

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

Números 80 - 81

MARZO - JUNIO

1973

MEXICO, D. F.

ACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS
ERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO
E 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.

	Página
Dr. Ernesto Díaz del Castillo.	
Dr. Juan Urrusti Sanz	385
Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.	
Dr. Juan Di Domenico	417
NOVENA SESION PLENARIA	435
Tema: REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA INVALIDEZ.	
Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.	
Dr. Alejandro Rhode.	437
DECIMA SESION PLENARIA	469
Tema: LOS PROGRAMAS DE COORDINACION EN LA FUNDAMENTACION, PLANEACION, DISEÑO Y CONSTRUCCION DE UNIDADES MEDICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.	
Dr. José Martínez Estrada.	
Dr. Gonzalo Cabanillas Gallas.	
Dn. Fernando Flores Plaza.	
Dn. Manuel Santos Zamacona	471
UNDECIMA SESION PLENARIA	555
INFORME FINAL.	
Dr. Rafael Sánchez Zamora	557
VI REUNION DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL.	567

NOVENA SESION PLENARIA

- Presidente: Dr. Alonso Velarde,
Representante de los Médicos ante
la Junta Directiva.
Caja de Seguro Social. Panamá.
- Vicepresidente: Dr. Jaime Gutiérrez,
Miembro de la Junta Directiva.
Caja Costarricense de Seguro Social.
- Secretario Técnico: Dr. Jorge Tulio González,
Jefe del Servicio de Medicina
Física y Rehabilitación.
Caja de Seguro Social. Panamá.

TEMA:

*REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL-CRITERIOS
PARA LA EVALUACION DE LA INVALIDEZ*

- PONENTE: ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL.
DR. ALEJANDRO RHODE.

REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL.
CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA INVALIDEZ.
CONSIDERACIONES HISTORICAS

Hasta hace aproximadamente 30 años, cuando se hablaba de enfermedad y de enfermos, el criterio médico se orientaba en dos direcciones solamente: hacia la forma de evitarlas y hacia los medios para curarlas, es decir, hacia la Medicina Preventiva y hacia la Medicina Curativa. Mediante la aplicación de estos conceptos se consideraba que la función del médico y su compromiso con el enfermo terminaba cuando ya se había completado el tratamiento medicamentoso o cuando ya se había realizado el acto quirúrgico requerido. Es decir, que para ese entonces, el individuo enfermo no tenía otra consideración distinta que la de constituir un problema médico que debía ser resuelto, sin tomar en cuenta ningún otro factor inherente a su condición humana, a su papel como integrante de la comunidad. Al mismo tiempo que este concepto de la medicina era aplicado, el criterio patronal acerca del trabajador era el de que la integridad física constituía una garantía de rendimiento y beneficio para la empresa, es decir, que la más pequeña incapacidad física aparente, determinaba su despido o rechazo.

Como consecuencia de estas actitudes y en especial de la actitud patronal, un trabajador veía con profundo temor la posibilidad de que como consecuencia de enfermedad o accidente pudiese perder siquiera parte de su capacidad física para el trabajo. Estos criterios y sus consecuencias sobre el individuo en general pueden explicarse, al menos en parte, por el hecho de que en aquella oportunidad no había entrado aún en juego la tecnología aplicada a la industria, por lo cual la demanda era fácilmente cubierta y por consiguiente todo ello hacía más grave la situación del trabajador con alguna incapacidad física.

Para aquel tiempo la obligación del Estado de atender sobre todo económicamente a los ciudadanos que como consecuencia de acciones de guerra quedaban sujetos a pensión, no constituía un problema económico de gran envergadura debido a su número relativamente escaso; pero con la desgraciada aparición y aplicación de armas cada vez más mortíferas y capaces de destruir en un segundo poblaciones enteras, de producir la muerte o daños de diversa naturaleza a cientos de miles de personas de una sola vez, creó situaciones nuevas, situaciones que ejercían su acción sobre toda la comunidad, sobre el país entero y aún

sobre el mundo, por su tremenda proyección social y económica tanto individual, así como colectiva.

Cabe mencionar también que en lo que se refiere a la asistencia hospitalaria, la necesidad de reducir el período de estancia en los hospitales y la observación de la recuperación precoz que aparecía en individuos que durante ese período no se limitaban a permanecer inactivos en sus camas, surgió la idea de que, además del tratamiento médico, debieran estar sometidos a un programa de ejercicios aún cuando se encontraran en cama, que les permitiera mantener o desarrollar adecuadas condiciones físicas para el momento de su salida, acortándose así también las largas estancias posteriores en los llamados hospitales de convalecencia.

Al mismo tiempo que esto sucedía en la esfera hospitalaria y en la comunidad, se pudo observar un hecho extraordinario y fundamental en la historia y en la base de la función social de la rehabilitación y fué que, así como muchos individuos, por el hecho de padecer alguna disminución de sus facultades físicas o mentales se acogen inmediatamente a los beneficios que el Estado o la sociedad le procuran y no realizan ningún esfuerzo por mejorar sus condiciones, otros hubo y cada día su número aumenta, que se rebelaron contra la suerte que tradicionalmente les esperaba y poniendo en acción todos sus recursos humanos y en especial aplicando su mejor fuerza de voluntad, se sobrepusieron a su incapacidad y recuperaron o sustituyeron en su totalidad o en parte su capacidad o habilidad productiva, realizando para su inmensa satisfacción labores que hasta ese momento se consideraban imposibles o muy difíciles de realizar por alguien que no estuviere en pleno goce de todas sus facultades físicas y mentales. Surgió así primero en esta forma empírica y luego con toda la fuerza de su valor y proyección social, el concepto de la rehabilitación de incapacitados y se pudo despertar interés en los aspectos sociales del incapacitado en los sectores necesarios, capaces de facilitar la puesta al alcance de aquellos considerados como inválidos, las técnicas científicas indispensables para reintegrarlo en las mejores condiciones posibles al medio de donde procedía. Se impuso pues en esta forma el criterio de que la obligación del médico con el paciente sólo terminaba cuando se había atendido también a sus problemas sociales, de modo que a las fases tradicionales de atención médica, preventiva y curativa, se agregó una tercera fase o fase social de la medicina realizada al través de la aplicación de los principios y técnicas de la rehabilitación de incapacitados.

Así desglosada en sus aspectos muy generales la problemática social del incapacitado, pasemos a considerar aquellos aspectos a cuya solución puede ser aplicable la función social de la rehabilitación.

Efectos sobre el individuo de una súbita incapacidad.

Cuando un individuo se encuentra disfrutando de los medios de vida que pone a su alcance el trabajo que realiza, considera esa situación tan natural, que no es lo habitual que piense en las consecuencias que pudiere acarrearle la pérdida del mismo por razones ajenas a su voluntad, e independientes por consiguiente de su propia condición y menos aun prevee los problemas que podrían derivarse si bruscamente, por causa de enfermedad o accidente, sufre la pérdida definitiva de alguna de sus facultades.

Por otra parte, la práctica y la ciencia han demostrado que en la realización del trabajo, un individuo no aplica todas las facultades, toda la potencialidad que su organismo es capaz de poner en acción cuando a ello es requerido. Esta realidad queda constantemente demostrada en innumerables observaciones de individuos que, aún presentando serias limitaciones, realizan una nueva labor o continúan realizando la que ya efectuaban, a veces con mayor eficiencia que antes de sufrir aquella pérdida. Estos hechos ponen de manifiesto el gran número de capacidades y de habilidades, en una palabra, de potencialidades de que está dotado el individuo y a las cuales debe acudir cuando así lo requiere, para continuar formando parte integrante y útil de la sociedad en la cual se vive y de cómo es obligación de esta sociedad poner a su alcance los medios necesarios para que pueda poner en actividad tales potencialidades.

Los efectos de la incapacidad a que aquí se hace referencia ejercen su acción en múltiples aspectos de la vida del individuo, tanto en lo físico así como en lo psíquico y lo social y se combinan en tal forma que su investigación presenta a veces grandes dificultades para determinar el valor relativo de cada uno de ellos.

Es así como una de las primeras y mayores preocupaciones de quien se encuentra en el caso señalado, lo constituye el temor de perder su trabajo, de ignorar su futuro y el de su familia.

Cuando se trata de un trabajador no especializado, cuya labor depende fundamentalmente de su capacidad física, la situación de súbita pérdida de uno o más de los elementos que integran su capacidad, origina de inmediato un estado de ansiedad extrema, de angustia indecible, por razones obvias y que se exterioriza en acuerdo con los rasgos de su carácter, sea por un estado de depresión profunda, de desesperanza, que se manifiesta en forma de falta de colaboración al tratamiento, de abandono de sí mismo y de rechazo de todo tipo de asistencia; o por el contrario, en reacciones violentas contra los demás o aún contra sí mismo que a veces le conduce a realizar atentados contra su vida. Quienes tienen a su cargo servicios de hospitalización para incapacitados conocen sobradamente

los problemas que este tipo de pacientes ocasiona y ante los cuales hay que revestirse de la mayor suma de comprensión para resolverlos.

