

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XIX

EPOCA III

Núm. 66

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

1970

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.

I N D I C E

INTRODUCCION	9
PONENCIAS OFICIALES	15
“LA ENSEÑANZA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS UNIVERSIDADES” Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social Dr. Ricardo R. Moles	17
“FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS NECESIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina Dr. José Félix Patiño Dr. Luis Manuel Manzanilla	41
“SEGURIDAD SOCIAL Y EDUCACION MEDICA” “Participación de los Recursos Humanos y Materiales de la Seguridad Social en los Programas Docentes para la Salud” Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social Dr. Gastón Novelo	51
“PARTICIPACION CONJUNTA DE LAS FACULTADES DE MEDICINA E INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA PLANIFICACION PARA LA SALUD” Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social (AISS-CISS) Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa	103
“EDUCACION SOCIAL Y SANITARIA DE LA POBLACION EN LA PLANEACION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD” Ponencia Oficial de la Oficina Sanitaria Panamericana Dr. Nilo Vallejo	139
SEMINARIOS:	
“FUNCION SOCIAL DE LA REHABILITACION COMO FACTOR DE LA PRODUCTIVIDAD” Ponencia Oficial de la Organización Internacional del Trabajo Srita. Hilary Schlesinger	151
“SEGURIDAD SOCIAL Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN AMERICA LATINA” Ponencia Oficial del Departamento de Asuntos Sociales de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos Act. Hernando Pérez Montaz	183
“IMPORTANCIA SOCIAL DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION MEDICA EN LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social Dr. José María Segovia de Arano	207
RELATO FINAL	
Dr. Rafael González Pacheco Relator General del Congreso	219

**SEGUNDO CONGRESO AMERICANO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

BOGOTA, COLOMBIA

21-27 de junio de 1970

SEMINÁRIOS

FUNCION SOCIAL DE LA REHABILITACION COMO FACTOR DE LA PRODUCTIVIDAD

*Ponencia Oficial de la Organización
Internacional del Trabajo*

SRITA. HILARY SCHLESINGER

I. INTRODUCCION

“El progreso no es otra cosa que el fermento creativo del hombre activo, y la sociedad actual aprecia a los hombres que trabajan unidos y a fuerza de cosas pequeñas llegan a hacer cosas grandes”.

El desarrollo basado en el esfuerzo humano, requiere su salud, su bienestar, su seguridad y su educación.

El rasgo esencial del individuo saludable es que debe estar contribuyendo a los esfuerzos de la sociedad. Si no lo hace, ni está plenamente sano, ni está gozando de la libertad y dignidad que son atributos esenciales e inalienables de la personalidad humana.

Todos somos víctimas de las circunstancias sociales y económicas en que nacimos. La historia ha probado que el progreso es desigual. Es esta desigualdad la que ha exigido a muchos países la introducción de una variedad de medidas sociales de las cuales forma parte esencial la Seguridad Social.

La Seguridad Social desde sus principios en Alemania, en el siglo pasado, y en los países del Continente Americano hace más de 40 años, ha influido en el desarrollo socio-económico de los pueblos, buscando por medio de la acción del Estado, una justa distribución de bienestar, salud y riqueza, a los sectores menos protegidos de la sociedad.

La Seguridad Social moderna tiene una doble finalidad:

Proteger al hombre contra los riesgos de incapacidad que le

ponen en condiciones de vida y de trabajo incompatibles con sus exigencias biológicas.

Promover al hombre, cuya seguridad no depende solamente de una protección económica, sino también de sus propias capacidades de trabajo, de su calificación, de su educación sanitaria y social y de su nivel cultural.

“Se trata, en efecto”, dice el Dr. Poulizac, “de garantizar el equilibrio de la salud física y mental de la población, pues es más eficaz y más humano desarrollar una política preventiva y fomentar la promoción social, que resignarse a una indemnización pasiva y degradante de la incapacidad”.

La medicina de la Seguridad Social se ocupa del hombre como tal, expuesto al riesgo de la enfermedad y del accidente, principalmente como factor de la producción y elemento primario de desarrollo del bienestar social.

No es posible hablar de una Seguridad Social completa, cuando existen núcleos sociales que están segregados de la economía y de la sociedad, y grupos de individuos que están impedidos en alguna forma y por ello no están incluidos en la actividad progresiva del país.

A pesar de que en muchos países, notablemente en las Américas, los sistemas de Seguridad Social todavía no cubren sino una minoría de las personas económicamente activas, la meta final es llegar a una extensión nacional y a las personas menos favorecidas.

Por consiguiente los Institutos de Seguridad Social, por sí mismos, o en colaboración con Departamentos similares de Administración Social, deben ayudar a la reintegración rápida y total de la víctima de circunstancias adversas a la completa participación comunitaria; y sus finanzas deben ser sabiamente usadas para este fin.

Este esfuerzo que tiende a la reincorporación de los inválidos a la vida social y económica del país es la 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.

“En estas resoluciones se reconoce la rehabilitación como un derecho del hombre y su importancia socio-económica para los países en desarrollo, que bajo ningún pretexto debe darse el lujo

de tener un grupo de personas impedidas como un lastre para la economía y progreso del país”.

II. EL PROGRESO DE LA REHABILITACION

1. *Conceptos Generales.*

El profesor Jaques Parisot dice que “el enfermo es indudablemente una unidad, pero una unidad al servicio de una colectividad, que es la familia, el taller, la ciudad”. Este pensamiento se refleja en la definición aceptada de que la rehabilitación es “un proceso continuo y coordinado tendiente a obtener la restauración máxima de las personas incapacitadas en los aspectos físico, psíquico, educacional, social, profesional y económico, con el fin de reintegrarlos como miembros activos de la comunidad.

Los ingredientes esenciales de un programa total de rehabilitación para los inválidos son: restauración física y mental, readaptación profesional y ayuda financiera.

El primer objetivo es eliminar la incapacidad física o mental, si esto se puede lograr, o reducir y aliviar la incapacidad en todo lo posible; y el segundo es re-entrenar a la persona con su capacidad residual a vivir y trabajar dentro de los límites de su invalidez, desarrollando al máximo sus capacidades.

2. *La Rehabilitación Médica*

Es muy importante que la rehabilitación médica considere más allá de la simple recuperación de la capacidad física del individuo a través de tratamientos clínicos, quirúrgicos y terapéuticos y la aplicación de aparatos ortopédicos.

Cuando el individuo se invalida de tal manera que su vida normal se interrumpe o requiere cambios en la forma de ganarse la vida, se desatan complejas influencias psicológicas y sociales.

De igual importancia por consiguiente son la adaptación social y psicológica de la persona, y su motivación para volver a trabajar, como el aprendizaje para manejarse independientemente en la vida diaria. Estos factores influyen en su desempeño futuro, e involucran no solamente la adaptación de la persona a sus limitaciones, sino también la adaptación y la aceptación del inválido por su grupo familiar, su ambiente social y de trabajo.

Además, el concepto de rehabilitación debe ser adoptado por el médico general, a menudo el primero que ve al inválido, desde

que el paciente entra en tratamiento y antes de que llegue a un servicio de rehabilitación.

