

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 57

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MAYO-JUNIO

1969

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	145
I. Consideraciones Generales	145
II. Concepto y Metodología de la Educación en Servicio para el Personal de Enfermería	148
A. Definición	148
B. Pasos de la Planificación	148
C. Programas según áreas de necesidades	150
III. Conclusión y Recomendaciones	152
IV. Resumen	153

REHABILITACION EN LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Panorama de la Rehabilitación en las Instituciones Americanas de Seguridad Social	159
Introducción	159
Antecedentes	161
Estado Actual	163
Análisis y Comentario	164
Conclusiones	175
Recomendaciones	175
Anexo A	176
Anexo B	180

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION EN UNA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL 205 |

Objetivo	205
Planificación	206
Ventajas de la Planificación y Organización de Servicios y Unidades de Rehabilitación dentro de un Régimen de Seguridad Social	206
Organización	207
Experiencias	232
Conclusiones	233
Recomendaciones	234
Bibliografía	234

REHABILITACION
EN LAS
INSTITUCIONES
DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

PANORAMA DE LA REHABILITACION EN LAS INSTITUCIONES
AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL

PONENTE: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DR. JORGE FERNÁNDEZ OSORIO.
DR. JAIME OROZCO Y MATUS.
DR. LUIS F. VALES ANCONA

PANORAMA DE LA REHABILITACION EN LAS INSTITUCIONES AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La Seguridad Social, a través de más de un cuarto de siglo de actuación, en los países del Continente Americano, ha influido en el desarrollo socio-económico de los pueblos, sobre todo, en las clases de escasos recursos económicos.

La actuación de la Seguridad Social ha ido en constante evolución desde su iniciación, mejorando sus prestaciones, tratando de llegar a completar íntegramente el postulado de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, efectuada en la República de Chile en 1942, que estableció:

1. Que la libertad y dignidad, son atributos esenciales e inalienables de la personalidad humana.
2. Que para gozar plenamente de las libertades fundamentales de pensamiento, expresión y actividad, todo hombre y mujer, debe estar biológica y económicamente protegido frente a riesgos sociales y profesionales, en función de una solidaridad organizada.
3. Que la aspiración común de las Naciones Americanas, es el mejoramiento constante del bienestar espiritual y material de los individuos y familias.

Estas consideraciones, señalan el espíritu o filosofía que desde un principio se delinearon para la Seguridad Social, agrupando en un número importante de resoluciones, que vienen a constituir la Carta de la Seguridad Social Americana.

En la primera reunión en Santiago de Chile en 1942, se establecieron los conceptos filosóficos de naturaleza jurídica de la Seguridad Social. En Buenos Aires 1951 y México 1960, se desarrolla el concepto clásico

del seguro social, proyectándolo a la verdadera naturaleza de la Seguridad Social moderna, o sea, de la transformación de un instrumento de compensación de determinado riesgo mediante el pago de una contribución específica, a la acción del Estado, que propicia una justa distribución de bienestar, salud y riqueza, a los sectores menos protegidos de la sociedad.

Dentro de este movimiento ideológico, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, se ha empeñado en ocupar uno de los primeros lugares entre los organismos internacionales, que han comprendido la enorme importancia que representa el bienestar social y el desarrollo económico en el progreso, ya ha establecido la unificación de criterios y métodos, formulando análisis comparativos entre los diversos problemas nacionales de los países.

En la época actual, podemos pensar que ha pasado la etapa de las improvisaciones médicas, sociales y económicas, y que seguimos con determinación y firmeza el camino que conduce a la Justicia Social, a través de los lineamientos de la Seguridad Social.

Sin embargo, no es posible hablar de una Seguridad Social completa, sin tomar en cuenta la necesidad de establecer, aumentar y distribuir el bienestar social y cultural, procurando mejorar las condiciones de vida y de trabajo, e incorporarla al movimiento productivo del país, y a los progresos que la civilización moderna han puesto al servicio del hombre.

Estos esfuerzos por establecer, aumentar y distribuir el progreso de nuestra civilización, se antojan incompletos cuando no se piensa que hay núcleos sociales que: están segregados de la economía y de la sociedad; hay grupos de individuos que están impedidos en alguna forma y por ello no están incluidos en la actividad progresiva del país; hay seres humanos a los cuales no se les proporciona la oportunidad o la ayuda que necesitan para volver a sentirse útiles, y que hay grupos de personas que al margen de la Justicia Social, discriminan a los impedidos, destruyendo con ésto el equilibrio y armonía que debe existir entre los hombres, empujándolos, las más de las veces, a la mendicidad o a la delincuencia.

Este esfuerzo que tiende a la reincorporación de los inválidos a la vida social y económica del país se llama rehabilitación, y ha sido objeto de varias resoluciones en las conferencias interamericanas de seguridad social y en las demás organizaciones internacionales, que se ocupan de los problemas socio-económicos de los países y del fomento y distribución del bienestar y la salud en todos los pueblos.

Estas organizaciones, que fundamentalmente se ocupan de resolver, distribuir y fomentar el bienestar y la salud en los países miembros, son las primeras en reconocer la importancia socio-económica que representa la rehabilitación para un país en desarrollo, que tiene que aprovechar todo y cada uno de los esfuerzos de sus ciudadanos y que no puede, bajo ningún pretexto, darse el lujo de tener un conjunto de personas impedidas como un lastre para la economía y progreso del país.

La rehabilitación, como parte de las prestaciones que otorga la Seguridad Social, cumple punto por punto los postulados de la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social de Chile en 1942, en lo que respecta a la libertad y dignidad, como atributos esenciales e inalienables de la personalidad humana, el de gozar plenamente de las libertades de pensamiento, expresión y actividad, y de estar biológica y económicamente protegidos frente a riesgos sociales y profesionales y por último, la aspiración común de las Naciones Americanas, del mejoramiento constante, del bienestar espiritual y material de los individuos y sus familias.

Debe considerarse a la Rehabilitación, como uno de los mejores medios con que se cuenta para realizar la protección integral del hombre, y ya que se considera como un derecho humano, es el mejor medio de enlace entre las Instituciones y de comprensión y convivencia entre las Naciones.

ANTECEDENTES

La Rehabilitación ha adquirido la importancia que tiene actualmente a partir de las primeras conferencias de seguridad social celebradas internacionalmente, porque ha despertado la conciencia legislativa y social de los pueblos, procurando mejorar la situación desventajosa del inválido en comparación con el sano.

En un principio la rehabilitación se relaciona con el riesgo profesional, por estar esta legislación más adelantada, y ha comprendido desde un principio la dotación de prótesis para restituir el daño corporal. Esta práctica ha demostrado la utilidad de la rehabilitación al permitir el regreso al trabajo de los inválidos por riesgos profesionales que han sido rehabilitados. Ante la bondad de los resultados obtenidos, existe actualmente la tendencia de extender los beneficios de la rehabilitación al riesgo no profesional, o sea, proteger con la rehabilitación el Riesgo Unico.

Las diferentes organizaciones internacionales responsables de las prestaciones y de la legislación, relacionadas con la rehabilitación, tales

como: la Organización Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de Seguridad Social y el Comité Interamericano de Seguridad Social, en sus diferentes reuniones, han tratado el aspecto de la rehabilitación de los incapacitados y han adoptado conclusiones y recomendaciones relacionadas con la rehabilitación, que han sido aprobadas por los países miembros de estas organizaciones.

Estos acuerdos figuran en el Apéndice A de este trabajo, como antecedentes y para consultas posteriores; no se considera pertinente su lectura en obvio de tiempo y para no desviar la atención del objetivo principal de esta ponencia. No obstante, y con objeto de tener una idea somera del espíritu de estos Acuerdos y Recomendaciones aprobados, se puede resumir en los puntos principales que se enumeran a continuación por su ordenamiento lógico, independientemente de las fechas en que fueron acordados:

1. La asistencia médica debe ser completa, con medicina preventiva, curativa y rehabilitatoria CISS México 1960.
2. Otorgar en casos de riesgos profesionales, atención médica completa, incluyendo rehabilitación profesional, servicios de colocación y pensiones.
Capacitar Técnicos en Rehabilitación CISS, Río de Janeiro 1947.
3. Dotación y conservación de aparatos de Prótesis, en caso de riesgo profesional OEA, Chile 1956, AISS Ginebra 1947.
4. Creación de Centros de Readaptación y Reeducción Profesional de inválidos CISS, Chile 1940.
5. Las prestaciones económicas, deben fijarse después de haberse completado la rehabilitación AISS, Viena 1951.
6. La reeducación profesional debe tomarse en cuenta en la evaluación de la invalidez AISS, México 1955.
7. Que la Secretaría General del CISS, formule un plan mínimo de Normas, orientador y encausador de los Servicios de Rehabilitación CISS, México 1952.

No obstante la comprensión de la necesidad de la Rehabilitación y a pesar de los Acuerdos aprobados en todas las Conferencias Internacionales, los que han sido suscritos por los países miembros de estas organizaciones, es evidente que no se han obtenido en forma integral las metas señaladas en estos Acuerdos.

ESTADO ACTUAL

Para cumplir con el objetivo fundamental de esta Ponencia, sobre el panorama de la Rehabilitación en los países americanos y ante la necesidad de tener datos fehacientes y actualizados sobre las prestaciones de rehabilitación que los diferentes países miembros del Comité Interamericano de Seguridad Social ofrece a sus derechohabientes, se realizó una encuesta en los países de América, por la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, que permitiera informar, analizar, llegar a conclusiones y poder definir un plan mínimo de normas que ayude al desarrollo de los Servicios de Rehabilitación.

Los resultados de esta encuesta, figuran en el Apéndice B de este trabajo. Debe hacerse notar, no obstante, que no todos los países contestaron la encuesta, y algunos lo hicieron en forma narrativa, por lo que los datos obtenidos han sido insuficientes para tener una idea cabal de la situación real de la Rehabilitación en América.

Los datos obtenidos de la encuesta se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. En las Instituciones de Seguridad Social se toma en cuenta la rehabilitación como una de sus prestaciones. En la mayoría de ellas existe legislación o reglamentación, que en forma implícita o explícita la señalan como una prestación.
2. La mayoría de las Instituciones de Seguridad Social, realiza programas de rehabilitación física en inválidos del aparato locomotor; en algunas de ellas se subrogan estas prestaciones a instituciones especializadas. La atención de otro tipo de padecimientos se subrogan a instituciones públicas, principalmente y en casos especiales, a instituciones privadas.
3. La mayoría de las instituciones de Seguridad Social en América, coincidieron en la necesidad de realizar programas de rehabilitación y la conveniencia de desarrollarlos más ampliamente en un futuro próximo.
4. Las prestaciones de rehabilitación en las instituciones de seguridad social se han limitado principalmente a servicios de medicina física; algunas instituciones están proporcionando servicios de medicina de rehabilitación en forma más amplia. Desafortunadamente, sólo por excepción, se están proporcionando servicios de rehabilitación integral aún cuando todas las instituciones coinciden en esta necesidad.