Ahora bien, así como para el hombre en su carácter de jefe de familia su estado afectivo se origina principalmente por los factores socio-económicos que la incapacidad puede producirle, tal estado reviste graves implicaciones en la esfera psico-social de la madre víctima de súbita incapacidad, porque para ella la situación es mucho más grave en el sentido de que, si bien es el hombre quien provee lo necesario al mantenimiento económico del hogar, es ella quien al través de una labor incansable, que nunca termina y que constituye la razón misma de su existencia, mantiene la unidad familiar y a pesar de todo lo que ello envuelve, encuentra tiempo para cumplir con todas las otras obligaciones que como madre le corresponde fuera del hogar; además, el hombre realiza habitualmente una labor comprendida dentro de un horario determinado, la madre no tiene horario de trabajo, su labor se extiende a toda la duración del día y aún en la noche será quien atienda al hijo enfermo o al recién nacido; finalmente, la importancia de la madre dentro del núcleo familiar, queda evidenciada por el hecho de su frecuente desmembración cuando ella desaparece.

La conducta frente a su incapacidad súbita es en cierta forma distinta en caso de tratarse de un individuo de mayor cultura o de posición económica desahogada; no queriendo esto decir que no se puedan presentar y que habitualmente se presentan las mismas situaciones emocionales y mentales frente a la incapacidad, pero en ellos, si bien juega también papel primordial la desesperanza o la angustia, debido a su grado de cultura es menos difícil orientarlo hacia una línea de cooperación con el programa de rehabilitación y cuando esto se obtiene y los primeros resultados favorables aparecen, la batalla para su rehabilitación social ha sido ganada.

Por las circunstancias anotadas se desprende la necesidad imperiosa de que el incapacitado pueda ser atendido también en los problemas anotados, desde el primer momento que hace contacto con los servicios de rehabilitación, que sienta que hay alguien que se preocupa por su situación, que tratará de resolver sus problemas, que la sociedad no le ha abandonado y que su futuro no es el que imagina, sino que existen alternativas favorables para cuya consecución se requiere por su parte una sola y simple acción: poner toda su voluntad en cooperar a la mejor realización del programa de rehabilitación a su efecto elaborado, en la confianza de que así contribuirá activamente a su reincorporación al medio de donde procede en las mejores condiciones posibles.

Ahora bien, para que esta parte de la función social de la rehabilitación que se ejerce a nivel del individuo produzca los mejores resultados, requiere que

cada miembro del personal del equipo de rehabilitación, tanto médico, así como técnico y auxiliar, esté plenamente consciente y preparado para la función que le corresponde realizar, esté enterado de las metas que se pretende alcanzar y de la imperiosa necesidad de atender al incapacitado como en similar situación quisiéramos que se nos atendiera a nosotros mismos.

Para obtener ese fundamental objetivo se requiere suministrar a todo el personal los conocimientos indispensables y adecuados a cada nivel, mejorarlos y completarlos constantemente, hacerles comprender que con excepción del incapacitado, constituyen la parte más importante del sitio en donde prestan servicio y que su razón de ser la originan los diversos problemas médico-sociales que afectan al individuo incapacitado. Por esta razón, el peligro de utilizar personal no suficientemente entrenado, porque con una sola acción mal orientada, pueden poner en peligro la acción benéfica de todos los demás componentes del equipo.

Se aprecia por consiguiente cómo la función social de la rehabilitación debe comenzar a ejercer su acción en la adecuada selección y formación del personal y en actuar en ese sentido desde el mismo momento en que se realiza la primera atención del individuo incapacitado.

Mención especial dentro del equipo de rehabilitación debe hacerse del trabajador social. En la práctica, es el miembro del equipo quien puede llegar a conocer en forma más detallada, más íntima si se quiere, los problemas socio-económicos que inciden sobre el incapacitado. Por su formación social, su experiencia y su habitual tenacidad, así como por las dotes humanas que deben acompañarlo, es quien puede ser capaz de obtener del incapacitado información que frecuentemente no es posible obtener de otra forma; él se debe hacer acreedor a la confianza del incapacitado y de sus familiares mediante el conocimiento, estudio y eventual solución de numerosos pequeños problemas del ámbito familiar, que no por su aparente menor importancia, dejan de ejercer su acción sobre el individuo; mediante las entrevistas con los familiares y las visitas al hogar se constituye en forma práctica en el intermediario y a la vez lazo de unión entre el ambiente hospitalario y el exterior, y mediante este conocimiento puede y debe contribuir en forma eficiente a que al tomar en cuenta esos factores en la evaluación de cada caso, se establezca un programa de rehabilitación cuyas metas sociales estén ajustadas a la realidad y necesidad socio-económica del individuo. Siendo de notar que generalmente su acción se extiende más allá de ese campo, porque además de poder realizar gestiones ante los patronos y poder llevar al incapacitado la tranquilidad de saber que podrá conservar u obtener una actividad laboral, con el consiguiente estímulo que ello significa, puede también, mediante la utilización de los recursos que su profesión y relaciones ponen a su alcance, simplificar y facilitar la obtención de las metas propuestas en el programa

de rehabilitación de cada individuo. Por lo anterior, es un hecho ampliamente conocido y reconocido, el papel primordial que juega el trabajador social dentro de la función social de la rehabilitación.

Junto a los problemas socio-económicos que pueden afectar al individuo incapacitado de manera súbita, ocupan un lugar muy importante aquellos que actúan sobre su esfera psíquica y cuya presión puede llegar a dificultar y hasta impedir que las funciones de la rehabilitación, incluida la social, puedan llevarse a cabo.

Es también frecuente observar la circunstancia de que un incapacitado, a pesar de estar sometido al mejor tratamiento de rehabilitación, manifiesta constantemente su inconformidad, porque conoce que aún con la realización del esfuerzo a que se encuentra sometido, nunca podrá realizar sus actividades exactamente igual a como lo hacía antes de perder un miembro o sufrir una parálisis severa. Este aspecto de los problemas psíquicos que presenta un incapacitado se debe a diversas causas, de las cuales sólo mencionaremos las más frecuentes, habida cuenta de que muchas de ellas ya han sido mencionadas anteriormente por combinarse tan estrechamente a otros factores, que no sería fácil ni recomendable tratar de aislarlas en un estudio de la naturaleza del que ahora presentamos.

Un aspecto de la psiquis individual de gran importancia en todos los aspectos de la vida lo constituye la imagen que cada quien tiene de sí mismo, de cómo es cada una de las partes de su cuerpo, cómo aparecen en su conjunto ante sus ojos y en consecuencia de cómo lo deben ver los demás; es decir, que al no ser diferente, en el sentido estricto de la palabra, al poseer todas y cada una de las partes de su cuerpo y usarlas en la misma forma que lo hacen los demás, lo constituye a su juicio en un individuo que es aceptado por su familia y por la comunidad sin ninguna reserva. Pero cuando como consecuencia de enfermedad o accidente se produce una alteración de la imagen objetiva del yo que todos tenemos, tal modificación puede ser aceptada sin mayores consecuencias, pero puede también no serlo y constituirse en un problema adicional que puede revestir bastante gravedad y presentar serias dificultades para su solución. Tomando pues en cuenta que la imagen que tenemos de nosotros mismos es de carácter subjetivo-objetivo, se comprende también que sus alteraciones tendrán mayor o menor efecto según que sea aparente o inaparente a los ojos de los demás; esto explica cómo la pérdida de un ojo o de una pierna, por ejemplo, si son substituídas por una prótesis adecuada que produce en nuestro subconsciente la idea de igualdad de imagen al ser inaparentes ante los ojos de los demás, y a pesar de su severidad, son más fácilmente aceptables que pérdidas que comparativamente son mucho menores, pero que con facilidad se hacen aparentes, como por ejemplo: la pérdida de un dedo de la mano, de una oreja, cicatrices deformantes en la cara, etc.,

dando así origen a la idea de que todas las personas se fijarán en ese defecto y pensarán que se es distinto a los demás y que eventualmente se puede ser rechazado por esa circunstancia; de ahí que sea tan frecuente encontrar personas que van constantemente con una mano en el bolsillo por la simple pérdida de una falange o usan lentes oscuros, aún en las peores condiciones de iluminación, para ocultar una simple mácula de un ojo. Así pues, si esto sucede con estas pequeñas pérdidas cuando existen desajustes de la esfera psíquica, podemos imaginarnos los alcances de este aspecto de la psicología del incapacitado y la gravedad de sus repercusiones, cuando tiene su origen en incapacidades extensas o severas, y por ende, la importancia que estos problemas tienen en la conducta social del individuo.