La medicina curativa forma la base de la prevención de la rehabilitación, disciplina cuya eficiencia dependen de la forma en que se articulan con la atención médica.

Todavía falta mayor información a los médicos generales que con frecuencia por desconocer el significado exacto de la rehabilitación, se concentran en los aspectos clínicos y quirúrgicos del caso y piensan poco en la futura situación de trabajo y los posibles problemas sociales que pueda tener el paciente.

Cuando se ha logrado la máxima restauración, física y mental, muchos inválidos estarán en condiciones de volver a su trabajo anterior o encontrar un trabajo de acuerdo con sus capacidades residuales, sin embargo, muchos necesitan además, servicios especiales de rehabilitación profesional y preparación para un empleo.

3. *La Rehabilitación Profesional.*

Está definida por la OIT ⁽¹⁾ como “aquella parte del proceso continuo y coordinado que comprende el suministro de servicios profesionales, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación en el empleo, destinados a permitir a una persona inválida obtener y retener un empleo adecuado”.

— *La evaluación y orientación para un empleo o formación profesional.*

Las posibilidades de empleo para personas inválidas varían mucho, dependiendo de sus capacidades residuales y desventajas físicas, mentales o sociales, en relación con su trabajo, formación y experiencia anteriores.

Si consideramos los requisitos que exige cada trabajo con relación al trabajador, desde el punto de vista de las capacidades físicas e intelectuales, aptitudes especiales, personalidad y otras cualidades humanas, es evidente que todos tenemos limitaciones para muchos tipos de trabajo.

Debido a las limitaciones adicionales que tienen los inválidos, y a la necesidad de asegurar el máximo desarrollo y uso de

(1) Recomendación No. 99, OIT.

sus capacidades restantes, se requiere servicios especializados para la evaluación y orientación en la rehabilitación profesional.

Al evaluar a una persona inválida para el trabajo, se comparan sus capacidades y cualidades personales con las condiciones y requisitos de trabajo. Esto es realizado en talleres que reproducen situaciones reales de trabajo, por especialistas profesionales y técnicos, que trabajando en estrecha coordinación forman el equipo de rehabilitación profesional.

Por un lado los médicos, psicólogos, trabajadoras sociales y colocadores hacen un estudio del inválido para obtener un cuadro claro de sus posibilidades para el trabajo en aspectos físicos, intelectuales y profesionales.

Por otro lado, se evalúa al individuo en los talleres, bajo la responsabilidades de instructores especializados, para medir la tolerancia de trabajo y sus habilidades, establecer cualquier necesidad que tenga de adaptaciones para facilitar su rendimiento en el trabajo, y observar su adaptación al grupo, sentido de responsabilidad, puntualidad, etc., factores de suma importancia en un buen trabajador.

— *El acondicionamiento y adaptación del inválido al trabajo.*

La mayoría de los inválidos que hayan pasado muchos meses o años de enfermedad y desocupación, necesitan acostumbrarse de nuevo a cumplir un horario, resistir un día normal de trabajo y desarrollar habilidades atrofiadas.

En los talleres, además de la evaluación se contemplan programas de readaptación y adiestramiento en el trabajo y una nivelación de los conocimientos técnicos y tóricos requeridos para un empleo o curso de formación posterior, bajo una supervisión médica, psicológica y social.

Se ha comprobado que al prescindir de estas etapas claves de evaluación, orientación y readaptación al trabajo, comúnmente llevado a cabo en Centros Especiales de Rehabilitación Profesional, resultan serios problemas en la capacitación profesional y empleo del inválido.

— *La formación profesional.*

“La formación de la mano de obra, es uno de los factores que aumenta la productividad individual y el desarrollo nacional; por consiguiente debe concebirse como un proceso dinámico que ha-

ce necesarios, esquemas de adiestramiento flexible de acuerdo con las necesidades tecnológicas y de desarrollo local y nacional”.

En los países en donde existe una alta tasa de desempleo, es común que falta mano de obra especializada.

En estas circunstancias la formación profesional es un factor esencial para asegurar la rehabilitación total del inválido.

Los principios y métodos usados en la formación de personas normales deberán aplicarse igualmente a las personas inválidas, quienes, en lo posible, se capacitarán al lado de aquéllas.

Este sistema, seguido en muchos países, ayuda al inválido a adaptarse a trabajar en condiciones corrientes y brinda al alumno sano la oportunidad de trabajar con personas incapacitadas, despojándose de cualquier prejuicio.

Sin embargo, para los inválidos que no puedan marchar a la misma velocidad que los otros alumnos o cumplir con las mismas exigencias habrá necesidad de organizar cursos especiales de formación profesional, como por ejemplo para los ciegos y retardados mentales que requieren métodos y técnicas especiales de enseñanza.

— *La colocación y seguimiento del inválido en el empleo.*

El fin esencial de la rehabilitación de un inválido, es procurarle empleo en una ocupación donde su limitación no afecte su eficiencia en el trabajo, que él sea capaz de ejercer con la misma habilidad que sus demás colegas, sin peligro para él, ni para ellos, y sin que haya de temerse una agravación de su invalidez.

Para esto un colocador especializado tiene que conocer tanto las condiciones y requisitos de cada puesto, como las capacidades residuales del inválido, trabajando en estrecho contacto con los empleadores y siguiendo al inválido durante su rehabilitación.

En muchos países los servicios de empleo de inválidos están integrados en los servicios nacionales de empleo. En el caso contrario deben actuar en coordinación con ellos.

— *Tipos de empleo.*

Mientras más personas rehabilitadas puedan ser empleadas en condiciones normales, tanto mejor. Pues, enseña a la comunidad

a no considerarlos como un grupo segregado. Sin embargo, su capacidad de producción y calidad de trabajo deben ser iguales a las de los trabajadores normales, así como las condiciones contractuales con que ingresan al empleo. Con una buena orientación y capacitación para el trabajo, y un servicio de colocación selectiva activa, hasta en países donde existe gran desempleo la colocación de un número importante de inválidos en estas condiciones no presenta un problema. Al contrario, el inválido rehabilitado está aceptado como un óptimo y productivo trabajador, una vez hecho el ensayo.

— *Empleo protegido.*

“Los talleres protegidos —dice la OIT ⁽¹⁾— deberían proporcionar con la debida vigilancia médica y profesional, no sólo trabajo útil y remunerado, sino también oportunidades de adaptación al empleo y de ascenso y siempre que sea posible, de traslado a un empleo corriente”.

Estas condiciones especiales de trabajo son necesarias para inválidos que al salir del Centro de Rehabilitación Profesional, no han adquirido aún la capacidad de trabajo necesaria para un empleo normal, y requieren trabajar un tiempo con supervisión técnica y médica, hasta que su tolerancia, velocidad y ganancias sean comparables con las de un trabajador normal.

