



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

SOLICITUD DE CREACIÓN DEL ÁREA DE CONOCIMIENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

La Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades (LOU), en su artículo 71.2, otorga al Gobierno la competencia para establecer, y en su caso revisar, las áreas de conocimiento, previo informe del Consejo de Coordinación Universitaria (CCU).

En el artículo 71.1 de la LOU, se refiere que el área de conocimiento se ha de fundamentar en materias sujetas a una triple condición: “homogeneidad de su objeto de conocimiento, una común tradición histórica y la existencia de comunidades de profesores,...nacionales o internacionales”.

1.- EL CUERPO DOCTRINAL DE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION:

La solicitud del Área de Conocimiento de la Medicina Física y Rehabilitación (MFR) se fundamenta en la existencia de un cuerpo doctrinal propio y específico, cuyo núcleo de actuación es, fundamentalmente, sobre la persona con discapacidad física en aspectos de prevención, de diagnóstico y de tratamiento, abordando “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles” (OMS, Ginebra 1968), así como un relevante papel en el campo de la promoción de la salud.

El informe Técnico 688, de 1981, del Comité de Expertos sobre Discapacidad, Prevención y Rehabilitación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), le asignaba a la Rehabilitación los siguientes contenidos:

- Todas las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas destinadas a reducir el impacto de las condiciones de déficit, discapacidad y/o minusvalía para hacer posible que las personas afectadas alcancen la integración social.
- El objetivo de facilitar la integración social, no sólo a través del entrenamiento de las personas minusválidas, sino también mediante la adaptación funcional o ajuste razonable al entorno.
- La participación de las personas con discapacidad física, sus familias y las comunidades en las que viven, en la planificación y puesta en marcha de los servicios relacionados con la Rehabilitación

En 1981, la OMS realiza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) basado en el paradigma clásico de salud/enfermedad y de medicina tradicional:

Etiología

Patología

Sintomatología



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

Sin embargo, en ese mismo informe se aporta una nueva concepción, el paradigma social, implementado en la asistencia sanitaria, fundamentalmente, por los profesionales de **Medicina Física y Rehabilitación**, que comprende:

Etiología

Patología

Deficiencia

Discapacidad

Minusvalía

En un primer momento, esta clasificación quedó sistematizada en la “*Internacional Classification of Impairment, Disability and Handicap*” (ICDH) para, posteriormente y hace escasas fechas (mayo de 2001), promulgarse la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), como patrón y medidor de la función, actividad y participación de la persona con discapacidad.

Así, el modelo ofrecido por la MFR difiere del paradigma clásico ya que ofrece una panorámica basada en las **consecuencias** de la enfermedad y su **impacto no sólo sobre la cantidad, sino también sobre la calidad de vida** de la persona.

Si consideramos que la medicina es la respuesta de la sociedad a la enfermedad, la Medicina Física y Rehabilitación es la respuesta evolutiva de la medicina a la discapacidad.

Este esquema se adapta al previo de la OMS en materia de *Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria*, ubicación que han ocupado siempre las medidas diagnóstico-terapéuticas rehabilitadoras, incorporando los esquemas del **proceso** y de la **igualdad de oportunidades**.

Todos estos conceptos se fundamentan en la Especialidad de **MFR** que, basándose en la participación activa de la persona a la que concierne su propia rehabilitación y el deber de la sociedad a adaptarse a las necesidades específicas de las personas minusválidas, engloba conceptualmente todas las medidas destinadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las enfermedades y cuantas situaciones originen minusvalía transitoria o indefinida.

La Sección de MFR de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), en su cometido de normalización y homologación internacional, versa su doctrina científica y su hacer humanístico en dos contextos, el de la prevención y curación a través de la **Medicina Física** y el del manejo de la discapacidad, en el nivel terciario de atención a la salud, mediante la **Rehabilitación**. De esta manera, esta especialidad tiene una entidad propia que la hace distinta e independiente de otras, tipificada legalmente y con un ámbito internacional de aceptación, socialmente reconocida.

La MFR permite una aproximación integral de personas de todas las edades, con lesiones agudas o crónicas o con discapacidad permanente o transitoria. Se desarrolla,



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

fundamentalmente, ante las patologías que afectan al sistema músculo-esquelético, neurológico, cardio-vascular, respiratorio y/o endocrino, y aborda disfunciones urogenitales, por dolor agudo o crónico, por cáncer, por quemaduras, transplantes y/o amputaciones. Además, desde la MFR se realiza la prevención y el manejo de los efectos de la inmovilización de cualquier etiología sobre todos los órganos y sistemas.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

1.1.- LA DISCAPACIDAD EN LA SOCIEDAD ACTUAL: PAPEL DE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Según la encuesta Eurostat (2001) el 10% de la población de los países de la Comunidad Europea padece alguna discapacidad.

