

La Rehabilitación: una Preocupación Actual

Por

Dr. Gilbert Bzenes Roger (Kinesiólogo)

En cada vuelta, el mundo actual nos presenta problemas de enorme trascendencia, los cuales no dejan de inquietarnos. Y tiene que ser así, puesto que piden, a gritos, soluciones concretas.

Las nuevas conquistas en el campo científico, la fermentación política y social de los pueblos, el ajetreo económico de los gobiernos y la factible expansión del hombre hacia otros planetas, se han convertido en características importantes de nuestro siglo, que rebosan en perspectivas ilimitadas. Pero este amplio panorama, aparentemente alentador, no contribuye como quisiéramos, en hacer más razonable a la humanidad. Y así no; dedicamos a especular, en pose virtual, sobre el futuro del "homo sapiens", en tanto se acumula, bajo "nuestros sueños" todo un desfile de tragedia.

Cuando la ciencia médica logró reducir la mortalidad infantil y elevar el promedio de vida a 50 años o más, se pensó, con justa razón, que el triunfo estaba muy cerca. Sin embargo, en vez del anhelado triunfo, llegó una sorpresa mayúscula: si bien los avances de la medicina salvaban muchas vidas, que en otros tiempos habrían sucumbido, incrementaban, en cambio, el porcentaje de inválidos, con funestas consecuencias para las finanzas de un país. Como respuesta a este hecho paradójico nació la REHABILITACION INTEGRAL, considerada como UN PROCESO RESTAURADOR DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO. El dinamismo que la caracteriza proviene, principalmente, de LA LABOR EN EQUIPO. Sobre este punto se ha insistido mucho. Así se hizo también en la CUARTA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL BIENESTAR DE LOS LISIADOS (ISWC), celebrada en Puerto Rico en Mayo de 1959. Los beneficios que otorga una buena REHABILITACION no provienen de los esfuerzos de un profesional aislado, sino de la acción coordinada de muchos, cuyos espíritus deben ser demasiado fuertes para no dejarse sorprender por la envidia, para escuchar valientemente las sugerencias lógicas, para postergar el beneficio personal en aras de una colectividad enferma y humillada.

Hicieron falta un par de CONFLICTOS MUNDIALES para que la sociedad se diera cuenta de la IMPORTANCIA que posee la Rehabilitación. Esperamos que los "errores pasados" sean suficientes para darle, a esta nueva fase de LA MEDICINA, todo nuestro apoyo.

El Consejo de Medicina física y Rehabilitación de la Asociación Médica Norteamericana ha dicho: "La Rehabilitación incluye el empleo de la medicina física, de la adaptación psico-social y del adiestramiento vocacional en una tentativa para llevar a cabo las funciones y adaptaciones máximas del individuo y para prepararlo física, mental, social y vocacionalmente para una vida, lo más amplia

posible, compatible con sus capacidades e incapacidades".

El campo de la Rehabilitación sigue siendo tan vasto como las técnicas que utiliza. Una de ellas, LA MEDICINA FISICA, se encarga de diagnosticar y tratar, con procedimientos físicos y otros medios adecuados, todos aquellos trastornos que provocan o reproducen, un déficit del aparato locomotor. Hay trastornos motores de nacimiento y de origen adquirido. Aunque resulte ocioso, vamos a repetir algunos ejemplos que merecen la atención médico-kinésica: Parálisis Cerebral Infantil, Luxación Congénita de Cadera, Pie Equino-Varo Congénito, Genu Varum, Genu Recurvatum, Coxa Vara, Artrogriposis, Espina Bífida (especialmente el Meningomiélicele), Amiotonía Congénita, Parálisis Obstétricas (Facial, Braquial, Crural, etc.), Tortícolis, Amputaciones, Distrofia Muscular Progresiva, Cardiopatías Congénitas, Paraplegias, Hemiplejias, Poliomiéлитis, Secuelas Traumáticas, Desviaciones Músculo-esqueléticas, Afecciones Reumáticas y Para-reumáticas, Afecciones Bronco-pulmonares (asma, tuberculosos, etc.), Ptosis Abdominales, Deficiencia Muscular y Respiratoria en las embarazadas, Enfermedades Metabólicas, y muchas otras que se nos escapan en este momento.