Por otra parte, la evaluación cuidadosa del incapacitado debe conducir al establecimiento de metas reales, alcanzables, psíquicamente satisfactorias, que representen la realización de un esfuerzo cónsono con las posibilidades del individuo, graduadas por etapas adecuadas, pero que evidencien cada una un verdadero progreso y que, por tal razón, se conviertan en un constante estímulo de superación. Por esto, al fijar las metas por alcanzar, se debe tener muy en cuenta también el concepto del éxito y del fracaso desde el punto de vista psico-social, ellas no deben ser tan fáciles de lograr que no represente mayor esfuerzo realizarlas, porque no se obtienen así la satisfacción natural que produce el éxito obtenido, el cual será por el contrario, tantas veces mayor cuanto más sostenido y difícil fue el esfuerzo necesario para alcanzarlo; pero tampoco se deben fijar metas que seguramente no podrán ser alcanzadas, aún cuando es hacia ellas que inconscientemente pero frecuentemente trata de orientarse el incapacitado, porque el fracaso seguro al cual conducen constituirá un nuevo obstáculo, a veces casi insalvable, en la rehabilitación del individuo y su consiguiente reintegro a la comunidad.

Por lo anterior se comprende la función importante del psicólogo, en primer lugar y de todos y cada uno de los miembros del equipo en menor grado, en que se trate de que el incapacitado acepte su situación de incapacidad, la comprenda y en consecuencia ajuste su pensamiento y su acción a tal situación.

Especial atención también debe prestarse al ambiente familiar, a fin de procurar que así como el individuo puede haberse ajustado a su incapacidad, así mismo la familia realice esfuerzos en tal sentido, los cuales serán tanto más difíciles de lograr, cuanto menos satisfactorias hayan sido las relaciones antes de aparecer el estado de incapacidad; pero que en todo caso es preciso tratar de modificar favorablemente, a fin de que el retorno al hogar del individuo en su nuevo estado, no dé lugar a situaciones capaces de anular todos los esfuerzos realizados.

No podemos dejar de mencionar en este momento la importancia que tiene para el incapacitado, que a su retorno al hogar no se trate de atenderlo en sus necesidades en forma excesiva, que no se le ayude innecesariamente, que se le deje aplicar todos los recursos propios de los cuales se le enseñó a valerse durante el proceso de rehabilitación, en una palabra, que no se le sobreproteja, tendencia frecuente derivada del afecto familiar y de no haber sido esta debidamente preparada, para que con tal actitud no se ocasionen serios daños a la efectividad de los esfuerzos realizados para la rehabilitación social del individuo.

Como puede apreciarse, estos aspectos que inciden en la psiquis del incapacitado caen directamente bajo la esfera de acción del psicólogo, a quien corresponde investigarlos y procurar resolverlos; pero caen también igualmente en forma parcial bajo la acción del trabajador social, por lo cual el binomio psicólogo-trabajador social debe actuar, en la mayor parte de los casos, en forma íntimamente relacionada, para obtener los mejores resultados en este aspecto de la función social de la rehabilitación.

Vivienda para el incapacitado

Hasta la fecha, poco ha hecho la sociedad para tratar de resolver la necesidad del individuo incapacitado de una vivienda adecuada y de otras facilidades acordes con su estado. A este respecto la función social de la rehabilitación se ve obstaculizada por una parte, por factores casi siempre de naturaleza económica; y por la otra, porque aún no existe, en general, conciencia social, comunitaria ni estatal, de planificar también viviendas para los individuos incapacitados.

Las asociaciones internacionales han dedicado especial interés a este aspecto social de la rehabilitación, debiéndose mencionar los esfuerzos realizados por la Asociación Internacional para la Rehabilitación de los incapacitados, las asociaciones y fundaciones orientadas específicamente a problemas derivados de la poliomielitis, así como a muchos otros; y aún cuando este tema ha sido considerado en numerosos congresos internacionales, no es realmente mucho lo que hasta el momento se ha obtenido.

Con frecuencia se observa que incapacitados rehabilitados, en condiciones de realizar muchas actividades en el mercado ordinario de trabajo, quedan confinados a los límites de su vivienda y aún dentro de ella misma a sólo ciertos ambientes, por la presencia de escaleras, pasos estrechos, servicios sanitarios para ellos imposibles de usar, etc., y en el exterior, por superficies muy inclinadas o desiguales, por la necesidad de recorrer distancias incompatibles con su estado, por falta de medios adecuados de transporte, etc. A estos aspectos debe darse especial consideración mientras el individuo está sometido al proceso de rehabilitación,

porque si bien es cierto que no es habitualmente posible obtener una vivienda adecuada como ya se mencionó, tampoco lo es en gran número de viviendas realizar modificaciones de acuerdo con las necesidades del incapacitado.

Por esta razón es también indispensable la visita del trabajador social al hogar, con objeto de hacer una evaluación de sus condiciones y en caso de no poder ser modificadas, ni obtener otra, ajustar a ella la parte correspondiente del programa de rehabilitación y la eventual situación de trabajo del incapacitado. A este aspecto debe dársele toda la consideración que merece debido a las implicaciones que tiene por ejemplo, para que no se origine un estado de frustración, tanto para el individuo, así como para el equipo de rehabilitación propiamente dicho.

Es un hecho conocido que la sociedad ha orientado su acción pública, así como la privada, hacia el suministro de servicios de rehabilitación de diversa naturaleza para numerosos tipos de incapacitados, pero lamentablemente es frecuente que una vez dado de alta del hospital, el individuo quede sujeto a muchas dificultades que su condición le impone, haciéndose ya imprescindible llenar esta laguna, en lo que se refiere a la función social de la rehabilitación, dedicando el mayor empeño a que se establezcan programas de construcción de viviendas adecuadas para el individuo incapacitado.

Hasta el momento hemos considerado algunos de los problemas del individuo incapacitado sobre los cuales puede tener acción la función social de la rehabilitación desde el momento en que es víctima de la incapacidad, mientras permanece en el Servicio de Rehabilitación y hasta que nuevamente regresa a su hogar. Pasemos ahora a considerar los aspectos relativos a la problemática del incapacitado una vez reintegrado al hogar y sobre la cual puede tener acción la función social de la rehabilitación.

Necesidad de una ocupación

Así como para una persona no incapacitada la realización de un trabajo es indispensable para subvenir a las necesidades de la existencia y a su disfrute, así también para el incapacitado constituye una necesidad ineludible, una necesidad quizás mayor que para el no incapacitado, porque en este caso no solamente actúa la natural preocupación que ocasiona la situación de desempleo, sino que una ocupación, una responsabilidad de trabajo, contribuye a mantenerle la confianza en sí mismo y le sirve de estímulo propio y de demostración ante los demás de que no hay diferencias reales entre unos y otros cuando se encuentra bien ubicado. Cabe mencionar a este respecto un concepto emitido hace años por Roe, quien señalaba: que los estudios realizados acerca de la moral en la industria y de

la satisfacción de realizar un trabajo, han demostrado que para el individuo, efectuar una labor tiene un significado mucho mayor que el de recibir solamente un cheque de pago. Esta observación se traduce también en la práctica, entre otras formas, en lo que conocemos como mística de trabajo, explica porqué gran número de personas, aún subpagadas o no pagadas, dedican grandes esfuerzos a la realización de una tarea o a la consecución de una meta determinada. Así se explica también que los serios problemas de conducta que a veces presentan los incapacitados desempleados desaparecen rápidamente al obtener un empleo.

No siempre es fácil encontrar un puesto de trabajo adecuado a las necesidades y requerimientos del individuo incapacitado, porque aún, aunque en menor grado que hace algunos años, no existe suficientemente desarrollada la toma de conciencia en este campo por parte de los patronos, lo cual puede atribuirse, no solo al desconocimiento o poco conocimiento de las potencialidades del incapacitado, sino también a que muchas veces se teme que puedan presentarse complicaciones legales ulteriores, a que puedan ocasionar accidentes y sobre todo a que la comunidad no ha hecho en este sentido los esfuerzos que debe hacer en forma sostenida para cambiar esta situación.

La Organización de las Naciones Unidas, a fin de demostrar en forma categórica las facultades de trabajo del incapacitado, realizó un estudio comparativo acerca de los resultados del trabajo realizado por 11,000 individuos que presentaban algún grado de incapacidad y el trabajo realizado por el mismo número de individuos, en similares actividades, pero que no presentaban evidencia aparente de sufrir algún grado de incapacidad. Los resultados obtenidos pusieron en evidencia: que el grupo con alguna incapacidad presentó menor grado de ausentismo, menor frecuencia de accidentes, mayor estabilidad, mejor conducta y mayor rendimiento, que el grupo sin ninguna incapacidad.

Para corroborar lo anterior cabe citar el hecho muy frecuente de que en la gran mayoría de las instalaciones de rehabilitación, numerosos puestos de trabajo son desempeñados cabalmente por personas que presentan diversos grados de severas limitaciones.

La rehabilitación juega un papel de gran importancia en la solución de este problema social del incapacitado, porque consciente de las necesidades de trabajo del individuo, consciente de que todo esfuerzo del equipo quedaría inutilizado si el incapacitado rehabilitado no obtiene un empleo adecuado, trata de poner en juego procedimientos que le permitan contribuir eficazmente a su solución.