Además, la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) del Instituto Nacional de Estadística, demostró que en 1999 había en España 3.528.221 personas con alguna discapacidad, lo que supone una tasa global de prevalencia del 9%. Esta tasa, trasladada a la población española censada en 2005, supone 4 millones de personas con discapacidad. La discapacidad física más frecuente es la dificultad para desplazarse, siendo generada por las deficiencias osteo-articulares en primer lugar, las cuales representan el 27% del total de los procesos discapacitantes registrados.

La dependencia implica falta de autonomía física, psíquica o intelectual de las personas, necesitando ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD). Según los datos de la EDDES, 2.336.382 de personas tienen limitación para alguna AVD: mantener la postura, cuidar de sí mismo, desplazarse dentro o fuera del hogar (AVD básicas) o realizar las tareas del hogar (AVD instrumentales), lo que representa una tasa del 6 por mil. Entre ellos, los pacientes muy dependientes, aquellos que no pueden mantener la postura ni cuidar de sí mismos, ascienden a 813 579, lo que representa una tasa del 2 por 1000.

La discapacidad y la dependencia están claramente relacionadas con la edad, ya que más del 32% de las personas de más de 65 años tiene alguna discapacidad. El envejecimiento poblacional progresivo como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, hace que se incrementen los tramos de edad con mayor prevalencia de discapacidad, produciéndose el llamado “envejecimiento del envejecimiento”, consistente en un incremento del grupo de edad mayor de 80 años, que se ha duplicado en los últimos 20 años.

Este envejecimiento, y las discapacidades propias de estos grupos de edad se han convertido en un problema sanitario y social de primer orden que marcará la gestión de los recursos sanitarios en las próximas décadas. A este hecho se añaden el aumento de las tasas de supervivencia de personas afectas de enfermedades congénitas, el aumento de los accidentes y la derivada del progreso de la propia tecnología médica.

Los avances sociales hacen que los ciudadanos demanden mejoras sanitarias no sólo para aumentar su esperanza de vida, sino para aumentar la esperanza de vida libre de discapacidad y dependencia (mejorar la calidad de vida).

La **Esperanza de vida Libre de Discapacidad (EVLD)**, como índice de salud que combina la esperanza de vida total (EV) y la esperanza de vida con restricción de la



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

actividad principal, permite valorar la repercusión social de la morbilidad y calcular la **expectativa de discapacidad** (ED) como indicador del tiempo medio esperado de discapacidad a lo largo de la vida de una persona. La expectativa de discapacidad actual, según datos de esperanza de vida de 1999, es de 8,5 años, de los cuales, 4 años serán con una discapacidad grave, por lo que la necesidad de los servicios prestados por la Medicina Física y Rehabilitación serán de gran magnitud (más de 8 años para los nacidos en 1999).

Estos hechos han desembocado en la iniciativa del Gobierno para la elaboración del **“Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”**

La Ley regula la creación del Sistema Nacional de Dependencia, con la participación de todas las Administraciones Públicas, fundamentándose en los principios de universalidad, equidad e igualdad y en la participación, integración y normalización de las personas con dependencia, mediante el desarrollo de un completo sistema de atención personalizada.

En su Artículo 19 establece la necesidad de “prevenir la aparición de enfermedades físicas y mentales y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo dirigidos a las personas mayores y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”, estableciendo en su Sección tercera (Art. 21 a 23) los servicios de atención y cuidado para cubrir las necesidades de “asesoramiento, prevención, rehabilitación, etc.”.

El necesario desarrollo normativo y regulador que seguirá a la promulgación de la ley, precisará de los campos de conocimiento que abarca la Medicina Física y Rehabilitación como paradigma social de salud.

La Medicina Física es el medio, la herramienta, que permite que el profesional médico especializado realice un **diagnóstico preciso de la persona con discapacidad física y la prescripción de medidas preventivas o terapéuticas integrales**, las cuales incluyen diversas técnicas kinesiterápicas, hidroterápicas, ocupacionales, logoterápicas, entre otras.

El diagnóstico en Rehabilitación se configura especialmente como la descripción de la situación de la lesión, de la función y de la capacidad de proyección social de la persona con discapacidad. Incorpora, además de las habituales valoraciones clínicas, diversas escalas de función y pruebas biomecánicas instrumentales para la medición de las variables que permitan objetivar la capacidad de respuesta a las demandas de la independencia personal, las del puesto de trabajo y de la vida de relación del individuo.