Frecuentemente, mantenemos un prejuicio histórico frente al lisiado. Lo consideramos inferior y lo hacemos víctima de una piedad mal entendida. Al negarle su concurso a la vida activa, a la productividad, no hacemos sino repetir el mismo menosprecio que los pueblos antiguos manejaban para este grupo de individuos. Las afejas culturas orientales preferían abandonar al lisiado a su propia suerte. En la India, por ejemplo, se le arrojaba al Ganges y los espartanos, en su afán de convertirse en raza superior, no vacilaban en lanzar al niño deforme desde el Monte Taigeto. Se dice, asimismo, que durante el Imperio Romano, la compra y venta de los lisiados dejaba jugosas ganancias para los "negreros", quienes se aprovechaban del sentimiento caritativo de los ciudadanos. A veces, para aumentar las entradas, se recurrían a prácticas crueles de mutilación, pensando que el grado de deformidad estaba en relación directa con la "estatura" de la compasión. Esta actitud no ha mejorado mucho. A menudo se observan explotadores que realizan sorteos en "beneficio" y a espaldas de los lisiados.

En la Segunda Guerra Mundial, los norteamericanos se quedaron sin resuello al comprobar que el 40% de los reclutas sufría algún tipo de impedimento que los excluía del servicio militar activo. Se conviene en admitir que muchos de estos defectos podrían corregirse con un tratamiento adecuado. La Guerra abrió las puertas de la industria bélica a estos individuos y NADIE PUEDE NEGAR que la producción lograda por ellos sobrepasó toda expectativa. Con esta demostración, el concepto de normalidad pasó a ser un mito. Se puede entonces admitir, que las fuerzas remanentes de los inválidos van más allá de la apariencia; con frecuencia los vemos rendir más que una persona normal, sobre todo si se les coloca frente a un oficio

compatible con su incapacidad.

Pero la Guerra no sólo puso en evidencia la utilidad de los heridos; demostró también que los inválidos del sector civil superaban, en número, a los que vemos venir de las disputas armadas. Un eminente médico chileno ha dicho: "Entre los veteranos americanos de la II GUERRA MUNDIAL se registraron 20.500 amputados y durante el período que duró el conflicto, se llevaron a cabo 120.000 amputaciones mayores entre los civiles. Quedaron ciegos 1.500 ex-combatientes mientras en el mismo lapso de tiempo perdieron la vista 60.000 civiles. Entre quienes volvieron del frente hubo 265.000 que quedaron permanentemente incapaces. Frente a este cuarto de millón, hubo un millón y cuarto de ciudadanos que sufrieron invalidez definitiva por accidente o enfermedad. En los diez días que siguieron a la invasión de Europa se contaron, en las playas de Normandía, 11.000 heridos en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. En el mismo período sus compatriotas sufrieron doble cantidad de accidentes del tránsito".

Se acostumbra invocar tres tipos de costes para demostrar que juntos representan un valor muy superior a los gastos que importa una buena rehabilitación: a) lo que deja de producir el inválido; b) lo que significa el costo de pensión; y c) lo que significa el costo de asilo. Esto resulta particularmente cierto cuando se revisan algunas cifras significativas, dadas por un Profesor Chileno: "En Estados Unidos la rehabilitación en 61.308 personas costó 34 y medio millones de dólares, en 1953. Una vez recuperados, dichos individuos ganaron, en un año, un total de 114 millones y pagaron 10 millones de dólares en impuestos federales, además de los estatales y municipales. Prescindiendo de las ventajas generales, el Gobierno recuperó su inversión en tres años y medio y además, dejó de desembolsar los dineros necesarios para dar subsidio y atender a esos individuos. De ellos, más de un quinto se encontraba en las listas de pensionados totales. El Servicio Sanitario estima que la Rehabilitación de los dos millones de inválidos actualmente existentes costaría al Gobierno Federal 1.600 millones de dólares, a razón de 790, por sujeto. Determinaría un aumento de las ganancias de 3.400 millones y de los impuestos federales, de 330 millones, con lo cual la autoridad se resarciría en unos 3 años".

