

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.

Prevención de incapacidades y rehabilitación

Informe del
Comité de Expertos de la OMS en
Prevención de Incapacidades y Rehabilitación

Organización Mundial de la Salud
Serie de Informes Técnicos
668



Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1981

ISBN 92 4 320668 0

© Organización Mundial de la Salud 1981

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones, 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 aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud 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 SPAIN

81/5087 — Gráficas Reunidas — 2000

INDICE

	Página
1. Introducción	7
2. Definiciones de diversos términos y conceptos relacionados con el proceso de la incapacidad y la rehabilitación	7
2.1 El proceso de la incapacidad	8
2.2 Prevención de incapacidades	9
2.3 Rehabilitación	9
2.4 Rehabilitación de base comunitaria	10
2.5 Integración social	10
3. Análisis de la prevalencia de incapacidades, la calidad de la vida entre los incapacitados y las tendencias futuras de esa prevalencia	10
3.1 Prevalencia de las incapacidades	10
3.2 Calidad de la vida	11
3.3 Proyecciones para lo futuro	12
4. Estrategias y conceptos de la OMS en relación con el problema de la incapacidad	13
4.1 Conceptos generales	13
4.2 Estrategias y procedimientos específicos	14
5. Prevención de incapacidades	15
5.1 Prevención de incapacidades en los países en desarrollo	15
5.2 Prevención de incapacidades en los países desarrollados	17
6. Servicios de rehabilitación en los países desarrollados: examen y recomendaciones	18
6.1 Extensión de las incapacidades y la rehabilitación	19
6.2 Razones para proporcionar la rehabilitación	19
6.3 Efectos de los cambios sociales y económicos sobre la situación del incapacitado	20
6.4 Establecimiento de los servicios de rehabilitación	21
6.5 Problemas administrativos	22
6.6 Organización de los servicios de rehabilitación	23
6.7 Problemas de personal	24
6.8 Problemas relacionados con la tecnología de la rehabilitación	25
6.9 Servicios comunitarios	26
7. Examen de los servicios de rehabilitación en los países en desarrollo	27
7.1 Identificación del problema de las incapacidades	28
7.2 Políticas y planificación	28
7.3 Establecimiento de los servicios de rehabilitación	29
7.4 Problemas administrativos	29
7.5 Problemas de personal	30
8. Recomendaciones y pautas para poner en práctica la rehabilitación de base comunitaria en los países en desarrollo	31
8.1 Actividades de promoción	31

	Página
8.2 Compromiso del gobierno	32
8.3 Formulación de normas y planificación	33
8.4 Formación y perfeccionamiento de personal, y participación de los profesionales y las instituciones existentes	34
8.5 Tecnología de la rehabilitación	35
8.6 Contribución de otros sectores	35
8.7 Evaluación, investigaciones y estudios	36
9. Coordinación de las actividades de la OMS con otras organizaciones	37
10. Conclusiones y recomendaciones	38
10.1 Recomendaciones a los gobiernos	38
10.2 Recomendaciones a la OMS	40
Referencias	40
Anexo 1. Ejemplos de medidas que pueden adoptarse para prevenir incapacidades.	41

**COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS
EN PREVENCION DE INCAPACIDADES Y REHABILITACION**

Ginebra. 17-23 de febrero de 1981

*Miembros**

- Dr. J. J. Arvelo, Jefe del Departamento de Rehabilitación Médica, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela
- Dr. H. S. Y. Fang, Consultant Surgeon, University of Hong Kong, Hong Kong; Chairman, Rehabilitation Development Coordinating Committee, Government of Hong Kong; and President, Rehabilitation International (*Relator*)
- Profesor G. Harlem, Director, Real Consejo Noruego de Investigaciones Científicas e Industriales, Oslo, Noruega (*Presidente*)
- Dr. V. Janda, Jefe, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Instituto Médico de Postgraduados, Praga, Checoslovaquia
- Sra. P. Mendis, Tutor, School of Physiotherapy and Occupational Therapy, Department of Health Services, Colombo, Sri Lanka
- Dr. F. A. O. Omosina, Medical Director/Chief Consultant, National Orthopaedic Hospital; and Principal Investigator, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Orthopaedics and Rehabilitation, Igbobi-Lagos, Nigeria
- Dr. C. Safilios-Rothschild, Professor of Sociology, Pennsylvania State University, University Park, PA, EUA (*Vicepresidente*)
- Dr. D. B. Sebina, Permanent Secretary, Ministry of Health, Gaborone, Botswana

Representantes de otras organizaciones

Naciones Unidas

- Sra. Z. N'Kanza, Secretaria Ejecutiva del Año Internacional de los Impedidos, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, Naciones Unidas, Viena, Austria

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

- Dr. M. Irwin, Asesor Principal para Incapacidades Infantiles, UNICEF, Nueva York, NY, EUA

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

- Sr. N. J. Desai, Jefe, Sección de Relaciones Exteriores, PNUD, Ginebra, Suiza

Organización Internacional del Trabajo

- Sr. N. E. Cooper, Jefe, Servicio de Readaptación Profesional, OIT, Ginebra, Suiza
- Dr. N. Gavrilescu, Servicio de Seguridad e Higiene del Trabajo, OIT, Ginebra, Suiza

* No pudo asistir: Dr. S. Khoury, Presidente, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Jordania, Ammán, Jordania.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Sr. N. Sundberg, División de Estructuras, Contenido, Métodos y Técnicas de la Educación, UNESCO, París, Francia

Consejo de Organizaciones Mundiales Interesadas en los Minusválidos

Sr. N. Acton, Secretary General, Rehabilitation International, Nueva York, NY, EUA

Sr. A. Arnör, Secretario General, Consejo Mundial para la Protección de los Ciegos, Enskede, Suecia

Dr. A. P. M. van Gestel, Secretario Adjunto Honorario, Federación Internacional Medicina Física y Rehabilitación, Son, Países Bajos

Asociación Internacional de Seguridad Social

Sra. L. Copeland, Departamento de Investigaciones y Documentación, ISSA, Ginebra, Suiza

Sr. J. Iliovici, Asesor del Secretario General, ISSA, Ginebra, Suiza

Secretaría

Dr. E. Helander, Jefe, Servicio Médico, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma, Italia (*Asesor temporero*)

Dr. V. Kallio, Director, Centro de Investigaciones en Rehabilitación de la Institución de Seguridad Social, Turku, Finlandia (*Asesor temporero*)

Dr. J. Krol, Médico, Programa de Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, División de Tecnología de Diagnóstico, de Tratamiento y de Rehabilitación, OMS, Ginebra, Suiza

Dr. J. H. Noble, Special Assistant to the Deputy Assistant Secretary, Office for Planning and Budget, US Department of Education, Washington, DC, EUA (*Asesor temporero*)

PREVENCION DE INCAPACIDADES Y REHABILITACION

Informe del Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación

1. INTRODUCCION

El Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación se reunió en Ginebra del 17 al 23 de febrero de 1981. El Dr. D. Tejada de Rivero, Subdirector General de la OMS, abrió la reunión en nombre del Director General. Esta reunión se ha celebrado en el Año Internacional de los Impedidos, y debe considerarse como parte importante de la contribución de la OMS a las actividades especiales que se desarrollan durante este año para mejorar el destino de los incapacitados. Al recordar los dos informes anteriores del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica (1,2), señaló el Dr. Tejada de Rivero que con ellos se había aportado una valiosa contribución al establecimiento de la rehabilitación como componente natural y esencial de toda la atención de la salud. Desde la última reunión del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica, hace 12 años, los cambios en prioridades y criterios de la OMS han motivado la adopción de un sistema de atención primaria de salud destinado a prevenir incapacidades y proporcionar la rehabilitación. Ante el Comité se plantearon dos cuestiones principales: cómo proporcionar la rehabilitación dentro del contexto de los servicios comunitarios, especialmente en relación con la atención primaria de salud, y cómo integrar la rehabilitación en los sistemas nacionales de atención de la salud y otros sectores pertinentes. Asimismo, se pidió al Comité que considerase cómo podrían prevenirse las incapacidades.

2. DEFINICIONES DE DIVERSOS TERMINOS Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE LA INCAPACIDAD Y LA REHABILITACION

El Comité examinó las contribuciones que ha aportado la OMS en los 12 años pasados al establecimiento de definiciones de los términos y conceptos relacionados con el proceso de incapacidad y la rehabilitación.

ción en el contexto del programa de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la OMS. En respuesta a la resolución WHA29.35 (3), en que la Asamblea de la Salud aprueba la publicación, a modo de ensayo, de una clasificación suplementaria de afecciones e incapacidades, la OMS ha publicado recientemente un manual de clasificación relacionado con las consecuencias de las enfermedades (4). Ese manual contiene también definiciones de los términos empleados en relación con el proceso de incapacidad. El Comité consideró que si bien no existe una serie ideal de definiciones y es poco probable que alguna vez llegue a establecerse una, debe fomentarse la utilización de las definiciones operativas que se enuncian en las secciones siguientes.*

2.1 El proceso de la incapacidad

El modelo tradicional de enfermedad puede verse como una serie de fenómenos:

etiología → patología → manifestaciones.

Pero este modelo no refleja toda la gama de problemas relacionados con una enfermedad. Esta limita la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y cumplir con las obligaciones que de él se esperan; una persona no puede sostener su acostumbrada participación social. Es decir, la serie de fenómenos inherentes y relacionados con la enfermedad debe ampliarse para mostrar la progresión siguiente:

enfermedad → deficiencia → incapacidad → minusvalidez.

Los componentes de esta serie se definen a continuación; las definiciones se han tomado del manual antes mencionado (4).

Deficiencia. Teniendo en cuenta la experiencia obtenida en las actividades sanitarias, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de la estructura o la función psicológica, fisiológica o anatómica.

