

Resúmenes

CM1 Atención del Trauma en el 2020

Donald D. Trunkey

El propósito de esta exposición es el examinar el trauma desde un punto de vista de salud pública y política, mientras entramos en el tercer milenio. De acuerdo al estudio del Global Burden of Disease, en 1990, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, y nutricionales producían 17.2 millones de muerte, mientras que enfermedades no transmisibles producían 28.1 millones y el trauma 5.1 millones (10% de la mortalidad global). El riesgo de muerte debido a traumatismos varía importantemente con respecto al área geográfica, edad y sexo. Mundialmente ocurren 2 muertes en hombres por violencia por cada muerte en el sexo femenino. Los traumatismos constituyen 12.5% de las muertes en hombres, comparado a un 7.4% en mujeres.

La mortalidad no es la única consideración cuando uno mide el impacto de una enfermedad. Igualmente importante es la calidad de vida con o sin tratamiento y el grado de discapacidad. Una medida de incapacidad es el DALY (Disability-Adjusted Life Year), que es la sumatoria de los años perdidos debido a muerte prematura y los años vividos con incapacidad, ajustada a la severidad. Las 10 causas más comunes del DALY global. En orden decreciente, son: Infecciones respiratorias bajas, enfermedades diarreicas, enfermedades perinatales, depresión mayor unipolar, enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad cerebrovascular, tuberculosis, varicela, accidentes de tránsito, y anomalías congénitas. Para el año 2020, las muertes por trauma van a aumentar a 8.4 millones y avanzarán a la posición #3 de la escala de DALY.

Otro desarrollo esperado temprano en el tercer milenio va a ser el envejecimiento de la población, tanto en países desarrollados como no desarrollados, en donde las mujeres aumentarán la expectativa de vida de 82 a 87 años y los hombres de 73 a 78, en los países desarrollados. Este cambio va a tener serias implicaciones en el manejo del trauma.

Los traumatismos corresponden a un 10% de la mortalidad global. Cinco de las 25 causas principales de la mortalidad son los traumatismos, habiendo diferencias en el resultado entre áreas rurales y urbanas.

Un tema final que va a afectar a la política pública es la comparación de varios procesos patológicos con tratamiento. Esta política se puede traducir en como se manejan los fondos destinados a la salud pública. Por ejemplo, si comparamos ciertos tratamientos de cáncer con aquellos en el manejo del trauma son muy desproporcionados. El tratamiento quirúrgico del cáncer de cabeza y cuello no han cambiado el resultado de sobrevida en los últimos 30 años. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico ha alterado inmensamente la calidad de vida debido al desarrollo de innovaciones en la cirugía reconstructiva, posterior a la ablación del cáncer. En contraste, el salvamento quirúrgico de pacientes con traumatismos puede ser

disminuido con un sistema de trauma y manejo quirúrgico moderno, ya que sabemos que el 85% de estos pacientes regresan a llevar una vida productiva; mientras que pacientes con cáncer, aún curados, pueden tener una vida productiva muy corta.

En muy pocas instancias, ha sido traducido esto a una política prudente tanto en los fondos destinados para el manejo como para la investigación.

CM2 Manejo Moderno del Carcinoma de la Cabeza del Páncreas

John Cameron

Carcinoma de la cabeza del páncreas puede ser diagnosticado y estadiado efectivamente por tomografía axial computada (TAC) y por angiografía visceral. Si el tumor parece resecable no es necesario más exámenes como biopsia percutánea.

Pancreatoduodenectomía es el único tratamiento curativo potencial. Esta operación puede ser efectuada con una mortalidad operatoria de aproximadamente 2%. Si la resección es curativa, la sobrevida a 5 años puede ser anticipada en 20%. Utilizando análisis multivariable, con ganglios negativos, ausencia de evidencia microscópica de tumor en vasos sanguíneos, y dos o menos transfusiones sanguíneas durante cirugía, son factores pronósticos independientes de sobrevida a largo plazo. Terapia adyuvante es efectiva y debe ser usada rutinariamente.