El hecho de que los trabajadores inválidos que ingresan a estos talleres suelen tener un rendimiento de trabajo menor que los trabajadores normales, significa que comúnmente una industria de este tipo necesita una subvención. Sin embargo, una experiencia que ha solucionado en parte el aspecto económico del taller protegido es la combinación de una proporción mínima de trabajadores sanos permanentes, con los inválidos.

Fundamental para el éxito de estos talleres es un personal de alto nivel técnico con experiencia industrial.

— *Trabajo independiente y cooperativas de inválidos.*

En algunas circunstancias pueden resultar como los tipos de empleo más adecuados, condicionado por supuesto a la buena capacitación de los trabajadores.

Todavía la cooperativa es un campo de trabajo muy poco explotado.

(1) Recomendación No. 99, OIT.

Por las amplias experiencias que se conocen de Polonia (95,000 inválidos trabajando en cooperativa) y Checoslovaquia, las cooperativas de inválidos abren una gama de posibilidades que solucionan muchos de los problemas encontrados en los programas de países en desarrollo. Estos incluyen la comercialización de los productos y hasta la financiación por las mismas cooperativas de nuevas instalaciones que brinden oportunidades de trabajo y vivienda a un número cada vez mayor de inválidos.

Bajo el mismo sistema hay posibilidades de otorgar préstamos para conseguir equipo de trabajo a los inválidos rehabilitados que prefieren trabajar por su cuenta.

III. ESTRUCTURA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION EN AMERICA LATINA

En todos los países del mundo, el comienzo de la rehabilitación ha sido fruto de dedicados individuos o grupos que han organizado servicios, estimulados con frecuencia por la experiencia personal de su necesidad.

Estos esfuerzos deben ser elogiados no sólo por lo que han significado y significarán para los inválidos servidos por ellos sino quizás aún más importante por haber sembrado la semilla preparatoria de lo que ahora o más tarde, inevitablemente debe llegar a formar parte de la política social de la nación, para hacerle frente a las necesidades de los inválidos del país.

A nivel nacional las formas de implementar los programas de rehabilitación son tantas como los países que de ellos se ocupan.

Sea cual fuere el sistema seguido, lo importante es recordar que la rehabilitación nunca debe congelarse en fórmulas estancadas, sino ir en busca de soluciones prácticas que requieren los problemas planteados constantemente por la vida y la situación nacional y de los inválidos de todos los sectores de la población.

En el Seminario Internacional sobre Programas de Rehabilitación, desarrollado en Canadá en marzo de 1969 el interrogante de si los procedimientos de rehabilitación debían ser administrados por Agencias Especiales Independientes, Agencias del Estado u Organizaciones Nacionales llevó a una opinión inconclusa y dividida. Sin embargo, se llegó al acuerdo que debe existir coordinación y cooperación entre las Agencias, diferentes niveles de Gobierno y las Naciones, en el campo de la rehabilitación.

1. *Coordinación.*

El punto de partida de un programa nacional de Rehabilitación debe ser su planificación e integración en los planes generales de salud, bienestar, educación y empleo del país.

“Lo que interesa más que la distribución de responsabilidades y de tareas entre los agentes que pueden intervenir, es que todos los programas en el campo social de un país deben considerarse en su conjunto, para que luego solamente sobre esa condición, puedan ser desarrollados individualmente, con objetividad y ponderación. Esto tanto más imperativo cuanto la factibilidad de los planes y programas económicos y sociales en los países de América Latina, dada su capacidad económica limitada, deben ser mirados en primer término a la luz de las posibilidades reales que ofrezca o que permita dicha capacidad económica.

Sólo cuando esto se ha logrado, se deben considerar los medios de coordinar los aspectos multifacéticos de la rehabilitación.

La coordinación de las prestaciones de rehabilitación en los diferentes Institutos y Organizaciones de Asistencia Médico-Social, facilita el otorgamiento de la prestación a personas con todo tipo de necesidad y condición social, y evita 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.

La autoridad coordinadora deberá contar en gran parte con los sistemas de Seguridad Social que existan, así como con las instituciones privadas, para que el programa tenga una extensión útil y una justa distribución de financiamiento.

La función de dicha autoridad a veces es puramente asesora en cuanto la planificación y coordinación de los servicios, preparación de personal, elaboración y unificación de criterios y métodos, etc., o, como es el caso en Colombia, tiene además facultades legales, económicas y organizadoras.

Algunas ventajas de un Comité Coordinador Nacional de Rehabilitación son que:

a) Facilita la reintegración de los servicios de rehabilitación en

los planes nacionales de salud, educación y empleo, y la utilización de servicios existentes.

- b) Permite la participación activa de todos los sectores e Instituciones nacionales y privadas importantes, que tienen alguna conexión con la rehabilitación.
- c) Permite la coordinación de los recursos económicos en el país y de las ayudas que otorga el Gobierno para el desarrollo de nuevos servicios e Instituciones Privadas.
- d) Permite desarrollar medidas legales comprensivas y coordinadas.
- e) Permite desarrollar un programa que alcanza a todos los sectores de la población incluso a los indigentes y trabajadores independientes.
- f) Permite hacer una campaña nacional de Divulgación e Información.
- g) Permite coordinar los diferentes aspectos de la rehabilitación entre sí.
- h) Promueve la extensión de servicios fuera de la capital en países con tendencias centralistas.
- i) Facilita los contactos internacionales, tanto para el intercambio de información, la participación en Congresos, Seminarios, etc., como para la Asistencia Técnica.

Mañana las sesiones del Seminario estarán dedicadas a considerar en más detalle este punto importante. Pero en resumen podemos decir que la autoridad coordinadora tendrá como responsabilidad, poner al alcance del inválido el mayor número de prestaciones y facilidades con fines de readaptación a la mayor brevedad posible, por medio del uso nacional de todos los medios con que cuenta el país.

La coordinación de la que hemos hablado es la coordinación general de alcance nacional, pero es importante destacar otra clase de coordinación indispensable para cada caso en particular.

Esto aplica al trabajo coordinador del equipo de personal dentro de los servicios de rehabilitación y también entre agencias que intervienen en las diferentes fases de rehabilitación del caso.

2. *La Rehabilitación en Instituciones de Seguridad Social.*

— *Antecedentes*

Para asegurarnos que la rehabilitación está considerada como una prestación necesaria dentro de los sistemas de seguridad social, basta mirar alguna de las muchas recomendaciones y resoluciones hechas por las diversas Organizaciones Internacionales que intervienen en este campo (La OIT, AISS, CISS, etc.).

Entre los conceptos principales de los acuerdos y recomendaciones merecen destacarse:

Cuadro No. II

ACUERDOS Y RECOMENDACIONES	Organización	AÑO
a) Deben crearse Centros de Reedu- cación Profesional de Inválidos.	CISS (Chile)	1940
b) Debe otorgarse en casos de riesgos profesionales, atención médica com- pleta, incluyendo rehabilitación pro- fesional, servicios de colocación y pensiones.	CISS (Río de J.)	1947
c) Las prestaciones económicas deben fijarse después de haberse comple- tado la rehabilitación.	AISS (Viena)	1951
d) La reeducación profesional debe to- marse en cuenta en la evaluación de la invalidez.	AISS (México)	1955
e) La asistencia médica debe ser com- pleta con medicina preventiva, cu- rativa y rehabilitatoria.	CISS (México)	1960

Según un estudio ⁽¹⁾ hecho por la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social sobre el estado actual de la rehabilitación en Instituciones de Seguridad Social en los países de América Latina se puede concluir:

(1) Panorama de la Rehabilitación en las Instituciones Americanas de Seguridad Social, Dr. Jorge Fernández Osorio, Dr. Jaime Orozco y Matuz, Dr. Luis Vales Ancona. IMSS. Enero 1969.

