los principios y las técnicas de la rehabilitación han de formar parte integrante del plan de estudios básicos de enfermería.

2) En los programas de estudios superiores, la enfermería de rehabilitación debe formar parte integrante de las enseñanzas de las especialidades clínicas y de salud pública.

3) Han de organizarse cursos superiores especiales de enfermería de rehabilitación para futuras especialistas en esa materia, profesoras de escuelas de enfermería, jefas de servicios de enfermería de hospitales y de salud pública y consultoras o asesoras de los gobiernos en la planificación de programas de enfermería y rehabilitación.

#### *Personal sanitario paramédico*

El Comité propugna el establecimiento de escuelas de fisioterapia y ergoterapia en los países en desarrollo. En lo posible, esas escuelas han de estar afiliadas a las instituciones de ciencias paramédicas con objeto de organizar cursos fundamentales comunes a varias profesiones, lo que permitirá realizar considerables economías financieras y de personal. Las escuelas deben estar también afiliadas a las facultades de medicina, pues indudablemente la enseñanza de la anatomía, la fisiología, la psiquiatría y todas las restantes ciencias médicas fundamentales se imparte mejor bajo la supervisión directa de los departamentos correspondientes de la facultad de medicina.

Al instituir los cursos de ergoterapia y fisioterapia, éstos deben seguir las recomendaciones de la Federación Mundial de Ergoterapeutas<sup>1</sup> y de

<sup>1</sup> Consejo de la Federación Mundial de Ergoterapeutas (1963) *Establishment of a program for the education of occupational therapists*, Filadelfia, Pa. (Estados Unidos de América).

la Confederación Mundial de Fisioterapia.<sup>1</sup> Si bien los objetivos de esos organismos son bastante ambiciosos y no siempre pueden alcanzarse en los países en desarrollo, han de considerarse como orientaciones para el porvenir.

El envío al extranjero de graduados jóvenes es siempre un riesgo, pero el Comité estima que está en lo cierto al recomendar que los miembros capacitados y experimentados del grupo de rehabilitación (enfermeras, terapeutas, etc.) sigan cursos en el extranjero para perfeccionar su formación y obtener diplomas de enseñanza o de especialización, o títulos académicos. Los organismos internacionales deberían facilitar becas para esos estudios.

Conviene considerar la posibilidad de establecer escuelas destinadas a un grupo de países. Sin embargo, en ciertos casos se tropieza con problemas de una extrema dificultad en materia de administración, organización general y programas de enseñanza de las escuelas basadas en una cooperación interpaíses, y quizá sería preferible establecer centros nacionales que recibieran aspirantes de los países vecinos mediante acuerdos bilaterales y con la ayuda de las organizaciones internacionales.

Dada la escasez de personal en las profesiones paramédicas, sobre todo en las ramas de fisioterapia y ergoterapia, la formación de ayudantes adquiere una importancia primordial. No obstante, debe advertirse a los países respecto al riesgo de permitir que esos ayudantes ocupen puestos para los que no están suficientemente preparados y en los que no se hallan sujetos a una supervisión adecuada.

Se recomienda la formación en el servicio, con la que se ha preparado personal para las distintas secciones de los departamentos de rehabilitación (hidroterapia, electroterapia, talleres, etc.) que ha descargado de los trabajos ordinarios a muchos miembros de mayor competencia del grupo de rehabilitación.

Ciertos países han establecido desde hace largo tiempo dos categorías de formación profesional. Para la primera, de carácter principalmente técnico, se inscribe y selecciona a los alumnos en función de las necesidades, lo que les da la seguridad de hacer una carrera. Una vez terminada esa formación fundamental y pasado un periodo de práctica en el hospital, se eligen los aspirantes más prometedores para los estudios de la segunda categoría, que comprende cursos de perfeccionamiento técnico y cursos superiores para obtener un diploma o un título universitario. Ese sistema ha sido muy fructífero, pues ha permitido formar personal que mucho se necesitaba y graduados universitarios de alta competencia; para gran número de países podría ser la solución al problema de la escasez de personal.

---

<sup>1</sup> Confederación Mundial de Fisioterapia (1967) *The training of physical therapists*, Londres.

*Técnicos en aparatos protésicos y ortopédicos*

Esta esfera de actividades adquiere cada vez mayor complejidad. Además de los técnicos en prótesis y medios ortopédicos, hay profesionales con estudios más avanzados que entran en relación directa con los enfermos para la aplicación y el ajuste de los aparatos. Es de fundamental importancia la contratación de ingenieros, sobre todo especializados en técnicas biomédicas, para que actúen como asesores en los talleres de prótesis y ortopedia y participen en las investigaciones.