Orientada dentro de los lineamientos anteriores, la función social de la rehabilitación debe iniciarse desde el momento mismo en que se realiza la evalua-

ción del caso, ya entonces es posible determinar con bastante exactitud si aquel individuo estará posteriormente en condiciones de reasumir su trabajo anterior o necesitará un cambio de actividad y en este último caso, cuáles deben ser las características generales de esa nueva ocupación. Se destaca en este momento la acción del orientador vocacional, quien mediante la utilización de sus técnicas está en capacidad de puntualizar hacia cuál actividad de trabajo podrían orientarse con mayor posibilidad de éxito las potencialidades del caso en estudio. La participación inicial del orientador vocacional en el programa de rehabilitación debe sin embargo ser cuidadosamente enfocada en lo que se refiere al momento más oportuno para realizar la primera entrevista con el incapacitado, porque de no ser así, se puede ocasionar de inmediato un sentido de antagonismo hacia este miembro del equipo y al través de él, al trabajo. Aspecto muy importante de tomar en consideración en este momento es el que, dentro de las características generales del tipo de trabajo eventual, se tome muy en cuenta el ambiente propiamente dicho en el cual se debe realizar, así como los problemas que pueden plantearse acerca de la necesidad de desplazamiento, de movilización del individuo hacia y desde el sitio de trabajo a su vivienda, entre otros, a todas estas consideraciones debe dedicárseles adecuado estudio e investigación de las posibles soluciones existentes, antes de determinar definitivamente la nueva ocupación. Cabe mencionar que a este respecto la actitud de la comunidad tiene también gran importancia, porque corresponde a ella crear dentro de su radio de acción, condiciones que faciliten y simplifiquen el reintegro del incapacitado a su seno como componente activo de ella, estableciendo programas de vivienda, educación, empleo, recreación, financiamiento de pequeñas industrias, etc., dirigidos específicamente al incapacitado y su familia, a fin de que al través de ellos, no solamente se contribuya al mayor bienestar físico y mental del incapacitado, sino también a obtener cada vez mayor conciencia colectiva de las verdaderas potencialidades del incapacitado y en consecuencia, mejor y mayor disposición para contribuir a resolver sus necesidades.

Establecidas las características del trabajo que debe suministrarse al incapacitado, se plantea la necesidad de prepararlo para el mismo tomando en cuenta las situaciones anteriormente anotadas, así como el grado de severidad de la lesión y las aptitudes del individuo.

En este orden de ideas cabe citar en primer lugar los importantísimos beneficios obtenidos por la aplicación de las técnicas de la Rehabilitación Profesional, mediante la cual es posible completar la función económico-social de la rehabilitación, que hasta ese momento se ha venido efectuando en su aspecto médico-social.

Sumados a los ya anotados, hay dos aspectos en la rehabilitación profesio-

nal del incapacitado que son de la mayor importancia para que pueda realizarse con la seguridad de alcanzar el éxito esperado: soporte económico mientras dura la formación y seguridad de empleo o de utilización de la ocupación aprendida.

Es indispensable que el incapacitado cuente con un soporte económico adecuado mientras permanece recibiendo los conocimientos correspondientes a su nueva ocupación, a fin de que pueda dedicarle toda su voluntad y alejar de él el mayor número de problemas posibles; este soporte económico puede obtenerse al través de las prestaciones otorgadas por los sistemas de Seguros Sociales, de Seguridad Social, de Seguros privados o de otros tipos de entidades; siendo de poner en evidencia a este respecto, que la prestación económica obtenida al través de los Seguros Sociales se extiende generalmente, no solo durante el período de formación en su totalidad, sino que con frecuencia se extiende más allá, por un período prudencial, que se estima necesario dar al individuo para ajustarse a su nueva situación de trabajo. En gran número de casos ese soporte no es obtenido porque no se está cubierto por alguno de los sistemas mencionados, sino solamente por aquella protección social proveniente de los sistemas de Beneficencia o de Asistencia Social que el Estado o la comunidad proporcionan, los cuales son habitualmente reducidos en cantidad y en tiempo de otorgamiento, poniéndose aquí entonces en evidencia una vez más la función social de la rehabilitación, que al través de sus mecanismos trata de solucionar este grave problema que constituye a veces un obstáculo casi insalvable.

Igualmente, es preciso realizar todos los esfuerzos necesarios para asegurar al incapacitado una ocupación adecuada cuando haya completado su formación profesional, aspecto este de principalísima importancia para el verdadero éxito de la rehabilitación profesional, la cual vería frustrados todos sus esfuerzos, así como los del individuo, si al término del entrenamiento no se puede colocar al incapacitado. En este sentido es de particular importancia el papel que juega dentro del equipo de rehabilitación el agente de empleo o colocador, quien utilizando las dependencias oficiales que existen en algunos países bajo la forma de oficinas o bolsas de empleo, puede conocer las demandas del mercado ordinario de trabajo y obtener mediante ellas oportunidades ocupacionales para sus clientes; debiendo, en todo caso, practicar una visita, sea solo o acompañado del interesado, para observar las características particulares del puesto de trabajo y determinar si puede ser satisfactoriamente realizado por el incapacitado rehabilitado; porque mediante esta visita se puede encontrar necesario realizar ciertas modificaciones, tales como adaptación de alguna parte de las máquinas, modificación de superficies peligrosas, ampliación de ambientes estrechos, instalación de rampas, reducción de ruidos, distancia de la vivienda al trabajo y formas de solucionar la dificultad de recorrerla, horario de trabajo, riesgo ocupacional, etc.; cuestiones todas estas que debe plantear al patrono a fin de tratar que éste acceda a realizar las reco-

mendaciones que él sugiera y debiendo por lo tanto encontrarse preparado el agente de empleo para encontrar razones y argumentos capaces de modificar la eventual actitud patronal negativa de rechazo de ese tipo de trabajador. No es pues una tarea fácil la del colocador en la gran mayoría de los casos, pero mediante su experiencia y sobre todo utilizando los resultados evidenciados por la colocación y control periódico de numerosos incapacitados, logra casi siempre su objetivo.

Tratando de favorecer la colocación de individuos incapacitados algunos Estados han establecido disposiciones legales, mediante las cuales se hace obligatorio para los patronos emplear un porcentaje determinado de incapacitados entre sus trabajadores, pero esta buena intención social gubernamental no ha dado todos los resultados esperados, por razones a veces inconcebibles y se ha demostrado que es mucho más ventajoso que, mediante el convencimiento y la demostración de las verdaderas potencialidades del incapacitado, se logre un cambio de actitud del empleador.

Tomando en cuenta la severidad del grado de incapacidad se encuentra con frecuencia la necesidad de programar una formación profesional cuya meta final no puede ser la incorporación del individuo al mercado ordinario de trabajo y aquí entra en juego, una vez más, con gran ímpetu, la función social de la rehabilitación, al investigar y aprovechar las posibilidades que ofrecen otros tipos de ocupación y tratar de hacerlas lo más productivas posibles, sea en forma individual o en la colectiva.

Muchas organizaciones se han establecido con el objeto de utilizar los recursos residuales del incapacitado, sea en forma cooperativa, sea en forma de talleres de trabajo protegido y en fin, en numerosas modalidades, que todas tienen el objetivo común de suministrar al individuo incapacitado una ocupación adecuada a sus capacidades y habilidades, pudiéndose mencionar entre otras, las siguientes formas de trabajo: a tiempo parcial, periódico, independiente, en el hogar, en cooperativa.

Como puede apreciarse, lo fundamental es que se realice una ocupación sin tomar en cuenta el grado de incapacidad sino en acuerdo con las capacidades y habilidades del individuo.

Los incapacitados crónicos y los congénitos

Hasta ahora hemos enfocado los problemas sociales más importantes que presenta el adulto súbitamente incapacitado y la forma de procurar resolverlos mediante la aplicación de los principios y funciones sociales de la rehabilitación,

pero hay otros dos grandes grupos de incapacitados que deben ser tomados en consideración: unos, cuya incapacidad la han mantenido durante largo tiempo, convirtiéndose en una incapacidad de carácter crónico; y otros, a quienes en realidad no puede aplicárseles el concepto de haber perdido su capacidad porque nacieron sin ella, son aquellos clasificados como incapacitados congénitos.

Dentro del grupo de incapacitados crónicos se incluyen habitualmente los casos afectados por los diferentes tipos de enfermedades óseo-articulares, aquellos que sufren trastornos de la esfera mental, los que presentan extensas y severas incapacidades originadas por enfermedades de origen neurológico y en fin, muchos otros pero que en la gran mayoría de los casos han llegado a esa situación por la falta de oportuna rehabilitación, por las frecuentes complicaciones que los aqueja, por su modo especial de enfocar su incapacidad, por rechazo familiar, etc.