- a) En la mayoría de las instituciones existe legislación o reglamentación que en forma implícita o explícita señalan a la rehabilitación como una de sus prestaciones.
- b) Se atiende principalmente a los asegurados, con una clara tendencia para la atención de los beneficiarios.
- c) Se realizan principalmente programas de rehabilitación física para los inválidos de aparato locomotor, no contemplando incapacidades cardiovasculares, pulmonares, sensoriales y psiquiátricas.
- d) Actualmente se delegan muchos servicios de rehabilitación.
- e) Sólo algunas instituciones por excepción están proporcionando la rehabilitación profesional en forma integral.

En la Mesa Redonda sobre "Seguridad Social y Recursos Humanos" organizada por la OIT y CISS en México en noviembre de 1969, se concluyó que en la actualidad, se otorga una mayor importancia al seguro de invalidez en vez de promover la rehabilitación. Esta tendencia fue criticada en el sentido de que, propiciar la pensión en lugar de la rehabilitación implica una mayor carga sobre la población económicamente activa, en vez de la participación del inválido en la misma.

Del análisis de los acuerdos mencionados y los resultados obtenidos, se constata que corresponde a las instituciones de la Seguridad Social dar una mayor importancia a la implementación de este tipo de prestaciones especialmente en cuanto a otorgar una forma integral de rehabilitación.

ESTUDIO ECONOMICO DE LAS VENTAJAS DE LA REHABILITACION

Los cuadros siguientes pretenden demostrar las ventajas socio-económicas para un país al rehabilitar un trabajador que adquiere una incapacidad permanente.

CUADRO III

Datos de un trabajador típico de la Industria Colombiana reha- bilitable, al momento de accidentarse y susceptible de recibir una pensión.	
Edad	29 años
Expectativa de vida después del accidente:	30 años
Salario base mensual:	\$ 1.000.00 Col.
Monto mensual de la pensión si no se re- habilita: (60% de salario base).	\$ 600.00 Col.
Duración promedio de la rehabilitación profesional (Centro de Rehabilitación Profesional y Curso de Capacitación Pro- fesional).	15 meses
Costo mensual de la rehabilitación profe- sional.	\$ 2.000.00 Col. ⁽¹⁾
Monto mensual de subsidio extendido du- rante la rehabilitación profesional (66% del salario base).	\$ 660.00 Col.

Tomando como base un trabajador típico de la industria Colombiana al momento de accidentarse se pueden presentar dos alternativas:

- 1) Pago de pensión vitalicia por parte del Seguro Social para compensar la pérdida de su capacidad de trabajo.
- 2) La recuperación de su capacidad de trabajo por medio de la rehabilitación profesional y reintegración a la fuerza de trabajo.

El cuadro que sigue ilustra la diferencia de costos entre una y otra alternativa, y las ventajas puramente económicas para el Seguro Social de la inversión en rehabilitación integral.

Los costos están estimados a partir de la Rehabilitación Profesional, tomando en cuenta que la pensión generalmente es otorgada al terminar la rehabilitación médica, que a su vez está financiada dentro de las prestaciones médicas.

(1) Esta cifra incluye las amortizaciones de inversiones previamente realizadas tanto de construcción como de dotación total de los servicios de rehabilitación profesional.

CUADRO IV

1) Pago de pensión vitalicia para compensar la pérdida de la capacidad de trabajo del trabajador accidentado.	
Costo de un trabajador con pensión vitalicia:	
a) Por pensiones pagadas durante 30 años	\$ 216,000.00
b) Pérdida por cotizaciones tripartitas no recibidas por el Seguro Social en 30 años	95,000.00
Total	\$ 311,000.00
2) La recuperación de la capacidad de trabajo del trabajador accidentado por medio de la rehabilitación integral.	
Costo de la rehabilitación profesional:	
a) Costo total de la rehabilitación profesional incluyendo la capacitación profesional. . . (15 meses duración)	\$ 30,000.00
b) Costo total de subsidio pagado durante la rehabilitación.	10,000.00
Total	\$ 40,000.00
<i>Conclusión:</i>	
La diferencia de costos propiciada por la rehabilitación profesional como alternativa al pago de una pensión vitalicia ahorra al Seguro Social por un trabajador la suma de	\$ 311,000.00 40,000.00
	\$ 271,000.00

El estudio económico anterior, representa el ahorro hecho por el Seguro Social, al rehabilitar un trabajador inválido.

Teniendo en cuenta la economía del país, al rehabilitar un trabajador inválido y reintegrarlo a la fuerza de trabajo, recuperamos su aporte al ingreso nacional bruto, que en 30 años sería \$ 360,000.00.

Además de las consideraciones económicas, no podemos dejar de apreciar las consecuencias sociales que repercuten tanto en el núcleo familiar como en la comunidad.

CUADRO V

(1)

NUMERO DE PENSIONES DE INVALIDEZ OTORGADAS POR EL SEGURO SOCIAL EN DIFERENTES PAISES

<i>País</i>	<i>Número total de pensiones de invalidez</i>	<i>Año</i>
Bolivia	5.204	1.968
Costa Rica	461	1.968
Chile	36.000 (aproximado)	1.968
El Salvador	135	1.967
India	19.353	1.967
Panamá	947	1.966

—Ventajas del Desarrollo de Servicios Nacionales de Rehabilitación bajo las Instituciones de Seguridad Social.

Es evidente que las Instituciones de Seguridad Social tienen grandes ventajas que favorecen el desarrollo de servicios nacionales de rehabilitación bajo sus auspicios.

Tienen conexiones cercanas con autoridades gubernamentales de salud y trabajo y con la industria, recursos financieros provenientes de los riesgos de invalidez y la autorización legal para proveer servicios de rehabilitación.

Además, la política de la mayoría de las Instituciones de Seguridad Social tiende a la extensión de servicios no sólo geográficamente, sino también a otros grupos de trabajadores y sus dependientes que no tienen protección hasta el momento.

Sin embargo, hay ciertas limitaciones que se deben considerar especialmente para la organización de servicios de rehabilitación profesional, en aquellos casos en que los servicios son prestados sólo a los afiliados.

—Limitaciones de Servicios Nacionales de Rehabilitación bajo Instituciones de Seguridad Social.

Mientras casi todos los inválidos temporal o permanentemente incapacitados requieren servicios de rehabilitación médica, justificando

(1) División de Seguridad Social OIT Ginebra.

así la existencia de estos servicios en cada una de las Instituciones Gubernamentales, de Seguridad Social y Universitaria, etc., el número de inválidos que necesitan rehabilitación profesional en cada sector, no es suficiente para merecer servicios separados.