La Rehabilitación, el fin perseguido, se ha construido siguiendo la referencia del modelo biopsicosocial, lo que le ha conferido una importante dimensión integradora a la



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

hora de afrontar la enfermedad, no sólo desde el punto biológico, sino desde el punto de vista de su impacto sobre la biografía del enfermo. En consecuencia, los objetivos terapéuticos que propone van más allá de la curación y se dirigen hacia la **restitución de las funciones perdidas, la reanudación de las actividades previas a la enfermedad** y, también, a la **integración laboral y social**.

Esta perspectiva biopsicosocial, ha dotado a la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación de una fuerte impronta **multi/interdisciplinaria**, de manera que la idea de Rehabilitación puede requerir la participación de varios profesionales para conseguir tan ambiciosos objetivos: el fisioterapeuta (uso terapéutico de agentes físicos no ionizantes), el terapeuta ocupacional (uso terapéutico de la actividad ocupacional y de la adaptación funcional al entorno, ergonomía, adaptación funcional de ortesis, prótesis y ayudas técnicas), técnico ortopédico (fabricación de ortesis, prótesis y ayudas técnicas), logopeda (logoterapia de las alteraciones del lenguaje, habla, voz, audición y deglución), entre otros (enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc.).



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

1.2.-LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION EN LA ATENCION HOSPITALARIA

La MFR se fundamenta en un modelo de focalización dual, en el que la **Medicina Física** se configura como el factor diferenciador de nuestra profesión y la **Rehabilitación** como un elemento común integrador con otros profesionales del equipo multi/interdisciplinar, esto es, la consecución de la mayor autonomía e independencia de la persona con discapacidad. La intervención de la MFR está centrada en planteamientos diagnósticos-terapéuticos cuyo objetivo final es la mejora de la función y, por lo tanto, de la calidad de vida de la persona con discapacidad. Además, la intervención en MFR ha favorecido y está favoreciendo el desarrollo del paradigma social de salud en la sociedad y fomentando esta intervención médica en los medios asistenciales sanitarios hospitalarios, ámbitos en los cuales priman fundamentalmente los modos de actuación cercanos a la concepción clásica de salud/enfermedad. En este sentido, la MFR es una innovadora filosofía médica que mejora la calidad de vida del ciudadano.

La MFR hospitalaria se responsabiliza de los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad: calificar y definir el tipo e intensidad de la discapacidad, las capacidades funcionales y su potencialidad y, en consecuencia, establecer, dirigir, coordinar y controlar todo el programa Rehabilitador agudo o subagudo correspondiente, modificándolo y adaptándolo de acuerdo con el momento evolutivo.

La MFR cualifica al profesional para defender la responsabilidad de coordinar el equipo multi/interdisciplinar y para dirigir el conjunto del proceso de atención integral de la persona con discapacidad. El análisis de estas actuaciones desde una perspectiva coordinadora médica debe de garantizarse desde la valoración integral del paciente realizada desde la MFR.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

1.3.- LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La línea de acción comunitaria de la que procede el desarrollo de la moderna Medicina de Familia también ha permitido el desarrollo de ideas rehabilitadoras que han conducido a una incorporación progresiva de una actividad especializada en un entorno de Atención Primaria.

En 1978, la OMS promovió la celebración de la conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de salud. Esta reunión sirvió de punto de partida para la consolidación de la Medicina Comunitaria, como contrapeso de la cada vez más potente Medicina Especializada. En Alma-Ata se propusieron los paradigmas sobre prevención, asistencia, equidad y costes sostenibles que todavía forman parte de los objetivos de cualquier programa estratégico de salud. Se resaltó, además, el concepto de proceso sanitario como una concatenación de actuaciones en las que la Atención Primaria constituirá el primer nivel o eslabón, de manera que se establezcan vínculos sólidos entre los dos niveles asistenciales.

La OMS, de la mano de este modelo de atención primaria, promovió simultáneamente un modelo de Rehabilitación Comunitaria. El punto de partida de esta propuesta quedó plasmado en una de las publicaciones clásicas de la OMS, a cargo de E. Helander: “Adiestramiento en la Comunidad para personas discapacitadas”, donde se sientan las bases de la denominada Rehabilitación Comunitaria. Sus objetivos básicos se han centrado en la simplificación del proceso rehabilitador, la extracción de los procedimientos de los centros especializados y el aumento de su alcance mediante el acercamiento a la mayor proporción posible de personas con discapacidad.