"De manera similar, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social —creado con colaboración de Naciones Unidas— redujo la duración del tratamiento de los trabajadores de 203 días, en 1952 a 37, en 1955 y las compensaciones por incapacidad total, de 8,33 a 3%. Mientras tanto, la recuperación subió de 43 a 72%. En el trienio de 1952 a 1954, la economía en esas compensaciones representó, por sí sola, unos cien mil quetzales. A su vez, el Instituto de Seguro Social de Venezuela declara haber ahorrado en pagos y pensiones dos millones setecientos mil bolívares en el primer año de su funcionamiento. En Australia la recuperación de 2.700 personas significó una econo-

mía de 500.000 libras australianas, al año, en pensiones y asignaciones a dependientes. Por su parte, las contribuciones de los recuperados representaron LA 1.250.000 con un costo de 450.000'.

El problema de las Enfermedades Crónicas ha tomado auge en los últimos años, gracias al retroceso que han experimentado, en duración y frecuencia, las enfermedades agudas. La crisis que ocasiona, al Erario Nacional, la artritis crónica, por ejemplo, es asunto que no se pone en discusión. Se sabe que el reumatismo ocupa el primer lugar entre las causas de pensión de invalidez. La mitad de los afectados por algún tipo de reumatismo son menores de 45 años. Alguien ha dicho que en los Estados Unidos hay un 5% de la población que sufre alguna forma de reumatismo, cifra que constituye el doble de las enfermedades cardíacas, es 7 veces mayor a la del cáncer y el porcentaje de tuberculosis y diabetes es 10 veces menor. Además, el número es suficiente para incapacitar cerca de 150.000 personas al año, obliga a perder alrededor de un millón de días de trabajo y da motivo para gastar unos 300 millones de dólares en salarios y atención médica. Investigaciones similares realizadas en Suecia por RYDEN-FELT demostraron que, durante el año 1945 se perdieron 70 años por cada 10.000 habitantes a causa de enfermedades reumáticas, es decir, un 1% aproximadamente del trabajo global. La pérdida total por enfermedad —sin tomar en cuenta los accidentes— fue, en ese mismo año, de 430 años de trabajo por cada diez mil habitantes, es decir, un 7% menos del trabajo global que, en circunstancias óptimas de salud, hubiese podido rendir el pueblo sueco.

Actualmente se está tratando de reducir el reposo en las enfermedades de larga convalecencia, particularmente perjudicial porque conduce a rigideces y atrofias musculares. Se aconseja iniciar lo más pronto posible la Rehabilitación de estos enfermos y agotar todos los esfuerzos para vincularlos con las fuerzas de la producción. El Dr. Howard Rusk ha destacado una experiencia muy importante: "En un Hospital militar se hallaban hospitalizados, con afecciones neurológicas, 130 pacientes procedentes de la Primera Guerra Mundial, gran parte de los cuales no habían abandonado la cama durante diez años. Los métodos de recuperación aparecidos durante la Segunda Guerra permitieron que, después de nueve meses, 25 de estos 130 pacientes fueran dados de alta aptos para el trabajo, y otros 40 enviados a sus casas, donde podían efectuar trabajos sencillos. De los 65 pacientes que después de este tiempo permanecían aún en el hospital, 30 eran capaces de deambular y fueron tratados de nuevo, en tanto que 25 persistieron encamados, aunque algunos podían desempeñar pequeños cargos. Únicamente 10 pacientes no experimentaron ninguna mejoría".

Las encuestas realizadas en varios países demuestran la existencia de un 7% a 8% de incapacitados por razones físicas y otro 5% por causas mentales. Aproximadamente la mitad de los físicamente listados corresponde a lesiones ortopédicas, dividida como sigue: 1/5

a poliomielitis, artritis y osteomielitis; 2/5 a accidentes y el resto, es decir, el otro quinto, a enfermedades congénitas o adquiridas. Las 3/4 partes de este grupo podrían contribuir activamente al progreso económico de un país si, después de una buena Rehabilitación, se les destina a diferentes lugares de trabajo. Las estadísticas señalan que existirían, permanentemente, en los Estados Unidos, unos 6 millones de niños menores de 21 años, con defectos físicos que requieren de alguna forma de rehabilitación. A este número se sumaría, cada año, un cuarto de millón. Se aconseja guardar estas cifras en la memoria con ciertas reservas, pues no hay un modo práctico de averiguar la cantidad real de lisiados. Se acostumbra, en cambio, economizar tiempo y dinero porque la extensión del problema siempre sobrepasa el marco estadístico.