En este grupo de incapacitados los problemas anteriormente señalados para los casos de súbita incapacidad están igualmente presentes, pero revisten características de mayor gravedad porque la eventual actitud inicial, se han venido sumando progresivamente nuevas situaciones y factores negativos que originan paralelamente en ellos mayores dificultades para su ajuste socio-económico y para su rehabilitación. La forma tradicional en que la sociedad ha atendido estos casos es en asilos o casas de reposo, en donde en la práctica solo llevan una vida vegetativa, donde viven en un ambiente de desesperanza y de abandono, que les hace sentir mucho más intensa su condición de incapacidad. Por estas razones, cuando mediante la aplicación de las más elementales medidas de la rehabilitación en su función social se trata de modificar esas condiciones, cuando siquiera se trata de organizarlos para enseñarles a vivir en mejores condiciones en su limitada comunidad, se encuentra a menudo grandes sorpresas, porque surge inmediatamente la voluntad creadora inmanente en el individuo, el sentido de la solidaridad social y el orgullo íntimo de realizar algo útil a nuestros propios ojos y a los de los demás. Así, es posible convertir estos grupos, de tristes y desesperanzados, en alegres y confiados, de improductivos en productivos y es natural que si así se conduce esa pequeña comunidad, los costos de su mantenimiento se reducen o al menos se justifican; pero en todo caso, se ha hecho posible llevar a sus integrantes la satisfacción de sentirse todavía socialmente útiles.

Clase aparte la constituyen desde el punto de vista de la rehabilitación en general y de su función social en particular los individuos que presentan incapacidades de origen congénito. A este respecto el Dr. Howard Rusk ha expresado criterios que son tan claros y precisos que deben ser mencionados aquí en la forma siguiente: estos individuos no necesitan rehabilitación en el sentido de restauración, reeducación o readaptación que ella encierra, porque esto presupone la pérdida de algo que ya se tenía, por lo tanto, no habiéndolo poseído nunca un in-

dividuo, la tarea consiste entonces en habilitarlo, en enseñarle a emplear y desarrollar en lo posible sus capacidades y habilidades para hacer frente a las demandas de la vida diaria, a hacerle comprender la necesidad de adquirir en lo posible, las facultades que ve en otros y que no puede muchas veces explicarse él mismo cómo se realiza. Es en estos casos en donde mayores efectos perjudiciales tiene la sobre-protección familiar que habitualmente se les otorga, porque no solamente le impide realizar cualquier esfuerzo de autohabilitación sino que presenta frecuentemente resistencia a dejar que se le apliquen medidas de rehabilitación porque a la familia le dá lástima o dolor que tenga el individuo que realizar sacrificios o esfuerzos penosos que aquellos consideran imposibles de llevar a la práctica. Esta influencia negativa de la sobreprotección, no solamente hace más difícil el entrenamiento en sí mismo, sino que conduce a que el individuo no se sienta inclinado a colaborar a su propio beneficio sino en una medida muy pequeña. Cuando a pesar de todos esos factores negativos mencionados se obtiene un cambio de actitud y se trata de planificar la enseñanza de una probable ocupación, se hace más que nunca preciso adaptarla, modificarla, simplificarla en todo lo posible en acuerdo a las posibilidades del caso y por lo tanto, también se hace más difícil y problemático establecer metas a largo plazo por la frecuente aparición de complicaciones patológicas de diversa naturaleza.

En este grupo especial del individuo es donde la comunidad y el estado deben contribuir con gran interés a lograr los objetivos sociales que junto con los de la rehabilitación les corresponde, porque para ello se requieren instalaciones, equipos, personal y demás facilidades, todas de carácter especial, por ser también muy especial el grupo al cual han de aplicarse y por esas razones también los costos de instalación y mantenimiento son mucho más elevados que para otros tipos de rehabilitación.

Rehabilitación social del anciano

Las bases fisiológicas y técnicas que se utilizan en la rehabilitación social de las personas de edad son esencialmente las mismas que se aplican a otras personas que no tengan esa condición, pero sí existe en cambio una diferencia radical en las metas que habitualmente se propone alcanzar la rehabilitación del adulto incapacitado, debido a que en el caso del anciano no es la recuperación de todas las condiciones físicas requeridas para el trabajo y su reintegro al mismo, sino que esa meta es mucho más sencilla, porque la necesidad real a cubrir es la de que sea capaz de realizar por sí mismo todos los actos necesarios a su vida diaria, sin que esto quiera decir que en muchas ocasiones se haya obtenido el reintegro a trabajo productivo de personas de edad avanzada.

Puede considerarse que en el caso del anciano es en donde con más evi-

dencia se hace notar a corto plazo los beneficios de la función social de la rehabilitación, porque con gran frecuencia debido a su condición que habitualmente se complica con problemas derivados de enfermedades paralizantes, reumatismo, fracturas; a que la sociedad moderna se está caracterizando por el deseo de romper los lazos que tradicionalmente han unido la familia y la comunidad, de echar por tierra muchos de los conceptos de solidaridad, al través de los cuales tantos beneficios se han obtenido para la humanidad; y por ello se pretende con frecuencia considerar al anciano como individuo que ya ha dejado de ser útil a la sociedad en el sentido en el cual de acuerdo a lo antes dicho, trata de situársele.

Por lo anteriormente expuesto, se desprende que la función social de la rehabilitación en las personas de edad, debe orientarse principalmente la prevención de que el deterioro físico debido a la edad o a las enfermedades que puedan acompañarla alcance grados que le conviertan en verdadero inválido. Debe por consiguiente ponerse énfasis en que durante la permanencia en el hospital o en alguna otra forma de reclusión, se mantenga y aplique los principios de la rehabilitación funcional, siempre sencillos, fáciles de aplicar, enseñar y demostrar, pero que lamentablemente se descuidan con frecuencia, ocasionando que la condición del anciano se deteriore rápidamente y sea dado de alta del hospital tan pronto como la fase aguda de su enfermedad ha pasado.

Sabemos que alrededor de esa práctica giran otros aspectos de la vida hospitalaria, que es necesario eliminar, a esto se agrega que, aún cuando pueda existir en la comunidad y en el Estado conocimiento de estos problemas, no realizan o no disponen de todos los medios necesarios para solucionarlos y como esta no es una situación sujeta a un cambio rápido, aún cuando se debe luchar y se lucha constantemente por remediarla, deben también dedicarse grandes esfuerzos para que por lo menos se llegue a disponer de facilidades de rehabilitación funcional y social para el anciano, bajo la forma de suficiente personal debidamente entrenado para la especial tarea que le toca desempeñar y de procurar que este tipo de personal esté presente en todos los establecimientos que se ocupen de problemas del anciano, que se actúe sobre el núcleo familiar a fin de tratar de obtener un cambio de actitud hacia el anciano y en especial hacia el anciano incapacitado, porque es allí, en el hogar, el sitio natural donde le corresponde pasar el resto de su existencia.

El niño incapacitado

Siendo los problemas de rehabilitación del niño con incapacidades adquiridas básicamente similares a las del adulto, desde el punto de vista físico, sólo se requiere realizar los ajustes necesarios de los equipos y de las técnicas para su adecuada aplicación así como los principios filosóficos que la orientan, en el sen-

tido de que el niño incapacitado es ante todo un niño y que por lo tanto sus necesidades son las de un niño.

Derivada del último concepto arriba citado es la necesidad de que la función social de la rehabilitación se ejerza también con gran interés sobre el hogar, en el sentido de instruir a los padres acerca del importantísimo papel que juegan en que los esfuerzos del equipo de rehabilitación encuentren en ellos como una prolongación del tratamiento y con esta acción combinada complementaria, se obtengan los mejores resultados a fin de que de acuerdo con la edad y el grado de incapacidad, se pueda alcanzar la máxima recuperación de las facultades físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas de que pueda estar dotado.

Es lógico pensar que uno de los problemas más importantes del niño incapacitado lo constituye su educación, no solamente por lo que ella en sí significa, por la necesidad a veces de escuelas especiales, sino por el hecho también de la educación que se debe dar a los compañeros de clase, en el sentido de acostumbrarse a ver a niños en silla de ruedas o usando muletas u otro artículo ortopédico, con la misma naturalidad que ven a quienes no los utilizan, es decir a acostumbrarse a vivir en comunidad con ellos; lo cual, por otra parte contribuirá a iniciarle en la formación de un concepto adecuado de la incapacidad, el cual podrá ser más adelante muy útil, cuando ya adulto le pueda corresponder colaborar en algún aspecto de la función social de la rehabilitación.

Hasta ahora se han enfocado en esta exposición los problemas sociales más importante que presenta el adulto súbitamente incapacitado, así como la forma de procurar resolverlos mediante la aplicación de los procedimientos de la rehabilitación y hemos visto también como es lo habitual en cada individuo que presente entremezcladas en su origen diversas causas o factores; por lo que igualmente se debe combinar la acción social de la rehabilitación con una similar de la comunidad y del Estado, a fin de que el núcleo familiar, célula básica de la sociedad, pueda disfrutar y a la vez cumplir la alta función social que le corresponde y contribuir con la suma de esfuerzo al bienestar común. Hemos podido observar también que por la naturaleza y variedad de los problemas que presenta el incapacitado, su atención requiere un conjunto multi-disciplinario de conocimientos y actividades que se encuentran englobados en el equipo de rehabilitación y así mismo, es de desear que también pudiera constituirse un equipo en el cual estén representados todos los elementos capaces de contribuir al estudio, planteamiento y posible solución de todos los problemas relativos al incapacitado; orientados hacia este objetivo se han creado en muchos países Consejos o Comisiones Nacionales de Rehabilitación, que tienen habitualmente una función normativa por una parte; y asesora por la otra y que además, en todo caso por el conocimiento particular y especial que tienen de la situación real de los recursos disponibles

y de la forma como se utilizan, pueden y deben cumplir una función coordinadora de todos los esfuerzos a fin de multiplicar sus beneficios.