La idea de acercamiento de la Rehabilitación a la comunidad, y bajo el manto de la Medicina Comunitaria de Alma-Ata, se solucionó con la admisión de la existencia de tres sistemas diferentes: Rehabilitación Comunitaria, Rehabilitación Institucional, ya instaurada, y Rehabilitación Mixta o Integrada, en el que los dos sistemas coexistirán vinculados organizándose en niveles, del mismo modo que la Medicina Comunitaria y la Especializada. Este modelo integrado de Rehabilitación ha sido propugnado desde la misma OMS, con la recomendación de que la Rehabilitación Institucional se alíe con la Comunitaria en la tarea de proveer servicios esenciales y referenciales, al alcance de todos los ciudadanos, junto con programas de formación, estudios de investigación y servicios especiales.

Es evidente la desproporción manifiesta entre la presencia de la Rehabilitación Clínica en los sistemas asistenciales sanitarios, la demanda social de Rehabilitación y la formación que los futuros médicos reciben en este campo. Esta falta de información general produce en los estudiantes de Medicina y en los licenciados jóvenes una falta de conocimiento sustantivo de las posibilidades que la MFR puede ofrecer a los pacientes, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Este fenómeno ralentiza de



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

modo innecesario el uso de los elementos rehabilitadores en Atención Primaria y, en caso necesario, las derivaciones naturales de muchos pacientes a la Atención Especializada.

Se ha probado que la simple estancia clínica de los estudiantes de Medicina en los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación mejora decididamente este problema (Kirshblum SC, DeLisa JA, Campagnolo DI. Mandatory clerkship in physical medicine and rehabilitation: effect on medical students' knowledge of physiatry. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 10-13)



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

1.4.-LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION EN LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA: DOMICILIARIA, CENTROS Y RESIDENCIAS DE DÍA DE ANCIANOS, MÚTUAS, DISPOSITIVOS SOCIO SANITARIOS Y OTROS

La MFR está acercando cada vez más su filosofía de actuación a la proximidad de la persona con discapacidad. En este sentido se han desarrollado equipos de Rehabilitación de Atención Domiciliaria que integran la filosofía de actuación médica de la MFR en algunas Comunidades Autónomas.

Además, la implantación del paradigma social se está viendo muy beneficiado con la incorporación progresiva de este modelo médico en las Residencias de Ancianos, Centros de día y otros dispositivos de carácter socio-sanitario, tales como las unidades de atención temprana y Rehabilitación Infantil, entre otros.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

1.5.-LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION EN LA INVESTIGACION Y EN LA DOCENCIA UNIVERSITARIA DE TITULACIONES DEL ÁMBITO DE CIENCIAS DE LA SALUD (GRADOS Y POSTGRADOS)

La investigación en MFR se desarrolla fundamentalmente paralela a la actividad asistencial hospitalaria y en los ámbitos universitarios. La Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF) dispone de una revista de prestigio internacional que canaliza la producción científica de esta especialidad.

La SERMEF comparte totalmente la necesidad de homogeneizar los planes de estudio en los fundamentos del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), tal y como se recoge en Bolonia (1999) y en otras declaraciones sobre políticas de calidad y convergencia universitarias.

Es necesario establecer los cauces necesarios que permitan mejorar la coordinación de los sistemas sanitarios y universitarios, no sólo en lo que se refiere al acceso al sistema MIR y su desarrollo posterior, sino también a la actividad desarrollada por los docentes universitarios de MFR estén o no vinculados al sistema público de salud.

La MFR participa en la docencia universitaria de titulaciones del ámbito de la Salud, de la función y de la calidad de vida, tales como Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Enfermería, Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, entre otras. En este contexto, la MFR debe continuar participando en la docencia de los nuevos Grados y Postgrados de las diversas Ciencias de la Salud que se implementarán en el marco del EEES. El modelo de focalización dual médico debe continuar reflejándose en las materias propias de la MFR que se traduzcan como asignaturas troncales, obligatorias, optativas y afines en los Grados de Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia y otras titulaciones de la Salud.

Además, la MFR se debe integrar en los diversos Master y Doctorados de los nuevos Postgrados, mediante la implantación de cursos específicos de MFR.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

2.- LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En España, la MFR se constituye oficialmente como especialidad en 1969, aunque se conoce la existencia de actividad clínica desde el siglo XIX. En la actualidad, la MFR conoce un periodo de creciente difusión debido a su estructura hospitalaria, sólidamente asentada, al sistema de formación de especialistas a través del acceso para médicos internos residentes (MIR) y a la demanda cada vez más creciente de la población.