5. La mayoría de las instituciones proporcionan servicio de rehabilitación a los asegurados y algunas extienden también estos servicios a los beneficiarios, considerando la importancia de rehabilitar a los menores para evitar que se transformen en inválidos.
6. La mayoría de las instituciones se limitan principalmente a los problemas de invalidez física. Algunas han iniciado o programado actividades de rehabilitación ocupacional por comprender su importancia.
7. La fase final del proceso de rehabilitación es la reincorporación al empleo. En la América Latina, el mercado de trabajo restringe mucho las oportunidades de empleo de los incapacitados. Para solucionar este problema, existe el criterio de que se necesitan eficientes programas de rehabilitación, tanto física como profesional, complementados con un programa de educación a la comunidad y seguido de normas legales mínimas.

Es sumamente interesante efectuar el análisis de las causas que han limitado en la práctica la aceptación que tiene la rehabilitación en todo el Continente Americano. Basados en este análisis se debe hacer de la rehabilitación una realidad que haga de América un nuevo mundo para todos los inválidos.

Con los datos de la encuesta antes mencionada, se puede resumir que:

1. Se acepta la rehabilitación por todos los países miembros como una necesidad que se demuestra por la legislación específica y el deseo manifiesto de hacer más por los inválidos.
2. Se atiende principalmente a los asegurados, con clara tendencia para la atención de los beneficiarios.
3. Se realizan programas de rehabilitación física principalmente para los inválidos del aparato locomotor.
4. Actualmente se subrogan muchos servicios de rehabilitación.
5. Existe una limitación en el otorgamiento de servicios de rehabilitación ocupacional y de rehabilitación integral.

ANÁLISIS Y COMENTARIO

Es indudable que se ha creado una conciencia cívica de la necesidad de rehabilitación de los incapacitados como una prestación de la seguridad social y como un derecho del ser humano. Desafortunadamente

no se ha pasado a la aplicación práctica de esta prestación por falta de conocimientos de lo que debe hacerse.

La experiencia nos ha señalado que una de las dificultades principales para la difusión, comprensión y aplicación de la rehabilitación, es la falta de instrucción médica del personal administrativo y del público en general de lo que es y debe ser la rehabilitación, y lo que debe esperarse de la misma como prestación de la seguridad social.

Dentro de los programas de rehabilitación que deben instituirse, se debe plantear como elemento indispensable, la instrucción y divulgación de la rehabilitación, la comprensión y cooperación de patronos y sindicatos obreros y del medio ambiente en general. La rehabilitación no puede ser considerada como labor de un solo grupo, sino que es deber de todo individuo que pertenezca a un conglomerado social, es un deber humano que abarca a todos en la medida de nuestras posibilidades y ocupaciones. Podemos afirmar que la rehabilitación es y debe ser un movimiento nacional en favor de la comunidad y del progreso de un pueblo. Es conveniente una planeación realista para poder aplicarla sin demagogia y con la extensión y duración que se ajuste a la cantidad y tipo de inválidos por tratar y las metas que se señalen para ello.

La rehabilitación física para el trabajo, la consideramos como el primer paso a una rehabilitación integral que produce dividendos más pronto, al devolver al trabajador a una ocupación remunerada; es la primera meta de la rehabilitación y la menos costosa. Cabe, sin embargo, señalar que el empleo del trabajador readaptado es un problema que aparte de ser muy serio, puede interferir o suprimir los beneficios de la rehabilitación.

La rehabilitación física se encarga de mejorar a su máximo el estado del paciente y de enseñarle normas higiénicas y ocupacionales para sus limitaciones funcionales.

La rehabilitación física no se limita exclusivamente a la Medicina Física; ésta se refiere al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando los medios físicos. La primera, es un campo sumamente amplio e importante de la medicina moderna y que incluye la medicina física, la audiología, aspectos de la medicina del trabajo, los problemas de la voz y del lenguaje, la adaptación de todo tipo de prótesis, incluyendo tanto a la oftalmología como a la disminución de defectos físicos de importancia mediante prótesis cosméticas.

Es interesante aclarar que muchas veces no se obtiene una recuperación integral de los pacientes, por ello, la rehabilitación física por

sí sola, no siempre es suficiente para permitir el regreso de un trabajador a su empleo. Las estadísticas de los pensionados por invalidez nos confirman la verdad de esta afirmación.

La rehabilitación integral es un programa coordinado de servicios de rehabilitación física, psicológica, social y ocupacional, cuya meta es obtener la independencia del paciente para realizar las actividades de la vida diaria, incluyendo el regreso a su trabajo productivo.

Aunque parezca increíble, se ha encontrado que la generación médica actual, desconoce el significado exacto de la rehabilitación y el papel que el médico general y el especialista desempeña en los programas de rehabilitación en las instituciones de seguridad social. Una campaña de educación médica es indispensable en este aspecto.

Una de las principales dificultades que encontramos en esta labor, es pensar en dividir arbitrariamente la atención médica de los asegurados; esta atención debe ser integral y el médico de la seguridad social deberá tener presente en todo momento a la rehabilitación; al atender a los asegurados, no debe olvidar que lo que da a éste sus derechos, es su condición de trabajador y tratar por todos los medios posibles, que el asegurado conserve su calidad de trabajador activo y no pierda su empleo en la empresa.

Consideramos que todo médico debe efectuar sistemáticamente en sus interrogatorios, la pregunta ya clásica de Ramazzini. ¿En qué trabaja usted? En el momento en que se sospeche que el padecimiento tiene incompatibilidad con el trabajo habitual, se debe pensar de inmediato en la rehabilitación.

El médico del seguro social, nunca debe decir al asegurado que no podrá volver a trabajar; cuando considere que este es el caso, deberá señalarlo así, en el expediente con que se envía a los Servicios de Rehabilitación. Mencionar la palabra invalidez o hacer concebir las posibilidades de una pensión, es causarle daño psicológico que puede interferir en su rehabilitación, se le deberá siempre orientar y mantener en un estado de ánimo positivo para el regreso a un trabajo compatible con sus condiciones físicas. Con la colaboración de los médicos, se debe realizar una campaña de prevención de la invalidez; luchar contra la invalidez desde el primer momento, y sin esperar que transcurran semanas de incapacidades; estamos convencidos que la pensión de invalidez no resuelve el problema y que la medicina de rehabilitación tiene mucho que ofrecer a estos pacientes. Como médicos institucionales, debemos practicar una medicina institucional, preventiva, curativa y rehabilitatoria, es decir, una medicina integral.

Si el problema de los casos que tienen pensión de invalidez es grande, el problema de los casos que no tienen derecho a esta pensión es alarmante por su importancia humana. ¿Cuál es nuestra responsabilidad al atender durante meses a una persona con un padecimiento irreversible, que lo dejará incapacitado para el trabajo y que finalmente le informaremos que, de acuerdo con la ley, ya no se puede hacer más y que como su ingreso al Seguro es reciente, no tiene derecho a la pensión de invalidez?

No debemos olvidar que la invalidez está en razón directa con el tiempo de incapacidad; mientras mayor sea el tiempo que la persona esté incapacitada, mayores serán también sus dificultades de rehabilitación. Consideramos conveniente que cualquier caso que tenga más de 16 semanas de incapacidad, deberá valorarse y establecer el pronóstico del mismo; cuando se considere que tendrá problemas laborales, se pensará en su rehabilitación integral.

Si pensamos y actuamos en esta forma, ningún caso deberá ser enviado al servicio de invalidez para su pensión; la invalidez sólo será procedente al fallar nuestros sistemas de medicina preventiva, curativa y rehabilitatoria, nuestra actitud mental y la de los pacientes deberá cambiar por lo que los casos deben ser enviados oportunamente al Servicio de Rehabilitación; al no hacerlo así, indicará que no estamos comprendiendo lo que significa la Seguridad Social.

Es importante señalar la existencia de limitaciones y restricciones administrativas para el desarrollo de los programas de rehabilitación; la urgencia de recursos económicos para el desarrollo de servicios primarios como lo son la asistencia médica y los servicios de medicina preventiva, han limitado el interés para desarrollar los Servicios de Rehabilitación Integral para el Trabajo.

Un análisis de las respuestas, demuestran que los directivos de las instituciones de seguridad social tienen un gran interés en hacer realidad el otorgamiento de los servicios de rehabilitación integral con todos los beneficios socio-económicos que significan, tanto para las instituciones de seguridad social, como para los asegurados y para el progreso material de nuestros países.

Sabemos que lo ideal en la medicina es prevenir; cuando esto no es posible, debemos curar; desgraciadamente en muchos casos los tratamientos curativos no son suficientes y nos vemos obligados a rehabilitar. Es lógico que el desarrollo de los programas de rehabilitación en las instituciones de seguridad social sean una continuación y una con-

secuencia inmediata de los programas de asistencia médica; lo primero fue proteger al individuo del riesgo realizado y salvarle la vida, cuando quedó una lesión física permanente se pensionó, considerando que en esta forma se solucionaba el problema económico y social. Un estudio estadístico de las pensiones otorgadas, nos demuestra que 80% de ellas son menores del equivalente de \$ 400.00 mexicanos al mes, lo que nos señala que la pensión por sí sola no resuelve el problema económico del asegurado y que debemos destruir el mito de que estar pensionado es la situación ideal.

Actualmente los regímenes de seguridad social, dan mayor importancia al concepto del seguro de invalidez, tratando de definir el grado y el tipo de pensión que puede otorgarse al supuesto inválido y se deja a segundo término la prestación de rehabilitación. Esto, aparte de ser negativo, resta importancia al único medio con que se cuenta para prevenir la invalidez, que es la rehabilitación. Consideramos por lo tanto, que es necesario modificar los criterios administrativos, con la mira de dar primacía a la rehabilitación, al final de la cual, debe actuar la clasificación y otorgamiento de las prestaciones por invalidez.

De la revisión de las encuestas se infiere la necesidad de contar con un programa de rehabilitación que permita otorgar los servicios necesarios.

El Programa de Rehabilitación puede planearse para otorgar los nuevos servicios de rehabilitación que son:

1. Servicio de diagnóstico médico, para conocer el grado de invalidez, facilitar la determinación del derecho a los servicios, decidir si son necesarios o convenientes otros servicios adicionales, facilitar la aplicación de las capacidades de trabajo del individuo.
2. Asesoramiento y orientación individuales, comprendiendo tests psicológicos, en casos necesarios, para facilitar la selección del trabajo apropiado.
3. Servicios médicos, quirúrgicos, psiquiátricos y de otras especialidades, para suprimir o reducir la invalidez.
4. Miembros artificiales y otros aparatos protésicos u ortopédicos que aumenten la capacidad de trabajo.
5. Formación en el trabajo, comprendiendo la educación profesional y la readaptación.
6. Prestación económica y transportes durante el tratamiento o la formación profesional.

7. Herramientas, equipo o licencias comerciales en su caso, para dar al interesado los medios requeridos para comenzar a trabajar.