EVALUACION DE LA INVALIDEZ

En esta segunda parte de la exposición se trata de los problemas relativos a la evaluación de la invalidez, asunto que presenta cada vez mayor complejidad por los múltiples factores que a ella concurren para reducirla, eliminarla o en alguna forma modificarla, sea por el hecho de los avances tecnológicos aplicados cada vez en mayor escala en los ambientes de trabajo, así como a los constantes adelantos en el campo de las ciencias médicas; todo ello contribuye pues a que sea más difícil evaluar con toda certeza y en forma definitiva la invalidez, de modo que existe tendencia a asignarla en forma *provisional* durante un período de tiempo determinado, al final del cual puede convertirse automáticamente o mediante reevaluación, en definitiva. En todo caso, los factores que inciden sobre la invalidez para darle características individuales se entremezclan y confunden en tal forma, que sería muy difícil y por otra parte innecesario, tratar de separarlos en campos perfectamente individualizados, esto trae como consecuencia que, por ejemplo, en la primera parte de esta exposición se han mencionado aspectos que son aplicables igualmente a la materia que ahora se trata de analizar, por ello, a fin de omitir repeticiones,, sólo serán mencionados ahora cuando sea estrictamente necesario, remitiendo al lector a aquella parte de la exposición, según el caso.

A las dificultades anteriores se añade que con la aplicación creciente de los procedimientos de la rehabilitación de incapacitados en su aspecto general, así como las grandes posibilidades que se abren al individuo incapacitado mediante la utilización de los recursos de la rehabilitación profesional, aconsejan ser muy prudentes en la utilización de un sistema único, fijo e invariable para la evaluación de la invalidez.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social ha dedicado especial atención a este aspecto de la problemática de la Seguridad Social, como lo demuestra el hecho de figurar en el temario de sus Asambleas Generales desde el año 1951. Durante el lapso transcurrido desde el año citado hasta el presente, la evaluación de la invalidez y sus problemas afines han sido estudiados detenidamente por experimentados grupos de expertos, quienes han elaborado detallados y excelentes estudios acerca de la materia, los cuales no pueden dejar de tomarse en consideración al analizar los problemas pertinentes a la evaluación de la invalidez y por tal motivo ellos han orientado el estudio que hoy se presenta al III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, a nombre de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Definición de la invalidez

La forma más sencilla de hacer conocer el contenido y extensión de una materia, de una actividad, etc., consiste en definirla y esta definición será tanto más clara y completa, cuanto más precisos sean los límites de su campo de acción y su relación con otra u otras materias o actividades afines. Pero no es este el caso en lo que a la invalidez se refiere, porque se trata de relacionarla al ser humano, a las condiciones físicas, mentales y funcionales que lo integran y le dan personalidad, así como a sus capacidades profesionales y eventualmente a su condición de productor de riqueza personal y colectiva. Así pues, a la natural dificultad de definirla en consideración a los factores anotados, se agrega la del objetivo que se persigue en relación al seguro de accidentes o al de enfermedad e invalidez propiamente dicha. Debe agregarse también que los adelantos constantes y frecuentes de la investigación y la experimentación anteriormente citados, abren continuamente nuevos horizontes y ponen a disposición nuevos recursos, tanto en el campo médico, así como en el socio-económico, que ejercen en forma decidida su acción sobre las características de la invalidez y las posibilidades de reducirla o eliminarla.

A todo lo anterior se ha venido a agregar la posibilidad de que mediante la aplicación de los métodos de la rehabilitación en general y de la rehabilitación profesional en particular, sea posible, en la gran mayoría de los casos, restablecer en el individuo facultades suficientes para reintegrarse al mercado ordinario de trabajo, a veces inclusive en una actividad más productiva que su ocupación anterior.

Se puede apreciar por todo lo anterior que la invalidez no puede ser definida en forma tan simple y concreta como fuere de desear, sino que se trata más bien de un concepto de variable aplicación, extensión y campo de acción, que se aplica tomando en cuenta múltiples factores de variable importancia y utilizando métodos o procedimientos que en su mayoría se trata de exponer a continuación, aplicables según las características legales de cada país o institución.

Evaluación de la incapacidad física

Como su nombre lo indica, este método de evaluación no toma en consideración más que el valor de una pérdida anatómica en relación al individuo considerado en su conjunto y da a éste un valor equivalente a cien puntos, asignando a cada componente anatómico o parte de él un valor que se expresa en un porcentaje sobre aquel total.

Como puede apreciarse, este método presenta aparentemente la ventaja de

facilitar al extremo la evaluación de la invalidez resultante de una pérdida anatómica, pero tiene el grave inconveniente de que no hace diferenciación alguna en relación al valor relativo de la pérdida con respecto a la profesión, no considera las consecuencias funcionales de la pérdida, no toma tampoco en consideración factores tales como: la edad, cargas familiares, sexo, etc., y estima que la obligación institucional termina con el otorgamiento de la indemnización correspondiente.

Debe también mencionarse que, si bien este método puede ser aplicable a los casos englobados dentro del seguro de accidentes, el concepto de pérdida anatómica en que se basa no puede aplicarse en lo referente al seguro de enfermedad y de invalidez, porque en estos casos se trata de conocer y evaluar al individuo en su conjunto orgánico-funcional y en las repercusiones de ello sobre su capacidad de trabajo y su capacidad de ganancia.

Como consecuencia de la necesidad de tomar en consideración algunos de los factores señalados y siempre dentro del campo de aplicación al seguro de accidentes, los primeros baremos, con establecimientos de porcentajes rígidos, se han modificado para poder introducir ciertas variables, lo cual lo han obtenido asignando a cada pérdida un porcentaje entre un máximo y un mínimo, aplicándose el porcentaje diferencial, en su totalidad o en parte, a factores tales como: edad, profesión, sexo, cargas familiares, tiempo en la profesión y otros.

En lo que se refiere a su función en el campo administrativo de las instituciones de Seguridad Social, los baremos permiten puntualizar los siguientes aspectos: si el porcentaje de invalidez se encuentra por encima del mínimo establecido para tener derecho a indemnización; si el porcentaje de pérdida está comprendido dentro de los límites acordados para la asignación de una indemnización única; si el porcentaje de la pérdida se encuentra por encima del mínimo establecido para tener derecho al otorgamiento de una renta o pensión, sea esta de carácter provisional, sujeta a reevaluaciones o de carácter definitivo.

Una modalidad en la aplicación de los baremos existe en algunas disposiciones legales de trabajo relativas a las indemnizaciones debidas a un trabajador por parte de su patrono en caso de que aquel no se encuentre cubierto por el régimen de seguros sociales o aún cuando existiendo éste, la ley no le excluye por esa circunstancia. En estos casos la pérdida anatómica se expresa en número de salarios que debe pagar el patrono al trabajador, cuya cuantía es variable en relación al valor asignado a la pérdida y al salario devengado para el momento del acaecimiento del riesgo.

Ahora bien, si los daños físicos son de naturaleza objetiva y pueden ser sus-

ceptibles de aplicación de un baremo, en el caso de las enfermedades profesionales, cuya sintomatología no está frecuentemente de acuerdo con la extensión o gravedad de la lesión esa determinación mediante indicadores más o menos fijos no puede ser aplicable sin correr el riesgo de cometer graves errores.

Por otra parte, el daño físico, si bien es fácilmente evidenciable en su aspecto anatómico, no puede apreciarse con la misma facilidad en caso de que la parte o partes lesionadas sean órganos internos y, tanto en uno como en otro caso, la simple evaluación física no toma en cuenta un factor que, en la práctica se ha convertido en factor de primordial importancia, como son los trastornos o consecuencias funcionales y psíquicas de la pérdida física y su influencia sobre la capacidad para el trabajo, siendo la consideración necesaria de estos aspectos subjetivos de la incapacidad de trabajo, los que en muchas ocasiones constituyen la verdadera incapacidad.

Hemos visto en la primera parte de esta ponencia las numerosas implicaciones que en el individuo incapacitado tienen estos factores y por lo tanto, como ya se observó, no consideramos necesario repetirlos aquí, puntualizando solamente, que hoy en día no puede estimarse que se realiza o ha realizado una justa evaluación de la incapacidad de trabajo, si no se ha tomado también en cuenta tan importante aspecto de la esfera mental del individuo.

Además de la anteriormente expuesto, entra también en juego la posibilidad de reducir o eliminar la incapacidad mediante la aplicación de los modernos sistemas de rehabilitación médico-funcional y de rehabilitación profesional.