El Comité indica a este respecto que en un seminario<sup>1</sup> celebrado en Dinamarca, se recomendaron normas mínimas de formación para especialistas en prótesis y ortopedia (cursos de cuatro años de duración, seguidos por un internado de prácticas durante un año) y para técnicos en prótesis y ortopedia (18-24 meses). Los participantes en el seminario destacaron también la necesidad de establecer centros regionales de prótesis, y de eliminar las barreras aduaneras para facilitar la importación de aparatos ortopédicos y protésicos. Recomendaron la preparación de listas normalizadas del equipo y los instrumentos que ha de poseer un laboratorio de prótesis, así como de un plan que sirva de modelo para un laboratorio de ese tipo. Igualmente convinieron en la necesidad de redactar un código deontológico para los especialistas en prótesis y ortopedia.

*Logopedas*

La pérdida de la capacidad para comunicarse con los demás constituye una consecuencia grave de ciertos trastornos congénitos o adquiridos. Pero la transposición de las técnicas empleadas en logopedia de un idioma o familia de idiomas a otro plantea problemas muy difíciles. Exige el dominio perfecto de la especialidad en un idioma y después la adaptación de todas las técnicas y métodos de un idioma al otro; esto significa que si existe un problema de idioma, sólo los individuos elegidos con cuidado y extremadamente bien preparados estarán en condiciones de adquirir la formación de logopedas y de ejercer la profesión. Sin embargo, no se debe desestimar la importancia de la logopedia en la rehabilitación médica y conviene facilitar los estudios y las investigaciones en ese dominio.

*Enseñanza permanente*

Importa que el personal médico y de enfermería y los miembros de las profesiones afines que intervienen en el proceso de rehabilitación estén

---

<sup>1</sup> El Seminario sobre Normas para la Formación de Especialistas en Prótesis, organizado por las Naciones Unidas y el Gobierno de Dinamarca con la cooperación del Comité Internacional de Prótesis y Ortopedia de la Sociedad Internacional para la Rehabilitación de los Inválidos, se celebró en Holte (Dinamarca) del 1 al 19 de julio de 1968. No se ha publicado el informe del Seminario.

constantemente al tanto de los últimos progresos. El Comité recomienda la organización de cursos interpaíses para la preparación de profesores, que a su vez podrán formar personal de rehabilitación de todas las categorías en sus propios países.

En lo posible, han de organizarse cursos breves de actualización, bajo los auspicios de organismos internacionales, destinados a los médicos generales y los especialistas.

## 6. INVESTIGACIONES

Las investigaciones sobre rehabilitación médica y las cuestiones con ella relacionadas se encuentran todavía en las etapas iniciales en muchas partes del mundo. Sin duda ha de tenerse en cuenta que la especialidad es relativamente moderna y que hasta ahora sus promotores se han dedicado principalmente a crear servicios y formar el personal necesario para el tratamiento y la enseñanza. El Comité observa con satisfacción que se han efectuado múltiples trabajos de investigación clínica y estudios sobre las reacciones psicosociales y psiquiátricas frente a la invalidez, y que existe una serie de publicaciones dedicadas exclusivamente a la rehabilitación médica.

Sin embargo, el Comité desea destacar la importancia de las investigaciones fundamentales y considera que deben establecerse servicios de investigación asociados a los centros piloto de rehabilitación, especialmente los que dependen de una universidad o mantienen con ella estrecha relación.

La siguiente lista de proyectos, que en modo alguno es exhaustiva, puede servir de orientación :

- 1) Investigaciones sobre la aplicación de la ergonomía y la automatización al tratamiento de los impedidos.
- 2) Empleo de los impedidos en la era de la automatización.
- 3) Problemas psicosociales planteados por la cantidad cada vez mayor de impedidos que existen en todas las capas de la sociedad.
- 4) Aplicación de las técnicas biomédicas a la prótesis y la ortopedia.
- 5) Estudios sobre la importancia económica de la rehabilitación, en los que se compare el coste de las técnicas de rehabilitación y asistencia médicas con la productividad potencial de las personas que necesitan esos servicios.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

El Comité está persuadido de que en el porvenir inmediato aumentará con gran rapidez la necesidad de servicios de rehabilitación como consecuencia del desarrollo de los servicios básicos de sanidad, de la integración de la asistencia médica en los programas nacionales de salud, de la industrialización y la urbanización, y del aumento de la expectativa de vida. El constante incremento del número de víctimas de accidentes industriales y del tráfico, así como de enfermos geriátricos, permite suponer que cada vez será mayor el número de personas impedidas que acudirán a los servicios de rehabilitación en cuanto puedan disponer de ellos.

Cuando un gobierno pida asistencia para un sector determinado de la rehabilitación, es conveniente examinar el problema en relación con necesidades de los demás sectores y, si es posible, preparar un programa coordinado entre las organizaciones no gubernamentales, los organismos intergubernamentales y las asociaciones privadas.

La OMS tiene una función importante que desempeñar, ya que la primera fase de la rehabilitación es de índole puramente médica y su realización es indispensable para emprender las etapas ulteriores. No obstante, las medidas adoptadas para ayudar a los gobiernos deben abarcar el proceso entero de la rehabilitación, desde la asistencia médica hasta la reinstalación del enfermo en la sociedad; todas las víctimas de una enfermedad o un accidente que conduzcan a la invalidez deben ser tratadas, rehabilitadas y reintegradas en la colectividad siguiendo los métodos médicos, sociales, educativos y de orientación profesional más adecuados.