8. Colocación en un empleo que guarde relación con las aptitudes y la capacidad física y mental del individuo.

9. Vigilancia personal después de la colocación, para comprobar si el trabajador rehabilitado desempeña con éxito su empleo, si está adaptado al mismo y si el empleador está satisfecho con su trabajo.

Estos servicios pueden ser aplicados en un lugar determinado, o en combinación con otras instituciones, dependiendo de la coordinación que se haga y de las facilidades que se tienen en el país.

Una impresión general, es de que existe falta de coordinación en el otorgamiento de las prestaciones de rehabilitación por parte de las instituciones que en cada país tienen a su cargo las actividades de rehabilitación.

La coordinación de las prestaciones de rehabilitación en los diferentes institutos y organizaciones de asistencia médico social en cualquier país, es uno de los medios que deben tomarse en cuenta, para facilitar el otorgamiento de la prestación, y ahorrar evitando la duplicación de costos y esfuerzos.

Es conveniente para el programa nacional de rehabilitación, contar con una organización que actúe como coordinadora de dicho programa. Creemos que la coordinación es básica, para que funcione un plan de alcance nacional, en beneficio de la población inválida.

La autoridad coordinadora deberá contar con la cooperación de los sistemas de seguridad social que existan, así como de las instituciones privadas, para que el programa tenga una extensión útil. Esto también distribuye las bases de financiamiento y facilita su aplicación.

Conviene que las diversas organizaciones o instituciones unifiquen criterios y métodos en la medida de lo necesario y lo posible, para ahorrar tiempo y esfuerzos. Es también papel de la oficina coordinadora, organizar cursos, conferencias de divulgación y otorgar becas, para facilitar, en la medida de lo posible y de las necesidades locales, la instalación de centros de rehabilitación, el asesoramiento en los casos que se requiera y las demás labores de coordinación que correspondan, tales como la formación de personal técnico a través de universidades o de hospitales y en las instituciones privadas en las que se imparte enseñanza. Fomentar la investigación de métodos y sistemas que faciliten el complicado proceso de rehabilitación, el intercambio con otros

países, la representación en congresos y conferencias y, finalmente, el de tomar medidas conducentes a cumplir los compromisos acordados y aceptados por los países miembros de la AISS y CPISS sobre la rehabilitación en las diferentes conferencias ya celebradas o por celebrarse.

Una vez que la autoridad coordinadora se entere y acepte su papel, lo siguiente es la unificación de criterios y métodos rehabilitatorios por todas las organizaciones de seguridad social oficiales y privadas, para que todas, aun cuando sigan conservando su independencia administrativa, enfoquen sus esfuerzos hacia las mismas metas en estrecha cooperación entre sí, en los casos en que por distribución geográfica o demográfica lo amerite.

La coordinación por parte de la seguridad social deberá hacerse a nivel nacional, en todos los ámbitos del país, con objeto de hacerla llegar a lugares apartados, y no sólo a las grandes ciudades, en donde generalmente se concentran todas las facilidades y prestaciones. En esto, las instituciones de seguridad social serán las de mayor responsabilidad, en vista del tipo de pacientes que les toca atender.

La autoridad coordinadora tendrá como responsabilidad, poner al alcance del inválido, el mayor número de prestaciones y facilidades, con fines de readaptación en la brevedad posible, para un trabajo productivo, y con todos los medios con que el país cuente.

La coordinación de la que hemos hablado se refiere a la coordinación general de alcance nacional, pero hay otra clase de coordinación que es indispensable para cada caso en particular, y es la coordinación que debe tenerse durante su rehabilitación; nos referimos al Consejero en Rehabilitación, una de cuyas funciones es coordinar las diferentes etapas de la rehabilitación del inválido conduciendo, ayudando, orientando al sujeto durante todo el proceso de rehabilitación, hasta llegar a la colocación en el empleo y su control posterior por el tiempo pertinente, hasta considerarlo como sujeto rehabilitado.

La unificación de criterio debe también abarcar la selección de casos con fines puramente prácticos, sobre todo en los comienzos de la aplicación de los programas. A medida que estos programas de rehabilitación progresen, se podrá abarcar a los casos de los beneficiarios o a los que por su gravedad no puedan ser rehabilitados al trabajo. Los trabajadores y los niños quedan en lugar de prioridad; después quedan las amas de casa, los ancianos y por último los casos de invalidez severa.

La selección de casos puede ser la clave para obtener éxito en la rehabilitación; se deben tener en cuenta la clase o tipo de invalidez, los

intereses y aptitudes de cada paciente y el medio en que vive. Hay que considerar también el mercado de trabajo, o sea, el tipo de empleos que puede ofrecérsele una vez rehabilitado.

Es importante señalar el gran desarrollo que ha tenido la medicina institucional en América, al proporcionar servicios médicos directos por parte de las instituciones de seguridad social. Esta es una de las razones que explica el que los programas de rehabilitación se hayan iniciado desde el punto de vista de la rehabilitación física.

Los principales programas de rehabilitación física, se han orientado a los problemas del aparato locomotor, por considerarse que 70% de los riesgos profesionales afectan este sistema. Estudios realizados con los pensionados de invalidez en el Instituto Mexicano del Seguro Social, nos demuestra que los padecimientos cardiovasculares, pulmonares y neurológicos tienen tanta importancia, como los padecimientos del aparato locomotor.

Las instalaciones existentes, permitirán extender estos servicios, para tratar todo tipo de padecimientos invalidantes.

La necesidad de coordinar es evidente, cuando se constata la urgencia de rehabilitar a cierto tipo de inválidos como los ciegos o los operados de cáncer de la laringe y se carecen de instituciones especializadas.

Otro aspecto que llama la atención en el censo general de la encuesta, es la falta de personal técnico en rehabilitación, lo que dificulta y retrasa el desarrollo de los servicios de rehabilitación.

La rehabilitación es, como todos saben, un trabajo de equipo formado por diferentes técnicos en beneficio del inválido. Este equipo de técnicos está formado por médicos fisiatras, audiólogos, foniatras, psiquiatras, etc., por terapistas físicos, ocupacionales, del lenguaje, consejeros de rehabilitación, psicólogos, técnicos en prótesis y maestros de talleres, cuya preparación, a nivel nacional e internacional es necesaria.

Esta multiplicidad de técnicos y las diferentes funciones que realizarán, es una razón más que dificulta el desarrollo de la rehabilitación, porque existe el temor de que por ser una actividad aparentemente más compleja, resulta también más costosa y económicamente inconveniente.

Con fines de lograr también la unificación de criterios, debe recordarse que las óptimas condiciones de salud constituían antes una condición absoluta de empleo, actualmente, se han modificado, aceptando el hecho de que las aptitudes deben responder a las exigencias de la

ocupación. Es lo que se considera como "colocación selectiva", en la que cada persona es tratada como un caso individual y se le canaliza a una ocupación para la cual se halle física y profesionalmente capacitado. En el aspecto de rehabilitación, esta colocación selectiva se aplica cuando ya ha sido establecida y los progresos en la misma lo ameritan. Como regla general, el trabajador readaptado debe regresar a su misma ocupación, sólo casos especiales necesitarán cambio ocupacional.

Uno de los puntos que contempla el panorama de la rehabilitación en los países de América, salvo algunas excepciones, es la falta de servicios de empleo para rehabilitados, debidamente organizados.

Los servicios de empleo deberán organizarse en tal forma, que garanticen la eficiencia de la contratación y de la colocación de los trabajadores, y a estos efectos, se deberá ayudar al rehabilitado, a encontrar un trabajo conveniente, y a los empleadores, a contratar trabajadores apropiados a las necesidades de las empresas. Es conveniente que de conformidad con los requisitos antes mencionados y de acuerdo con un plan nacional, llevar un registro de las personas rehabilitadas, tomar nota de sus deseos, e integrarlas con las características de los puestos vacantes disponibles y promover su incorporación a un trabajo específico.

Es conveniente tener en cuenta, que un buen plan de rehabilitación, seguido de una buena técnica readaptadora, si no se complementa con la colocación en un empleo adecuadamente remunerado, es una pérdida de tiempo, esfuerzos y dinero. También debe insistirse en poner en claro que tanto el plan de rehabilitación como la colocación del readaptado en un empleo, debe tener todo el respaldo de las instituciones de seguridad social, para que no se fracase en estos aspectos de la rehabilitación.

Sigue latente en los países de América la discusión de la necesidad de una ley para el remplio de los rehabilitados, o si basta con la divulgación y convencimiento por parte de los patrones y sindicatos obreros, de que el trabajador readaptado rinde bien en su trabajo. En los países que tienen protegido el remplio por disposiciones legales se reportan buenos resultados con dicho sistema. Los países que no cuentan con la protección legal, se han desenvuelto de manera que aparentemente no lo han necesitado.

Consideramos que ambas disposiciones son convenientes y deben complementarse una y otra.

Como parte final de este análisis, es fácil darse cuenta de que la rehabilitación de inválidos se sitúa como deber y como derecho en

la convergencia de tres funciones básicas de la seguridad social: en la lucha contra la enfermedad o invalidez; en la del empleo aminorando el número de los inactivos, y en la prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

La rehabilitación para ser estable y eficaz, ha de pasar del terreno sociológico al de ciencia aplicada. Esta última, sólo se alcanza mediante la afirmación de los principios, que según la doctrina general, son la universalidad, la integridad, la solidaridad, la unidad y la internacionalidad.

La universalidad de este derecho de rehabilitación, corresponde exactamente al de la seguridad social. Su fundamento está en la naturaleza humana, y en el concepto económico de la misma; todo inválido capaz de readaptación, tiene derecho a su rehabilitación, correlativamente a su deber de cooperar en la producción.

La integridad cubre la totalidad de la invalidez, y este impedimento en el inválido, no sólo es económico, sino humano y psíquico.

La solidaridad se da al aumentar los elementos productores de rehabilitación, con lo que se aminora su costo y el de la seguridad social. Por tanto, si el beneficio es solidario, lo ha de ser también su sostenimiento.

La unidad se basa en el riesgo único, es decir, en la falta de salario como consecuencia de la imposibilidad de trabajar, cualquiera que haya sido el origen del riesgo; esta en su aspecto jurídico y administrativo, establece una unidad de responsabilidad dentro de la seguridad social.

La internacionalidad se fundamenta en la naturaleza humana de este derecho y en la constitución de grupos homogéneos económicos, así como en otro tipo de organizaciones que exigen criterio uniforme en la resolución de los factores económicos.

Todos estos conceptos, que forman los cimientos en que la seguridad social fundamenta la rehabilitación, nos permitieron comparar, en la medida de nuestras posibilidades, lo que actualmente sucede en las organizaciones de seguridad social con respecto a la rehabilitación.