De acuerdo con las siguientes estadísticas, podemos ver que la proporción de asegurados con incapacidad permanente por accidente de trabajo o enfermedad profesional en proporción a la totalidad de la población asegurada es relativamente baja, hasta en países en que ésta asciende a 57% y 83% de la población económicamente activa.

(1)

CUADRO VI

PORCENTAJE DE INVALIDOS CON INCAPACIDAD PERMANENTE DE LA POBLACION ASEGURADA

PAIS	AÑO	Inválidos como porcentaje de la población asegurada.
Dinamarca	1.953	1.5
Suecia	1.954	2.9
Francia	1.955	2.4
Israel	1.968 promedio de varios años.	2.3
Estados Unidos	1.968 promedio de varios años.	1.1

Se estima que en América Latina en su conjunto apenas ⁽²⁾ una quinta a una sexta parte de la población económicamente activa está cubierta por los Seguros Sociales.

En Colombia, de acuerdo con las estadísticas del ICSS entre 1.965 y 1.968, aproximadamente 0,2% de los trabajadores afiliados resultaron con incapacidades permanentes por causa de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cifra que corresponde sólo al 10% de la población Colombiana económicamente activa.

Tomando en cuenta que la cifra mínima estimada, de inválidos

(1) Manual Educativo de Seguridad Social para Trabajadores. OIT.

(2) Consideraciones Generales sobre la Interrelación entre los Programas de Seguridad Social y la Economía Nacional en los Países en Vía de Desarrollo. Dr. G. Arroba.

en Colombia es de 7% de la población, es evidente que anualmente se invaliden en el país un número notable de personas no afiliadas al ICSS y por lo tanto que tendrían que buscar su rehabilitación en otras instituciones, y, seguramente se puede aplicar este fenómeno a otros países de América Latina.

En cuanto a la proporción de los inválidos que podrían necesitar la rehabilitación profesional, se puede decir que en general los inválidos con pérdida de capacidad productiva entre 40% y el 80% caen dentro de este grupo.

Del siguiente cuadro que demuestra una distribución de inválidos asegurados con incapacidades permanentes, agrupados por la gravedad de la incapacidad, podemos sacar un estimativo del % aproximado del total de inválidos asegurados que requieren servicios de rehabilitación profesional.

CUADRO VII

(1)

**DISTRIBUCION DE INVALIDOS CON INCAPACIDADES
PERMANENTES DE ACUERDO CON LA GRAVEDAD
DE LA INCAPACIDAD**

Grado de Incapacidad (por 100)	Porcentaje de todos los casos de incapacidad permanente	
	Gran Bretaña	Canadá-Ontario
0 — 19	54.3	86.0
20 — 39	32.8	6.1
40 — 59	7.8	2.3
60 — 79	2.6	1.6
80 — 99	0.8	0.5
100	1.7	3.5
	100.0	100.0

De esto podemos sacar una conclusión aproximada de que sólo el 5% a 10% de los inválidos asegurados necesitan rehabilitación profesional.

(1) Manual Educativo de Seguridad Social para Trabajadores. OIT.

En países de América Latina, las estadísticas muestran una cifra un poco más alta, y si incluimos a los no asegurados, el número de inválidos que necesitan rehabilitación profesional subiría aproximadamente al 20%—25% de todos los incapacitados.

Este pequeño estudio confirma que los servicios de rehabilitación profesional deben ser extensivos a todos los sectores de la población en las diferentes partes del país.

En Colombia, el Consejo y Fondo Nacional de Rehabilitación adscrito al ICSS ha solucionado este problema. Permite la financiación de los servicios y a la vez la necesaria aptitud de cobertura, siendo usado el servicio no sólo por los afiliados del ICSS, sino también por otros sistemas de Seguridad Social que contratan los Servicios con el Fondo de Rehabilitación y por los indigentes que obtienen los servicios gratis.

—*Aspectos Legales de la Rehabilitación bajo Sistemas de Seguridad Social.*

Quienes hemos trabajado en programas de rehabilitación en América Latina encontramos problemas comunes que obstaculizan la eficacia de los programas.

Algunos de estos problemas tienen su origen en la Legislación de Seguridad Social.

- a) Usualmente la legislación de Seguridad Social considera un subsidio de enfermedad de duración variada. La práctica más común es que después de un período de 6 meses el paciente es declarado legalmente sano o pensionable y el tratamiento tiene que terminar si el paciente no puede pagar por su propia cuenta.

Este período escasamente cubre el tiempo necesario para la rehabilitación médica y ciertamente no permite una rehabilitación profesional completa que tome en cuenta la capacitación profesional.

En la práctica esto significa que muchos de aquellos que necesitan rehabilitación profesional, que no tienen los medios económicos ni derecho a una pensión, son obligados apenas a subsistir engrosando las filas de los desempleados o semi-empleados en el país.

La siguiente estadística de las experiencias en Chile y Colombia ilustra este fenómeno

CUADRO VIII

PROPORCION DE CASOS QUE NO PUEDEN REHABILITARSE POR FALTA DE FINANCIAMIENTO

PAIS	Total de candidatos pre-seleccionados para rehabilitación profesional.	No. Candidatos que ingresan al servicio.	No. candidatos no ingresan o abandonan servicio por falta de financiamiento.	No. rechazados por otras razones (1).
Chile 1965-1967	352	210	128	14
Colombia 1970	152	37	46	69

- b) En la mayoría de los países el procedimiento administrativo para el Seguro de Invalidez fué organizado antes de que existieran los programas de rehabilitación profesional. Como consecuencia los casos son enviados al Comité de Pensiones para revisión y evaluación de la incapacidad con miras a una pensión, cuando termina la rehabilitación médica, y antes de que haya obtenido una máxima capacidad de trabajo por medio de la rehabilitación profesional. Esto aún en los casos donde existe derecho de la continuación del subsidio.

Una manera de obviar esto sería que los departamentos médicos antes de enviar los casos al Comité de Pensiones los remitieran a los Servicios de Rehabilitación Profesional, o al contrario, que el Comité de Pensiones se abstenga de tomar una decisión antes de conocer el concepto de los Servicios de Rehabilitación Profesional.

Se necesita entonces una coordinación muy estrecha entre estos Comités y los Servicios de Rehabilitación Profesional, y tal vez la presencia de un miembro del Comité en las reunio-

(1) Las otras razones del rechazo de candidatos para ingreso a los servicios de rehabilitación profesional incluyen problemas médicos no solucionados, insuficiente grado de instrucción y procedencia de otras zonas del país.

nes de equipo de los Servicios de Rehabilitación Profesional que tratan los casos que le conciernen al Seguro.