Por estudio actuarial la sobrevida a 5 años es de 21% para todos los pacientes. Esta sobrevida aumenta en forma importante en pacientes con tumores menores de 3cms de diámetro (28%), márgenes negativos (26%), ganglios negativos (36%), o contenido diploide de DNA (39%). El análisis multivariable indica que estos parámetros sirven como predictor independiente más favorable: contenido DNA del tumor, diámetro tumoral, estatus de los ganglios resecados, márgenes de resección, y en el Johns Hopkins Hospital la década de la resección (más favorable en los 90). El aumento del uso postoperatorio de terapia combinada de quimiorradiación parece ser otro factor de sobrevida mayor. Esta serie grande de este Hospital da un optimismo cauto en el tratamiento de esta enfermedad. El desarrollo de nuevas modalidades combinadas de tratamiento incluyendo la inmunoterapia, podrán aumentar la sobrevida. Futuros desarrollos en el campo de genética molecular prometen una detección precoz de este cáncer, posiblemente usando modalidades diagnósticas basadas en genes.

CM3 El Médico y su Familia: En honor a mis 27 años de médico y de feliz matrimonio

Solón Chavarría Aguilar

La buena salud es el lecho de rocas sobre el cual el progreso social se construye. Una nación de gente sana construyen una sociedad que hacen que la vida valga la pena y si el nivel de salud se incrementa se aumenta el potencial para la felicidad. Sin embargo se ha demostrado que el médico en Costa Rica tiene un promedio de vida (no es esperanza de vida) que ronda en los 62.3 años, lo cual es inferior a otros grupos de profesionales y a la población en general. Esto debido a muchos factores: stress, sobrecarga de trabajo, sedentarismo, obesidad, fumado, mal control de los factores de riesgo, automedicación, falta de un programa de promoción de la salud del médico, etc.

Uno espera que para dar una buena salud a sus semejantes, el médico debe de gozar de una buena salud bio-psico-social y para esto es necesario que este profesional se desenvuelva en un ambiente familiar y de trabajo adecuado. Sin embargo, en ambos escenarios se presentan situaciones adversas que atentan contra la buena salud del médico.

En el ambiente familiar es muy frecuente encontrar problemas muy serios con su cónyuge, al extremo que el divorcio en los médicos es muy frecuente (se habla de un 50% de fracasos matrimoniales). Además hay una serie de dificultades con los hijos, ya sea por la ausencia del padre, la madre o de ambos, que lleva a presentar problemas familiares muy graves, teniendo muchas veces que ver con el fracaso en el estudio y en ocasiones hasta con el uso del alcohol y drogas, por parte de nuestros hijos.

Estos problemas familiares son muy difíciles de solucionar dado que son multicausales, sin embargo podríamos intentar dar algunos consejos: no crear falsas expectativas socio-económicas a su pareja y a los familiares; llevar un mejor control de los ingresos y egresos, hacer el esfuerzo de analizarse mutuamente con respecto a la personalidad de cada quien, intentar estudiar la inteligencia emocional de cada uno de los miembros de la familia, mantener un equilibrio adecuado entre nuestra responsabilidad como médicos al servicio de los demás y la responsabilidad como cónyuges y padres. Es muy saludable dedicarle más tiempo a la familia, ya sea en recreación como en el estudio y el ejercicio conjunto. Debemos de ponerle mucha atención a nuestros vicios, porque éstos nos minan la salud, nos producen grandes gastos y frecuentemente son el origen de la discordia. Recordemos también que la fidelidad es mensajera de bienestar físico y psíquico, la infidelidad es fuente de zozobra, inseguridad e infelicidad.

Considero que un buen médico es aquel que logra entender a su paciente, le hace un buen diagnóstico, le da el tratamiento adecuado y lo rehabilita, para que se integre a la sociedad en plenitud de condiciones. Para esto se requiere una buena relación médico-paciente y del médico con la familia del paciente. Esta será muy

buena y los resultados excelentes si el médico goza de buena salud biopsico-social.

Si cada familia y por ende la del médico mantienen una buena relación interna e interfamiliar, ese gran organismo social que se llama sociedad, funcionaría en óptimas condiciones para vivir en paz, solidaridad, justicia y equidad que nos llevarían a acercarnos a la siempre ansiada felicidad terrenal.

CM4 Determinando Competencia: Un Cuento de dos Profesiones

Donald D. Trunkey

La determinación de competencia en los profesionales no es sólo importante sino imperativa en ciertas profesiones como medicina. Ejemplos de incompetencia en medicina incluyen dos categorías: incapacidad temprana e incapacidad tardía. Ejemplos específicos de incapacidad temprana incluyen comportamiento sociopático, falla para continuar aprendiendo, abuso de sustancias y ciertas condiciones médicas. Ejemplos de incapacidad tardía son envejecimiento cognoscitivo, disminución en las habilidades psicomotoras, y condiciones neurológicas/ psiquiátricas.