Incapacidad. En el contexto de la experiencia sanitaria, una incapacidad es toda restricción o pérdida (consecutiva a una deficiencia) de la capacidad para desa-

* Esas definiciones son provisionales. Se contará con definiciones internacionalmente autorizadas cuando se publique la versión castellana de la «International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps», que actualmente sólo existe en inglés. (N. de L. T.).

rollar una actividad de la manera o dentro de los límites considerados normales para un ser humano.

Minusvalidez. Conforme a la experiencia sanitaria, una minusvalidez es una desventaja para un individuo dado, consecutiva a una deficiencia o una incapacidad, que limita o impide el desempeño de una función que es normal (según la edad, el sexo y factores sociales y culturales) para ese individuo.

La Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación de Enfermedades, que probablemente se celebrará en los últimos años 80, examinará el uso y la utilidad de esos términos. El Comité formuló las observaciones siguientes respecto a estas definiciones.

1) Es importante advertir que las deficiencias y las incapacidades pueden ser visibles o invisibles, temporales o permanentes, regresivas o progresivas.

2) Un estado de minusvalidez no es siempre resultado de una incapacidad; algunas veces las deficiencias causan invalidez sin pasar necesariamente por la etapa intermedia de incapacidad.

3) Además de las limitaciones individuales consecutivas a la deficiencia o a la incapacidad, hay factores sociales y ambientales que pueden aumentar o reducir los estados de minusvalidez.

2.2. Prevención de incapacidades

La prevención de incapacidades está relacionada con todas las medidas preventivas destinadas a : 1) reducir la aparición de deficiencias (prevención de primer grado), 2) limitar o anular la incapacidad producida por deficiencia (prevención de segundo grado), y 3) prevenir la transición de incapacidad a minusvalidez (prevención de tercer grado). Los tres grados de prevención se examinan con más amplitud en las secciones 5.1.1, 5.1.2 y 5.1.3, respectivamente, y en el Anexo 1 se dan ejemplos de medidas preventivas en cada grado.

2.3 Rehabilitación

La rehabilitación comprende todas las medidas destinadas a reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad y minusvalidez, y a permitir al incapacitado y al minusválido que logren su integración social.

Con la rehabilitación se intenta no sólo preparar a las personas incapacitadas y minusválidas que se adapten a su ambiente, sino también intervenir en su medio inmediato y en la sociedad en su conjunto para facilitarles su integración social.

Los propios incapacitados y minusválidos, sus familias y las comunidades donde viven deben participar en la planificación y marcha de los servicios relacionados con la rehabilitación.

2.4 Rehabilitación de base comunitaria

La rehabilitación de base comunitaria comprende medidas adoptadas en el seno de la colectividad para utilizar y depender de sus recursos, inclusive los propios deficientes, incapacitados y minusválidos, sus familias y la comunidad en general.

2.5 Integración social

Por integración social se entiende la participación activa de las personas incapacitadas y minusválidas en las principales corrientes de la vida comunitaria. Para alcanzar este objetivo es necesario proporcionar rehabilitación adecuada para todos los incapacitados y minusválidos y reducir al mínimo todas las situaciones minusvalidantes en todos los aspectos de su ambiente.

3. ANALISIS DE LA PREVALENCIA DE INCAPACIDADES, LA CALIDAD DE LA VIDA ENTRE LOS INCAPACITADOS Y LAS TENDENCIAS FUTURAS DE ESA PREVALENCIA

3.1 Prevalencia de las incapacidades

El Comité examinó la información disponible acerca de la prevalencia de las incapacidades. Un documento presentado a la Asamblea Mundial de la Salud en 1976, donde se establecían nuevos criterios de la OMS sobre prevención y rehabilitación de incapacidades, incluía un resumen de los resultados de los estudios más importantes emprendidos sobre incapacidades en los países desarrollados, y cálculos de la prevalencia de estados de deficiencia en una serie de países en desarro-

llo.¹ A base de esa información y de algunas otras, no puede llegarse a un cálculo más preciso que el de dar una cifra aproximada de 10 % como la proporción de personas incapacitadas entre la población mundial. El Comité observó que mientras algunos expertos creen que esa cifra es inferior a la que representa la magnitud real del problema, otros han obtenido cifras inferiores aplicando una definición más estrecha de incapacidad.

El Comité se enteró con satisfacción de que la OMS está apoyando estudios científicos sobre el problema de la incapacidad en varios países en desarrollo y que para 1982 se contará con cálculos más precisos.

No obstante, se acordó que era más importante determinar qué proporción de la población necesita servicios de rehabilitación que descubrir la prevalencia de las incapacidades. Cálculos preliminares de diversos países en desarrollo indican que en cualquier momento dado aproximadamente el 1,5 % del total de la población consta de personas incapacitadas que podrían recibir el beneficio de la rehabilitación. Es decir, unos 40 millones de personas incapacitadas de países en desarrollo necesitan rehabilitación. Tal vez habrá que revisar esos cálculos cuando se conozcan los resultados de los estudios de la OMS, en 1982.

3.2 Calidad de la vida

Los estudios patrocinados por la OMS en países en desarrollo comprenden el examen de la calidad de la vida entre las personas incapacitadas.

Es un hecho conocido que la mortalidad de los niños incapacitados es mucho mayor que la de los niños sin deficiencias. La malnutrición y las infecciones gastrointestinales y broncopulmonares son las causas principales de defunción de los niños incapacitados (v.g., niños que padecen ceguera, retraso mental y dificultades para moverse). De manera análoga, la morbilidad es también mayor. Los adultos incapacitados generalmente tienen ingresos inferiores a los de adultos físicamente capaces y, en consecuencia, suelen ser más pobres. Las mujeres adultas con incapacidades visibles, como las ciegas, a menudo son abandonadas por sus maridos y privadas de sus hijos. Los niños incapacitados tienen menos oportunidades de asistir a la escuela que los niños

¹ Documento inédito de la OMS, N° A29/INF.DOC/1, Ginebra, 1976. La División de Tecnología de Diagnóstico de Tratamiento y de Rehabilitación, OMS, Ginebra, Suiza, cuenta con una cantidad limitada de ejemplares de este documento, que están a la disposición de las personas que los soliciten.

normales. La presencia de un niño con incapacidades visibles y estigmatizantes en una familia tiene consecuencias negativas no sólo para el casamiento futuro de ese niño sino también para la de sus hermanos y hermanas.

La segregación social de las personas incapacitadas está sumamente difundida. Afecta no sólo a las personas con enfermedades transmisibles (v.g., tuberculosis o lepra) sino también a los que padecen defectos visibles (v.g., personas que carecen de un ojo, la nariz o un miembro, o las que padecen cifoescoliosis o tienen una gran cicatriz) y, asimismo, retraso mental, psicosis, epilepsia, etc. En muchas sociedades frecuentemente segregan a los incapacitados a causa de temores y creencias profundamente arraigados que tienen su origen en antiguas convicciones culturales y religiosas, por ejemplo, la de que los incapacitados están poseídos o sufren un castigo divino. Esas actitudes negativas, así como el comportamiento discriminatorio hacia los incapacitados son la regla y no la excepción.

Muy a menudo se excluye a los incapacitados de toda posición directiva en sus comunidades, rara vez son electos o nombrados a un puesto público y en general sus sociedades los apartan de las actividades de planificación y toma de decisiones. Esta falta casi completa de representación en los asuntos comunitarios da por resultado que se desatiendan sus necesidades.

La calidad de la vida de las personas incapacitadas en los países desarrollados ha sido objeto de muchos estudios científicos. Es bien sabido que las personas incapacitadas reciben menos instrucción y formación profesional y que con frecuencia carecen de empleo. Aunque reciban pensiones por incapacidad, su situación económica es menos favorable que la de los físicamente capaces y por tanto su nivel de vida es inferior. Son menos entre ellos los que se casan y fundan una familia. Los problemas relacionados con la falta de expresión de su opinión sobre su propio bienestar ha sido un tanto exagerada en los decenios recientes, pero todavía muchos incapacitados no pueden influir en los criterios y servicios relacionados con ellos.

3.3 Proyecciones para lo futuro

Se ha calculado que durante el periodo 1975-2000 la cantidad de incapacitados en el mundo aumentará en unos 200 millones. Este cálculo se ha hecho utilizando proyecciones de crecimiento de población desde hace algunos años y suponiendo que durante ese periodo no

cambiará la proporción de los incapacitados. Según otro cálculo, en 1970 había unos 60 a 70 millones de niños incapacitados en los países en desarrollo; si las actuales medidas preventivas no se aplican ni se establecen otras nuevas, puede esperarse que esa cifra aumente hasta unos 135 a 150 millones en el año 2000. En cambio, el aumento calculado del número de niños incapacitados en los países desarrollados será de 12 a 25 millones durante el mismo periodo.

Los factores específicos que pueden afectar la proporción futura de personas incapacitadas en el mundo son: 1) cambios en la composición por edades de la población general; 2) cambios en la estructura de la mortalidad y la morbilidad; 3) cambios en la extensión de los servicios de salud, y 4) aumento de la urbanización y la industrialización. Se acepta en general que si no se logra mejorar considerablemente la prevención de incapacidades, la proporción de personas incapacitadas permanecerá igual o presentará un ligero aumento en los próximos 20 a 30 años. Pero como se espera que la población mundial aumente en unos 2000 millones durante este periodo, el número absoluto de personas incapacitadas presentará un incremento impresionante.

4. ESTRATEGIAS Y CONCEPTOS DE LA OMS EN RELACION CON EL PROBLEMA DE LA INCAPACIDAD

4.1 Conceptos generales

En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud decidió que «la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva» (resolución WHA30.43) (3). En el año siguiente, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, se decidió que para alcanzar esa meta lo fundamental era la atención primaria de salud (5). Como la «salud para todos» supone la prevención y rehabilitación de incapacidades, la atención primaria de salud, la clave para alcanzar esa meta, es por tanto el procedimiento que señala la OMS para prevenir las incapacidades y proporcionar su rehabilitación.

El Comité desea reiterar los conceptos siguientes, tomados de la Declaración de Alma-Ata (5): «La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance

de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...» «Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...» «La atención primaria de salud... se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.» (5).