Al referirse a los Accidentes de la Circulación, el Dr. K. H. Bauer ha señalado lo siguiente: "Mediante una velocidad cada vez mayor el hombre vence el espacio con ayuda de la técnica, ahorrando tiempo y fuerza. Nuestro siglo celebra aquí grandiosos triunfos. Sin embargo, el entusiasmo se enfría al considerar la tragedia de las víctimas de la circulación. Año por año, diariamente y cada hora sucumben jóvenes y viejos que por la mañana todavía saludaban despreocupados el risueño día.

Si en una nación de 50 millones de habitantes surgiera súbitamente una enfermedad que produjera diariamente 1.000 enfermos y 35 defunciones, el mundo se alarmaría y de todas partes se reclamaría auxilio. No obstante, el hecho de que en la Alemania occidental se produzcan diariamente 1.000 heridos y 35 muertos por accidentes de la circulación apenas asombra a nadie, porque en realidad ha llegado a ser algo usual y diario".

Más adelante dice: "De especial trascendencia son los muchos daños permanentes que afectan por lo general a traumatizados jóvenes, como son: la avulsión de miembros, amputaciones, desgarramientos de plexos, rigideces, epilepsias traumáticas y otros trastornos cerebrales, parálisis espinal, disminuciones de la ganancia, incapacidad de trabajar, etc. El número de los permanentemente perjudicados: aumenta de año en año".

Expertos chilenos han recopilado algunas cifras en materia de accidentes: "En 1955 y 1956, el promedio de días perdidos anualmente fue, en el trabajo solamente, cercano a los dos millones, o sea, a los 6.000 años por tiempo efectivo y el imputado, por incapacidades permanentes y defunciones, fue del orden de los siete y medio millones de días, esto es de más de veinte mil años. En 1957 se hospitalizaron en los establecimientos del Servicio Nacional de Salud 35.000 accidentados que, en conjunto, representaron una ocupación aproximada de 500.000 días cama. Con excepción de algunas enfermedades propias de la primera infancia, los accidentes constituyen la primera causa de pérdida de años por vivir y de invalideces de larga duración. Peor todavía, están aumentando no sólo en cuanto a números

absolutor sino también relativamente".

De esta manera, la industrialización, el inmenso desarrollo del maquinismo, el abultado "sedimento" que deposita, continuamente, los accidentes de la circulación, el desarrollo de las enfermedades profesionales, y asimismo de todas las otras, están dejando un trágico balance de inválidos y de miseria; como nunca se había presentado en los siglos anteriores.

Acaso porque lo consideramos tullido, baldado o incapacitado, el lisiado suele volverse tímido o agresivo. En muchos países se están haciendo encomiables esfuerzos para que los niños con incapacidades físicas y con un coeficiente intelectual normal, tengan las mismas posibilidades de ingreso a las escuelas corrientes que los niños normales. Enclaustrados en establecimientos especiales significa estrechar sus horizontes. La excepción cabría para aquellos con incapacidades mayores y sin esperanzas de rehabilitación.

La Oficina de Estadística del Dpto. de Trabajo de los Estados Unidos confrontó el rendimiento de trabajo de 11.000 lisiados con el de 18.000 sanos. Ambas muestras eran susceptibles de comparación porque estaban sometidas a los mismos riesgos y tendrían idénticos incentivos de producción. El resultado fue incontrovertible: aquellos con menoscabo en su capacidad física no son inferiores en rendimiento si encuentran una tarea adaptable a sus limitaciones. Se sabe que el individuo que las sufre es particularmente cuidadoso de su residuo físico. No se expone, tampoco, a perder un trabajo por incompetencia.

El Prof. Dr. Hernán Romero ha dicho: "el clavo del asunto no consiste en hallar una ocupación suficientemente ligera o insignificante como para que la pueda cumplir el baldado, sino en devolverle el máximo de su capacidad física, funcional, mental y social. No queremos ya dedicarlo a fabricar escobas o a tejer canastos, sino colocarlo en las mejores condiciones posibles frente al mercado de trabajo. Idealmente ambicionamos que pueda obtener y mantener una ocupación por sus propios merecimientos y en libre competencia con los demás. Así se lo propone un nuevo funcionario de la administración de Gran Bretaña, que se denomina Disablement Resettlement Officer (DRO). Limitar la invalidez, y retornar al individuo al trabajo y la vida normal forman parte de la definición actual de salubridad. Sólo aceptamos que una invalidez es realmente residual cuando no es posible, razonablemente, hacer nada más para reducirla".