La evidencia

Un libro reciente de Douglas H. Powell llamado "Los perfiles del envejecimiento cognitivo" (Profiles in cognitive aging), documenta los múltiples cambios fisiológicos, cognoscitivos, y psicométricos que ocurren con el envejecimiento. El autor desarrolló una serie de exámenes llamados Microcog que documenta estos cambios. Al igual que otros tests existentes, la mayoría muestra un deterioro gradual de las funciones cognoscitivas con la edad.

La comparación

Basado en esta evidencia, he escogido comparar como dos profesiones, cirujanos y pilotos comerciales, determinan y aseguran la competencia en sus respectivas profesiones. Claramente ambas son responsables de vidas humanas. En la profesión de pilotos comerciales la FAA ha definido rígidamente las medidas de competencia y esto tiene un impacto enorme en la carrera del piloto. En contraste, la determinación de competencia entre cirujanos es muy modesta y en algunos casos ausente. Por ejemplo, un médico puede terminar un programa no quirúrgico y aún puede terminar practicando cirugía en una zona rural. Para la mayoría de los cirujanos, la competencia se mide de cinco maneras. A la hora de que el cirujano termina el programa de entrenamiento el director debe certificar que el candidato en cirugía tiene un nivel de conocimientos elevado, habilidad de aplicar ciencias básicas a la cirugía, tiene habilidades diagnósticas, juicio quirúrgico, experiencia técnica operativa, y las habilidades interpersonales que permiten que el candidato tenga una responsabilidad independiente como especialista en cirugía. El candidato debe entonces, ganar un examen que consiste de preguntas de respuesta múltiple y luego un examen oral que consiste en tres sesiones.

Luego de este proceso de certificación inicial, el cirujano debe recertificarse cada 10 años.

Contrario al cirujano, la determinación de competencia de los pilotos comerciales es más rigurosa. Un piloto debe tener un certificado médico cada 6 meses; debe someterse a pruebas de aliento y urinalisis. Deben tener exámenes en simulador mínimo una vez al año y someterse a chequeos sin aviso por parte de un inspector. El último requerimiento de la FAA es que debe retirarse a los 60 años sin excepciones.

El examen médico incluye 11 páginas en el manual de la FAA en evaluación neurológica examinando por convulsiones, vértigo, accidentes cerebrovasculares, enfermedades desmielinizantes, esclerosis múltiple, enfermedad de Guillain-Barré, enfermedades de la colágena, enfermedades degenerativas y psiquiátricas. Los exámenes de orina descartan la presencia de sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, opioides, anfetaminas, alucinógenos, fenilciclidinas y cannabis. Se le realiza un EKG a los 35 años y luego uno anual después de los 40 años. Hay un gran número de condiciones médicas descalificantes, como: diabetes mellitus insulino-dependiente, angina pectoris, enfermedad coronaria que ha requerido tratamiento, infarto de miocardio, reemplazo valvular, marcapasos permanente y trasplante cardíaco.

Soluciones

Creo que es justo decir que el público desea garantizarse que el cirujano es competente. Es mi creencia que comparados con los pilotos comerciales, el cirujano no es apropiadamente evaluado para asegurar su competencia. He pensado en un número de soluciones. Empezando a la edad de 50 años, creo que el cirujano debe tener un examen médico de primera categoría que incluiría una historia clínica, examen físico, EKG y pruebas psicométricas. Este certificada se debe realizar cada dos años hasta la edad de 60 años y luego anualmente posterior a esta edad.

Recomiendo que todos los cirujanos lleven a cabo pruebas de aliento y orina para determinar presencia de alcohol y las mismas sustancias que el de la FAA. Después de los 55 años, creo que los cirujanos deben recertificarse cada 3 años para determinar la función cognoscitiva. Creo que las pruebas psicométricas modernas, un examen médico eliminarían una edad arbitraria mandatoria de retiro.

En resumen creo que las soluciones parecen obvias, y en mi opinión, deben ser hechas por la profesión.

CM5 Homeopatía en Atención Primaria

Bob Leckridge

¿Cómo se puede integrar la homeopatía en la atención primaria? Se mostrarán ejemplos del Reino Unido y los Estados Unidos.

¿Qué es una consulta homeopática? ¿Qué la hace homeopática? Se revisará el método homeopático que le permitirá al principiante entender el proceso de la consulta homeopática.