Consistiendo la rehabilitación médico-funcional, en la aplicación coordinada al individuo incapacitado de una serie de procedimientos encaminados a la máxima recuperación de las facultades físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas de que pueda estar dotado, al máximo de su habilidad y dentro de las limitaciones impuestas por su incapacidad, se comprende cómo no hay, desde un punto de vista práctico, ninguna afección, trastorno, lesión o daño de cualquier naturaleza, que no sea susceptible de ser modificado en mayor o menor grado mediante la aplicación de la rehabilitación; y este es un concepto ya aceptado en forma unánime por todas las entidades que en alguna forma manejan aspectos del individuo relacionados con la determinación de la incapacidad, al extremo de que numerosas instituciones de Seguridad Social han establecido en forma terminante, que la evaluación final de la invalidez, sobre todo cuando se trata de lesiones o trastornos severos, no debe realizarse hasta tanto que el individuo no haya sido sometido a un proceso de rehabilitación.

Este último aspecto de la evaluación de la incapacidad ha adquirido tal

importancia, que la Asociación Internacional de la Seguridad Social ha venido desarrollando numerosas investigaciones de diversa naturaleza para tratar de establecer la influencia y consecuencias que puede tener sobre la evaluación de la invalidez, la aplicación de los variados medios y procedimientos de que hoy se vale la rehabilitación en general para reducir o eliminar la incapacidad para el trabajo. Cabe mencionar que en la actualidad la AISS realiza un estudio detenido acerca de las Disposiciones de los regímenes de Seguridad Social susceptibles de favorecer la readaptación, cuyos resultados se han de presentar en su XVIII Asamblea General a celebrarse el año próximo.

Con la tendencia de algunos empleadores de presentar resistencia a la colocación de personas cuya edad se encuentre por encima de cuarenta años, se convierte también este factor en una consideración de gran importancia que no puede dejar de tomarse en cuenta para la evaluación de la incapacidad, sin embargo, los adelantos tecnológicos y la rehabilitación, cuando es aplicada, permiten reducir su influencia sobre la incapacidad residual y contribuir a reducir la frecuencia de este problema, el cual tiene en la práctica más incidencias sociales que de otro orden.

Debe mencionarse aquí que con el adelanto de los medios de investigación de la ciencia médica es frecuente que en el curso del examen de un incapacitado se descubran enfermedades o situaciones de cuya presencia no se tenía ninguna información o sospecha previa, por ejemplo, puede ponerse en evidencia una afección, cardíaca, diabetes, hipertensión arterial, etc., y puede también encontrarse los síntomas y los signos de una enfermedad profesional que, si bien se descubre en la oportunidad del examen, puede haberse iniciado y ser por lo tanto debida al desempeño anterior de una actividad distinta a la que ahora ha determinado el examen de evaluación. Se comprende las dificultades que se presentan ante situaciones de esta naturaleza para dilucidar en que forma y hasta donde existe relación entre los diversos estados mórbidos y a cual de ellos debe darse prioridad, debido a las variaciones en las prestaciones económicas habitualmente diferentes en caso de enfermedad profesional o accidente de trabajo y las otorgadas por el seguro de enfermedad e invalidez. Por las razones anotadas, entre otras, se comprende que, si bien en los casos en los cuales se trata de determinar el valor del daño físico, son aplicables los métodos que utilizan los baremos, este sistema de evaluación de la incapacidad no es aplicable en los casos de enfermedades y especialmente en el seguro de enfermedad e invalidez, porque en estos casos predomina el trastorno funcional sobre la pérdida física y porque, para citar solo alguna posibilidad, sería prácticamente imposible asignar un coeficiente al valor de la función fisiológica de cada aparato u órgano en particular, en relación al total orgánico-funcional del individuo.

Podemos por lo tanto decir que la aplicación de baremos, si bien es un método a veces necesario para la evaluación de la invalidez, no debe constituir por sí solo el único factor aplicable, sino que debe ser complementado por otros procedimientos relativos a la consideración del individuo como un todo orgánico-funcional, que desempeña además un papel principal en el desarrollo socio-económico.

En la consideración de los diversos factores capaces de influenciar el grado de invalidez, no puede dejar de mencionarse aquel derivado de su simulación o exageración consciente o inconsciente, el cual si bien es cierto que hoy existen numerosos recursos para detectarlo, a veces constituye un verdadero problema para la autoridad evaluadora, sobre todo cuando se trata de la simulación de dolores o la exageración de ellos, caso que se presenta con frecuencia dentro de ese gran problema de las instituciones de Seguridad Social constituido por las lumbalgias. Por los aspectos especiales que la simulación encierra en relación con la esfera psíquica, constituye una gran ayuda la intervención del psicólogo. Otro factor importante de tomar en consideración en la evaluación de la invalidez son las cargas familiares, con frecuencia mencionadas en los baremos indicativos para que se tomen en cuenta en la aplicación del porcentaje diferencial.

Agregado a lo anterior se considera con frecuencia incluido en el porcentaje diferencial de los baremos indicativos la consideración que debe darse a la profesión y al número de años que se la ha desempeñado, siendo tanto mayor el porcentaje aplicado cuanto más técnica o especializada sea.

Se aprecia pues, que mientras más se adelanta en el deseo de realizar una evaluación de la incapacidad mediante la aplicación de patrones más o menos rígidos, con mayores dificultades se tropieza ante la necesidad de tomar en cuenta mayor número de factores originados en la constante investigación de las diversas influencias que la invalidez puede ocasionar al individuo en general y a cada individuo en particular y ante la imposibilidad de que al individuo, por su condición humana sea injusto, inadecuado e imposible aplicar un concepto tabulado capaz de tomar en consideración todas las alternativas posibles, es por lo cual los baremos, si bien son aplicados como tales en algunos países, la tendencia casi general es a considerarlos solamente como un factor de orientación, tomando en cuenta que cualquiera que sea el método utilizado, en el fondo lo que se trata de conocer es hasta donde y en qué grado una invalidez puede afectar el aspecto económico-social del individuo, utilizándose cada vez más el concepto de evaluación de la invalidez basada en su capacidad de trabajo y su capacidad de ganancia.

Capacidad de trabajo y capacidad de ganancia

Antes de entrar en consideración de este concepto de la evaluación de la incapacidad, es conveniente señalar lo que a este respecto se menciona en el Informe sobre la Evaluación de la Invalidez presentado por el Dr. Jérôme Dejardin ante la XI Asamblea General de la AISS: "Cabe poner de relieve que no existe forzosamente una relación proporcional entre el grado de incapacidad de trabajo examinado desde el punto de vista médico y resultante de una lesión en la integridad física o mental, orgánica o funcional del organismo humano, por una parte, y el grado de capacidad de ganancia que este daño permite conservar, por otra parte. El grado de incapacidad de trabajo resulta de los datos de un examen médico que determina los daños provenientes de los elementos mórbidos que acarrean la incapacidad de trabajo. La capacidad de trabajo residual está constituida por las posibilidades de trabajo físico e intelectual que ha podido conservar un estado mórbido determinado. La capacidad de ganancia está en relación con esta capacidad de trabajo residual, pero no es forzosamente paralela a ella. Acusa la influencia de factores que no son elementos médicos. En general, conviene determinar la disminución de la capacidad de ganancia".

Por lo anteriormente citado vemos que la incapacidad para el trabajo y la capacidad de ganancia son dos factores que actúan íntimamente ligados y que en la práctica no es posible considerarlos aisladamente debido a que una incapacidad determinada puede provocar, según los individuos, una reducción de la capacidad muy variable, aún cuando se trate de incapacidades físicas de muy escaso grado; por esta razón, a fin de realizar una evaluación de la capacidad de ganancia dentro de los aspectos más generalmente encontrados, es por lo que se trata de establecer su valor relativo tomando en consideración: a) el efecto de la incapacidad de trabajo en relación a la posibilidad de continuar ejerciendo la misma actividad anterior; b) su efecto sobre la posibilidad de realizar una labor dentro del grupo de actividades similares a la que se desempeñaba; y c) la influencia de la incapacidad de trabajo sobre la posibilidad de realizar cualquier tipo de actividad en el mercado general de trabajo.

Puede apreciarse que mientras más amplio sea el marco en donde se pretenda encuadrar la evaluación de la capacidad de ganancia, más posibilidades existen de realizar una evaluación ajustada a la verdadera situación del individuo incapacitado, permitiéndole beneficiarse de las eventualidades ofrecidas en el mercado general de empleo y a la autoridad administrativa le facilita la evaluación en relación a la verdadera situación de empleo, llegando esta en muchas ocasiones a consideraciones especiales según el estado general del mercado de trabajo.

A los procedimientos anteriores debe agregarse hoy las posibilidades abiertas

por la aplicación de los métodos de la Rehabilitación médico-funcional y los de la Rehabilitación Profesional.

Mediante las técnicas de la primera de ellas es posible, como fue mencionado, reducir en grado extremo y aún eliminar las consecuencias de una incapacidad física o funcional sobre la capacidad de trabajo del individuo y mientras ella está en acción y el caso lo amerita, se puede realizar una investigación de las aptitudes vocacionales del incapacitado a fin de aplicarle simultáneamente o a continuación las técnicas de la Rehabilitación Profesional.