4.2 Estrategias y procedimientos específicos

Hay dos estrategias principales:

1) Prevención de la incapacidad mediante dos clases de medidas, dentro y fuera del sector de la salud, que contribuyen a reducir la incidencia de deficiencias. Si ya existe una deficiencia, deben adoptarse medidas para disminuir la gravedad o diferir la aparición de la incapacidad y la minusvalidez.

2) Prestación de servicios de rehabilitación empleando los medios de la atención primaria de salud. Los servicios de rehabilitación de base comunitaria (con un sistema apropiado de supervisión y envío de casos) deben proporcionarse con el propósito de lograr la cobertura completa de todas las poblaciones. Esos servicios prestan por lo menos la atención más indispensable y forman parte integrante del programa nacional de desarrollo socioeconómico.

El Comité destacó la importancia de aplicar lo más pronto posible los conceptos generales y las estrategias específicas que acaban de mencionarse. Para ello, será necesario reestructurar y reorientar la actual organización y prestación de servicios nacionales de salud y otros servicios afines en todos los países, a fin de adaptarlos a los antes mencionados conceptos y estrategias. Las secciones subsiguientes del presente informe ofrecen recomendaciones y sugerencias para fortalecer los servicios comunitarios con el objeto de prevenir incapacidades y desarrollar servicios de rehabilitación de manera que se ponga al alcance de todos la asistencia más indispensable.

5. PREVENCIÓN DE INCAPACIDADES

Con respecto a la prevención de incapacidades, la situación es muy diferente en los países desarrollados de la que presentan los países en desarrollo, y el Comité decidió considerarlas por separado.

5.1 Prevención de incapacidades en los países en desarrollo

5.1.1 *Prevención de primer grado*¹

Las causas principales de deficiencias incapacitantes en los países en desarrollo son la malnutrición, las enfermedades transmisibles, la baja calidad de la asistencia perinatal y los accidentes (en particular por actos de violencia). Esas causas son responsables de un 70 % de todos los casos de incapacidad en los países en desarrollo.

Como las deficiencias derivadas de esas causas afectan, en gran medida, a niños de todas las edades, son también las causas principales de incapacidades que duran toda la vida. Por eso, los resultados principales de las medidas para prevenir incapacidades habrán de registrarse en los niños, como puede esperarse. Además, como los niños, inclusive los lactantes, incapacitados, presentan tasas de mortalidad más altas que los niños normales, los efectos de las medidas de prevención de incapacidades pueden juzgarse fácilmente por los cambios registrados en sus tasas de mortalidad.

Al examinar los progresos realizados durante los decenios pasados por lo que respecta a prevención de incapacidades, el Comité advirtió que en general la situación continuó siendo insatisfactoria. Mientras la malnutrición había disminuido en algunos países, había empeorado en otros, especialmente en África, donde se había reducido la producción de alimentos por persona. Durante el decenio pasado se logró algún éxito contra las enfermedades transmisibles incapacitantes; por ejemplo, se erradicó la viruela. Asimismo, en algunos países habían aumentado las actividades para inmunizar a un número cada vez mayor de niños contra la poliomielitis, la tuberculosis, el sarampión, el tétanos, la difteria y la tos ferina. En cambio, por lo que se refiere a otras varias enfermedades transmisibles, especialmente el paludismo, la situación había empeorado.

¹ En el Anexo se presenta una serie de ejemplos de las diferentes medidas preventivas correspondientes a cada uno de los tres grados de la prevención.

La asistencia perinatal es todavía muy deficiente en los países en desarrollo y sólo mediante una cobertura amplia de la población con una atención primaria de salud de calidad adecuada es probable que se reduzca la incidencia de incapacidades producidas en el periodo perinatal.

Al parecer, los accidentes van en aumento como resultado del incremento del tráfico carretero, la violencia y la rápida industrialización; los pasados intentos de resolver estos problemas han sido insuficientes.

El Comité recalcó que para mejorar la situación en los países en desarrollo se necesitaba aplicar más ampliamente en lo futuro medidas generales y específicas. Las medidas generales comprenden las actividades para promover el desarrollo socioeconómico y mejorar el estado de salud de unos 800 millones de personas que viven todavía en absoluta pobreza. Las medidas específicas se refieren a la organización de los componentes de la atención primaria de salud encaminados a reducir la malnutrición y las enfermedades transmisibles, mejorar la calidad de la asistencia perinatal y disminuir los accidentes, además de prestar mejor atención a los que ocurren. El Comité señaló que la prevención de deficiencias (prevención de primer grado) era la forma más eficaz de hacer frente al problema de la incapacidad y que los intentos de curar, restablecer o rehabilitar rara vez dan resultados totalmente satisfactorios. Por eso, no obstante los pasados fracasos de su aplicación y la perspectiva de afrontar problemas futuros a este respecto, todas las autoridades y organizaciones sanitarias nacionales, así como la OMS, deben dar prioridad absoluta a la prevención de primer grado.

5.1.2 *Prevención de segundo grado*

Una vez aparecida la deficiencia es conveniente, siempre que sea posible, prevenir toda incapacidad prolongada. Esto requiere mejorar la detección oportuna y seguirla con atención curativa precoz y eficaz.

Hay tres aspectos de la atención de la salud que son de gran importancia: 1) la administración de medicamentos apropiados (v.g., contra la lepra, la tuberculosis, las infecciones del oído, la epilepsia, las psicosis, la hipertensión, la diabetes y el tracoma); 2) las intervenciones quirúrgicas esenciales (v.g., para el tratamiento de heridas y fracturas, lesiones de miembros y cataratas), y 3) las medidas de rehabilitación, aplicadas tan pronto como sea posible durante el curso de una afección

potencialmente incapacitante. Debe recalcar que una atención de muy mala calidad puede también causar incapacidad.

Algunos de los servicios antes mencionados pueden no existir en la comunidad. En esos casos será necesario contar con un sistema eficaz de envío de casos a centros de salud distritales o regionales. En algunos países la prestación completa de servicios de envío de casos tal vez tenga que esperar a que las comunidades puedan contar con recursos para establecerlos y sostenerlos.

Se ha calculado que en los países en desarrollo la prevención de segundo grado puede reducir la incidencia y la gravedad de las incapacidades en 10 a 20 % en relación con las cifras actuales.

5.1.3 *Prevención de tercer grado*

La prevención de tercer grado comprende todas las medidas destinadas a impedir que la incapacidad cause una minusvalidez o a disminuir sus efectos minusvalidantes. Esas medidas están incluidas en la rehabilitación.

Debe aclararse que la aplicación completa de la prevención en sus grados primero y segundo no disminuye la importancia de la rehabilitación. Como se explicó anteriormente, la proporción actual de incapacitados en la población mundial no cambiará considerablemente en el porvenir cercano, aunque puede haber cambios en los grupos de edad afectados y en la importancia de ciertos padecimientos causantes de deficiencia como factores etiológicos. Por tanto, la cantidad de personas que necesiten rehabilitación continuará siendo alta.

5.2 **Prevención de incapacidades en los países desarrollados**

En los países desarrollados la malnutrición, las enfermedades transmisibles y la mala asistencia perinatal son de poca importancia como causas de incapacidad y, en la mayoría de los casos, están restringidas a poblaciones de barriadas miserables urbanas y a algunos grupos étnicos minoritarios. En cambio, los accidentes parecen causar una cantidad creciente de incapacidades, especialmente entre la población más joven. Por eso la prevención de accidentes debe ser actividad prioritaria en los países en desarrollo. Muchos países ya han aplicado medidas

sumamente eficaces para reducir los accidentes en el hogar, el tráfico y el trabajo, especialmente entre los niños, mediante campañas de educación del público, mejores medidas de seguridad y legislación pertinente.

Aparte de los accidentes, las enfermedades somáticas crónicas como las afecciones reumáticas, cardiovasculares, pulmonares y psiquiátricas, las deficiencias de origen genético y las algias y lesiones crónicas causan actualmente la proporción más importante de todas las incapacidades en los países en desarrollo. También van en aumento los trastornos y enfermedades funcionales psiquiátricos; así como el consumo excesivo y crónico de alcohol y drogas, por lo cual, aunque se han recomendado algunos métodos tal vez eficaces para su prevención, la aplicación de esos métodos ha tropezado con muchas dificultades en la práctica.

Debe señalarse que la asistencia médica y las medidas terapéuticas modernas destinadas a prolongar la vida algunas veces aumentan la incidencia de incapacidades (v.g., las que quedan en pacientes que en el pasado no habrían sobrevivido a accidentes graves, en enfermos cancerosos tras cirugía y quimioterapia intensivas y en los que sobreviven a ataques apopléticos, afecciones cardiovasculares graves e intervenciones obstétricas complicadas).

El Comité recomendó firmemente que se prestara más atención y se asignaran más recursos a las investigaciones relacionadas con la prevención de las causas principales de incapacidades en los países desarrollados, v.g., algias crónicas, padecimientos reumáticos y enfermedades cardiovasculares.

6. SERVICIOS DE REHABILITACION EN LOS PAISES DESARROLLADOS: EXAMEN Y RECOMENDACIONES

Los países desarrollados no constituyen un solo grupo homogéneo por lo que respecta a la prestación de servicios de rehabilitación. Sin embargo, el Comité consideró que se justificaba el examen de algunos hechos y problemas comunes, así como la formulación de ciertas recomendaciones.

En la mayoría de los países en desarrollo la situación es completamente diferente de la que existe en los países desarrollados. En las secciones 7 y 8 se presentan, respectivamente, exámenes de los servicios de rehabilitación y recomendaciones relativas a esos países.

6.1 Extensión de las incapacidades y la rehabilitación

Una persona incapacitada ha sido y todavía es considerada por el público como un joven sentado en una silla de ruedas o como un ciego. Esto refleja el prejuicio derivado de la estrecha definición de incapacidad aplicada por las instituciones y servicios de rehabilitación tradicionales que se ofrecían hace muchos años.