Los norteamericanos sostienen que el número de ocupaciones para distintos tipos de inválidos asciende a 3.500. Los Centros de Rehabilitación de muchos países enseñan como una cuestión de rutina, actividades del diario vivir (Activities of daily living). Se pretende con ello, darle a los lisiados un entrenamiento práctico para que se tornen más independientes. Podrían, paulatinamente, darse vuelta en la cama, tomar sus alimentos, cuidar de su aseo personal, trasladarse a otras dependencias de la casa (en silla de ruedas o en mule-

tas), subir y bajar escalas, ir de compras (a pie, en auto o en omnibus). No se descuida ningún detalle y así aprenden a caer y a pararse, o a cruzar una calle con mucho tráfico. La importancia de este aspecto de la Rehabilitación se ve, sobre todo, en las dueñas de casa. Más de alguien ha dicho: "Rehabilitarla significa rehabilitar a la familia".

No sólo la industria, con sus productos, o la arquitectura, con sus recursos, han comprendido cómo pueden beneficiar al lisiado. Las legislaciones sociales modernas están desarrollando, actualmente, toda su eficacia para que el paciente colabore con el médico en su rehabilitación. De no ser así, se le priva del subsidio a que tiene derecho por ley. En algunos lugares, en cambio, persiste demasiada tolerancia. Acaso por la generosidad de esas leyes, el enfermo suele padecer de "pensionitis crónica". Mientras se otorgan jubilaciones prematuras y subsidios o pensiones a granel, el resto de la población piensa, ingenuamente, que esos dineros tienen otro origen que no es el suyo propio. A este derroche se le llama, cuando lo hace el Fisco o alguna otra institución, conquista social.

La legislación de la Gran Bretaña se ocupa de establecer, que todos aquellos patrones que empleen 20 trabajadores o más, deben mantener una cuota de lisiados no inferior al 3%. Además reserva, para los lisiados, las ocupaciones de ascensoristas, cuidadores de parques y otras. Leyes similares se han establecido en Yugoslavia, Grecia, Francia, Austria, Israel, Holanda, la Unión Soviética, etc.

El Dr. Alvarez Andrews y colaboradores dieron nacimiento, en Chile, a la Ley de Prevención, Rehabilitación y Protección de la Invalidez. Esta Ley dice en algunas de sus partes: (En realidad, se trata de un Proyecto de Ley general, que actualmente está en estudio en el Parlamento con el N° 1002) Art. 2°.—El Departamento de Prevención, Rehabilitación y Protección de la Invalidez, será el encargado de dar las normas de Prevención de Invalidez, readaptación o reubicación; de la creación de los Centros de Rehabilitación Médica, vocacional y psicotecnia; y de la creación y mantención de asilos de protección para inválidos incurables.

Además se encargará de la aplicación y control de las disposiciones establecidas en la presente Ley y en reglamento orgánico.

Art. 4°.—Se otorgarán los beneficios de la presente Ley a cualquiera persona afiliada o no a una Caja de Previsión, Caja o Compañías de Accidentes del Trabajo, ya sea que tenga su calidad de imponente activo o pasivo; como igualmente aquellos que no tuvieran derecho, conforme a la Ley, al goce de jubilaciones o pensión de invalidez, y a los indigentes.

Art.— 7°.—Para los efectos legales, se entenderá por rehabilitación, el proceso continuo o no, pero coordinado, que tiende a utilizar las técnicas necesarias a fin de que la persona que tiene una desventaja para el uso máximo de su capacidad física, mental, social o profesional, congénita o adquirida, pueda recuperarla y la coloque en

condiciones de volver a obtener parte o la totalidad de su capacidad normal, para desarrollar una función útil o ganarse el sustento.

Art.— 9º.—Quedan suprimidos los permisos fiscales y municipales para ejercer la mendicidad callejera. Su infracción se sancionará, etc.

Art. 11º.—Durante el tiempo que el imponente esté rehabilitándose tendrá derecho al goce de subsidios, pensión o jubilación de su respectiva Caja.

Art. 13º.—Los imponentes que no tuvieran derecho por causa de orden administrativo al goce de beneficios económicos y los indigentes, en casos calificados por la Comisión, recibirán "auxilio de rehabilitación", hasta que recuperen su capacidad de trabajo, con cargo a los fondos establecidos en el Art. 20º.