Ambos procedimientos son hoy de uso común en la mayoría de los países y han evidenciado tan importantes resultados, que han determinado un cambio de actitud en relación al concepto de verdadera incapacidad, porque han transformado la toma en consideración de las incapacidades del individuo, por la puesta en acción de sus capacidades y habilidades residuales; y utilizando estos procedimientos, se da con frecuencia el caso que un individuo, aún presentando un grado mayor o menor de incapacidad física, pueda, mediante la rehabilitación, adquirir una capacidad de ganancia, y disfrutarla, superior a su capacidad anterior.

La aplicación práctica del concepto que se acaba de exponer ha dado lugar a que las legislaciones de Seguridad Social hayan venido modificando sus disposiciones en relación a la evaluación de la incapacidad en la medida en que les ha sido posible desarrollar instalaciones de rehabilitación médico-funcional y profesional. A este respecto debe mencionarse que, como existe la posibilidad de que la reducción de la incapacidad que se obtiene en la gran mayoría de los casos al aplicar los métodos de la rehabilitación pueda ocasionar también una reducción de la prestación económica previamente asignada, es necesario tomar las medidas adecuadas para asegurar al individuo que se somete al proceso de rehabilitación en forma voluntaria, que esto no le ocasionará tal perjuicio, para lo cual se ponen en práctica diversos procedimientos, tales como: mantener la prestación durante todo el tiempo necesario para completar el proceso de rehabilitación; prolongarla hasta tanto que los ingresos provenientes de una nueva ocupación sean iguales o superiores a los que anteriormente se percibía; reducir periódicamente la prestación en acuerdo a los ajustes derivados del progreso en la capacidad de ganancia; permitir la conservación de la renta o de la pensión por incapacidad parcial permanente, sean cuales fueren los ingresos derivados de la actividad de trabajo; y otros.

En todo caso, se trata de aplicar el principio de que la evaluación "definitiva" no debe hacerse hasta tanto que no se haya completado el proceso de rehabilitación.

En lo que se refiere a las disposiciones de algunas instituciones de Seguridad Social en las cuales es compulsivo el sometimiento a las técnicas de la rehabilitación so pena de perder el derecho a las prestaciones económicas, el método habitualmente seguido es el de realizar la evaluación cuando ha terminado el proceso de rehabilitación, permitiéndose conservar la renta correspondiente, pero sujeta a la posibilidad de reevaluaciones durante un período más o menos prolongado, al final del cual se considera la incapacidad residual como de carácter definitivo.

Cualesquiera que sean los resultados obtenidos después de la rehabilitación en relación a la posibilidad de empleo, es necesario que se pueda asegurar la obtención de éste, porque nada se habría hecho en beneficio y sí mucho en perjuicio del individuo y del buen nombre e importancia de la rehabilitación si realizados todos los gastos que ella implica y el esfuerzo personal del incapacitado para su rehabilitación, no puede obtener una ocupación adecuada a sus condiciones.

APORTACIONES DE LAS DELEGACIONES

1.—MEXICO.

“EVOLUCION EN LOS CONCEPTOS DE REHABILITACION”

Instituto Mexicano del Seguro Social.
Dr. Roberto Curiel Cueto.
Dr. Felipe Vales Ancona.
Psic. Elizabeth García de León.

2.—MEXICO.

“EXPERIENCIA SOBRE LA EVALUACION DE LA INVALIDEZ EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

Dr. Ramón Echenique de la Portilla.

3.—PANAMA.

“REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL. CRITERIOS DE LA EVOLUCION DE LA INVALIDEZ”

Dr. Jorge T. González J.
Dr. Manuel Ferrer.
Dr. Rubén D. Fábrega.

4.—COSTA RICA.

“REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL”.

Caja Costarricense de Seguro Social.
Dr. Enrique Urbina González.

5.—BRASIL.

“REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL”.

Dr. Fioravanti Alonso Di Piero.

INFORME FINAL

El III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, después de haber conocido la ponencia relativa a "REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL. CRITERIOS DE LA EVALUACION DE LA INVALIDEZ", presentada por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, tomando en cuenta las aportaciones en dicho Tema, y las consideraciones formuladas por la Mesa Directiva y el Grupo de Trabajo, llegó a las siguientes conclusiones:

I. Relativas a la función social de la Rehabilitación.

1. La incapacidad para el trabajo ocasiona frecuentemente serios problemas sociales en el grupo familiar, cuya gravedad está en relación con múltiples factores de índole físico psíquica y económico social.
2. Mediante la función social de la rehabilitación es posible eliminar o reducir la influencia de la incapacidad para el trabajo sobre el grupo familiar.
3. La función social de la rehabilitación, por la multiplicidad de su acción, sólo puede lograrse adecuadamente mediante una labor multidisciplinaria, realizada por un equipo coordinado en acción y en los objetivos.
4. Si bien el programa de rehabilitación en su aspecto social ejerce su acción más directa sobre el individuo y su familia, tiene también grandes y positivas repercusiones sobre todo los estratos sociales y económicos de la comunidad y del Estado.
5. Es más recomendable intentar la rehabilitación del individuo, si previamente se le ha motivado suficientemente.
6. Las actividades desarrolladas por el Trabajador Social, juegan un papel de primer orden en la aplicación de los principios que norman la función social de la rehabilitación.
7. La experiencia ha demostrado la importancia de utilizar todos los medios posibles de prevención de riesgos, a fin de reducir la frecuencia y gravedad de la incapacidad resultante de accidentes o enfermedades.
8. Por razón misma de su naturaleza, las instituciones de Seguridad Social debieran desarrollar o contribuir al desarrollo de todos aquellos servicios orientados a la rehabilitación en general y en especial el de reha-

bilitación profesional a fin de proveer de una preparación y ocupación adecuada al individuo incapacitado.

9. Los servicios de la rehabilitación deben encontrarse al alcance de todos aquellos que puedan requerirla, sin distingo de ninguna naturaleza por razón del derecho universal a la salud.
10. La aplicación de los principios de la función social de la rehabilitación complementa y fortalece el moderno concepto del derecho del individuo a la Seguridad Social.

II. Relativas a la Evaluación de la Invalidez.

1. La evaluación de la invalidez constituye uno de los aspectos de la Seguridad Social que por su complejidad, debe ser realizada con pleno conocimiento de la responsabilidad que se asume y de las consecuencias que se derivan del acto que se realiza.
2. La autoridad que ejecuta la evaluación, si bien debe tener en cuenta los aspectos puramente administrativos, debe igualmente dar la mayor consideración a los factores humanos presentes en cada caso.
3. Por el hecho de que los factores que ejercen su influencia sobre el grado de invalidez varían en cada caso, los diversos métodos para determinarla basados en tablas o baremos, deben constituir sólo un elemento de orientación para la decisión final.
4. Para la implementación del empleo de los incapacitados, además de que puedan reservarse algunas posiciones de empleo para individuos incapacitados, deberán utilizarse todos los otros medios posibles para convencer al empleador de las ventajas que de ello se derivan.
5. Cuando en la evaluación de la invalidez se toma como factor esencial la profesión o profesiones que eventualmente pudiese desempeñar el incapacitado, debe tenerse muy en cuenta las condiciones del mercado general del empleo.
6. Antes que la invalidez propiamente dicha se ha encontrado más razonable y práctico evaluar la pérdida de la capacidad de ganancia.
7. La evaluación de la invalidez sólo debiera realizarse después de la apli-

cación de los diversos procedimientos de la rehabilitación de incapacitados.

8. Se puede considerar que la incapacidad para el trabajo consiste en la pérdida total o parcial, temporal o permanente, de origen congénito o adquirido, de las facultades consideradas como necesarias para desempeñar una ocupación, en el mercado general del empleo.
9. En el otorgamiento de una pensión de invalidez debieran agilizarse al máximo posible los trámites administrativos y su cuantía estar ajustada en todo tiempo a las necesidades del incapacitado y de su familia.
10. Tomando en cuenta las implicaciones inherentes a la evaluación de la invalidez, la función correspondiente deberá ser realizada por un grupo especializado en la materia.

La elaboración del presente Informe estuvo a cargo del

Grupo de Trabajo No. 8.

Mesa Directiva:

Presidente: Dr. Alejandro Rhode (AISS).

Vicepresidente: Dr. Ricardo Campos H. (México).

Secretario Técnico: Dr. Jorge Tulio González (Panamá).

Integrantes:

Dr. Jérôme Dejardin (AISS).

Dr. Fioravanti Alonso Di Piero (Brasil).

Dr. Guillermo Amaya Barrios (Panamá).

Dr. Rodrigo Alarcón López (Colombia).

Dr. Carlos Briseño (Panamá).

Dr. Rubén F. Fábrega (Panamá).

Dr. Jorge Fong Lau (Panamá).

Dr. César Lechuga Rojas (México).

Dr. Antonio Ruiz Salazar (México).