Es tiempo de ampliar el alcance de los términos incapacidad y rehabilitación para incluir en ellos todo tipo de incapacidad. El Comité ha aprobado el proceso que en decenios recientes ha contribuido a ampliar las definiciones y conferir mayores responsabilidades a los servicios de rehabilitación.

Ampliar el alcance de la rehabilitación significa proporcionar ésta no sólo a quienes tienen incapacidades sensoriales o motrices (v.g., parapléjicos o ciegos), sino también a los retrasados y enfermos mentales; a las personas con enfermedades crónicas cardiovasculares y pulmonares, deficiencias gastrointestinales crónicas, afecciones cutáneas, cáncer y algias crónicas, así como a personas con síntomas de alcoholismo u otras toxicomanías. También es necesario destacar muy particularmente a los que sufren múltiples minusvalideces con el objeto de prestarles atención especial.

En los países desarrollados los viejos comprenden la mayoría de los incapacitados. Gracias a la eficacia de las medidas de prevención de incapacidades que se aplican actualmente, en esos países la prevalencia de incapacidades entre personas menores de 30 años es relativamente baja. Si se amplían la definición y el alcance de la rehabilitación se incrementarán las demandas a los servicios de rehabilitación; por tanto, en cada país debe haber un examen para determinar la forma de mejorar los servicios de rehabilitación a fin de atender las necesidades de los principales grupos de incapacitados.

6.2 Razones para proporcionar la rehabilitación

Hay una serie de razones para conceder alta prioridad a los programas de prevención y rehabilitación de incapacidades; esas razones varían desde las estrictamente pragmáticas y económicas hasta las humanitarias, en términos generales. En diciembre de 1977 se reunió en Ginebra un grupo de expertos de las Naciones Unidas para estudiar las consecuencias socioeconómicas de las inversiones en servicios de rehabilitación para los incapacitados (6); ese grupo declaró que, se

prestasen o no servicios de rehabilitación, la producción de incapacidades obliga a la sociedad a pagar gastos de naturaleza tanto económica como social, y que esos gastos pueden reducirse mediante programas eficaces de rehabilitación y apoyo. Una política social basada en el respeto de los derechos humanos de todas las personas y en la responsabilidad de la nación de asegurar la igualdad social a todos sus ciudadanos dará importancia a medidas para atender a las personas incapacitadas y a sus familias. En algunos países desarrollados, una interpretación estrecha de las consecuencias económicas del problema ha dado una importancia no justificada a los niveles de productividad de las personas incapacitadas y, sobre esta base, ha provocado una concentración de algunos grupos en la rehabilitación dirigida al empleo, a expensas de los servicios para otros. Debe evitarse esa selectividad pues los costos reales para la sociedad, y toda la extensión de beneficios que van a ganarse, probablemente forman parte integrante de la situación de todas las personas con incapacidades y de todos los servicios eficaces de rehabilitación.

6.3 Efectos de los cambios sociales y económicos sobre la situación del incapacitado

En los países desarrollados se han producido considerables cambios sociales y económicos desde la segunda guerra mundial. Por una parte, el aumento de beneficios económicos y servicios comunitarios (inclusive pensiones más generosas), el mayor acceso a transportes y servicios públicos, la reducción de barreras materiales y las mejores ayudas técnicas han contribuido a incrementar la independencia en su vida diaria para muchos de los incapacitados. Asimismo, ciertos cambios recientes en algunos países han contribuido a reducir las barreras psicológicas resultantes de actitudes negativas y conductas discriminatorias. Entre esos cambios están las viviendas y vecindarios integrados tanto para incapacitados como para personas físicamente capaces y la sensibilización del público respecto de los problemas de los incapacitados mediante encuentros sociales, seminarios y los medios de difusión en gran escala. Además, las organizaciones de incapacitados han logrado tener mayor influencia en la toma de decisiones, la planificación y la prestación de servicios para ellos, así como en múltiples iniciativas para garantizarles sus derechos humanos generales y específicos. El Comité ha recomendado muy especialmente que se encarezca a todos los gobiernos que continúen sus actividades a este respecto.

Por otra parte, ha habido muchos cambios sociales con consecuencias negativas para los incapacitados. En la mayoría de los países desarrollados se ha abandonado el sistema de la familia extensa, y la mayoría de los adultos de una familia se sienten apremiados por circunstancias económicas y valores cambiantes a dejar el hogar para trabajar. Esto deja a menos personas en casa para cuidar a algún miembro incapacitado de la familia. En muchos países ha disminuido la disposición de los parientes del incapacitado para prestarle atención y rehabilitarlo en el hogar. Con frecuencia, los parientes no consideran tener la obligación de atender a un miembro de la familia que está incapacitado; les parece que esa es función del gobierno. Con esto han aumentado las demandas de mejores servicios gubernamentales (no en menor proporción para los ancianos incapacitados) o de remuneración para los miembros de la familia que prestan esa atención en el hogar.

El Comité quedó enterado de que los servicios de rehabilitación de base institucional son en la actualidad sumamente costosos, y que cuando se proporciona rehabilitación en el hogar, aun el servicio más sencillo suele prestarlo un profesional de alta competencia. Esto ha contribuido a fomentar la creencia de que sólo puede obtenerse buenos resultados cuando la rehabilitación está a cargo de profesionales y no cuando la proporcionan agentes sanitarios de la comunidad bajo la orientación y supervisión de profesionales, o cuando los propios incapacitados se adiestran para prestarse su propia asistencia.

En vista de los cambios sociales que han ocurrido y del alto costo de los servicios de rehabilitación de base institucional, el Comité recomendó que se explicara al público que si la rehabilitación pasa de la atención institucional a un servicio de base comunitaria, y si los parientes de los incapacitados se encargan de atender a éstos, puede obtenerse una asistencia igualmente buena, si no mejor, a un costo muy inferior para la sociedad en su conjunto. En las secciones siguientes se examinan más ampliamente los beneficios de la rehabilitación de base comunitaria.

6.4 Establecimiento de los servicios de rehabilitación

En respuesta a la creciente demanda de asistencia y rehabilitación para los incapacitados, los servicios aumentaron en todos los países desarrollados, especialmente durante 1950-1970, un periodo de rápido crecimiento económico. En todos los países desarrollados se construyeron y dotaron de personal a instituciones de rehabilitación, hospitales y

departamentos de rehabilitación dentro de los hospitales. Se creyó, entonces, que con la expansión de estos servicios se llegaría a atender todas las necesidades de los incapacitados. Pero sólo algunos grupos de incapacitados han sido beneficiados con la atención institucional, y en muchos países estos servicios han tropezado con graves problemas derivados de los crecientes costos del personal. El Comité recalcó que la mayoría de las necesidades de los incapacitados pueden atenderse eficazmente proporcionando rehabilitación de base comunitaria y que la asistencia institucional debe reservarse para los incapacitados con necesidades especiales. Diversos factores que contribuyen a la falta de éxito de la rehabilitación de base institucional se examinan en las secciones siguientes.

En varios países la rehabilitación está todavía al alcance únicamente de las poblaciones urbanas, y a veces sólo de la población de la capital. Además, las instituciones altamente especializadas suelen prestar servicios nada más a categorías específicas de incapacitados, aunque con los recursos y el personal de que disponen podrían atender a una gama mucho mayor de incapacitados. Por eso se necesita la descentralización y el establecimiento intensivo de servicios en el plano comunitario.

6.5 Problemas administrativos

En su segundo informe, el Comité de Expertos en Rehabilitación Médica (2) destaca «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». El principal factor que contribuye a producir esta situación es la fragmentación de diferentes aspectos del trabajo de rehabilitación en instalaciones y servicios organizados y financiados por separado. Esto, y la división de responsabilidad entre dependencias nacionales, regionales y comunitarias sin coordinación adecuada, plantea algunas veces problemas considerables a los que tratan de utilizar varios servicios de rehabilitación.

El actual Comité estima que en los países desarrollados una falta de coordinación administrativa ha dado por resultado un exceso de gastos generales, con despilfarro de personal y otros recursos y baja eficiencia del servicio. Muy pocos países han adoptado medidas para simplificar la administración de los servicios de rehabilitación. A este respecto el Comité previene a los países en desarrollo contra la importación de las

actuales estructuras de complicada organización de los países desarrollados.

El Comité de Expertos de Rehabilitación Médica (2) formuló varias sugerencias para simplificar las estructuras administrativas de los servicios de rehabilitación. Son las siguientes:

— el establecimiento de comisiones interministeriales formadas por representantes de organismos oficiales, organizaciones de seguridad social, cajas de compensación de los trabajadores, etc.;

— la creación de juntas consultivas nacionales de rehabilitación que comprendan representantes de instituciones benéficas, universidades, profesiones médicas y afines, etc., y

— el establecimiento de comités regionales y locales que evalúen los problemas y los planteen al organismo nacional competente.

El Comité revisó estas sugerencias y apoyó muy especialmente el establecimiento de órganos interministeriales que formulen políticas y garanticen que se asignen fondos para los servicios de rehabilitación. El Comité también apoya el establecimiento de órganos ejecutivos únicos con autoridad para planificar, coordinar y evaluar servicios de rehabilitación, en particular los relacionados con educación, asistencia social, sanidad y formación profesional, lo mismo que los relacionados con rehabilitación comunitaria.

En su examen final de las cuestiones relacionadas con la administración de servicios de rehabilitación, el Comité hizo hincapié en que los actuales sistemas *ad hoc* de administración no pueden atender debidamente el problema de las incapacidades y que se necesita un procedimiento integrado que permita ofrecer todos los componentes de la prevención y rehabilitación de incapacidades.