### Recomendaciones

Dada la importancia de la rehabilitación médica en los programas de salud, el Comité formula las recomendaciones siguientes para las actividades futuras:

1) Deben reunirse más datos sobre los aspectos legislativos, la estructura y las funciones de los servicios de rehabilitación médica. Igualmente se sugiere que se compilen datos sobre las investigaciones relativas a la rehabilitación y se distribuyan periódicamente a los institutos de investigación y otros organismos interesados.

2) Los aspectos psicológicos y psiquiátricos de la incapacidad física deben considerarse siempre conjuntamente, y en los programas ha de establecerse una coordinación más estrecha entre los servicios que se ocupan de las dos ramas, fisiológica y psicológica, de la rehabilitación médica.

3) Para fomentar la enseñanza de la rehabilitación, las facultades de medicina deben crear cátedras de rehabilitación médica y establecer escuelas para la formación de personal paramédico dedicado a esta rama.

4) En los hospitales regionales e intermedios deben crearse servicios autónomos de rehabilitación médica. Por otra parte, deben establecerse centros piloto de rehabilitación médica en coordinación con los servicios sociales y educativos.

5) En los países en desarrollo deben emprenderse programas de rehabilitación, incluso aunque no dispongan de datos estadísticos, y conceder prioridad al establecimiento de registros de incapacidades en cuanto ello sea factible.

6) Todos los organismos gubernamentales y privados interesados deben coordinar los esfuerzos que consagran a los distintos aspectos de la rehabilitación.

7) Una vez organizados los sistemas de seguridad social, éstos deben prestar su apoyo financiero y técnico a los servicios de rehabilitación hospitalarios o ambulatorios destinados a las víctimas de enfermedades o accidentes que no están protegidas por otras organizaciones.

---

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
**SERIE DE INFORMES TECNICOS**

*Informes recientes :*

Nº		Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
332	(1966) Aspectos fisiológicos y clínicos del empleo de dispositivos intrauterinos Informe de un Grupo Científico de la OMS (27 páginas) .	3/6	0,60	2,—
333	(1966) Química y fisiología de los gametos Informe de un Grupo Científico de la OMS (24 páginas) .	3/6	0,60	2,—
334	(1966) Aspectos inmunológicos de la reproducción humana Informe de un Grupo Científico de la OMS (23 páginas) .	3/6	0,60	2,—
335	(1966) Comité de Expertos de la OMS en Oncocercosis Segundo informe (100 páginas) . . . . .	6/8	1,25	4,—
336	(1966) Los métodos de muestreo en las encuestas sobre morbilidad y en las investigaciones sobre salud pública Décimo informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria (35 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
337	(1966) Formación teórica y práctica del personal docente de las facultades y escuelas de medicina, en especial las de los países en desarrollo 15º informe del Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (28 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
338	(1966) Hemoglobinopatías y trastornos afines Informe de un Grupo Científico de la OMS (42 páginas)	5/-	1,00	3,—
339	(1966) Normas de identidad y de pureza para los aditivos alimentarios y evaluación de su toxicidad : Diversas sustancias antimicrobianas, antioxidantes, emulsificantes, estabilizadores, agentes para tratamiento de las harinas, ácidos y bases Noveno informe del Comité mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (27 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
340	(1966) Reunión técnica conjunta FAO/OMS sobre métodos de planificación y evaluación de los programas de nutrición aplicada Informe (82 páginas) . . . . .	4/-	0,80	2,40
341	(1966) Principios aplicables al estudio preclínico de la inocuidad de los medicamentos Informe de un Grupo Científico de la OMS (24 páginas) .	3/6	0,60	2,—
342	(1966) Prevención de la fiebre reumática Informe de un Comité de Expertos de la OMS (30 páginas)	3/6	0,60	2,—
343	(1966) Comité de Expertos de la OMS en drogas que causan dependencia 15º informe (20 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
344	(1966) Inmunoterapia del cáncer Informe de un Grupo Científico de la OMS (41 páginas) .	5/-	1,00	3,—
345	(1966) Formación del personal técnico de los laboratorios de salud pública Cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS en Servicios de Laboratorio de Salud Pública (32 páginas) . . .	3/6	0,60	2,—
346	(1966) Investigaciones genéticas en psiquiatría Informe de un Grupo Científico de la OMS (22 páginas) .	3/6	0,60	2,—
347	(1966) Comité de Expertos de la OMS en Enfermería Quinto informe (33 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
348	(1967) Investigación de los aditivos alimentarios y de los contaminantes de los alimentos Informe de un Grupo Científico de la OMS (28 páginas)	3/6	0,60	2,—
349	(1967) Determinación de la importancia sanitaria de la bilharziasis Informe de un Grupo Científico de la OMS (103 páginas)	6/8	1,25	4,—