Para terminar, y basados en el análisis y los comentarios del panorama de la rehabilitación en los países de América, nos permitimos sugerir las siguientes medidas, como un plan mínimo de normas que permitan orientar y encausar los servicios de rehabilitación:

1. Elaboración de un programa nacional de rehabilitación que comprenda:

- a) Un estudio de la realidad en materia de rehabilitación en el país. Este estudio debe incluir un análisis de los recursos de rehabilitación existentes, tanto en rehabilitación física como en rehabilitación ocupacional, comprendiendo:
 - 1) Clase de inválidos que se atienden.
 - 2) Tipo de instalaciones.
 - 3) Equipo disponible.
 - 4) Personal capacitado.
- b) Estudio de lo que falta por hacer en materia de rehabilitación, tomando en cuenta:
 - 1) Necesidades actuales.
 - 2) Necesidades futuras.
 - 3) Población a la que se sirve.
 - 4) Instalación de servicios de atención médica curativa existente.
- c) Conociendo lo que existe y lo que falta por hacer, se elabora un programa de rehabilitación perfectamente bien planeado en el que se especifiquen:
 - 1) Sus objetivos.
 - 2) Sus limitaciones.
 - 3) Actividades que se realizarán.
 - 4) Calendario especificando las etapas de ejecución del programa.
 - 5) Coordinación con otras instituciones de rehabilitación.

2. Realización de una campaña nacional de educación en materia de rehabilitación que llegue a los médicos, a las autoridades, a los patrones, a los sindicatos, a los derechohabientes y al público en general. Esta campaña es una necesidad urgente para poder realizar con éxito cualquier actividad de rehabilitación que se emprenda.

3. Cursos de preparación de personal en rehabilitación a nivel nacional e internacional.

4. Mención especial debe hacerse a los programas de rehabilitación ocupacional por considerar que esta etapa de la rehabilitación es una de las más atrasadas en la América Latina. En la realización de este programa se deben tomar en cuenta los centros de capacitación para el trabajo, los talleres protegidos, los servicios de empleo y la legislación específica en materia de rehabilitación.

5. Todo programa debe incluir así mismo, actividades de supervisión y asesoría interna y externa y de evaluación jurídica.

Esperamos que este Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, tenga importancia decisiva en la Rehabilitación y

que en él, se aprueben los puntos básicos para el desarrollo futuro de la rehabilitación en las instituciones de seguridad social en América.

CONCLUSIONES

1. Es indudable que la rehabilitación es una función de la seguridad social.
2. La rehabilitación no alcanzará su plena vigencia y eficacia, si no adquiere el carácter social de verdadero derecho.
3. Los servicios de rehabilitación deben ser preventivos de invalidez, curativos para los enfermos y de integración laboral para los inválidos, cumpliendo los postulados de la medicina moderna.
4. Es necesario un programa de trabajo en rehabilitación para poder aplicar y controlar la rehabilitación en el ámbito nacional.
5. Para que el programa nacional de trabajo de la rehabilitación tenga éxito, se requiere una autoridad coordinadora de todas las instituciones de seguridad social que tengan prestaciones de rehabilitación.
6. La meta final de todo proceso rehabilitatorio en la seguridad social, deberá ser la reintegración al trabajo remunerativo de todo derechohabiente limitado en su función.
7. Las instituciones de seguridad social deben respaldar íntegramente el reemplazo del readaptado.
8. Se necesita que las instituciones de seguridad social fomenten el estudio de las aptitudes de los inválidos y el estudio de puestos para facilitar el reemplazo de lo readaptados, o en su defecto, la integración de industrias o talleres protegidos para los severamente impedidos.

RECOMENDACIONES

1. Que las instituciones de seguridad social de América reconociendo el valor económico-social de la rehabilitación, se avoquen a elaborar un programa nacional de rehabilitación adecuado a la realidad y posibilidades de cada país y que presenten en el próximo Congreso de la Medicina de la Seguridad Social, un informe de la etapa de desarrollo en que se encuentra dicho programa y los problemas y necesidades que hayan surgido.

2. Que la Secretaría Permanente del CISS, cumpliendo con el acuerdo de la Conferencia de México en 1952, proporcione la asesoría técnica necesaria para cumplir con la recomendación anterior.
3. Que los países miembros de la CISS, elaboren y ejecuten un programa de educación y divulgación médica de alcance continental, para prevenir y tratar estados de invalidez, tanto de índole profesional, como no profesional.
4. Que la Comisión Médico Social del C.P.I.S.S. y la Comisión Permanente de Previsión de Riesgos Profesionales en América, presenten un informe en la próxima reunión en Colombia el año próximo, sobre los efectos y resultados del programa señalado en la recomendación anterior.
5. Que los países que actualmente cuentan con servicios de rehabilitación física para el trabajo, a través de las instituciones de seguridad social, extiendan sus servicios para lograr la rehabilitación integral de sus derechohabientes.
6. Que los países de la A.I.S.S., a través de las instituciones de seguridad social, se avoquen a resolver el problema final de la rehabilitación, o sea, el remplazo del readaptado en un trabajo productivo.

ANEXO "A"

Conclusiones y Recomendaciones referentes a la Rehabilitación de los inválidos, surgidas de reuniones de Organizaciones Internacionales y aprobadas por los países de América.

Año de 1925.

O.I.T. *Convenio 17*.—Relativo a la indemnización por accidentes de trabajo del 10 de junio 1925 — Artículo 10. Recomienda la dotación de Prótesis y Aparatos Ortopédicos.

O.I.T. *Recomendación No. 22*.—Sobre el importe mínimo de la Indemnización por accidentes de trabajo del 10 de junio de 1925. Especifica en su sección IV que la Reeducción Profesional debería estar garantizada por los medios que las Legislaciones Nacionales juzguen más apropiadas y que los gobiernos deberían fomentar las instituciones que tengan por objeto dicha reeducación.

Año de 1936.

La Conferencia Regional de los Estados de América, miembros de la Organización Internacional del Trabajo en su primera Conferencia en Santiago de Chile, el año de 1936, presentó una Resolución sobre los Principios Fundamentales de la Seguridad Social, que en su Capítulo No. II, Inciso III — Prestaciones en Especie Sección B) dice: “A la concesión de renovación normal de los aparatos de Prótesis y Ortopedia, cuyo uso no estime necesario por razón del accidente; C) a la hospitalización y reeducación de los inválidos del trabajo en instituciones especializadas como los Institutos de Traumatología y Ortopedia.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social en su VII Asamblea General en Praga, en 1936, en su resolución No. 16 sobre la participación de las Cajas del Seguro Social en la Lucha Antituberculosa, señala en sus incisos 9, la importancia de los sanatorios de día y de noche, en su inciso 12, el cuidado de los convalescientes y la reeducación profesional de los enfermos; en el inciso 14, la organización de colonias especiales para tuberculosos con fines rehabilitatorios.

Año de 1939.

En su segunda Conferencia en La Habana, la Confederación Regional de Estados de América en el año de 1939, presenta una Resolución sobre los fines y las funciones de los Seguros Sociales, Inciso 1, B) Restablecer lo más rápida y completamente posible la capacidad de trabajo perdida o reducida, como consecuencia de enfermedad o accidente y en su Resolución sobre determinados aspectos de especial actualidad en materia de Seguros Sociales.

1. Reparación de los Accidentes del Trabajo.

Sección de Prestaciones en especie, especifica los servicios de Rehabilitación y la dotación de Prótesis y aparatos ortopédicos.

Año de 1940.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en la primera Conferencia de Santiago de Chile en 1940; presenta la Resolución No. 1, Inciso II, Seguro Social, letra B) Restablecer, lo más rápido y completamente posible, la capacidad de ganancia perdida o reducida, como consecuencia de enfermedad o accidente.

En su Resolución No. 10 del Seguro de Invalidez, en el inciso 7, señala que “Deben ser creados dentro de los organismos de previsión

social, Centros de Readaptación y Reeducción Profesional de Inválidos” y en el inciso 12: “es recomendable que los patrones reserven cierto número de oficios y trabajos destinados a los reeducados y readaptados y compatibles con su nueva capacidad de trabajo.

Año de 1947.

La Resolución No. 19 de la VIII Asamblea General de la Asociación Internacional de Seguridad Social en Ginebra en 1947, relativa a la Garantía de los medios de existencia, señala en sus incisos 4, B) Prestaciones que facilitan la reeducación profesional y en la Resolución No. 20 relativa a servicio de cuidados médicos inciso 3, F) señala la provisión de aparato de Prótesis.

En la segunda Conferencia del CISS efectuada en Río de Janeiro en 1947, señala en su Resolución No. 21, sobre el Seguro de Riesgos Profesionales, inciso 4, letra G), Aplicación de Métodos y tratamientos para lograr la Rehabilitación Profesional, reduciendo al mínimo las incapacidades e incorporando al trabajo productivo a los accidentados. En el inciso 14, una reparación integral de los accidentes y enfermedades del trabajo, deben comprender, además de la atención médica para curar la lesión y de la prestación en dinero para sostener económicamente al incapacitado y a su familia, la rehabilitación profesional que permitirá al trabajador reintegrarse a su actividad productiva en las mejores condiciones biológicas posibles y al recobrar numerosos elementos que constituyen una gran fuerza en la producción. Las Instituciones de Seguridad Social deben ocuparse de este problema y velar por la rehabilitación de los incapacitados por riesgos del trabajo.

Inciso 12.—Para que la rehabilitación profesional sea practicada en la forma más eficaz posible, se recomienda la preparación especializada de técnicos en las diferentes ramas que comprende esta actividad, selección vocacional, terapia vocacional, terapia física, terapia ocupacional, ortopedia, etc.

Inciso 13.—La rehabilitación profesional que realizan las instituciones de Seguridad Social, deberá coordinarse con las labores del Estado y de los patrones, ya que estos dos sectores, como el Seguro mismo, tienen interés en que los obreros vuelvan a su trabajo en las mejores condiciones posibles de aptitud.

Inciso 14.—Es conveniente que las instituciones de Rehabilitación Profesional, dispongan de un servicio, que en colaboración con las oficinas de colocación, se encarguen de colocar a los rehabilitados en tra-

bajos que puedan desempeñar y de visitarlos en sus nuevas actividades de trabajo productivo.

Año de 1950.

O.I.T. *Recomendación No. 88.*—Sobre la formación profesional de los adultos con inclusión de los inválidos, del 30 de julio de 1950, en su sección V, Incisos 26 al 34.

Año de 1951.

En la X Asamblea General de la AISS en Viena, en el año de 1951, se presentó la Resolución No. 28, referente a los principios y métodos de Reeducción Profesional, en la que dicta normas mínimas para la atención médica, la convalecencia y la formación profesional y normas de empleo.

La recomendación No. 29, concerniente al Cálculo de las prestaciones después de la Reeducción Profesional señala que las prestaciones se fijan después de haber completado el período de reeducación profesional.

Año de 1952.