En Suiza los Comités de Pensiones incluyen un médico, un especialista en rehabilitación, especialistas en capacitación y empleo, un abogado y un trabajador social.

c) *Actitudes del Inválido Asegurado hacia la Rehabilitación.*

Un problema bien conocido entre los inválidos asegurados es la preferencia a vivir de una pensión, no importa qué tan inadecuada sea para sus necesidades, antes de someterse a rehabilitación, o el temor a perderla si ellos llegaren a ser rehabilitados.

Si ya no tienen una historia larga de desempleo debido a la enfermedad, creen que esto va a suceder.

En países donde el desempleo es alto, y las oportunidades para la rehabilitación profesional no existen, o apenas comienzan, el inválido naturalmente busca una fuente segura de ingresos.

Muy a menudo hay grandes demoras en referir los casos a los diferentes servicios de rehabilitación, bien sea debido a factores del proceso administrativo o a lentitud por parte de los diferentes servicios.

Esto no sólo le da a la persona inválida tiempo para formar actitudes de inválido crónico y a menudo le crea serios problemas psicológicos, sino también es una pérdida de su tiempo productivo.

En algunos países existen disposiciones legales que otorgan una pensión temporal a aquellos que tienen una incapacidad permanente parcial, la cual teóricamente termina si la persona recupera su capacidad de ganancia.

Sin embargo, en la práctica se ha encontrado que es difícil revocar una pensión de esta naturaleza y la angustia de perderla suele impedir la rehabilitación total del paciente.

Para evitar esta situación se ha sugerido que se extienda el subsidio de enfermedad durante el proceso de rehabilitación antes de otorgar una pensión temporal.

Si esta línea fuera adoptada, bien podría acelerarse el proceso de rehabilitación o disminuir las demoras, ya que el servicio o médico tratante, serían los últimos responsables ante la autoridad de compensación para la extensión del subsidio. De todos modos y a todo costo un intento debe hacerse por parte de la autoridad de compensación y los servicios de tratamiento, para eliminar demoras e interrupciones en la provisión de servicios a todos los niveles.

Tal vez valga la pena mencionar el sistema empleado por las fábricas de automóviles Austin y Vauxhall en Inglaterra el cual ha dado excedentes resultados. Los trabajadores accidentados después de que han sido tratados en forma inmediata por los servicios de medicina física, y tan pronto como la fase aguda ha pasado, entran a una sección especial de la fábrica para realizar trabajo de producción en maquinaria adaptada, que brinda ejercicios terapéuticos a la parte afectada bajo supervisión médica.

Así el trabajador vuelve a la línea de producción en un mínimo de tiempo de tal manera que no alcanza a perder sus hábitos de trabajo.

d) *La Evaluación de la Incapacidad para el Otorgamiento de Pensiones.*

En la práctica, raramente se hace un intento para evaluar la verdadera reducción en la capacidad de ganancia del incapacitado.

Normalmente se recurre a tablas, las cuales simplemente prescriben qué grado de incapacidad debe ser adjudicada a cada una de las principales mutilaciones.

El hecho es que el legislador ha estado tratando de alcanzar dos propósitos a la vez, que son ofrecer un alivio monetario para el impedimento físico como tal, y simultáneamente compensarlo por la reducción de ganancias en el futuro.

El Reino Unido y Finlandia en su última legislación han distinguido entre estos dos propósitos. En ambos casos la misma compensación monetaria forma una parte de la pensión y es otorgada cualquiera que sea el efecto económico de la lesión, pero además una segunda parte es añadida para tener

en cuenta el efecto específico en cada caso de tal lesión, de acuerdo con conceptos dados por los servicios de rehabilitación profesional.

3. *Legislación en la Rehabilitación.*

Desafortunadamente la experiencia nos ha enseñado que la sola creación de servicios de rehabilitación no es suficiente para alcanzar los objetivos programados y que el inválido necesita además un apoyo legal para poder obtener y conservar su empleo.

Algunas de las medidas convenientes para países de América Latina pueden ser:

- a) Ayuda económica durante el proceso de rehabilitación para asegurados e indigentes.
- b) Provisión de aparatos ortopédicos y prótesis para asegurados e indigentes.
- c) Créditos a los inválidos rehabilitados para obtener equipos y herramientas o para establecerse en el trabajo independiente o en cooperativas.
- d) Salarios y condiciones de trabajo para inválidos rehabilitados iguales a las personas no inválidas.
- e) El reemplazo de trabajadores accidentados en el trabajo y pronto cambio de ocupación dentro de la empresa, de trabajadores que sufren de enfermedades ocupacionales.
- f) La reserva de empleos en la administración pública para los inválidos rehabilitados.

En el reemplazo o cambio de ocupación de trabajadores inválidos, se debe tener cuidado de indicar en la ley que la acción tomada por los empleadores sea coordinada con la Agencia de Rehabilitación o Servicio de Empleo de Inválidos.

En relación a otras medidas legales, tales como empleo obligatorio de inválidos y ocupaciones reservadas, hay ciertos reparos acerca de su aplicación en América Latina.

El empleo obligatorio de un porcentaje de inválidos, sólo puede ser implementado con éxito cuando hay un número suficiente de personas rehabilitadas adecuadas para empleo competitivo.

En un país con servicios en vía de desarrollo este número no sería suficiente y se ha encontrado que es mejor conseguir el empleo a través de la cooperación voluntaria de los empleadores que por medio de la coacción.

El reservar ciertas ocupaciones para los inválidos tales como ascensoristas, dueños de kioskos, etc., es ciertamente una ayuda para aquellos que de otra manera no tendrían trabajo, sin embargo, debe cuidarse que esto no lleve a ideas fijas acerca de las posibilidades de empleo para los inválidos en general.

Esto sería apartarse del criterio de tratar a la persona inválida como un individuo con capacidades individuales.

Cuando se proyecta legislación en favor del empleo del inválido, es importante recordar tanto el proteger los intereses del empleador como los del inválido.

4. Planeación de Actividades para Programas de Rehabilitación Profesional.

Cuando se planea un programa de rehabilitación profesional sus actividades deben basarse en un estudio de los recursos humanos del país tomando en cuenta no sólo las necesidades de mano de obra actuales sino también las futuras tendencias.

Como en América Latina las Instituciones Nacionales de Formación Profesional están directamente relacionadas con las necesidades regionales y nacionales de mano de obra, es bastante seguro guiarse por los cursos existentes de dichas instituciones y los que se planean para el futuro.

5. Selección de Casos para Rehabilitación Profesional.

La selección de los casos es probablemente la clave para obtener éxito en la rehabilitación.

Se debe tener en cuenta más el potencial de trabajo de la persona en relación con los servicios de rehabilitación y oportunidades de empleo existentes, que el tipo de invalidez. Siguiendo este criterio los servicios de rehabilitación profesional deben servir a personas con todo tipo de invalidez, aunque se recomienda servicios independientes para ciegos y retardados mentales.