6.6. Organización de los servicios de rehabilitación

Se examinó ampliamente la cuestión de organizar los servicios de rehabilitación en la mejor forma posible. El Comité advirtió que algunos países han iniciado programas para establecer departamentos especializados de rehabilitación en todos los hospitales de distrito, regionales, o en ambos (criterio de especialización). En otros países, se ha dado mayor importancia al mejoramiento de la formación de los estudiantes de medicina, integrando la enseñanza de medidas de rehabilitación con los aspectos preventivos y curativos de las incapacidades. Con ese criterio se trata de inducir a todos los médicos a ver la rehabilitación como parte integrante de su labor cotidiana (criterio no especiali-

zado). En varios países hay universidades que han instituido cátedras de medicina de rehabilitación para fomentar la formación de estudiantes y las investigaciones en rehabilitación.

En algunos otros países se presta más atención a servicios de tipo comunitario, especialmente para personas de edad avanzada. Este y otros hechos han fomentado la participación de especialistas en rehabilitación en una serie de importantes actividades de esta disciplina en las comunidades de las zonas atendidas por los hospitales donde ejercen esos especialistas.

El Comité observó que tanto el criterio de especialización como el no especializado han resultado útiles. Actualmente no es necesario fomentar un tipo determinado de organización de servicios de rehabilitación porque sea superior a otro, mientras se atiendan debidamente las principales necesidades de rehabilitación de la población.

6.7 Problemas de personal

En muchos países desarrollados los recientes decenios se han caracterizado por la alta especialización del personal de rehabilitación, lo que ha dado por resultado la creación de varios grupos y subgrupos nuevos de profesionales. Esta circunstancia ha tenido dos consecuencias importantes. Primera, se han introducido normas de enseñanza innecesariamente altas para los que estudian rehabilitación; además, los grupos profesionales han insistido con frecuencia en ofrecer una enseñanza de calidad ideal y un programa más amplio de estudios sin suprimir materias menos relacionadas con la especialidad.

Segunda, la mayor especialización ha dado gran complejidad a la rehabilitación: a menudo intervienen varios especialistas para tratar a una persona incapacitada. Esto suele ocasionar costos injustificablemente altos, confusión entre los enfermos y problemas de comunicación además de controversias por cuestiones de jurisdicción entre el personal. Aunque en general debe fomentarse el trabajo en colaboración, en el caso de los servicios de rehabilitación la labor se reduce a menudo a la utilización eficaz del personal disponible.

El Comité recomendó que cada país iniciara estudios para buscar formas de simplificar las actuales estructuras de personal y los criterios de formación profesional. Aunque se necesita el personal profesional y algunas de las especialidades existentes deben continuar, es necesario reorientar todos los actuales programas de estudios para aumentar la eficacia y mejorar el desempeño de todo el personal de

rehabilitación. Se recomienda que las autoridades traten de introducir tareas de importancia marginal, actualmente confiadas a profesionales más especializados, en el programa de formación profesional de otro personal, menos especializado. También es necesario determinar si pueden suprimirse por completo algunas tareas que están incluidas en los diversos programas de estudios únicamente por razones históricas. Esos programas sólo deben contener las materias que son de eficacia comprobada para la rehabilitación. En lo futuro, debe tenderse a simplificar el contenido de los programas de estudios y reducir la multiplicidad de especialistas.

El Comité recomendó también que se incorporasen las partes pertinentes de los procedimientos de rehabilitación en los programas de estudios de todo el personal sanitario. Es tan grande la necesidad de la rehabilitación, que no puede atenderse si únicamente se permite a los especialistas que proporcionen todos los componentes de la asistencia que existen. Es decir, cada país debe introducir temas fundamentales relativos a la rehabilitación en el programa de estudios médicos, enfermeras, asistentes sociales, profesores y otros futuros profesionales.

6.8 Problemas relacionados con la tecnología de la rehabilitación

En el curso de los últimos decenios ha habido un rápido desarrollo de la tecnología de la rehabilitación. Por ejemplo, hoy en día se sabe mucho sobre la forma de proporcionar ejercicios físicos y otras formas activas de adiestramiento en relación con diversos tipos de incapacidad. Otras contribuciones valiosas han sido una serie de ayudas técnicas sencillas, producidas localmente, que las personas incapacitadas pueden usar en el hogar y el trabajo. Ha habido también otras innovaciones, y el Comité recomienda que se desarrollen más actividades con el objeto de difundir esta tecnología.

El Comité puso de relieve que el suministro de ayudas técnicas o de alguna otra forma de tecnología no dará por sí solo los resultados deseados si la persona incapacitada no está suficientemente adiestrada para usarlas. Un procedimiento útil para conseguir el uso adecuado de esas ayudas y medios técnicos es la supervisión ulterior mediante visitas al hogar.

Desde hace largo tiempo se han utilizado diversos tratamientos pasivos y otros procedimientos de escasa utilidad, en particular la balneoterapia y otras varias formas curativas mediante equipos eléctricos y magnéticos. Como es personal de rehabilitación el que se encarga

de aplicar esos tratamientos, hay escasez de personal que aplique el tipo activo de terapias eficaces y más urgentes. El Comité advirtió que durante los últimos años los intereses comerciales han logrado promover más aún el uso de esos tratamientos pasivos; en consecuencia, el Comité revisó los datos científicos sobre la eficacia de esas formas de tratamiento y los riesgos de producir lesiones tisulares con algunos de ellos. Como su efecto, si alguno ejercen, es limitado en el mejor de los casos, el Comité recomendó que se fueran suprimiendo esos tratamientos de la rehabilitación y que los médicos y terapeutas que trabajan en este campo dejen de adiestrarse en el uso de esas técnicas. Además, debe aconsejarse en general la prescripción de esos tratamientos, que no deben pagarse con fondos de los seguros sociales. En cambio, deben fomentarse las técnicas de adiestramiento activo, de educación física y otras semejantes.

Cuando se acuerde que deban usarse técnicas marginales o de tipo placebo por falta total de tratamientos eficaces, debe procurarse encontrar los procedimientos más económicos y que no produzcan efectos secundarios nocivos.

En muchos países desarrollados ha habido una tendencia a concentrar los recursos científicos del dominio de la rehabilitación en el desarrollo de tecnología sumamente elaborada y costosa, para fines tanto diagnósticos como terapéuticos. El Comité considera que deben revisarse las normas que han conducido a destinar fondos de investigación para esos fines y que los recursos científicos deben dirigirse hacia campos que ofrezcan mejores perspectivas a la gran mayoría de la población incapacitada, v.g., hacia el desarrollo de tecnología sencilla pero eficaz para ayudar a los incapacitados a desempeñar sus funciones de la vida diaria.

6.9 Servicios comunitarios

Los incapacitados en general tienen que depender de los demás para ejecutar sus funciones cotidianas. Además, como muchos adultos incapacitados viven solos o se quedan solos la mayor parte del día, se beneficiarían considerablemente con un adiestramiento que les permitiera valerse por sí solos para desarrollar sus actividades día tras día. Por esto es indispensable el adiestramiento en funciones dentro del hogar.

Ha existido la tendencia a atender las necesidades de los incapacitados proporcionándoles asistencia institucional, lo que suele obligar a

aquéllos a alejarse de su hogar. Más aún, la atención y los tratamientos de hospital u otras instituciones a menudo no concuerdan con las necesidades reales de los incapacitados y han resultado ser innecesariamente caros en vista de su ineficacia.

Por tanto, debe fortalecerse la rehabilitación comunitaria junto con el desarrollo de recursos de personal apropiado. En primer lugar, bajo la rehabilitación comunitaria los propios incapacitados, los miembros de su familia, o unos y otros deben adiestrarse. Hay múltiples pruebas que indican que el adiestramiento de los incapacitados en su autotratamiento y la aplicación de terapias en el hogar por miembros de la familia u otras personas bajo la supervisión de profesionales da resultados físicos análogos y mejores resultados psicológicos que la prestación de adiestramiento y terapéutica directamente a cargo de un profesional en una institución.

En segundo lugar, debe reorientarse el programa de estudios de los profesionales de la rehabilitación y dirigirse hacia la instrucción de los incapacitados y sus familias en materia de autotratamiento, más que en la aplicación directa de terapias. Como se indicó anteriormente, el personal y los voluntarios no profesionales pueden ser motivados para que participen en todas las formas de rehabilitación y asistencia para los incapacitados, en particular las encaminadas a reducir su aislamiento y sus sentimientos de soledad.

Cuando se establezcan servicios comunitarios, es importante considerar con anticipación la posibilidad de que surjan complicaciones administrativas. Debe asignarse la responsabilidad de proporcionar todos los componentes de la rehabilitación a una dependencia local a fin de evitar la escasa eficacia y los altos costos que implica la distribución de las diversas tareas entre un gran número de personas de diferentes categorías.

7. EXAMEN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION EN LOS PAISES EN DESARROLLO

Los problemas relacionados con la incapacidad varían considerablemente entre los países en desarrollo y entre distintas zonas dentro de cada país. En la naturaleza de los problemas de las incapacidades en un país influyen su nivel de desarrollo económico y social y otros factores como el clima, la distribución de la población, la disponibilidad de alimentos y agua y los sistemas sociales y culturales. A pesar de muchas variaciones, existe una serie de características relacionadas con el pro-

blema de las incapacidades que son comunes a todos los países en desarrollo. El Comité estimó que éstas podrían utilizarse para esbozar un cuadro general de la situación de las incapacidades en esos países. Sin embargo, el Comité indicó que el examen de la situación actual en los países en desarrollo que se presenta a continuación es incompleto en vista de que sólo se han cubierto los aspectos más generales.

7.1 Identificación del problema de las incapacidades

En muchos países en desarrollo no existe un conocimiento pleno de la naturaleza, la extensión y las causas de las incapacidades, ni de su influencia sobre la situación socioeconómica de la población. Tanto individuos como familias pueden estar conscientes de sus propios problemas, pero poco saben sobre lo que puede hacerse para resolverlos o atenuarlos. La falta de conocimiento de las causas y la naturaleza de las incapacidades origina prejuicios, creencias erróneas y temores, que a su vez influyen desfavorablemente sobre actitudes y acciones de la comunidad y el gobierno local. Consecuencia de ello es que no se asignen los recursos apropiados.