Se darán ejemplos prácticos de como puede un ocupado Médico de Familia (MF) manejar y encontrar el tiempo para practicar la homeopatía y cómo puede hacer accesible a sus pacientes la homeopatía. Los tratamientos homeopáticos se pueden aplicar en: 1) afecciones en las que no existen tratamientos alopáticos efectivos o son inseguros, 2) afecciones en las que los tratamientos alopáticos tienen inaceptables efectos secundarios, 3) cuando el médico quiere reducir el uso de fármacos alopáticos. Se darán ejemplos de estas condiciones. Los MF deben practicar la medicina basada en la evidencia. ¿Cuál es la evidencia de la homeopatía? Se describirán y se explicarán los métodos de enseñanza de las diversas "escuelas" de homeopatía. Se mostrarán ejemplos de atención de casos de la práctica general del servicio de consulta externa de Hospital Homeopático de Glasgow.

CM6 La Rehabilitación en América Latina

Ricardo Restrepo-Arbeláez

Desde la década de los años cincuenta, se iniciaron organizaciones formales para dar atención a algunos tipos de personas discapacitadas como fueron los centros de atención para los que padecían de poliomielitis, retardo mental, enfermedad mental, deformidades congénitas. Además, existían centros para las agrupaciones para la rehabilitación de las personas ciegas, las sordas o aquellas con alguna enfermedad que generaban estigmas sociales.

Con el transcurrir del tiempo, no sólo se consolidaron, sino que se fortalecieron un sinnúmero de otras instituciones en beneficio de las personas discapacitadas. Llegando a tener prioridades no sólo las de los invidentes y no oyentes, sino las de las personas con lesiones medulares y otras enfermedades con secuelas músculo esqueléticas que los reducían a una silla de ruedas.

Se generaron legislaciones más espontáneas para dar protección a los discapacitados buscando su reintegro social y laboral y trabajando en la promoción y prevención de la invalidez, se dio inicio a la rehabilitación profesional en centros especializados y con programas especiales en educación y formación profesional, además de unas políticas de empleo.

La legislación de protección al trabajador se venía incluyendo en los códigos, pero se hizo más general y formal en los programas de seguridad social.

Los programas más antiguos son los de las profesiones, en ese entonces llamados paramédicos como la terapia física, la kinesiología, la terapia ocupacional, la ergoterapia, la terapia del lenguaje, la fonoaudiología y la psicología, se anexaron a algunos con la ortopedia y reumatología, la psiquiatría y la otorrinolaringología. La enfermería constituía un pilar en la coordinación activa de atención por parte del equipo interdisciplinario. Luego surgió el programa académico y formal del programa de medicina física y rehabilitación y liderado por universidades norteamericanas y algunas europeas como la Universidad de New York y la Clínica Mayo y por algunas europeas.

Las universidades en sus programas de educación médica del pregrado, incluyeron la medicina física y rehabilitación. Luego con las reformas curriculares, se incluyeron notaciones cortas y pasantías y, en unas pocas escuelas se crearon programas horizontales, con contenidos de la especialidad en todos los niveles.

Se iniciaron programas en México, Costa Rica, Colombia, Brasil, Venezuela, Argentina, Chile, Uruguay y Ecuador, con las recomendaciones y convenios de la Organización Internacional del trabajo (O.I.T.), se generaron los programas de rehabilitación y readaptación profesional y empleo de personas inválidas. Se construyeron centros especializados para la orientación, capacitación, adaptación y formación profesional y empleo.

Los programas de formación en postgrado han graduados médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación y los Fisiatras quienes se dedican más a la aplicación de la medicina física con los medios y modalidades físicas y el electrodiagnóstico, delegando, bajo prescripciones la complementación del tratamiento a los terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y a los técnicos en prótesis y ortesis, configurando así el equipo multidisciplinario. La coordinación del equipo no ha sido clara y han surgido grandes confrontaciones más de origen individualista por poder y dinero, con predominio en la práctica privada más que en el medio hospitalario lo cual ha impedido el añorado trabajo interdisciplinario.

La década de los ochenta y noventa fue de una participación activa de los organismos internacionales liderados en la organización de las naciones unidas con los servicios de rehabilitación.

La atención eficiente de las personas discapacitadas y su integración real a la vida del común, sigue siendo un desafío para los países de la América Latina y el Caribe. El sector salud es el más involucrado en la atención de las personas discapacitadas.