Art. 14º.—Las jubilaciones o pensiones de invalidez que concedan todas las Cajas de Previsión y Empresa de Ferrocarriles del Estado serán revisables y estarán sujetas a control durante los primeros cinco años.

Cualquier pensión o jubilación terminará desde que el beneficiario recupere su capacidad de trabajo y así lo establezca la Comisión de Medicina Preventiva y Rehabilitación del Servicio Nacional de Salud.

Art. 15º.—El rechazo o negligencia por parte del empleado u obrero para cumplir con las indicaciones de la Comisión de Medicina Preventiva y Rehabilitación o de Invalidez del Servicio Nacional de Salud, en cuanto se refiere a reubicación, readaptación, cambio de faena o rehabilitación, será causal suficiente para que esta Comisión ordene a la Caja que otorga el beneficio económico, la retención del 50% de su subsidio o pensión, hasta que se cumplan con las indicaciones prescritas.

Art. 16º.—El patrón o empleador estará obligado a cambiar de trabajo u oficio al empleado u obrero que le indique la Comisión de Medicina Preventiva y Rehabilitación del Servicio Nacional de Salud dentro del plazo que ella determine. Asimismo el patrón o empleador deberá reponer en el mismo cargo o en otro adecuado al empleado u obrero rehabilitado y de acuerdo con la capacidad recuperada.

Art. 17º.—En caso de una rehabilitación con pensión de invalidez parcial, el patrón o empleador podrá pagar la diferencia de salario hasta completar el salario normal que le correspondería si hubiera estado sano.

Art. 20º.—Para el financiamiento del mayor gasto que signifique la aplicación de esta Ley se establecen los siguientes recursos: (citaremos unos pocos).

c) El 1% de las primas por accidentes que cobran las Cajas y Compañías de Accidentes del Trabajo.

d) El 2% de las primas por seguros contra accidentes de vehículos que perciban las Compañías de Seguros.

e) El 1% de las jubilaciones y pensiones y de las indemniza-

ciones por accidentes del trabajo.

f) El 100% de las multas aplicadas a los patrones por infracciones a la presente Ley, cien por ciento).

g) El 50% de las multas aplicadas por accidentes del tránsito.

h) Las utilidades producidas por los talleres de rehabilitación.

i) Las utilidades producidas por la atención a particulares en los centros de rehabilitación.

j) Las asignaciones que se dejen para los fines de la presente Ley. Art. Trans. La vigencia de esta Ley comenzará a regir desde su publicación en el Diario Oficial, excepto el artículo 9º, que entrará en vigencia un año después.

Como vemos, esta Ley da impulso a la Rehabilitación de los niños vagos, auxilia a los asilos de crónicos para que tengan sus propios talleres, soluciona el problema de la mendicidad callejera y respalda, sin mezquindad, la rehabilitación sistemática de los inválidos.

Los Ferrocarriles alemanes se resolvieron a cambiar la estructura de ciertas tareas para absorber a 25.000 inválidos en un total de 350.000 trabajadores y el Gobierno de los Estados Unidos logró emplear, en 8 años, 115.000 individuos con deficiencias físicas.

En Suecia, el paciente de artritis crónica es atendido, durante el período agudo y sub-agudo de la enfermedad, con medidas físicas de tratamiento. Porque su estancia en el Hospital es prolongada (90 días, término medio), se procura mantenerle la energía física y la moral en alto. Tanto a los elementos jóvenes, como a los adultos, se les brinda, durante su permanencia en el establecimiento, un entrenamiento adecuado para que puedan continuar desempeñando el mismo trabajo o bien, si eso no fuese posible, para readaptarlos en una ocupación concordante con sus limitaciones. Algunos siguen cursos por correspondencia. Por este mecanismo adquieren las bases teóricas de su futura profesión. Los hay de contabilidad, idiomas, matemáticas, electricidad, mecánica, física, etc.