Aunque la Medicina Física es muy antigua y era ya conocida en la antigua Grecia, la palabra Rehabilitación fue utilizada por vez primera en la literatura médica en 1865, precisamente en España, por Sebastián Buqué i Torró. Este adelantado de la Rehabilitación utilizó, por primera vez, el término “Rehabilitación” en un sentido similar al actual. Esta palabra se introdujo en la literatura médica en una obra española de este autor indexada en el repertorio médico clave de la época, el Index Catalogue de 1897, antecesor directo del Index Medicus y del actual sistema informático Medline. Posteriormente, surgió el concepto de Reeducción motriz en Francia (1896).

Durante el Romanticismo, la Rehabilitación contó con un prestigioso profesional de la talla de Joaquín Decref Ruiz, autor prolífico, clínico de gran reputación, introductor de la Mecanoterapia en la docencia universitaria, inventor de Tecnología Rehabilitadora tal como diversos aparatos de gimnasia o de masaje, miembro la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid y de una generación de sabios, entre los que se encontraba su amigo Santiago Ramón y Cajal.

Las reformas laborales de Bismark en Alemania desarrollaron la figura de la “invalidez” por accidente laboral o por enfermedad con un concepto diferente que el existente de enfermedad-curación, el cual se amplió al de incapacidad-rehabilitación con el objetivo fundamental de la vuelta al trabajo. Siguiendo este modelo, y aplicándolo a los heridos de guerra, Estados Unidos y Canadá comenzaron a desarrollar sus programas.

Tras la Segunda Guerra Mundial, Howard Rusk, considerado el promotor de la Rehabilitación actual y el artífice de la oficialización de la especialidad en Estados Unidos, propuso un modelo de Rehabilitación propio y fomentó el reconocimiento oficial de la nueva especialidad médica focalizada en la atención a las personas discapacitadas. Esta propuesta, sumamente expansiva, aún más si cabe que la de los institutos de reeducación europeos, aportaba la interesante novedad de que la Medicina de Rehabilitación era para todos las personas con discapacidad y no sólo para los obreros o para los soldados y que llegaban mucho más allá de la recolocación profesional. Este autor fue quien definió la Rehabilitación como la "tercera fase de la Medicina", otorgándole un contenido mucho más amplio de índole filosófica.

La OMS promovió la reunión de un comité de expertos en Rehabilitación en 1958, que asumió estas propuestas y promovió la necesidad del estudio de la incapacidad como el elemento nuclear del problema. Esta orientación alcanzó su cima con la publicación de la



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

primera clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías que tuvo un efecto definitivo sobre el modo de entender el fenómeno de la discapacidad (1980).

El colectivo profesional más dedicado a este grupo de minusválidas (obreros en unos países, soldados en otros) decidió ampliar su campo de acción hacia todos los segmentos de la población y focalizar la actividad profesional sobre la idea de la Rehabilitación. En este punto surgió, finalmente, una nueva especialidad médica en Estados Unidos, la especialidad de “*Physical Medicine and Rehabilitation*” (1947).

Con el impulso de la OMS y sobre este modelo, fueron estableciéndose en el resto del mundo occidental grupos profesionales dedicados a esta área médica que, con mayor o menor rapidez, fueron ganando el reconocimiento oficial para su colectivo.

En España, este reconocimiento oficial se produjo en el año 1969, aunque existía una sociedad científica y profesional (Sociedad Española de Rehabilitación) desde 1954, que se fundó sólo seis años después de la fundación de la Sociedad Española de Traumatología.

Esta especialidad médica se desarrolla en todos los continentes, existiendo sociedades científicas nacionales, muchas de ellas integradas en la “*Internacional Society of Physical and Rehabilitation Medicine*” (ISPRM). Además, dispone de múltiples publicaciones científicas como vehículo de difusión del conocimiento. En España, se realiza a través del sistema MIR y su duración es de 4 años.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION EN LA UNIVERSIDAD EL AREA DE CONOCIMIENTO

En el ámbito universitario, la actividad moderna se inicia con los cursos y conferencias de Kinesiterapia que Joaquín Decref, en 1913, y Bartrina Costa, en 1917, pronunciaron en la Universidad Complutense de Madrid. Previamente existían diversos profesores expertos en Terapéutica (materia médica), que incluían los procedimientos físicos en sus programas docentes, pero solo como una parte de la Terapéutica. Con Decref comenzó la enseñanza específica de la Mecanoterapia y de la Kinesiterapia como disciplinas autónomas y ligadas al ejercicio clínico hospitalario. Como producto de sus enseñanzas, Decref fue resumiendo sus teorías en el que sería uno de los mejores manuales sobre la disciplina escritos en España, titulado Kinesiterapia (1914).