En un documento de estudio de la Organización Panamericana de la Salud de 1955, se informó que en un 92,5% de los 27 países de América Latina y el Caribe, el sector salud planificaba y ejecutaba las acciones de rehabilitación, seguido por los sectores de educación y trabajo. Las organizaciones no gubernamentales y el sector privado eran los actores que jugaban un papel importante en la provisión de servicios, la coordinación intersectorial no había sido consolidada, con poca, parcial o ninguna coordinación, en un 50% de los países. Se han realizado acciones aisladas con un esperado bajo impacto en beneficio de la población discapacitada, la mayoría carecen de verdaderos programas de rehabilitación integral, porque son incompletos, sin planes nacionales, de tal forma que se lograba en algunos sujetos la recuperación funcional, pero no su plena integración a la sociedad. En una encuesta, 74% de los países respondieron que la integración era parcial. Muchos países cuentan con políticas, programas y leyes que promueven atención integral de la persona discapacitada, lo que llevó a la conformación de comisiones o consejos nacionales de rehabilitación con el propósito de establecer la coordinación interinstitucional e intersectorial. El 51.8% de los países participantes en el estudio, tienen un programa nacional de rehabilitación y 62.9% cuentan con leyes nacionales.

El factor más perturbador para la consolidación de los programas de la atención integral de las personas discapacitadas, ha sido la falta de voluntad política de los organismos internacionales, de los gobiernos latinoamericanos. Las continuas confrontaciones entre los profesionales de los distintos campos de influencia como los de la salud, la educación, el trabajo y la justicia han sido responsables de los logros limitados. Las agrupaciones de personas discapacitadas, quienes siempre quieren ostentar el poder y sus prebendas para beneficio personal o grupista, con frecuencia han impedido el progreso.

Se describen algunas acciones particulares que se han efectuado en América Latina y el Caribe, pero siempre se cometerán errores u omisiones por la poca información que existe y por la poca colaboración para obtener respuesta.

Las políticas de rehabilitación, para ser sólidas, deben salir de un consenso entre las partes, para beneficio de la sociedad, no sólo en lo social, sino en lo productivo y en lograr una oportunidad para todos con un sentido más solidario.

Podemos concluir que el esfuerzo de tantas décadas, se ve recompensado por una toma de conciencia y más participación e interés de la comunidad en la apertura, para dar una mayor socialización e integración de las personas discapacitadas.

CM7 La Organización Panamericana de la Salud y la Rehabilitación en América Latina

Armando J. Vásquez B

Las condiciones de salud de las Américas presentan características demográficas, sociales y epidemiológicas donde la discapacidad aparece como un fenómeno de dimensiones significativas en razón de su repercusión social y económica. Las tendencias actuales nos señalan un incremento cada vez mayor en las enfermedades emergentes, reemergentes y crónicas; aunado a ello tenemos los conflictos bélicos, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso del alcohol y drogas, violencia social, causas estas productoras, sin duda alguna, de discapacidades. Otras condiciones que favorecen el incremento de discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, la niñez abandonada, grupos sociales postergados como las etnias, pobreza extrema, desplazamiento de grupos poblacionales, fenómenos naturales. Como consecuencia de estos factores, existe un grupo de personas sin distinción de clase social, raza, género, edad y condición económica englobados o no en un grupo familiar, que presentan algún tipo de discapacidad y que demandan de la sociedad el derecho a una posición en la vida en igualdad de condiciones para tener acceso a la atención equitativa en salud, educación, trabajo, recreación, ejercicio de derechos civiles, etc., de manera que puedan tener una vida digna, de buena calidad y plena participación en la sociedad.

Se considera que del 7 al 10% de la población general es portadora de algún tipo de discapacidad, esto nos representa 420 6 600 millones de personas en el mundo. En América Latina se han

encontrado cifras de prevalencia de la discapacidad muy por encima de este estimado. Por ejemplo en Perú, las cifras reportadas por el estudio de prevalencia nacional está por el orden del 32%, mientras que en otros países como Ecuador, Venezuela, Colombia reportan cifras entre un 10 al 13%. En Centroamérica, un estudio realizado para el Banco Interamericano de Desarrollo sobre la situación de la población con discapacidad nos señala cifras promedios de prevalencia de discapacidad del 18%. Si consideramos el impacto de la discapacidad sobre el resto de la población (la discapacidad no solo afecta a la persona que la tiene, sino también a aquellos que la cuidan, a los familiares, y a cualquier persona que apoye la vida comunitaria), tendremos entonces que el porcentaje estimado de prevalencia de discapacidad puede llegar hasta el 25%, al considerar su impacto.