Una vez completado el tratamiento existirían 5 posibilidades diferentes para reincorporar a estos individuos a la vida activa, las cuales oscilan desde la reintegración a su antigua profesión u oficio, hasta su ingreso en un hogar para inválidos, dotado de instalaciones para que el paciente complete su formación profesional. Puede incluso, si las secuelas no lo capacitan para trasladarse fuera de su casa, realizar ciertos trabajos sencillos a domicilio. Se han creado ex-profeso, en talleres o industrias, tareas apropiadas para individuos con una capacidad limitada de trabajo. A los más incapacitados se les adjudica un puesto con mercado protegido.

Eventualmente, el Estado aporta los subsidios indispensables pero un número regular de enfermos disfruta de salario completo. Suecia cuenta, además, con una clínica universitaria especializada donde se brinda tratamiento a los que padecen algún defecto físico y donde se estudia, también, el aspecto vocacional de sus "huéspedes".

Tanto la Gran Bretaña como Suecia cuentan con departamentos

especiales, de carácter oficial, en talleres y fábricas ordinarias, donde el enfermo recibe el entrenamiento y la enseñanza necesarios para reincorporarse a su viejo oficio o ingresar a una nueva ocupación.

Otro concepto interesante se está abriendo paso en la legislación social de Europa. Se le llama Second Injury Law y favorece a empleadores y lisiados. Antes que esta Ley apareciera, los empleadores se las arreglaban para pagar los salarios a la cuota legal de lisiados e impedirles, por otra parte, acceso al trabajo. Si así procedían era para no complicarse la existencia con la muerte súbita o la invalidez total de alguno de ellos. Actualmente, con la Ley del Segundo Daño, pueden compartir esta responsabilidad con los patronos anteriores y permitir que un individuo desarrolle el máximo de su capacidad residual en su nueva ocupación.

Con todas estas razones estamos demostrando que la Rehabilitación es un movimiento universal. De no medir su acción efectiva, la población pasiva terminaría "fatigando" a la población activa.

En el XII CENSO GENERAL DE POBLACION y el I de Vivienda realizado en Chile (1952) aparecen conceptos sobre población económicamente activa y económicamente inactiva.

a) "La población económicamente activa —dentro de un país o de una región de éste— es la parte de la población total, constituida por personas de uno y de otro sexo que, desde cierta edad mínima y hasta otra de límite máximo, ejercen alguna actividad económicamente remunerable (trabajo, ocupación, profesión, oficio, etc.), con cuyo producto (en dinero o en especies) atienden a la satisfacción de sus propias necesidades de distinto orden y a las de las personas que económicamente dependen directamente de ellas, ya sea en virtud de vínculos de carácter legal o simplemente moral, y que, indirectamente, también dependen de ellas dentro de la sociedad políticamente constituida".

b) "La población económicamente inactiva, por oposición, es la parte de la misma población total que por razones de orden biológico y social carece de la capacidad necesaria para ejercer habitualmente cualquier clase de actividad económica, por cuya razón sus necesidades individuales (alimentación, habitación, educación, etc.) deberán ser satisfechas por otras personas, sean o no parientes, y, subsidiariamente, por el Estado".

En Chile hay un 33% de población activa. Esta se divide, por razones de índole interpretativa, en activos propiamente tales, es decir, los que explotan, extraen o manufacturan la riqueza natural, recibiendo una utilidad por ello (comprende a la agricultura, industria y minería), y los semi-activos, vale decir, los encargados de proteger, trasladar o intercambiar la riqueza que producen los primeros, disfrutando, por este motivo, de una renta o salario (incluye el Comercio, el transporte, almacenaje, comunicaciones, servicios gubernamentales —Guardia Civil—, servicios médicos, etc.). Por otra parte, los integrantes de la población pasiva se clasifican como sigue:

a) Los pasivos potenciales: niños, estudiantes que no ejerzan actividades económicas. Ambas ingresarán, después de cierta edad, a la población activa.

b) Los semi-pasivos: dueñas de casa, que sin percibir ninguna remuneración, protegen, al menos, la economía del hogar; y

c) Los pasivos propiamente tales: los jubilados, los viejos y los inválidos. Recordemos que los inválidos de nacimiento han perdido la capacidad de trabajo y son inactivos durante toda su vida. Sin embargo, existen actividades remanentes que pueden ser encauzadas hacia la producción.