En la IV Conferencia del CISS, realizada en México en el año de 1952, aprobó su Resolución No. 44, referente a problemas médicos y farmacéuticos de la Seguridad Social que dice, Considerando: 4º) que las instituciones de Seguridad Social realizan sus prestaciones sin fines de lucro y sobre la parte activa de la población se comprende la necesidad de velar, no solamente por la salud, sino por la Capacidad productiva del sujeto. Recomienda: — A todas las Instituciones que intensifiquen sus actividades de recuperación, en los aspectos de reeducación, reorientación y rehabilitación profesional. Propone: Que la Secretaría General coordine las actividades de los distintos países, para formular un plan mínimo de normas, orientador y encausador de estos servicios.

Año de 1953.

En la XI Asamblea General de la AISS en París, en el año 1953, aprobó la conclusión No. 36, relativa a la evaluación de la invalidez y señala tener como base la disminución de la capacidad de ganancia e indica la necesidad de desarrollar de una manera satisfactoria las medidas de readaptación y de reclasificación de los inválidos.

Año de 1955.

O.I.T. *Recomendación No. 99.*—Recomendación sobre la formación profesional de los inválidos, del 22 de junio de 1955, adopta la Reco-

mendación sobre la adaptación y la readaptación profesional de los inválidos. Este valioso documento — clásico en la historia de la rehabilitación — pese a haber sido aprobado, no ha sido cumplido por todos los países miembros.

En la XII Asamblea General de la AISS, efectuada en México en 1955, se aprobó la Resolución No. 40, relativa a la influencia de la Reeducación profesional sobre la evaluación de la invalidez y pide que se tomen las disposiciones necesarias para la reintegración de los inválidos a la vida económica, de acuerdo con el resultado de su reeducación y en su inciso 4 señala, que el inválido que vuelva a su ocupación remunerada, debe beneficiarse de todas las prestaciones de la Seguridad Social. Señala asimismo, que en el caso de pensión por Riesgo Profesional, ésta debería considerarse siempre e independiente de la rehabilitación.

CISS — 1955 — Caracas, Venezuela.—Resolución 48, señala la necesidad de rehabilitación para las personas de edad avanzada que aún no alcanzan la pensión de vejez y que no están en condiciones de trabajar.

Año de 1960.

CISS — México, D. F.—Resolución 8, señala que se deben establecer y fomentar los servicios de medicina preventiva y de rehabilitación, como parte fundamental del concepto de asistencia médica completa.

ANEXO B

Prestaciones de Rehabilitación en las Instituciones de Seguridad Social de América, según el resultado de la encuesta realizada por la Secretaría General del Comité Interamericano de Seguridad Social.

1. Contempla la institución del seguro social la rehabilitación, ya sea legalmente o mediante promociones prácticas.
2. En caso de que la institución del seguro social no realice por sus propios medios la rehabilitación, las subroga en otro organismo público o privado.
3. Cuando la institución del seguro social no realice por el momento medidas concernientes a la rehabilitación, las tiene programadas para efectuarlas en un próximo futuro.

4. Cuando la institución del seguro social tenga a su cargo la prestación de rehabilitación, cuáles son los medios y formas con las que la realiza.
5. En caso afirmativo, se hace llegar la rehabilitación solamente a los asegurados, o se extiende también a sus beneficiarios.
6. La rehabilitación que presta la institución del seguro social, se concreta a la invalidez profesional o se extiende a la incapacidad física.
7. Se han tomado las medidas oportunas para que el rehabilitado pueda incorporarse a su trabajo habitual o a otra ocupación susceptible a su capacidad laboral dentro de la empresa en que venía trabajando.

BOLIVIA

INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACION

La Caja Nacional de Seguro Social de Bolivia, ha puesto en funcionamiento un moderno Instituto de Rehabilitación en la región de Colacoto (La Paz).

Son objetivos de este Instituto:

- a) Cumplir con lo prescrito por el Código de Seguridad Social en materia de Rehabilitación de inválidos, y que está contenido en el Título II, Capítulo I, Sección C. Riesgos Profesionales. Artículo 28, incisos b) y c). Artículos 32 y 33, y Artículo 35 de la Sección D. Disposiciones comunes a las Prestaciones en Especies.
- b) Preparar personal mediante las prácticas de los servicios en los distintos aspectos de la rehabilitación, con tendencia a que muchos de éstos puedan beneficiarse con preparación adicional en el exterior.
- c) Realizar Trabajos Protectivos.—Lograr experiencias propias para ampliar los servicios de rehabilitación, particularmente con miras a organizar un centro de atención a pacientes internos y externos; así como encontrar métodos y sistemas de trabajos adaptables al medio social y económico del país.

BRASIL

COMISION PERMANENTE DE DERECHO SOCIAL

1. La prestación de la rehabilitación profesional en la previsión social tiene sus bases de estructura y funcionamiento establecida en el Decreto No. 48959 A de 19-IX-60 contemporánea a la ley 3807 de 26-VIII-60 (Ley orgánica de la previsión social). Por el Acta normativa No. 16 aprobada por la resolución No. 886 del 2-IX-64, del Consejo Director del Depto. Nacional de la previsión social fue creado el SUSERPS, integrado al INPS como Departamento de Rehabilitación por la resolución C D/DNPS No. 677 del 15-IX-67. Corresponde al Departamento de Rehabilitación Profesional proporcionar a los beneficiarios de la previsión social, cuando queden inválidos o con alguna limitación física o mental hasta donde sus posibilidades administrativas técnicas financieras y condiciones locales lo permitan; los medios de reeducación o readaptación profesional indicados para que puedan ejercer actividades remuneradas.
2. El Departamento de Rehabilitación realiza sus funciones por sus propios medios. Subroga o contrata en las diversas regiones del territorio nacional para el amplio desenvolvimiento de las actividades médicas paramédicas, sociales, psicológicas y de orientación profesional, que integran el complejo proceso de rehabilitación.
3. No contestada.
4. Los recursos técnicos y medios de tratamiento de que dispone el Departamento de Rehabilitación comprenden:
 - a) El trabajo médico, el equipo de rehabilitación destinado a realizar consultas, valuaciones, exámenes clínicos y especializados, indicaciones especiales de asistencia, proceder a orientación y prescribir programas de fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería rehabilitatoria, logopedia, prótesis y aparatos ortopédicos con participación activa de los técnicos de estas especialidades.
 - b) Fisioterapia en términos de mecanoterapia, electroterapia; hidroterapia, ejercicios activos, pasivos, masaje y utilización de aparatos ortopédicos.
 - c) Trabajo de terapia ocupacional.
 - d) Estudio psicológico incluyendo orientación, ajuste de la personalidad y psicoterapia.

- e) Estudio social para ajuste psicosocial y socioeconómico.
 - f) Orientación profesional, con visita a colocación y adaptación al trabajo.
5. La rehabilitación se extiende a los beneficiarios.
 6. Sí, se extiende a la incapacidad física.
 7. Las empresas relacionadas con la previsión social con 20 o más empleados están obligadas a reservar de 2 a 5% de las plazas para atender casos de rehabilitación en la siguiente proporción: a) de 1 a 200 empleados 2%; b) de 201 a 500 3%; c) de 501 a 1000 4%; d) de 1001 en adelante 5%.

Los sectores locales de rehabilitación organizan catastros de las empresas indicando la naturaleza de las diversas actividades, necesarias para su servicio, con datos o información obtenida, si es necesario, a través del fisco.

Los rehabilitados son propuestos a las empresas, siempre que es posible mediante entendimiento previo, de acuerdo con las respectivas habilidades y en la proporción que señala la obligación de reservas de puestos de cada empresa, debiendo ser admitidos a su servicio dentro de los ocho días contados a partir de la fecha de notificación a la empresa. Técnicos de rehabilitación supervisarán las actividades de rehabilitación en la empresa prestando la asistencia técnica necesaria por medio de visitas periódicas, a fin de verificar su buen ajuste al puesto.

La DNPS con la colaboración del INPS, expide un acta en relación con las funciones que por su naturaleza pueden ser realizadas por los rehabilitados. Cuando las empresas colaboran con los programas de rehabilitación, permitiendo que sus empleados se rehabiliten conservando su trabajo, estos casos se incluyen dentro de los que marca la ley para la obligación de cubrir cierto porcentaje de las vacantes con inválidos, debiendo los empleados ser registrados como casos rehabilitados.

COLOMBIA

I) Antecedentes:

- 1) Los programas de rehabilitación se iniciaron en Colombia en el año de 1952, 4 años después de establecido el ICSS. En dicho año el doctor Juan Ruiz Mora, actualmente Jefe de la Sección

de Rehabilitación del ICSS, fundó la primera Escuela Nacional de Fisioterapia, con base en los programas de las escuelas americanas e inglesas, adaptados al medio colombiano. Requisito de admisión: Bachillerato de seis años de estudio: 3. Después de la primera promoción se obtuvo por Decreto-Ley la reglamentación de la profesión de Medicina Física.

- 2) En 1960, la Asociación Colombiana de Fisioterapia fue admitida y aprobada en el Congreso Mundial de Fisioterapia, reunido en París. La colombiana fue la primera Escuela Latinoamericana de Fisioterapia aceptada como Miembro de World Confederation of Physical Therapy. Esta Escuela ha continuado en funcionamiento ininterrumpido y actualmente cuenta con 140 alumnas en sus tres cursos de estudio. También en 1960, se fundó la Escuela Colombiana de Fono-Audiología, con tres años de estudios. Requisito: de admisión; Bachillerato de seis años. Para 1969 iniciará actividades la Escuela Nacional de Terapia Laboral. Todas estas Escuelas están afiliadas a la Universidad del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, la más antigua de Colombia.
 - 3) Igualmente, en la Universidad Nacional funcionan Escuelas similares a las del Colegio del Rosario.
 - 4) En los Hospitales de las ciudades más importantes del país (Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Manizales), el ICSS tiene establecidos Departamentos de Medicina Física y Rehabilitación.
 - 5) Además de las Instituciones Oficiales, existen en el país Instituciones de carácter privado que atienden a la reincorporación de niños retardados mentales, ciegos, sordomudos, etc., y una especial dedicación a la adaptación laboral.
- II) No existe en Colombia legislación que obligue a las Empresas a reincorporar inválidos rehabilitados, pero hay en proceso un Proyecto de Ley, al respecto.
- III) Respuesta al Cuestionario:
- 1o. El Instituto Colombiano de Seguros Sociales contempla la rehabilitación de sus afiliados dentro de sus estatutos y decretos reglamentarios.
 - 2o. Actualmente existen servicios de Medicina Física y Rehabilitación en cinco ciudades y en el curso del año se instalarán en

diez ciudades más. También está en estudio la construcción y dotación de tres Centros Regionales con la totalidad de servicios que requiere, no solamente la rehabilitación de un individuo, sino su entrenamiento e incorporación a un trabajo remunerado de acuerdo con las capacidades físicas o mentales.

3o. Por el momento el ICSS tiene Convenios con IDEAL para la readaptación vocacional de pacientes afectados por invalidez. Como se ha mencionado en el punto 2o., la Institución del Seguro Social dentro de sus planes para un inmediato futuro contempla todas las medidas concernientes a la rehabilitación de sus afiliados.