Ya en el periodo de posguerra, en el seno de las cátedras de Terapéutica Física, se abrieron paso de nuevo las enseñanzas de Rehabilitación. En este ámbito surgieron las primeras plazas consolidadas para la docencia universitaria pregraduada. Uno de los lugares en los que se impartieron más tempranamente fue en Valencia, donde Carlos Caballé Lancry se convirtió en el primer profesor de Rehabilitación. En 1955 ya colaboraba con dicha cátedra. En 1967 era profesor adjunto. En 1970 alcanzó la categoría de profesor agregado, el primero de nuestro país y posteriormente la Cátedra de Universidad. Le siguió Luis Pablo Rodríguez, en 1974, también Catedrático. En Zaragoza, Pedro Asirón Iribarren siguió los mismos pasos a partir de 1976, alcanzando también más tarde, una Cátedra. Entre los últimos, está J. J. Pérez Castilla, Catedrático en la Universidad de Sevilla.

El área de conocimiento “Radiología y Medicina Física” engloba, en realidad, cuatro especialidades médicas diferentes: la Radiología, la Medicina Nuclear, la Radioterapia, y la Medicina Física y Rehabilitación. Esta área de conocimiento engloba prácticas clínicas enormemente diferenciadas, como el diagnóstico por la imagen, el tratamiento mediante radiaciones ionizantes y la Rehabilitación Clínica. Este desconcierto organizado tiene profundas raíces históricas que, sorprendentemente, aún se mantienen y que provienen del modelo de focalización de la actividad profesional sobre la Física Terapéutica.

A lo largo del siglo XIX se había impartido la asignatura de Terapéutica (o Materia) Médica en la que se enseñaban todos los tratamientos médicos. Con la consolidación, por un lado, de los conocimientos farmacológicos y, por otro, de los procedimientos físicos terapéuticos que alcanzaron un importante auge durante este periodo, se disgregó la docencia en algunas facultades, aunque sin separarse la asignatura. Concretamente en Madrid, parte de la asignatura pasó a llamarse Materia Médica Física. Esta disciplina sería el germen de la futura Terapéutica Física, con algunas pequeñas variaciones en su denominación.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

Durante este periodo, se utilizaron indistintamente ambos términos y también el de Física Terapéutica, para designar esta disciplina. También es posible encontrar el término Fisioterapia, usado en este momento para designar esta área de conocimiento, más que para hacer referencia a una profesión que aún no se había constituido como tal.

Poco a poco la docencia universitaria en Física Terapéutica iría consolidándose, con los avances en la inducción de la corriente eléctrica, la aparición de las corrientes de alta frecuencia, y por supuesto, las radiaciones ionizantes de los generadores eléctricos sobre tubos de gases rarificados descubiertos por Roentgen en 1895 y el descubrimiento del *radium* por Curie en 1898. Cada uno de estos hallazgos, fue incorporándose al bloque de materia Médica Física, al igual que sus antecesores de Electroterapia, Kinesiterapia o Hidroterapia. En aquellos momentos iniciales, no se pudo dimensionar la importancia de tales descubrimientos, y su capacidad para generar disciplinas diferentes, así que todos ellos quedaron inscritos en la misma área docente. Los diferentes profesores, como Peset en Valencia, o Carulla en Barcelona, fueron absorbiendo los nuevos procedimientos a sus disciplinas universitarias. Este proceso fue muy semejante en nuestros países vecinos, con el francés Belot y el italiano Fasano, como adalides del proceso a lo largo de 1907. Los esfuerzos europeos en este sentido no pasaron desapercibidos y fueron exhibidos como argumento por el grupo español, que reclamaba la agregación de la docencia de la Hidrología, la Mecánica, la Fototerapia, la Climatoterapia, la Electroterapia y la Radiología. El mismo proceso de agregación que estaban sugiriendo los clínicos, se introdujo en el ambiente universitario. Hasta ese momento, sólo se conocían las experiencias pioneras de Joaquín Decref y de Bartrina Costa, con sus cursos de especialización en Mecanoterapia.

Celedonio Calatayud consiguió consolidar una cátedra específica para la enseñanza de la Electrología y Radiología Médicas en la Universidad Central de Madrid. Este curso de ampliación de estudios, coexistía con otro impulsado y protagonizado por Decref, quien impartía ahora clases más enfocadas al Radiodiagnóstico y a la Electroterapia. Desde este punto de partida, Calatayud promovió una campaña que culminó en 1920 con la creación de la Cátedra de Electrología y Radiología Médicas, independiente de la Cátedra de Terapéutica Física. La cátedra de Calatayud respondió por completo al modelo de agregación de terapias que él mismo había promovido y que poco a poco, había de derivar hacia una segregación más acorde con la diversidad del ejercicio clínico y de los diferentes objetivos profesionales.