Uno de los factores que influyen en la rehabilitación profesional en países de América Latina, es el grado promedio de escolaridad del inválido, factor que podemos apreciar en el siguiente cuadro:

CUADRO IX

ESTADISTICA DEL GRADO DE INSTRUCCION DE CANDIDATOS
PARA SERVICIOS DE REHABILITACION PROFESIONAL
EN DOS PAISES

GRADO DE INSTRUCCION	CHILE 1965-1967	COLOMBIA 1970
Analfabeto	12	2
De 1º a 3º de primaria	97	42
De 4º a 6º de primera	131	67
Primer ciclo de secundaria	73	33
Segundo ciclo de secundaria	20	8
Otro tipo de instrucción Industrial y Comercial	19	1
	352	153

Idealmente, los casos para rehabilitación profesional deben provenir de los servicios médicos y de rehabilitación.

Sin embargo, la experiencia muestra que estos servicios son lentos en referir los casos adecuados a pesar de su orientación en la materia, y es necesario localizar a quienes necesitan el servicio a través de la prensa.

El siguiente cuadro demuestra la procedencia de los casos para los servicios de rehabilitación profesional en Chile y Colombia.

CUADRO X

ESTUDIO DE PROCEDENCIA DE CASOS EN SERVICIOS DE REHABILITACION PROFESIONAL EN DOS PAISES

REFERENCIAS DE CASOS	CHILE 1965-1967	COLOMBIA 1969-1970
a) Servicios médicos	154	73
b) Escuelas Especiales	20	—
c) Centros de Formación Profesional, Industrias, servicio de Empleo	44	28
d) Avisos prensa, o por cuenta propia	134	51
Total	352	152

6. *Formación Profesional de los Inválidos.*

La existencia en todos los países de América Latina de magníficas instituciones nacionales de formación profesional de adultos, facilita enormemente la capacitación profesional de los inválidos.

La participación de inválidos seleccionados en los cursos corrientes de estas instituciones cumple así con las recomendaciones de la OIT en relación con la formación profesional de los inválidos y la integración de rehabilitación en servicios existentes. Además reduce al mínimo de costos de operación de los programas.

Sin embargo, es fundamental que los que ingresan a estos cursos sean seleccionados por los Servicios de Rehabilitación Profesional para asegurar que su capacidad sea igual a los otros alumnos.

Siguiendo este criterio en Chile, entre los años 1965 y 1967, de 171 inválidos egresados del Centro de Rehabilitación Profesional, 59 siguieron cursos corrientes de Capacitación Profesional en el Instituto Nacional de Capacitación Profesional (INACAP).

7. *Empleo de los Inválidos.*

Los obstáculos reales en el empleo de los inválidos no son los que siempre oímos comentar; el gran desempleo de personas sanas,

los inconvenientes que ponen los empleadores, la falta de rendimiento del inválido y riesgos que constituye en la empresa. Más bien son de otra naturaleza.

Muchas veces los empleadores no analizan los requisitos de los diferentes trabajos y por lo tanto no se dan cuenta de que existen muchas actividades que una persona rehabilitada puede desempeñar perfectamente. Al contrario suelen seleccionar su personal al azar o con sentido de compadrazgo e inevitablemente se elige a los no inválidos.

De la misma manera los médicos de las empresas que deben certificar que el trabajador es físicamente apto para el empleo lo rechazan tan pronto como encuentran una incapacidad, a pesar de que la ley estipula que el trabajador debe poseer un estado de salud compatible con los requisitos del puesto.

Otros problemas se encuentran en el reemplazo o cambio de ocupación en las industrias de trabajadores incapacitados por accidentes o enfermedades profesionales.

Trabajadores que no pueden continuar en su trabajo previo por incapacidad permanente parcial a raíz de un accidente, si son retenidos por su empleador, son rebajados a un trabajo inferior al anterior. La Empresa pierde la experiencia y habilidad del trabajador quien inevitablemente se siente frustrado.

En este caso el colocador y los servicios de rehabilitación pueden jugar un papel importante en la orientación del empleador.

El problema de los trabajadores que sufren de enfermedades profesionales es diferente. Con mucha frecuencia el cambio de trabajo sólo puede ser a uno inferior, tanto económicamente como en el Status Profesional.

Este es el caso de los mineros que sufren de silicosis. Por ejemplo: en Bolivia y Chile el minero, quizás el trabajador mejor pagado del país, ha surgido generalmente de un medio agrícola y considera que se ha superado.

Desafortunadamente no siempre hay disponibles trabajos adecuados para los mineros con silicosis en sus primeras etapas, que les permita cambiar su ocupación.

A menudo en estas circunstancias el minero, antes de dejar la mina, prefiere continuar su mismo trabajo en condiciones perjudiciales hasta la muerte.

La solución principal en este campo es la introducción de medidas preventivas y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, más que la rehabilitación.

En relación al porcentaje de trabajadores rehabilitados que se integran a la fuerza de trabajo, tenemos una fuente de información de Israel indicativo del fenómeno para otros países.

El siguiente cuadro muestra estadísticas de lo anterior de acuerdo a la categoría de empleo y el grado de incapacidad de los trabajadores.

CUADRO XI

TRABAJADORES INVALIDOS QUE SE REINTEGRAN A SU TRABAJO DE ACUERDO A LA CATEGORIA DE EMPLEO Y GRADO DE INCAPACIDAD

CATEGORIA DE EMPLEO	GRADO DE INCAPACIDAD		
	Hasta 24%	25-49%	50% y más
Trabajadores con patrón e independientes	92.4	86.4	62.1
Trabajador con patrón	92.0	86.0	58.5
Trabajadores independientes	94.0	85.0	77.0

Algunas recomendaciones fundamentales para el empleo de los inválidos en países de América Latina son:

- 1) La creación de servicios de empleo a cargo de colocadores especializados.
- 2) Los inválidos que se colocan deben ser procedentes de un servicio de rehabilitación profesional.

Es recomendable que los colocadores se dediquen más a la búsqueda personal de empleo y a un contacto con los empleadores, que a la simple orientación profesional del inválido desde su escritorio.

- 3) La organización, lo más pronto posible de industrias protegidas, pequeñas industrias, comercios y cooperativas para rehabilitados capacitados, en coordinación con instituciones nacionales de promoción industrial.

8. *Preparación de Personal en Rehabilitación.*

Por último hay que destacar la necesidad de preparar todo el personal que trabaja en rehabilitación y de orientar a los diferentes grupos de la comunidad que colaboran con él.

Se considera esencial que la preparación de personal de rehabilitación incluya conocimientos teóricos y prácticos encaminados a la adaptación de las capacidades del individuo a una nueva vida de trabajo, evitando las condiciones que puedan agravar su invalidez.

Esto contempla una total comprensión de las necesidades médicas y de una gran variedad de limitaciones humanas, más una apreciación de condiciones y requisitos de la industria.

Además de la creación de departamentos de rehabilitación en las universidades para las carreras médica y para-médicas requeridas en la rehabilitación médica, sería muy importante incluir la materia de rehabilitación en el currículo normal del estudiante de medicina.

El personal de rehabilitación profesional, colocadores, instructores especializados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales requieren más bien cursos cortos de especialización en rehabilitación profesional, con duración de 1 a 4 meses.

Se considera que éstos pueden ser organizados por la autoridad o servicios de rehabilitación del país y, en lo posible, formar parte del programa universitario.