4o. El Seguro Social tiene en funcionamiento las Secciones de Rehabilitación en Bogotá, Medellín, Cali, Pereira y Sogamoso. Antes de terminar el año se instalarán estos servicios en diez ciudades más. Los casos de invalidez mediana y severa son enviados actualmente a Bogotá y en un futuro serán enviados al Centro Regional más cercano.

5o. Actualmente los servicios de rehabilitación son solamente para los afiliados.

6o. La rehabilitación se extiende no solamente a las incapacidades físicas, sino también a la invalidez profesional.

IV) Sugerencias:

Con base en las anteriores consideraciones se sugiere al Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social la posibilidad de establecer en Bogotá un Centro de Entrenamiento de Rehabilitación para los países Centro y Sudamericanos. La situación geográfica de Colombia, el costo y otras condiciones favorables están en favor de la sugerencia indicada. Aproximadamente el costo anual de enseñanza, vivienda y otros gastos menores alcanzarían únicamente a U.S. 1,500.00.

CHILE

SERVICIO DE SEGURO SOCIAL

1. La rehabilitación es un precepto legal incorporado al texto de la Ley No. 10.383, desde Julio de 1957, en virtud de las disposiciones de la ley 12.463.
2. No es el Servicio de Seguro Social, sino el Servicio Nacional de Salud, el Organismo al cual la ley 10.383 asignó la función técnica

de cubrir todos los aspectos relacionados con la protección de la salud de la población asegurada.

3. El Servicio de Seguro Social, que es prácticamente la entidad responsable de otorgar las prestaciones en dinero, no contempla entre sus actividades futuros programas de rehabilitación.
4. El Servicio Nacional de Salud lleva a cabo las acciones pertinentes, sin aportes o asignaciones destinadas especialmente para estos efectos. Cuenta para ello con sus recursos propios y las cantidades que anualmente le deben entregar el Estado y el Servicio de Seguro Social para la atención médica de la población asegurada.
5. La rehabilitación es extensiva a los asegurados solamente.
6. El Servicio Nacional de Salud tiene a su cargo tanto la invalidez de origen profesional como la incapacidad física.
7. La rehabilitación constituye un importante factor de la acción coordinada de los dos Servicios creados por la ley 10.383 (Servicio de Seguro Social y Servicio Nacional de Salud), para la recuperación de la salud individual, como asimismo, de la aptitud para ganar, afectada por la pérdida de la capacidad de trabajo.

Sin embargo, la ley que siguió solamente los conceptos de la incapacidad económica, evidentemente la concepción más moderna y justificada, pero que necesita ser complementada y ajustada a la realidad actual, no tomó como base de una acción técnica coordinada: primero la rehabilitación del trabajador y su reeducación para una nueva actividad con objeto de aprovechar al máximo su capacidad individual, y luego mantener su nivel de ingresos con la pensión necesaria para complementar sus entradas. Es decir, no consideró estos conceptos en toda su extensión ni los relacionó con otros; de tal manera que, a pesar de las disposiciones de la ley 10.383 y de algunas iniciativas parciales de abordar el problema, dichas disposiciones no han sido reglamentadas aún.

ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1. El Departamento Médico del Seguro Social, contempla dentro del aspecto médico la rehabilitación. Dispone de un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Actualmente estamos planificando la segunda parte de la rehabilitación, que es el aspecto social de la misma.

2. El Departamento Médico del Seguro Social está dando atención de rehabilitación utilizando sus propios medios.
3. En la actualidad sí realiza y tiene programado la ampliación de la rehabilitación en todos sus aspectos técnicos.
4. El Departamento Médico del Seguro Social presta atención de rehabilitación a través de su propio Servicio existente.
5. La Clínica del Seguro dé atención en rehabilitación por el momento sólo a los asegurados y en un futuro próximo se extenderá a los familiares de los afiliados.
6. El Seguro Social cubre en parte tanto la invalidez profesional, invalidez por enfermedad e invalidez por incapacidad física.
7. Se han realizado todas las gestiones necesarias para que el paciente rehabilitado vuelva a reincorporarse a su trabajo en general, desgraciadamente ha existido una falta de colaboración total de parte de los patronos o empresas, los mismos que casi nunca aceptan el reingreso de un rehabilitado; según ellos las leyes del Código del Trabajo no contempla disposiciones que obliguen a la empresa al remplero.

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA

ADMINISTRACION DE SEGURIDAD SOCIAL

Nosotros creemos que la respuesta a sus cuestionarios relativos a actividades de Seguridad Social en el Campo de la Rehabilitación pueden ser contestados mejor con una narración. Este relato describe los esfuerzos que se están haciendo para asegurar que el pago de la invalidez por la Seguridad Social sus beneficios estén relacionados con el esfuerzo para reconstruir las vidas y capacidades de aquellos que han sufrido los efectos de la enfermedad o de la lesión.

La Administración de Seguridad Social no opera directamente y bajo sus propios auspicios ningún programa de Rehabilitación. Sin embargo, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar, de la cual la Administración de Seguridad Social es parte, no tiene un programa de rehabilitación vocacional a nivel de estado federal y a través de los Servicios de la Administración de Rehabilitación. Este Programa ha estado en funciones por más de 40 años y proporciona una ancha base de servicios para los individuos incapacitados, ambos a través de servicios diversos para los individuos y a través de investigación financiada para mejorar las técnicas y facilidades de rehabilitación.

El Congreso de Estados Unidos y la Administración de Seguridad Social ha reconocido desde el establecimiento de el seguro de invalidez del programa de seguridad social, que la seguridad y dignidad que vienen con los beneficios de la invalidez, deben de unirse a la esperanza y oportunidad para rehabilitarse y la conservación de los recursos humanos. Por lo tanto, desde la concepción del programa, han estado en estrecha colaboración la administración de los servicios de rehabilitación y los servicios de rehabilitación del estado federal, con énfasis colocado sobre toda la posible ayuda y motivación en la estimulación individual y la iniciativa para la rehabilitación vocacional.

Bajo el sistema de rehabilitación vocacional del estado federal, establecido en 1920, todos los estados tienen programas para rehabilitar al individuo inválido y colocarlo en un empleo productivo. Los servicios proporcionados por las agencias de rehabilitación vocacional del estado son pagados bajo un programa o subsidio del estado federal, por lo tanto, el gobierno federal mediante revisiones, proporciona fondos a los estados, los que están relacionados con la cantidad de fondos viables o disponibles para el funcionamiento de la agencia de rehabilitación vocacional de dicho estado.

Era lógico, por lo tanto, para el Congreso de los Estados Unidos constatar en 1956 modificaciones al Acta de Seguridad Social para el pago de seguro por invalidez para ciertos individuos inválidos que:

“Se declara aquí que la política del Congreso será de que los individuos inválidos que solicitan la determinación de su invalidez, deberán ser prontamente referidos a la Agencia o Agencias del Estado que administran o supervisan el plan de Administración del Estado, aprobado bajo el acta de rehabilitación vocacional para los servicios necesarios de rehabilitación extendidos hasta el final o al máximo número de personas inválidas que puedan ser reinstaladas a una actividad productiva”.

En el establecimiento de esta legislación los Comisionados de la administración de seguridad social y de la administración de la rehabilitación vocacional (ahora Administración de Servicios de Rehabilitación), juntamente acordaron en noviembre de 1956 que para apegarse a las intenciones del Congreso el programa de seguridad social sobre invalidez y el programa de rehabilitación vocacional del estado federal, deberían ser administrados de tal manera, que toda persona inválida que solicite los beneficios de invalidez, deberá proporcionársele:

1. Una rápida determinación de invalidez basada en una completa valuación médica y no médica de los hechos en cuestión.

2. Una constatación de su potencial en rehabilitación, y
3. Servicios de rehabilitación, bajo el programa de rehabilitación vocacional de alcance nacional, para permitirle el regreso a un empleo apropiado y productivo si es que se determina que tiene potencial de trabajo favorable.

La aplicación práctica de lo antes mencionado, es que toda solicitud para beneficios de invalidez enviados de la Administración de Seguridad Social de su Oficina de Distrito a una Agencia del Estado para una determinación de invalidez, el examinador de dicha invalidez y el examinador médico en la unidad de invalidez llevan al cabo una decisión simultánea para permitir o negar la solicitud y juntos considerar la capacidad del solicitante para los servicios de rehabilitación vocacional. Generalmente la agencia del estado sobre invalidez aplica el criterio de selección desarrollado por la agencia de rehabilitación del Estado para eliminar el proceso de referir algunos individuos que por ejemplo, tienen enfermedades incurables o están demasiado inválidos para recibir beneficios de los servicios de rehabilitación. Para aquellos individuos que son referidos a las unidades de inválidos del Estado, se les proporciona copias de información médica y vocacional para el Consejero en Rehabilitación, quien determina si la persona enviada tiene suficiente capacidad para beneficiarse de los servicios de rehabilitación. El procedimiento de referirlos, es parte de una corriente integral y de evaluación de las solicitudes de invalidez y el envío a una agencia de rehabilitación vocacional y son hechas sin tomar en cuenta si el solicitante es admitido o rechazado.

Las modificaciones de 1965 al Acta de la Seguridad Social, proporcionó mayor empuje al programa de rehabilitación. Estas modificaciones prevenían que 1% del total de los beneficios pagados por invalidez en el año anterior, pueda ser viable del fondo de seguridad social para proporcionar servicios de rehabilitación a beneficiarios con invalidez seleccionada. El otorgamiento de estos fondos a las agencias individuales del estado son hechas por la administración de rehabilitación considerando los cálculos de la agencia del Estado, el número de beneficiarios de seguridad social en cada Estado, la habilidad de las agencias para usar los fondos en forma efectiva, y otros factores. Debido a la limitación de fondos viables en la nación, deberá ser mantenida una flexibilidad para permitir la distribución de fondos para que su uso sea más efectivo.

Bajo el programa de rehabilitación federal del Estado, los servicios de rehabilitación se proporcionan a todos los ciudadanos, estén

o no bajo el sistema de seguridad social. Desde el principio del programa de los fondos de seguridad social en 1965, han sido posibles los servicios de rehabilitación vocacional reembolsables para beneficiarios inválidos y adolescentes inválidos que son o fueron dependientes o inválidos o beneficiarios muertos o jubilados o beneficiarios de un seguro. Sin embargo, en 1967, modificaciones al Acta de Seguridad Social proporcionan dinero en efectivo para algunas viudas totalmente inválidas (incluyendo esposas divorciadas sobrevivientes) y viudas inválidas dependientes de trabajadores muertos que estuvieron asegurados). Estos beneficios no se pagan a una edad menor de 50 años. Por lo tanto, desde la aplicación de estas modificaciones, estos beneficiarios son también elegibles para servicios de rehabilitación vocacional, a través de los fondos de la seguridad social.