En el resto de universidades se mantuvo el modelo integrado bajo el manto protector de la asignatura de Terapéutica Física, muy bien asentada en las diferentes facultades. Un ejemplo de este sistema, en el que se agregaron los conocimientos pero no el ejercicio, puede ser el ofrecido por Carulla Margenat, Catedrático de Terapéutica Física en Barcelona. Bajo su mandato, la Electroterapia estuvo a cargo de Luis Cirera que impartió sus clases entre los años 1908 y 1915, junto con Comas y Prió, encargado de la Radiología. Hasta 1936 perduró este sistema de enseñanza, con una creciente importancia de los temas radiológicos, acorde al enorme desarrollo del diagnóstico y de la terapia basado en los rayos X.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

Pero el hecho cierto es que, mientras la docencia estructurada trataba de incluir todos los nuevos hallazgos en sus programas de Terapéutica física, la práctica clínica y profesional desmentía tal acumulación. Las radiaciones ionizantes procuraban un extraordinario avance diagnóstico, al obtener imágenes del esqueleto hasta entonces inimaginables, y mostraban un poder para destruir algunas lesiones infecciosas y cancerosas muy superiores a la de los restantes medios terapéuticos disponibles. Esta sola innovación tecnológica, supuso la creación de dos actividades profesionales diferenciadas, el Radiodiagnóstico y la Radioterapia. Más tarde llegaría la Medicina Nuclear, con una vocación también diagnóstica. Las técnicas físicas procedentes de la Hidrología y las más modernas, la Kinesiterapia y la Electroterapia, quedaron algo relegadas y circunscritas a los antiguos institutos de Kinesiterapia que incluyeron también técnicas más modernas como la Diatermia.

La frontera entre unas y otras especialidades quedó delimitada por el uso o no uso de las radiaciones ionizantes, y dentro de éstas, por la utilidad diagnóstica y terapéutica.

La Universidad Española permaneció cerrada ante la nueva realidad, ya consolidada tras el primer cuarto de siglo, y mantuvo en su estructura la decimonónica asignatura de Física Terapéutica, desgajada finalmente de la Terapéutica. Así ha llegado hasta nuestros días, de tal manera que aún se mantiene en algunas facultades con el nombre de Terapéutica Física. Los profesores del área de conocimiento de Radiología y Medicina Física optaron por un reparto de estas cuatro disciplinas para impartir la asignatura, con muchas variaciones entre las diferentes facultades.

Tras la Ley de Reforma Universitaria (LRU) se ha mantenido anacrónicamente el área de conocimiento conjunta, aunque han comenzado a disgregarse las asignaturas.

En la actualidad hay más de 100 profesores especialistas en MFR impartiendo docencia en las titulaciones de Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, Odontología y Enfermería, entre otras, que al no poder optar desde un área de conocimiento propia, se reparten en áreas de conocimiento tan dispares como la Radiología y Medicina Física, Medicina, Fisioterapia, Educación Física y Deportiva o Enfermería, lo **que dificulta la normalización de los programas docentes dentro del territorio nacional y europeo y mantiene la discrepancia con la realidad social y sanitaria actual.**

La “Radiología” y “Medicina Física y Rehabilitación” deben ser claramente separadas ya que, como es obvio, la “Medicina Física” a la que se refiere la Radiología (radiaciones ionizantes) no tiene nada que ver con la “Medicina Física” (no ionizante) que utiliza la Rehabilitación como una (y no la única) de sus armas diagnóstico-terapéuticas.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

El conocimiento del sistema sanitario y de las actividades que desarrolla un Servicio de Radiología y un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación pone en evidencia la ausencia total de vínculos en ninguno de sus procedimientos. No encontramos, pues, justificación sanitaria, social ni docente, para el mantenimiento de la vinculación todavía vigente en las universidades españolas.

En cuanto a otras áreas de conocimiento consideradas afines, tales como son la Fisioterapia, Educación Física y Deportiva o Medicina, conforman sólo una parte del conocimiento de la MFR.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

3.- LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

La MFR es defendida desde importantes asociaciones internacionales, nacionales y locales (p.e. por comunidades autónomas en nuestro país) que defienden el paradigma social de Salud y el buen funcionamiento y la calidad de vida de la persona con discapacidad. Estas sociedades reflejan una rica tradición histórica específica de la MFR. A continuación se exponen algunas de las más sólidas e influyentes en materias de MFR.

- *International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM)*: Agrupa a más de 50 sociedades científicas nacionales de todos los continentes.