Al tratar de evaluar los efectos de la incapacidad, debe comprenderse el hecho de que las deficiencias e incapacidades ligeras (v.g., moderado retraso mental, pequeños trastornos de la movilidad) pueden no identificarse en absoluto como tales. Es así que la percepción de la incapacidad en los países en desarrollo parece ser diferente de la de los países desarrollados.

7.2 Políticas y planificación

Durante los últimos años varios países han comenzado a formular políticas relacionadas con la prevención y la rehabilitación de incapacidades. El Comité recomendó que si un país ya tiene servicios de atención primaria de salud, los servicios de prevención y rehabilitación de incapacidades se planifiquen de tal manera que puedan incorporarse en aquéllos. En cambio, si un país está empezando a formular políticas para un programa de atención primaria de salud, deben incluirse los elementos esenciales de la prevención y la rehabilitación de incapacidades en el programa mientras éste se halla todavía en la etapa de planificación.

En la mayoría de los casos la planificación sólo se realiza en el nivel

central y concierne principalmente a los servicios de la capital y sus alrededores inmediatos. Se necesita fomentar la planificación y programación coordinadas de los servicios de salud, en particular los relativos a rehabilitación, para todo el país en los órdenes local, regional y central. Aunque la planificación debe efectuarse sobre la base de un conocimiento de las necesidades de la población, no es requisito indispensable contar con censos nacionales o encuestas por muestreo de las poblaciones para iniciar servicios comunitarios. A menudo bastan los cálculos hechos por personas competentes y puede reunirse información más detallada mientras van estableciéndose esos servicios.

7.3 Establecimiento de los servicios de rehabilitación

Casi todos los países en desarrollo cuentan con algunos servicios de rehabilitación, aunque sea limitados. Esos servicios atienden únicamente a 1 % ó 2 % del total de los incapacitados del país que necesitan rehabilitación. Además, como la mayoría de los servicios se prestan dentro de instituciones, situadas en general en la ciudad capital o en otras ciudades grandes, son prácticamente inaccesibles para los incapacitados del medio rural. Los servicios existentes en la comunidad rara vez comprenden un componente de rehabilitación.

Muchas instituciones que proporcionan servicios de rehabilitación están a cargo de organizaciones no gubernamentales que a veces tienen su origen fuera del país. Esas instituciones se sostienen mediante contribuciones del exterior y, en gran medida, dependen de personal extranjero o preparado fuera del país. Estos factores limitan considerablemente su eficacia y cobertura. Asimismo, muchas instituciones se especializan en el tratamiento exclusivo de ciertas clases de incapacidad, lo que limita considerablemente su eficacia.

Otros factores que contribuyen a reducir los efectos de esas instituciones son la falta de coordinación entre los diversos componentes de los servicios de rehabilitación; la mala distribución de los servicios educativos, profesionales y de salud, y las infraestructuras subdesarrolladas (v.g., el transporte).

7.4 Problemas administrativos

En la sección 6.5 el Comité aconsejó que los países en desarrollo no importarán estructuras administrativas de los países desarrollados.

Ahora bien, algunos países en desarrollo con servicios de rehabilitación han hecho eso mismo y ahora tienen los problemas de la fragmentación típica de los países desarrollados. Las recomendaciones hechas por el Comité en la sección 6.5 en cuanto a simplificar las estructuras administrativas de los países desarrollados se aplican también a los países en desarrollo con problemas análogos.

Al establecer servicios de rehabilitación, algunos países en desarrollo han concentrado todos sus recursos únicamente en uno de los componentes de la rehabilitación (médico, social, educativo, profesional, etc.), lo que ha dado por resultado que los incapacitados reciban sólo una pequeña parte total de atención y adiestramiento que necesitan. El Comité recomendó que, hasta donde fuese posible, los servicios se distribuyeran entre los diversos componentes de la rehabilitación.

7.5 Problemas de personal

La escasez de personal preparado es un problema importante en los países en desarrollo, por dos causas. Primera, la falta de instituciones de enseñanza. Y segunda, siempre que se forma personal, la enseñanza suele basarse por completo en un plan de estudios aceptado internacionalmente e importado de un país desarrollado, y las personas con esa preparación a menudo emigran a los países desarrollados; además, los intentos de adaptar más los planes de estudios a las necesidades locales con frecuencia son rechazados por las organizaciones profesionales.

Se necesita urgentemente hacer cambios adecuados en los planes de estudios de todos los profesionales de la rehabilitación con el objeto de atender debidamente las diferentes necesidades de los distintos países. No deben aceptarse como criterios para juzgar la utilidad de los cursos de adiestramiento en los países en desarrollo las normas de enseñanza establecidas por organizaciones profesionales de los países desarrollados. Al cambiar los planes de estudios debe darse alta preferencia a la inclusión de prácticas y normas apropiadas de rehabilitación con base en la comunidad.

El Comité recomendó además que se utilizara el sistema de cooperación técnica entre países en desarrollo para incrementar los recursos de personal en esos países. Los centros de enseñanza para personal profesional y para formación de postgrado podrían compartirse entre varios países en desarrollo. Estos mismos países deberán fijar las normas de calidad de la formación profesional.

8. RECOMENDACIONES Y PAUTAS PARA PONER EN PRACTICA LA REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA EN LOS PAISES EN DESARROLLO

El Comité examinó una serie de medidas necesarias para poner en práctica la rehabilitación de base comunitaria en los países en desarrollo. Los dos documentos de la OMS, *Disability prevention and rehabilitation* (véase la nota al pie de la página 11) y *Training the Disabled in the Community*¹ proporcionan más detalles sobre los diversos aspectos de las recomendaciones siguientes.

8.1 Actividades de promoción

Deben impulsarse las actividades destinadas a promover la prevención y la rehabilitación de incapacidades. En principio, todos los Estados Miembros de la OMS ya se han comprometido a tratar de alcanzar la meta de prestar los servicios de salud más esenciales, inclusive la rehabilitación de los incapacitados, para todos en el año 2000, y han aceptado que el procedimiento de la atención primaria de salud es la clave para lograr ese objetivo.

Al promover la rehabilitación de base comunitaria, con sentido de la realidad pueden esperarse que en muchos países habrá al principio una serie de dificultades por vencer. Entre ellas está la idea muy difundida de que la rehabilitación es atención institucional, lo cual, como se vió en la sección 6.4, implica altos costos, escasos resultados, poca eficacia y complejos problemas de personal. Por tanto, en primer lugar se necesita explicar las ventajas del procedimiento de rehabilitación comunitaria en forma que pueda comprenderse en cada uno de los países. En segundo lugar, tal vez sea necesario comenzar con un proyecto de investigaciones en una pequeña zona del país a fin de establecer y probar medios prácticos de prestación de servicios y de evaluar el costo/eficacia de los medios establecidos.

¹ HELANDER, E., MENDIS, P. Y NELSON, G. *Training the disabled in the community-an experimental manual on rehabilitation and disability prevention for developing countries*. (Documento inédito de la OMS, N° DRP/80.1, Versión 2, 1980.) La División de Tecnología de Diagnóstico, de Tratamiento y de Rehabilitación, OMS, Ginebra, Suiza, cuenta con una cantidad limitada de ejemplares de este documento, que están a la disposición de las personas que los soliciten.

Hay una serie de formas posibles de iniciar programas de rehabilitación de base comunitaria. Una forma es la de pedir a los comités nacionales del Año Internacional de los Impedidos que incluyan la realización de programas de rehabilitación comunitaria en sus planes a largo plazo. Las organizaciones no gubernamentales pueden también ser de gran utilidad e incluso pueden ofrecerse para poner en práctica algunas de las fases iniciales de ese programa. Pero cualquiera que sea la forma como se inicien los programas, un punto importante que debe tenerse presente es que las instituciones y los profesionales de la rehabilitación existentes deben participar en la promoción de los programas de rehabilitación de base comunitaria.

El Comité recomienda que la OMS promueva la rehabilitación de base comunitaria utilizando el procedimiento de cooperación técnica entre países en desarrollo en el curso de seminarios, grupos de estudios prácticos interregionales, regionales o nacionales, y de visitas a países que efectúa la Organización, así como mediante discusiones técnicas en las reuniones de los Comités Regionales.

Otros organismos de las Naciones Unidas, como el UNICEF, el PNUD, la OIT, la FAO y la UNESCO, así como organizaciones no gubernamentales, pueden también ofrecer importantes colaboraciones al fomento del sistema de rehabilitación de base comunitaria.

8.2 Compromiso del gobierno

Antes de iniciar cualquier programa, es necesario que el gobierno decida las políticas a ese respecto y se comprometa a emprender las diversas medidas para desarrollarlo. Un programa de prevención y rehabilitación de incapacidades de base comunitaria debe ser financiado y sostenido a la larga mediante recursos del país y el personal nacional y no debe depender de aportaciones externas. Sin embargo, esto no excluye la ayuda financiera de fuentes internacionales durante el periodo de desarrollo del programa. Es decir, los gobiernos que inicien programas de rehabilitación de base comunitaria deben tener políticas bien definidas, un plan de acción con un calendario de actividades y un mecanismo que garantice que se asignan los fondos necesarios.

8.3 Formulación de normas y planificación¹

En estas actividades debe participar no sólo el personal ejecutivo de los distintos ministerios sino también representantes de organizaciones que actúan en nombre de los incapacitados y profesionales de instituciones que trabajan en favor de los incapacitados. Con el objeto de preparar a quienes vayan a participar en la formulación de normas y en la planificación, la OMS, otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales pueden organizar seminarios nacionales a ese respecto.

Al planificar debe hacerse todo lo posible por integrar la prevención y la rehabilitación de las incapacidades en los servicios existentes en la comunidad, particularmente en los de atención primaria de salud. Debe desaconsejarse el establecimiento de una organización especial, independiente de otros servicios.