En lo que a rehabilitación se refiere, no hay distinción o preferencia entre individuos con invalideces ocupacionales o aquellos con impedimentos físicos o mentales. Los Consejeros en Rehabilitación vocacional deben preocuparse en qué servicios deberán ser proporcionados al individuo sin tomar en cuenta el tipo o tipos de impedimentos que le permita a él volver a regresar a algún tipo de trabajo consecuente a sus capacidades.

En conclusión, nosotros vemos al seguro de invalidez y a la rehabilitación, que llenan funciones distintas pero complementarias. Una tiene como responsabilidad primaria el mantenimiento del salario para trabajadores inválidos y sus familias y el otro, para servicios que restablezcan al inválido a su papel productivo en la comunidad. En este esfuerzo coordinado hay la esperanza no sólo para el inválido y sus familias, sino para las comunidades en que vive y la nación, paralelamente al número cada vez mayor de solicitantes inválidos y beneficiarios de inválidos que se lleven al cabo.

GUATEMALA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

1. Contempla la institución de seguro social la rehabilitación, ya sea legalmente o mediante promociones prácticas?

Respuesta al Punto No. 1

El Artículo 14 del Reglamento sobre Rehabilitación, relativa a Accidentes.

“*ARTICULO 14*, Para los efectos de este Reglamento, rehabilitación es el proceso que tiende a capacitar de nuevo a un trabajador física y psíquicamente para la vida activa del trabajo y que, en consecuencia, comprende:

- a) La reeducación de órganos lesionados, como una de las fases del tratamiento médico.
- b) La sustitución o complemento de órganos mutilados, por medio de aparatos protésicos y ortopédicos, siempre que ello sea posible y necesario, y
- c) La readaptación profesional, como el conjunto de esfuerzos tendientes a convertir de nuevo al trabajador en una persona económicamente activa y a procurar conseguirle una ocupación compatible con sus aptitudes”.

Además, el Artículo 75 del Reglamento de Asistencia Médica define los alcances de las prestaciones de Rehabilitación en el Programa de Enfermedad y Maternidad, así:

“*ARTICULO 75*. Por ser la rehabilitación parte activa del tratamiento médico de numerosas enfermedades, el Programa de Enfermedad y Maternidad, en principio y en general, otorgará prestaciones de rehabilitación de alcances limitados a sus posibilidades de servicio médico y social, y a sus recursos económicos.

Para determinadas enfermedades muy calificadas, se darán prestaciones específicas de rehabilitación, de acuerdo con programas preparados por la Dirección General de Servicios Médico Hospitalarios y aprobados por la Gerencia”.

2. En caso de que la institución del seguro social no realice por sus propios medios la rehabilitación, las subroga en otro organismo público o privado?

Respuesta al Punto No. 2

El IGSS realiza la Rehabilitación por sus propios medios.

3. Cuando la institución del seguro social no realice por el momento medidas concernientes a la rehabilitación, las tiene programadas para efectuarlas en un próximo futuro.

Respuesta al Punto No. 3

El IGSS tiene un Centro de Rehabilitación desde el año de 1947, y servicios de medicina física en hospitales.

4. Cuando la institución del seguro social tenga a su cargo la prestación de rehabilitación, cuáles son los medios y formas con las que la realiza?

Respuesta al Punto No. 4

El Centro de Rehabilitación del IGSS tiene amplias instalaciones, buen equipo y personal entrenado y especializado en la materia. Entre los servicios con que cuenta el Centro, mencionaremos: 1) Servicio Social; 2) Siquiatría; 3) Fisioterapia; 4) Terapia Ocupacional; 5) Talleres; 6) Gimnasios; 7) Terapia-Recreativa; 8) Reorientación Profesional; 9) Clínicas Externas; 10) Dormitorios y Servicios complementarios de Hospedaje; y, 11) Administración.

El Centro de Rehabilitación del IGSS desarrolla entre otras, las siguientes actividades: 1) Atiende a pacientes hospitalarios y ambulatorios; 2) Controla cuidadosamente el estado de salud física y mental de los pacientes; 3) Investiga su situación social; 4) Da tratamientos de radioterapia, masoterapia, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, inductoterapia, ondas cortas, etc.; 5) Tiene gimnasios acondicionados para múltiples ejercicios; 6) Tiene talleres de carpintería, hilados, encuadernación, panadería, radiotecnica, sastrería, etc.; 7) Cuenta con un taller para la fabricación de diversos aparatos protésicos, incluyendo piernas artificiales; 8) Se ocupa de la terapia recreativa para levantar el ánimo de los pacientes; 9) Alfabetiza cuando es necesario; 10) Por medio de sus servicios de Terapia Ocupacional, reeduca o reorienta según el caso; 11) Es un laboratorio vivo que utiliza la Escuela Nacional de Fisioterapistas como Centro de Enseñanza.

5. En caso afirmativo, se hace llegar la rehabilitación solamente a los asegurados, o se extiende también a sus beneficiarios?

Respuesta al Punto No. 5

La Rehabilitación es un servicio que se da a los asegurados y sus beneficiarios con derecho, dándose en casos de accidentes en general, enfermedad y maternidad.

6. La rehabilitación que presta la institución del seguro social se concreta a la invalidez profesional o se extiende también a la incapacidad física?

Respuesta al Punto No. 6

La Rehabilitación que presta el IGSS comprende la invalidez profesional y la incapacidad de sus afiliados y beneficiarios con derecho.

7. Se han tomado las medidas oportunas para que el rehabilitado pueda incorporarse a su trabajo habitual o a otra ocupación susceptible a su capacidad laboral dentro de la empresa en que venía trabajando?

Respuesta al Punto No. 7

El Artículo 115 del Reglamento sobre Protección Relativa a Accidentes en General dice en su párrafo primero:

“*ARTICULO 115.* Todo patrono declarado formalmente inscrito debe reponer al trabajador que haya dejado de laborar por haber sufrido un accidente, en su puesto primitivo o, en su defecto, en otra ocupación análoga que sea compatible con las aptitudes de la víctima”.

Se exceptúan de esta regla los trabajadores que tengan incapacidades permanentes muy graves consecutivas al accidente sufrido, y los que no pueden volver a su trabajo cuando transcurre más de un año después del accidente ocurrido.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

C U E S T I O N A R I O

1. Contempla la Institución del Seguro Social la rehabilitación ya sea legalmente o mediante promociones prácticas.

Respuesta:

La Ley del Seguro Social, al regular el riesgo de invalidez, que aún no esta cubierto por la Institución, establece en su artículo 51 que se podrá establecer un servicio de rehabilitación para inválidos.

2. En caso de que la institución del Seguro Social no realice por sus propios medios la rehabilitación, las subroga en otro organismo público o privado.

Respuesta: No.

3. Cuando la institución del Seguro Social no realice por el momento medidas concernientes a la rehabilitación, las tiene programadas para efectuarlas en un próximo futuro.

Respuesta: Sí.

4. Cuando la Institución del Seguro Social tenga a su cargo la prestación de rehabilitación, cuáles son los medios y formas con las que la realiza.

Respuesta:

El IHSS cuenta con el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el cual son atendidos los casos de invalidez profesional e incapacidad física para la reintegración del asegurado a sus labores habituales, con las limitaciones que establece la ley.

5. En caso afirmativo se hace llegar la rehabilitación solamente a los asegurados o se extiende también a sus beneficiarios.

Respuesta: A ambos.

6. La rehabilitación que presta la institución del Seguro Social, se concreta a la invalidez profesional o se extiende también a la incapacidad física.

Respuesta: A ambas.

MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

1. El Instituto Mexicano del Seguro Social realiza programas de Rehabilitación integral, tanto en casos de riesgo profesional, como en pacientes con enfermedad general, basados en sus Artículos 37, 51, 76 y 77. Además, el nuevo concepto de Prestaciones Sociales incluye actividades que son utilizadas en la rehabilitación, como las actividades deportivas, los Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar, los Centros de Capacitación para el Trabajo y las Bolsas de Trabajo. El H. Consejo Técnico del Instituto autoriza los casos exceptuados por la Ley que requieren de servicios de rehabilitación.
2. La casi totalidad de prestaciones de rehabilitación física se proporcionan directamente por el IMSS. Cuando se requieren servicios que no son proporcionados directamente, éstos son subrogados tanto a instituciones oficiales como privadas; actualmente se subrogan servicios de fabricación de prótesis y aparatos ortopédicos, de rehabilitación de sordos, ciegos y psiquiátricos.

3. Existen varios proyectos de un Programa Nacional de Rehabilitación, que están pendientes de autorizar por las autoridades del IMSS. En estos proyectos se detallan los aspectos prácticos necesarios para extender la rehabilitación integral a toda la república y para todo tipo de inválidos.
4. Actualmente los principales Servicios de Rehabilitación que dispone el IMSS son de Medicina Física, tanto en la capital, como en las principales ciudades del país. Se considera que en el presente sexenio estarán cubiertos todos los estados de la república. Los servicios de diagnóstico fono-audiológico, sólo se efectúan en el Distrito Federal, están planeados para Monterrey, Guadalajara, Puebla, Veracruz y León.
5. Los servicios de rehabilitación física se extienden tanto a los asegurados, como a sus beneficiarios. Los Servicios de Rehabilitación Psicológicos, Sociales, Educativos y Protésicos, se otorgan sólo a los asegurados. Sólo por acuerdo especial del H. Consejo Técnico del IMSS, se pueden otorgar a los beneficiarios.
6. Los servicios de rehabilitación que se otorgan actualmente toman en cuenta, tanto la rehabilitación física, como la invalidez profesional.
7. Se tramitan servicios de reacomodo ocupacional por medio de una trabajadora social que atiende a los lesionados físicos del IMSS en el Distrito Federal y Valle de México que requieren esta preparación. En el interior de la República, los Encargados de Riesgos Profesionales tramitan el reacomodo ocupacional. Previas a estas gestiones, se proporcionan servicios de rehabilitación física y ocupacional en cada caso.

NICARAGUA

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

El Instituto Nacional de Seguridad Social contempla la REHABILITACION, legal y práctica.

El artículo 108 del Reglamento General del INSS, dice: Los Asegurados declarados inválidos tendrán derecho a la dotación de prótesis cuando su suministro les permita recuperar, total o parcialmente, su capacidad de trabajo.

No se puede si dentro de la funcionalidad de esta institución dotar de prótesis a un paciente sin que hubiese rotado oportunamente por las clínicas pertinentes conjugadas, en disminuir la incapacidad o la invalidez profesional por medio de tratamiento médico, quirúrgico y medicina física y rehabilitación.

El Programa de Rehabilitación cubre a los derecho-habientes o asegurados, a las beneficiarias en las etapas en que la ley les señala estos derechos, a los niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad, protección ampliada a la población del Municipio de Prinzapolka.

La Rehabilitación se presta y comprende además de las pensiones parciales o totales suministrando corsets, prótesis, aparatos y accesorios ortopédicos, tanto a la *invalidez profesional como a la incapacidad física*.