La importancia trascendental de este asunto se aclara con las consideraciones que el Dr. Jorge Alvarez Andrews presentó al Seminario sobre el Problema Integral de los Lisiados celebrado en Santiago de Chile (1959):

"En Chile ocurre un fenómeno digno de estudio. La población va aumentando año a año dos causas: 1°, porque van naciendo nuevos niños y 2°, porque la persona va viviendo más. Esto se llama crecimiento vegetativo. Pero en la población activa ocurre un hecho desastroso, mientras la población pasiva crece y crece progresivamente, la población activa no lleva el mismo régimen y así es necesario esperar 15 o 16 años para que un niño sea capaz de producir y la población por sobre 65 años va aumentando, de suerte que sobre cada activo están gravitando 2,5 personas pasivas; en otros países esta proporción es menor.

Pero entre los mismos activos hay un aumento de los semiactivos sobre los activos propiamente tales, y así los activos aumentan en un 18% y los semiactivos en un 48%.

Esto es desastroso para la economía nacional, ya que cada día disminuye más la producción y en cambio aumentan los consumidores, causa fundamental de la inflación".

Más adelante añade: "Esta es la gran oportunidad de la rehabilitación y nuestro peor enemigo es la cesantía y nuestro mejor aliado es el desarrollo de la producción porque esto significa demanda de brazos. Mientras hayan brazos desocupados, nuestros rehabilitados estarán en segundo término. Nuestra misión es entonces procurar crear riqueza porque eso aumenta la demanda y al mismo tiempo el mercado de trabajo".

Uno de los más notables expertos en Rehabilitación nos amenaza con un pronóstico aterrador: "Si no se toman medidas urgentes para dar solución a este problema, es posible que en 20 ó 30 años, pesaría un inválido y un viejo, sobre cada individuo activo de la población".

En la 38ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra en el año 1955 se adoptó, en la segunda discusión, una recomendación que aconseja poner a disposición de todo inválido, cualquiera que sea el origen y naturaleza de su invalidez, así como su edad, los medios de adaptación y readaptación profesionales.

a condición de que se le pueda preparar para ejercer un empleo adecuado y que pueda razonablemente esperar la obtención o la conservación de tal empleo. Contiene también los principios y los métodos relativos a la orientación profesional, a la formación profesional y a la colocación de los inválidos, así como una exposición de las medidas apropiadas para favorecer la utilización por los inválidos de los servicios de adaptación readaptación profesionales. Por último, hace mención de otros puntos tales como la colaboración entre las instituciones, etc.

En muchos países, la caridad privada ha sido la primera en reaccionar contra el pauperismo de los inválidos. Así se iniciaron muchas sociedades que protegían o velaban por el bienestar de los listados. Los filántropos, que al comienzo fueron incomprendidos, hoy pueden sentir, sin embargo, el apoyo del Estado y de otras instituciones autónomas o semi-autónomas. Esta unión de voluntades y de esfuerzos está sintiendo la necesidad de no derrochar la vida humana. Esto sucede, con mayor o menor cuantía, en las naciones sub-desarrolladas, donde la gente muere joven, gracias a las condiciones precarias y a las muchas enfermedades. Por ser menos sensibles al infortunio y a la miseria, dejan que la desgracia se propague como un secreto a voces. No han pensado tampoco, en las ventajas de la recuperación. En esta forma, es muy difícil convencerlos de lo contrario.

El Prof. Dr. Carlos Urrutia ha dicho: "La formación de un Consejo Nacional de Rehabilitación del Inválido, debe unir al Estado, a los civiles, a las Cajas de Previsión, las Industrias, el comercio y en general a todas las actividades que actúan aportando elementos, dinero y sentimiento para llevar hacia adelante, hacia el éxito rápido y feliz, el grave problema de los inválidos. Esta es la única forma de asociar lo existente con lo necesario, lo que se tiene y lo que se desea". La idea de un Comité Coordinador es una realidad en muchos países. Y porque ha conocido la magnitud del problema, se ha organizado para trazar planes y ha unido todo lo que hay en materia de Rehabilitación, obtiene éxito y cooperación Internacional.

La Rehabilitación de los inválidos no es sólo el drenaje de la compasión humana. Legalmente y económicamente, tiene sólidos fundamentos que van más allá del entusiasmo pasajero. Ninguna actividad ofrece mayor satisfacción, puesto que se preocupa de reparar el daño inevitable. Y así se lo propone, sin frías consideraciones de conveniencia. Y al proponérsele no lo hace sino por verdadero amor al HOMBRE.