Como se indicó anteriormente, un programa de rehabilitación de base comunitaria puede iniciarse de diferentes maneras: v.g., por el gobierno, por una institución ya existente que se ocupe de los incapacitados o por una organización no gubernamental.

Si se establece como programa de gobierno, pueden intervenir en su etapa inicial varios servicios comunitarios, en particular personal sanitario, de desarrollo rural, de extensión agrícola, de servicios sociales locales y de escuelas primarias.

A veces, como se señaló en la sección 8.1, un programa de rehabilitación de base comunitaria puede iniciarse como proyecto de investigación, sea como parte de un programa general rural o de desarrollo de la salud, sea independientemente. En esos casos puede ser necesario preparar al futuro personal de ese proyecto en disciplinas tales como la epidemiología, la estadística y las técnicas de evaluación. Como un proyecto de esa naturaleza comprende el desarrollo y la evaluación de procedimientos para la prestación de servicios de rehabilitación, puede no necesitarse ningún otro mecanismo para la evaluación del programa. En cambio, si se comienza un programa sin un proyecto de investigación, será necesario asegurar que en la etapa de planificación se ha incorporado un mecanismo para evaluar el programa. Así será posible medir el costo-eficacia del programa, analizar las causas de

¹ Mientras esta sección sólo expone algunos puntos fundamentales sobre la formulación de normas y la planificación, el documento de la OMS *Training the disabled in the community* (véase la nota al pie de la página 31) contiene una «Guide for policy-makers and planners», que permite un examen detallado del tema.

cualesquiera defectos que tenga y encontrar medios de resolver los problemas.

8.4 Formación y perfeccionamiento de personal, y participación de los profesionales y las instituciones existentes

La ejecución de un programa de rehabilitación de base comunitaria depende en primer lugar de los miembros de la comunidad local. Los propios incapacitados, sus familias u otros miembros de la comunidad tienen que ser adiestrados para que realicen las tareas cotidianas relacionadas con el adiestramiento de los incapacitados. Los supervisores de primer grado, contratados en las localidades, deben ser adiestrados para que identifiquen a los incapacitados, estimulen a éstos o a los miembros de la familia que serán adiestrados, ofrezcan instrucción y vigilen constantemente la evolución del programa.

Los supervisores locales deben también ser miembros de la comunidad, pueden ser incapacitados y deben tener la instrucción apropiada. Si no existen otros medios, la primera fase puede consistir en el autoadiestramiento, utilizando materiales como los que se indican en el documento de la OMS antes mencionado, *Training the disabled in the community*. Durante las siguientes fases de desarrollo del programa deben instituirse programas de adiestramiento en debida forma. Los supervisores locales pueden tener otras funciones en la comunidad, como labores de atención primaria de salud o asistencia social.

El segundo grado de la supervisión requiere un profesional con los conocimientos y la experiencia práctica necesarios para la formación y la supervisión de los supervisores locales y para funcionar como primer receptor de casos enviados. Este profesional será miembro integrante de un grupo sanitario de distrito. En las fases iniciales y si no se presentan obstáculos prácticos, las funciones del supervisor de segundo grado pueden ser desempeñadas por una enfermera comunitaria o por algún otro profesional. Sin embargo, conforme se van desarrollando los servicios, parece ser conveniente que esta labor la realice un terapeuta de rehabilitación comunitaria especialmente preparado.

El personal de cualesquiera instituciones de rehabilitación que existan en el país es un recurso sumamente valioso, y debe instársele vivamente a participar en el desarrollo de los servicios de rehabilitación de base comunitaria. Ese personal debe contribuir a formar supervisores de primero y segundo grados, y sus miembros pueden también llegar a formar parte de los grupos móviles de rehabilitación o actuar

como consultores locales para casos que deban enviarse a otros centros. Conforme a este principio, las instituciones existentes necesitarán ascender de categoría en el momento apropiado para que puedan servir como centros a los que puedan enviarse personas incapacitadas que requieran rehabilitación o servicios especiales durante periodos breves.

Previa solicitud, la OMS puede organizar programas nacionales de formación técnica para supervisores de primero y segundo grados a fin de facilitar la ejecución de las fases iniciales del programa.

8.5 Tecnología de la rehabilitación

Al implantar la tecnología para un programa comunitario conviene emplear la experiencia y los materiales locales. Los medios técnicos auxiliares que requieren la atención y rehabilitación de las personas incapacitadas deben suministrarse siguiendo este principio. Sin embargo, el Comité sugirió que los problemas relacionados con el suministro de prótesis y medios ortopédicos sean objeto de un análisis especial. Desde hace mucho se fabrican aparatos ortopédicos en diversos países y convendrá evaluar los resultados de esa labor a fin de determinar beneficios, costos y problemas relacionados con los planes futuros. El Comité señaló que muchos países en desarrollo han estado importando artefactos ortopédicos que no siempre son adecuados a sus necesidades, y consideró que la transferencia de tecnología puede muy bien fracasar si no se comparten conocimientos técnicos y experiencias de diferentes países de manera que se adapte la tecnología a las necesidades y ambientes especiales de cada país.

8.6 Contribución de otros sectores

La eficacia de un programa de prevención y rehabilitación de incapacitadas de base comunitaria depende mucho de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, medios educativos, oportunidades de empleo, vivienda adecuada, etc. Todo intento de integrar a las personas incapacitadas como miembros normales de una comunidad depende no sólo de la rehabilitación sino también de la contribución que aporten a esos sectores...

8.7 Evaluación, investigaciones y estudios

8.7.1 Evaluación

El documento de la OMS anteriormente mencionado, *Training the disabled in the community*, contiene descripciones detalladas de las técnicas y métodos que se emplean con el sistema de rehabilitación de base comunitaria. Como esos métodos y técnicas son nuevos, todos sus aspectos deben evaluarse sistemáticamente antes de adoptarlos en firme. El Comité consideró que, aunque las técnicas y métodos que describe el documento comprenden un sistema intrínseco de evaluación (que actualmente se está empleando para probar el documento en la práctica), el procedimiento adoptado en ese documento debe someterse a evaluación científica por un experto o grupo de expertos. El documento debe recibir también la «evaluación del consumidor», es decir, la de las propias personas incapacitadas. Deben publicarse los resultados de esas evaluaciones y darlos a conocer a todos los que utilicen el documento.

8.7.2 Investigaciones y estudios

Como en el sistema de rehabilitación de base comunitaria se emplean nuevos métodos de prestar servicios, debe fomentarse las investigaciones (en particular estudios sencillos). Siendo para ello escasos los recursos, debe darse prioridad a las investigaciones y estudios de carácter activo, por ejemplo:

- 1) la elaboración, el ensayo y la evaluación de módulos de adiestramiento sobre temas no incluidos en el documento de la OMS *Training the disabled in the community*, v. g., sobre rehabilitación y prevención de incapacidades en relación con enfermedades respiratorias y sobre cambios de actitud frente a las incapacidades.

- 2) buscar y ensayar formas distintas de poner en práctica los diversos componentes de la prestación de los servicios; y

- 3) preparar y ensayar distintos módulos de adiestramiento para los incapacitados, sus familias y profesionales y supervisores locales.

Deben asignarse recursos adecuados para estudiar los factores sociales y psicológicos que influyen sobre la eficacia de los programas de base comunitaria. Debe evaluarse la eficacia de todas las medidas adoptadas para educar al público. Finalmente, también deben practi-

carse investigaciones sobre el fomento y la evaluación de la tecnología desarrollada en las localidades de preferencia a la importada.

8.7.3 *Mecanismo para fomentar investigaciones e información*

Como se indicó anteriormente, son muy limitados los recursos dedicados a investigaciones. Con el objeto de conseguir que esta esfera reciba atención urgente, el Comité propuso que se estableciera un mecanismo internacional permanente encargado de fomentar las investigaciones. El Comité ha concebido este mecanismo como un centro de enseñanza e investigaciones en materia de prevención y rehabilitación de incapacidades en cada región de la OMS. Cada centro, que podría funcionar durante un lapso de 5 a 10 años, movilizaría los recursos necesarios para un programa de investigaciones y formación profesional. Un comité de investigaciones asociado con cada centro tomaría decisiones sobre subsidios para investigación, utilizando parte de los fondos movilizados por el centro para preparar especialistas destinados a trabajar en prevención y rehabilitación de incapacidades. Cada comité deberá garantizar que el programa de investigaciones va a ser evaluado por expertos independientes.

Otra esfera imponente es el intercambio de información. Conviene recomendar que en cada región de la OMS se tomen providencias para recoger y difundir informaciones relacionadas con la prevención y rehabilitación de incapacidades. En cuanto se establezcan, los centros regionales de enseñanza e investigación pueden incorporar esta función. También debe establecerse algún mecanismo para desarrollar el intercambio interregional de informaciones.

9. COORDINACION DE ACTIVIDADES DE LA OMS CON OTRAS ORGANIZACIONES

Una función fundamental de la OMS es la de actuar como coordinadora de las actividades sanitarias internacionales. Las actividades relacionadas con la prevención y la rehabilitación de las incapacidades debe estar coordinada estrechamente entre las organizaciones internacionales y las no gubernamentales, especialmente en los propios países.

La OMS debe continuar robusteciendo formas significativas de colaboración y coordinación en todas las organizaciones pertinentes, en particular las que representan grupos profesionales y personas inca-

pacitadas; se necesita explicar a esas organizaciones los criterios y programas de la OMS y pedirles su plena cooperación para promover el nuevo sistema de rehabilitación de base comunitaria. La coordinación y la colaboración entre organizaciones ha sido con frecuencia de tipo pasivo, y ha consistido principalmente en un intercambio de informaciones entre ellas acerca de sus actividades. Aunque esas informaciones son útiles, se necesita algo más, y la OMS debe fomentar la cooperación y participación activas entre las organizaciones respectivas en todos los países para poner en práctica programas financiados conjuntamente y coordinados plenamente, destinados a la prevención y la rehabilitación de las incapacidades.