Aunque no reglamentado la Institución trata de lograr el reemplazo del inválido.

PANAMA

CAJA DE SEGURO SOCIAL DE PANAMA

En esta época en que con justa razón se aprecia a los hombres según su valor personal, sobretodo por los servicios que puedan prestar a la sociedad, es tarea altamente humanitaria la de la rehabilitación de los seres que por una triste negación de la naturaleza se ven privados de adquirir ese valor personal y de prestar los servicios a que está obligado todo individuo que vive en la comunidad social.

Rehabilitar independientemente de todo factor moral y emotivo constituye un programa de excelente resultado social y económico pues al permitir utilizar las capacidades residuales a individuos catalogados como inválidos, separados del medio laboral, considerados como carga social, consigue incorporarlos plenamente al proceso productivo.

Sin embargo, no puede negársele al inválido, su condición individual y en la que la Rehabilitación está dirigida a hacerlo menos infeliz, es decir, no hay que olvidar el concepto humanitario de la Rehabilitación.

La Rehabilitación al surgir en el escenario del ejercicio, de la práctica médica, como un elevado concepto humanitario filosófico, religioso, moral y económico-social es una doctrina dirigida a lograr el máximo de beneficio para el inválido y para la sociedad.

Esta actitud filosófica de la medicina frente al lisiado se traduce en un enfoque dinámico, activo y funcional que proyecta al inválido en su futuro realizando su resocialización y permitiendo su participación activa en el desarrollo del núcleo social del que forma parte.

Comúnmente al hablar de inválido se piensa en el paralítico o el ciego únicamente, olvidándose que todo individuo que presenta un impedimento para realizar independientemente las actividades que le impone la vida diaria es un inválido, no importa cuál sea su órgano o sistema afectado (locomotor, cardíaco, renal de los sentidos, mental, etc.).

Rehabilitación, llamada con justicia tercera fase de la medicina, se ocupa del individuo que ha nacido o adquirido una condición de desventaja psíquica o somática en relación con sus semejantes, cuando esta situación no pudo ser evitada por la primera fase de la medicina o sea la preventiva, ni solucionada por la segunda fase o sea la curativa (médica o quirúrgica).

Comenzamos a comprender que la responsabilidad médica no termina con la curación de la enfermedad aguda o crónica, ni con el acto quirúrgico, sino que persiste hasta tanto el paciente se haya rehabilitado y no simplemente curado, continua hasta que el paciente haya logrado la plenitud de su recuperación funcional, reintegrándose a su medio social de trabajo en condiciones de poder utilizar provechosamente todo aquello que le haya quedado anatómicamente sano o funcionalmente útil, es decir recurriendo a sus potenciales físicas e intelectuales remanentes.

En materia de Seguridad Social, rehabilitación no es aplicable única y exclusivamente a lo que en mi especialidad denominamos rehabilitación vocacional, su aplicación es mucho más amplia, su objetivo no es únicamente la readaptación del inválido para que asuma la posición de trabajo que tenía antes de contraer la enfermedad que produjo su incapacidad, la que le ha impuesto sus limitaciones.

Aunque cada asegurado, cada derechohabiente con invalidez plantea combinaciones peculiares de su problema y que exige una valoración global que a menudo sólo puede lograrse por los procedimientos de estudio del equipo de Rehabilitación; si tempranamente no se intercalan disposiciones adecuadas para su reemplazo, el éxito del programa de Rehabilitación puede fracasar porque el problema básico del trabajador inválido es económico, como mantenerse él y su familia sin recurrir a la caridad pública. Es necesario pensar que además de su patología los pacientes tienen mente y tienen familia.

Rehabilitación, no es pues aplicable solamente a aquellos lisiados que ofrezcan perspectivas de producir, que ofrezcan potencialidad

para el trabajo productivo, sino a todos aquellos seres humanos que aun con una condición de desventaja, aunque no lleguen a producir, al menos con la Rehabilitación disminuyan lo que van a consumir y constituyan una carga menos pesada para la familia y la sociedad.

Todo esto requiere el esclarecimiento del problema al público médico y no médico y la comprensión de todos los sectores de la sociedad, educadores, sociólogos, políticos, legisladores, industriales, etc., para que compenetrados del concepto de Rehabilitación faciliten y pongan al alcance del médico los medios para lograr el objetivo de su responsabilidad.

Ha sido enfatizado que el proceso no debe limitarse a la Rehabilitación económica o vocacional, pero debe ayudar a la manutención de la dignidad personal del individuo y a la expansión de su capacidad de vivir y poder hacer el mejor uso de sus facultades físicas y mentales.

Las prestaciones de la Caja de Seguro Social de Panamá han superado la etapa de la simple compensación al inválido y sus esfuerzos se extienden hasta la rehabilitación de sus asociados, es decir, sus servicios van más allá de los beneficios prestados por las compañías de seguros comunes establecidas en nuestro país.

Llega hasta proporcionar un beneficio más, cual es, la de recaptación de quienes han perdido algunas de sus facultades físicas o mentales para realizar una ocupación remunerada.

Nuestra Caja de Seguro Social considera que la pérdida parcial o total de una extremidad, la parálisis de un miembro, las contracturas o deformidades de los artríticos, las limitaciones funcionales, etc., no representan una invalidez que como lastre vaya a aumentar la población pasiva. Ya no representan más casos irrecuperables a los cuales una compensación monetaria es lo más que puede dárseles.

Ahora se les rehabilita íntegramente proporcionándoseles miembros artificiales, aparatos ortopédicos mecánicos, entrenamiento especial, reeducación vocacional, etc., para que puedan incorporarse nuevamente estos seres declarados inválidos, a la vida productiva y no constituyan estigma de segregación, de discriminación laboral y de subestimación.

Más aún, la Caja proporciona gastos para estudios especiales en casos de necesidad, de modificación de empleo, capitales para establecimiento de pequeñas industrias, material y herramientas para que el rehabilitado pueda dedicarse a una labor productiva y de competir normalmente en el mercado laboral y no vivir de la conmisericordia pública ni de la limosna sino con la satisfacción de obtener sus entradas eco-

nómicas como producto de un trabajo honesto, decente y realizado con independencia y lo que es mejor aún, con dignidad.

Las proyecciones de la Caja de Seguro Social de Panamá, la visibilidad de sus dirigentes van más allá de las necesidades presentes, pues cuando en un futuro incorpore los riesgos profesionales a su régimen de seguridad social, cosa que actualmente no tenemos, el servicio de rehabilitación indispensable en toda comunidad progresista, estará en pleno funcionamiento, siendo la única institución tanto pública como privada que proporcionará estos beneficios a sus asociados.

Es imprescindible comprender el impacto que representa la invalidez especialmente en plena época de productividad con un futuro incierto respecto a sus potenciales vocacionales. Cualquier impedimento para trabajar, independientemente de la causa, ha sido siempre motivo de preocupación, lo cual puede originar un desequilibrio psico-social a la vez que económico y que quizás sólo se disipe con la posibilidad de que el individuo podrá volver a desempeñar un empleo adecuado y satisfactoriamente remunerado, lo cual sólo se obtendrá a través de un programa integral de Rehabilitación.

Algunas veces los mayores problemas del inválido son tanto producto de la lesión física misma o la limitación física residual, sino más bien consecuencias del trauma psicológico resultado del abrupto desequilibrio socio-económico con su impacto sobre la familia e incertidumbre de su futuro vocacional.

Lógico es darle a la fase vocacional de la Rehabilitación, una preponderancia especial, ya que la concepción que tienen los individuos del trabajo, el concepto principal o quizás el único, especialmente en el caso del obrero en nuestras latitudes latinoamericanas, es que el trabajo es la mejor forma de expresar su personalidad, su manera de sentir, su principal fuente de existencia y por el cual se merece la pena vivir y esforzarse en una comunidad para ser alguien.

PERU

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

1. Contempla la institución del seguro social la rehabilitación ya sea legalmente o mediante promociones prácticas.
 - Sí existe en el Hospital Obrero de Lima un Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Además, se otorgan casi todas

las prótesis y ortéticos a solicitud de los interesados y por acuerdo del Consejo Superior.

2. En caso de que la institución del seguro social no realice por sus propios medios la rehabilitación, las subroga en otro organismo público o privado.
 - Se adquieren las prótesis y ortéticos en el Instituto Peruano de Rehabilitación; entidad privada sin afán de lucro.
3. Aunque la institución del seguro social no realice por el momento medidas concernientes a la rehabilitación, las tiene programadas para efectuarlas en un próximo futuro.
 - Está planeada la construcción y puesta en marcha de un Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, convenientemente expandido y dotado de todos los implementos técnicos especialmente un Taller de Adiestramiento Vocacional en Lima.
4. Cuando la institución del seguro social tenga a su cargo la prestación de rehabilitación, cuáles son los medios y formas con las que la realiza.
 - En el Hospital Obrero de Lima y en la totalidad de los Hospitales Obreros provinciales se hace ahora Medicina Física y sólo en el de Lima, aspectos parciales de Medicina de Rehabilitación.
5. En caso afirmativo, se hace llegar la rehabilitación solamente a los asegurados, o se extienden también a sus beneficiarios.
 - Sólo a los asegurados.
6. La rehabilitación que presta la institución del seguro social se concreta a la invalidez profesional o se extiende también a la incapacidad física.
 - Se extiende sobre todo a la incapacidad física y menos a la invalidez profesional.
7. Se han tomado las medidas oportunas para que el rehabilitado pueda incorporarse a su trabajo habitual o a otra ocupación susceptible a su capacidad laboral dentro de la empresa en que venía trabajando.
 - Sí, pero en forma graciosa, a través del Servicio Social. La ley manda que, sólo en empresas estatales o paraestatales, hay obligación de contratar hasta un 5% de su personal con inválidos rehabilitados.

URUGUAY

COMISION HONORARIA DE REHABILITACION LABORAL

Con el fin de planificar la constitución de una población laboral, acorde con los requerimientos del desarrollo y la importancia que para ello significa cubrir esa necesidad con el apropiado adiestramiento técnico, ha sido dictado el Decreto 160/968, que crea la Comisión Honoraria de Rehabilitación Laboral, determinándose sus cometidos; la Comisión Honoraria de Rehabilitación Laboral funcionará bajo directa dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y estará integrada por cinco miembros nombrados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, uno de los cuales la presidirá y durará en sus funciones todo el período gubernamental, debiendo ser renovada en cada período.

Compete a la Comisión Honoraria de Rehabilitación Laboral:

- a) Asesorar a los Poderes Públicos en lo referente a problemas de rehabilitación y readiestramiento laboral.
- b) Organizar cursos y seminarios de rehabilitación.
- c) Planificar la rehabilitación laboral de ancianos y enfermos.
- d) Organizar el adiestramiento y readiestramiento de los sectores laborales que lo requieran.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social proporcionará a la Comisión Honoraria de Rehabilitación Laboral los locales, materiales, personal y recursos necesarios para su funcionamiento.