Se deben considerar también cursos especiales de orientación para médicos y abogados responsables del otorgamiento de pensiones, o que trabajan en los servicios médicos de Instituciones de Seguridad Social.

Un aspecto importante en la preparación de personal para rehabilitación, es el entrenamiento práctico en el trabajo, y esto se aplica tanto al trabajo en equipo como al trabajo individual de las diferentes disciplinas.

La rehabilitación exige un “descontento constructivo que involucra auto-crítica, que no perpetúa métodos sin análisis, sino que orienta su desarrollo con una sólida base profesional de hechos y resultados”.

Hay en general una grave falta de personal entrenado y de cursos regulares en el campo de rehabilitación profesional en los diferentes países.

Ante este problema se avanza conversaciones con la OIT y el CIESS para la organización de cursos internacionales para personal de rehabilitación profesional proveniente de países de América Latina.

CONCLUSIONES

- 1) La rehabilitación es un derecho de todos los integrantes de la población, y como tal debe formar parte de la política social de la Nación, y estar integrada en los planes nacionales de Salud, Bienestar, Educación y Empleo.
- 2) La coordinación de los servicios de rehabilitación en los diferentes Institutos y Organizaciones de Asistencia Médico-Social, facilita el otorgamiento de la rehabilitación a personas con todo tipo de necesidad y condición social, y evita la duplicación de costos y esfuerzos.
- 3) Es conveniente para el programa nacional de rehabilitación contar con una organización que actúe como coordinadora de dicho programa.
- 4) La medicina curativa forma la base de la prevención y de la rehabilitación, disciplinas cuya eficacia dependen de su articulación con la atención médica. Falta aún una orientación a los médicos en general sobre la rehabilitación.
- 5) La formación de mano de obra es uno de los factores que aumenta la productividad del individuo y el desarrollo nacional.

En los países en donde existe una alta tasa de desempleo, es común que falte mano de obra especializada. Por consi-

guiente la formación profesional del inválido es factor esencial que logra su productividad.

Este aspecto de la rehabilitación puede ser proporcionado en gran parte por las Instituciones Nacionales de Formación Profesional. Servicios especiales de evaluación y adaptación al trabajo de los inválidos son imprescindibles previo a la capacitación y empleo del inválido.

- 6) La mayoría de las Instituciones de Seguridad Social en América Latina tienen disposiciones legales que señalen a la Rehabilitación como una de sus prestaciones, aunque en la práctica se otorga más importancia al Seguro de Invalidez, que la promoción de la rehabilitación.

Falta en la mayoría de los países servicios de rehabilitación profesional.

- 7) Algunos problemas encontrados en los programas de rehabilitación en América Latina son que:
 - a) Muchos inválidos asegurados que necesitan rehabilitación profesional y no tienen derecho a pensión, no pueden recibirla por falta de financiación. Este problema se aplica también al gran número de inválidos indigentes.
 - b) Falta coordinación entre los comités de pensiones y los servicios de rehabilitación.
 - c) Hay demoras en referir los casos a los servicios de rehabilitación por factores administrativos.
- 8) Es necesario tener un apoyo legal para favorecer la rehabilitación y empleo de los inválidos lo cual toma en cuenta tanto los intereses del empleador como los del inválido.

El empleo obligatorio de los inválidos no es el método aconsejado para países de América Latina. Más importante es la orientación, capacitación profesional y un buen servicio de colocación selectiva.

- 9) En países de América Latina, la nivelación del grado de instrucción del inválido es un elemento necesario en la rehabilitación integral, para que él llegue a ser un individuo productivo en la sociedad.
- 10) Falta personal y cursos de especialización en rehabilitación profesional en los países de América Latina.

- 11) Capacitar a un inválido rehabilitable es más económico para el Seguro Social y el país que pagarle una pensión.

Además de las consideraciones económicas tiene grandes consecuencias sociales que repercuten tanto en el núcleo familiar como en la comunidad.

RECOMENDACIONES

- 1) Que los países cuyas disposiciones legales señalan a la Rehabilitación como una de las prestaciones médico-sociales, creen los servicios necesarios para lograr la rehabilitación integral de los inválidos de todos los sectores de la población.

Para este fin es importante que se destinen fondos adecuados dentro del presupuesto de la nación y de las Instituciones de Seguridad Social.

Que se busque la manera de financiar a los inválidos indigentes para permitirles recibir su rehabilitación, así como el adquirir los aparatos y prótesis que necesitan.

Que se creen Organismos Nacionales de Rehabilitación para coordinar todas las actividades de este campo.

- 2) Que los programas de rehabilitación consideren en forma especial los servicios de evaluación, capacitación profesional y empleo selectivo de los inválidos, utilizando en lo posible las Instituciones Nacionales que abarcan estos campos, especialmente para la capacitación profesional.
- 3) Que los servicios de Rehabilitación Profesional sean extensivos a todos los sectores de la población.
- 4) Que las Instituciones de Seguridad Social promuevan la coordinación entre los Comités de Pensiones y los servicios de rehabilitación para la evaluación de la incapacidad del afiliado; que en los casos rehabilitables se reserve la pensión permanente o temporal para después de la rehabilitación total, y que se otorgue más bien un subsidio durante todo el proceso de la rehabilitación, incluyendo la capacidad profesional.
- 5) Que se organicen cursos regionales para personal de rehabilitación profesional, para médicos y abogados de Seguridad

Social, y que se incluya una orientación sobre la rehabilitación en los programas docentes de medicina en los diferentes países de América Latina.

BIBLIOGRAFIA

1. Consideraciones Generales sobre la Inter-relación entre los programas de Seguridad Social y la Economía Nacional en los países en vías de Desarrollo. Dr. Gonzalo Arroba.
2. Fenómenos Médico-Sociales y Seguridad Social (CIESS).
3. Informe y Consideraciones Finales de la Mesa Redonda sobre Seguridad Social y Recursos Humanos. OIT y CPISS México, Noviembre 1969.
4. Informe al Gobierno de Chile sobre la rehabilitación profesional de los inválidos OIT. Ginebra 1968.
5. Inventory of Measures and Services Designed to Promote Rehabilitation in Social Security Institutions. (CIESS).
6. Las estadísticas de los Servicios Médicos de la Seguridad Social — Dr. Henri C. Poulizac. CIESS.
7. Occupational Diseases, Bulletin of International Social Security Association 1965.
8. Panorama de la Rehabilitación en las Instituciones Americanas de Seguridad Social. Dr. Jorge Fernández Osorio — Dr. Jaime Orozco Matus — Dr. Luis F. Vales Ancona.
9. Proceedings of the International Seminar on Rehabilitation Programmes in Workmen's Compensation and Related Fields. March 2-6 — 1969. Toronto.
10. Recomendación No. 99 de la OIT.
11. Recomendaciones para el Desarrollo de un Programa Nacional de Rehabilitación Profesional en Colombia. OIT Junio de 1969.
12. Manual Educativo de Seguridad Social para Trabajadores. OIT.