El apoyo que la OMS proporcione en lo futuro al fomento de las actividades coordinadas en relación con la prevención y la rehabilitación de las incapacidades debe dirigirse primordialmente a los programas de base comunitaria.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Comité recalcó que el amplio concepto de rehabilitación que se expresa en la sección 2.3 debe emplearse como base para el establecimiento de todos los servicios de rehabilitación.

Aproximadamente el 10 % de la población mundial sufre los efectos de diversas clases de incapacidad y minusvalidez, que producen graves problemas sociales, económicos, físicos y psicológicos no sólo a los incapacitados y minusválidos, y a sus familias, sino también a sus comunidades. En vista de la gravedad y la gran extensión de las incapacidades y las minusvalideces, el Comité encarece a todos los gobiernos que actúen con urgencia a este respecto y, en consecuencia, formula las recomendaciones siguientes a los gobiernos.

10.1. Recomendaciones a los gobiernos

Todos los gobiernos están comprometidos a alcanzar la «Salud para todos en el año 2000», y se ha declarado que la atención primaria de salud es la clave para lograr ese objetivo. El Comité hace hincapié una vez más en que la prevención y la rehabilitación de incapacidades forman partes integrantes de la atención primaria de salud.

El Comité de Expertos recomienda:

1) Que los gobiernos se comprometan firmemente a incluir la prevención y la rehabilitación de incapacidades en sus planes para establecer la atención primaria de salud y que se inicien los servicios de prevención y rehabilitación de incapacidades lo más pronto posible dentro de la etapa inicial de la atención primaria de salud.

2) Que los gobiernos adopten las pautas enunciadas en los documentos de la OMS *Disability prevention and rehabilitation y Training the disabled in the community* (véase las notas al pie de las páginas 11 y 31) como bases de acción para establecer la prevención y la rehabilitación de incapacidades dentro de la atención primaria de salud.

3) Que como una alta proporción de todas las incapacidades — especialmente en los países en desarrollo— se deben a causas evitables (las más importantes de ellas la malnutrición, las enfermedades transmisibles, la mala asistencia perinatal y los accidentes), los gobiernos deben fijar la más alta prioridad a la aplicación de los diversos componentes de la prevención de incapacidades.

4) Que los gobiernos establezcan mecanismos nacionales para la formulación de normas y la planificación, así como la coordinación, ejecución y evaluación de los servicios de prevención y rehabilitación de incapacidades, en particular:

a) un órgano interministerial de alta categoría para formular normas y garantizar que se asignen recursos económicos, y

b) un órgano ejecutivo para planificar, señalar las pautas, coordinar y evaluar todos los servicios de rehabilitación.

5) Que como asunto de urgencia los gobiernos inicien programas de desarrollo relacionados con la rehabilitación de base comunitaria y la prevención de incapacidades.

6) Que los gobiernos presten especial atención a la necesidad de fomentar la formación y el perfeccionamiento de personal de manera que el programa de rehabilitación de base comunitaria pueda proporcionar suficientes supervisión y servicios de envío de casos.

7) Que todos los servicios e instalaciones así como los recursos de personal existentes en la esfera de la rehabilitación se utilicen y orienten hacia el desarrollo y sostén de la rehabilitación de base comunitaria.

8) Que los gobiernos apoyen el desarrollo de tecnología local con el objeto de aumentar la confianza en los propios recursos y la independencia.

9) Que los gobiernos fomenten el intercambio de experiencias e informaciones con otros países y proporcionen medios de consulta,

formación profesional e investigaciones en la mayor medida posible mediante el sistema de cooperación técnica entre países en desarrollo.

10.2 Recomendaciones a la OMS

El Comité de Expertos recomienda:

1) Que la OMS continúe *fomentando* la rehabilitación y la prevención de incapacidades como parte de la atención primaria de salud, según se describe en los dos documentos de la OMS antes mencionados (véase notas al pie de las páginas 11 y 31).

2) Que la OMS continúe cooperando con los Estados Miembros, a solicitud de éstos; en: planificación y programación por países; formación y perfeccionamiento de personal y elaboración de material de enseñanza; fomento de las tecnologías locales; preparación y ejecución de grupos de estudios prácticos, seminarios y cursos de formación profesional nacionales e interpaíses, y proyectos de investigaciones y difusión de informaciones.

3) Que la OMS continúe sus actividades encaminadas a robustecer la cooperación con organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales que se dedican a la prevención y la rehabilitación de incapacidades que se dedican a la prevención y la rehabilitación de incapacidades con el objeto de planificar y ejecutar programas prácticos de prevención y rehabilitación de incapacidades en los distintos países.

NOTA

El Comité expresa su agradecimiento, por las contribuciones que especialmente aportaron a sus deliberaciones, a los siguientes miembros del personal de la OMS: Dr. G. E. Rifka, Médico del Programa Especial del Mediterráneo Oriental; Dr. B. Sankaran, Director del Programa de Medicina Tradicional y Cirugía Esencial, y al Dr. M. Thangavelu, Asesor Regional de la Oficina Regional para el Asia Sudoriental.

REFERENCIAS

1. OMS, Serie de informes Técnicos, N° 158, 1958.
2. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 419, 1969.
3. OMS, Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo, Vol. II, Cuarta edición, Ginebra, 1981.
4. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Ginebra, 1980.
5. *Atención primaria de salud — Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para Todos», N° 1).
6. HAMMERMAN, S. Y MAIKOWSKI, S. COMP. *The economics of disability — international perspectives*. Nueva York, Rehabilitation International, 1981.

EJEMPLOS DE MEDIDAS QUE PUEDEN ADOPTARSE PARA PREVENIR INCAPACIDADES

La expresión «prevención de incapacidades» comprende todas las medidas que pueden adoptarse en los tres grados de prevención que a continuación se describen y que pueden resumirse de la manera siguiente:

1) intervenciones que se ejercen directamente en el individuo: terapias, asesoramiento, prótesis, asistencia médica, adiestramiento, etc.;

2) intervenciones que se ejercen en el ambiente inmediato que rodea al individuo, su familia y comunidad, lo que comprende muy especialmente cambios de actitudes de los empleadores y de comportamiento del público hacia los incapacitados, y

3) intervenciones con el propósito general de reducir riesgos que se presentan en la sociedad en su conjunto.

La prevención de incapacidades no se limita a intervenciones en el sector de la salud. También comprende todo tipo de intervenciones sociales, profesionales, educativas, legislativas y otras. Sólo podrán obtenerse los mejores resultados cuando se combinen todas esas intervenciones.

1. Prevención de primer grado

Esta expresión equivale más o menos a «prevención primaria». Comprende las medidas destinadas a reducir la frecuencia de deficiencias, por ejemplo: dotación de agua potable y de servicios de saneamiento; vacunación contra las enfermedades transmisibles; educación sanitaria del público; fomento de prácticas adecuadas de crianza de niños; mejoramiento de la nutrición, la higiene y la condición física de la población; restricciones a la disponibilidad y el consumo del alcohol, drogas psicotrópicas y tabaco; suspensión de embarazos para prevenir enfermedades congénitas; aprobación de leyes para reducir la cantidad de accidentes y disminuir los riesgos profesionales a la salud; control eficaz de los efectos secundarios de los medicamentos; educación del público para reducir accidentes; mejoramiento de la distribución de alimentos; elevación del nivel general de instrucción, y prevención de grandes descuidos y malos tratos a los niños.

2. Prevención de segundo grado

Una vez producida la deficiencia, pueden adoptarse medidas para prevenir que se presente la incapacidad; esas medidas son: tratamiento oportuno del tracoma; uso de medicamentos eficaces para tratar afecciones psiquiátricas y tuberculosis; tratamiento y atención oportunos y eficaces de fracturas y heridas; deambulación postoperatoria temprana; asesoramiento profesional y sobre educación; dotación de trabajos idóneos; eliminación o reducción de factores de riesgo, sobre todo de la exposición sostenida a agentes peligrosos, y modificación de las actitudes de la familia y la comunidad.

La prevención de segundo grado comprende lo que suele llamarse «prevención secundaria»; además, abarca intervenciones sociales y la prevención de otras deficiencias en personas que ya sufren alguna, v.g., prevenir la aparición de trastornos psicológicos después de sufrir una afección somática.

3. Prevención de tercer grado

Una vez que se ha producido una incapacidad y se ha determinado que es irreversible, pueden adoptarse medidas para impedir que pase a ser una minusvalidez; esas medidas son: aplicación de terapias como las que actualmente emplean los fisioterapeutas, ergoterapeutas, logopedas y psicólogos; adiestramiento de los incapacitados para su autoasistencia; suministro de ayudas técnicas como prótesis y medios ortopédicos; prestación de asesoramiento y orientación social y profesional y de formación profesional; adiestramiento de grupos específicos (como los ciegos y los sordos) para que puedan participar en la vida social y comunitaria; educación del público con el objeto de mejorar las actitudes de la comunidad y la familia hacia las personas incapacitadas; prestación de medios educativos y dotación de empleos adecuados para los que padecen limitaciones funcionales; suministro de vivienda y transporte apropiados para los que tienen limitaciones de movilidad o de capacidad para atenderse por sí solos, y eliminación de barreras físicas. Estas medidas también se emplean para corregir incapacidades, pero dando cada vez mayor importancia a otras medidas psicosociales, pues el paciente en esta etapa suele haber perdido su motivación para romper con un patrón ya establecido de dependencia. La prevención de tercer grado, además de ser «prevención terciaria», comprende una amplia gama de intervenciones sociales.

Hay cierta coincidencia en las definiciones de «rehabilitación» y «prevención de incapacidades», especialmente por lo que respecta a la prevención de tercer grado. Puede decirse que estos dos conceptos se complementan entre sí, con el empleo de técnicas preventivas como primer intento por reducir la incapacidad, y la rehabilitación y la asistencia que se hacen necesarias cuando fallan las medidas preventivas y se establece la incapacidad o la minusvalidez, o cuando faltan las medidas preventivas y la tecnología apropiadas.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100