Tradicionalmente los esquemas desarrollados para la atención de las personas con discapacidad, se han caracterizado por estar desvinculados de las verdaderas necesidades sentidas por este grupo de población. Desde un modelo con carácter de beneficencia no incluyente, hasta los modelos asistencialistas donde solamente se trata el daño y no la consecuencia de este. Son innegables los beneficios que se han derivado de algunos de estos modelos, pero con limitado impacto en la población objetivo. Así vemos como que el modelo asistencial, ha tenido una marcada influencia biologicista, fuertemente institucionalizado, rápida expansión de red de servicios, alta tecnología, pero de baja cobertura y altos costos, modelos que en muchos de nuestros países no han logrado consolidarse.

Frente a esta realidad y al aumento de la prevalencia de la discapacidad, aunado con los problemas socioeconómicos, tenemos una situación de grandes magnitudes a la que hay que darle una respuesta adecuada en orden de satisfacer las necesidades sentidas por las personas con discapacidad, no solo atendiendo el daño, sino también sus consecuencias, que muchas veces afecta a la familia y a la comunidad. Para ello se deben definir ciertas premisas en el marco de los derechos humanos, la rehabilitación es una responsabilidad social. En este escenario hay que privilegiar la inclusión como estrategia de atención, no se trata de promover cambios de actitudes personales, sino de incluir también al entorno para que permita una verdadera equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, por lo tanto la persona con discapacidad es el principal actor de este proceso y la accesibilidad el eje de la atención. No debemos obviar que el promover políticas públicas saludables complementa los aspectos de prevención y promoción de la salud.

La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene su propósito fundamental en la promoción de la salud y el mejoramiento del bienestar de la colectividad, reconociendo que el goce del grado máximo de salud constituye un derecho fundamental los mayores esfuerzos deben dirigirse a la disminución de las inequidades, a estrategias que promuevan la solidaridad, el derecho a una vida segura, trato equitativo, acceso igualitario a los servicios y a la información, y la promoción de la bioética por el surgimiento de los nuevos dilemas éticos derivados del rápido adelanto científico y tecnológico en el campo de la salud y la dimensión ética de los derechos de las personas y la justicia en la asignación de recursos.

En este escenario la OPS ha conceptualizado que la rehabilitación es un componente fundamental del modelo de atención en salud y por lo tanto no debe ser excluida de los programas del sector. Su desarrollo contribuye al logro de la equidad y eficacia de las prestaciones de los servicios de salud, se incorpora como un enfoque multisectorial, aumenta la cobertura de manera integral, facilita la detección de riesgo, la prevención y la inclusión. Mejora la calidad del grupo social y evita la marginación, es un componente básico para la participación social promoviendo la relación positiva entre salud y desarrollo. La rehabilitación es un acto de atención a la salud y por lo tanto un componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de su salud y bienestar de ellos, su familia y la comunidad. Es cumplir con un derecho humano.

Basado en estos principios la OPS a través de su Programa Regional de Prevención de Discapacidades y Rehabilitación, ha venido brindando apoyo y asistencia técnica a los países de la región para el desarrollo de Políticas y Programas de rehabilitación, implementación de la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), desarrollo de Sistema de Información sobre Discapacidad, asistencia técnica para la capacitación y formación de recursos humanos y la realización de estudios de prevalencia de la discapacidad, apoyo al desarrollo de normas y desarrollo de servicios de ortesis y prótesis.

La sustentación programática está vinculada a las siguientes *Premisas*:

- Promoción de los derechos humanos
- Vida independiente
- Calidad de vida
- Igualdad de oportunidades
- Inclusión y participación
- Servicios de salud adecuados

Para alcanzar su desarrollo a través de las siguientes *Estrategias*:

- Fomento de la participación y la solidaridad
- Coordinación intersectorial e interprogramática
- Mejora de la calidad y eficiencia de los servicios
- Formulación de políticas y programas
- Desarrollo de esfuerzos educativos
- Promoción de la investigación
- Recopilación y difusión de información

Esto lo podemos traducir o englobar en *Líneas de Acciones* de carácter sustantivo:

- Abogacía de las personas con discapacidad y sus derechos
- Mejorar el conocimiento de la situación diagnóstica de la discapacidad

- Desarrollo de normas y marcos de referencia de atención de rehabilitación en el modelo de asistencia
- Articulación de los diferentes actores que participan en la prevención de discapacidades, rehabilitación e inclusión (intersectorialidad)
- Reinserción al área productiva de las personas con discapacidad
- Fortalecimiento de las instituciones
- Capacitación, adiestramiento y formación de recursos humanos
- Investigación.