EUROPA

- *European Federation of Physical and Rehabilitation Medicine*
- *Mediterranean Forum of Physical and Rehabilitation Medicine*
- *Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), sección *Medicine Physique et Réhabilitation**
- *European Society of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *European Federation for Research in Physical Medicine and Rehabilitation*
- *Physical and Rehabilitation Medicine in Europe (Médecine Physique et de Réadaptation en Europe)*
- *Austrian Society of PM&R (Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation)*
- *Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine*
- *The Royal Belgian Society of PM&R*
- *British Society of Rehabilitation Medicine*
- *Cyprus Society of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*
- *Dutch Society of PM&R (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie- en Physische Geneeskunde)*
- *Hellenic Society Physical Medicine & Rehabilitation*
- *Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione*
- *Polish Rehabilitation Society*
- *Portuguese Society of PM&R (Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação)*
- *Romanian Society of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *Slovenian Society of Physical & Rehabilitation Medicine*
- *Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*
- *Society for Physical Medicine & Rehabilitation of Serbia & Montenegro*
- *Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF)*
- *Turkish Society of PM&R*



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

AMÉRICA DEL NORTE

- *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *Association of Academic American Academy of PM&R*
- *Association of Academic Physiatrists Physiatrists*
- *American Congress of Rehabilitation Medicine*
- *Canadian Association of Physical Medicine & Rehabilitation*
- *Sociedad Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*
- *Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación A.C.*
- *Asociación Nicaragüense de Medicina Física y Rehabilitación*
- *Sociedad Panamá de Medicina Física y Rehabilitación*
- *Puerto Rico Society of Physical Medicine and Rehabilitation*

AMÉRICA DEL SUR:

- *Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación*
- *Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación*
- *Brazilian Society of PMR*
- *Sociedad Boliviana de Medicina Física y Rehabilitación*
- *Sociedad Chilena Medicina Física y Rehabilitación*
- *Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación (ASCMFR)*
- *Sociedad Ecuatoriana de Medicina Física y Rehabilitación*
- *Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación Del Perú*
- *Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras*
- *Sociedad Venezolana de Medicina Física y Rehabilitación*

ÁFRICA:

- *Egyptian Society for Rheumatology and Rehabilitation*
- *Israeli Association of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *Kuwait Society of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *Saudi Arabian Society for Physical & Rehabilitation Medicine*
- *Turkish Society of PMR*
- *Société Tunisienne de Médecine Physique, de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles*

ASIA:

- *Bangladesh Association of PMR*
- *Chinese Society of PMR*
- *Hong Kong Association of Rehabilitation Medicine*
- *Iranian Society of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *The Japanese Association of Rehabilitation Medicine*
- *Korean Academy of Rehabilitation Medicine*
- *Pakistan Society for the Rehabilitation of the Disabled*



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

- *Philippine Academy of Rehabilitation Medicine*
- *Thai Rehabilitation Association*



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

4.- ALGUNAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS NACIONALES E INTERNACIONALES ESPECÍFICAS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION

La SERMEF y sus miembros presentan a la comunidad científica sus investigaciones a través de artículos científicos que se publican en la revista *Rehabilitación*, revista de gran calidad que se ha convertido en el órgano de expresión de la MFR en España y gran parte de Latinoamérica. Esta revista tiene como objetivo difundir los conocimientos, habilidades y actitudes de la MFR, fomentar las participaciones de calidad y conseguir potenciar su factor de impacto a efectos de favorecer su inclusión en el *Journal Citation Report* (JCR), su consolidación definitiva y la máxima proyección nacional e internacional de la MFR.

Además, es amplio el número y la calidad de revistas que abordan materias específicas o afines de MFR, algunas de las cuales se exponen a continuación.

- *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*
- *American Journal of Occupational Therapy*
- *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.*
- *Adapted Physical Activity Quarterly*
- *Annales de Readaptation et de Medicine Physique*
- *Clinical Rehabilitation*
- *Disability and Rehabilitation*
- *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*
- *Europa Medicophysica.*
- *Mediterranean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*
- *International Journal of Rehabilitation Research.*
- *Journal of Hand Therapy.*
- *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*
- *Journal of back and Musculoskeletal Rehabilitation*
- *Journal of Rehabilitation Research and Development*
- *Journal of Spinal Cord Medicine*
- *Journal of Rehabilitation Medicine*
- *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*
- *Journal of Burn Care and Rehabilitation*
- *Journal of Prosthetics and Orthotics*
- *Journal of electromyography and Kinesiology*
- *Journal of Sports Rehabilitation*
- *Manual Therapy*
- *Neurorehabilitation and Neural Repair*
- *Physical Therapy*
- *Physical Therapy in Sports*



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

- *Prosthetics and Orthotics International*
- Rehabilitación (SERMEF)
- *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. **SERMEF**

La SERMEF es consciente del papel fundamental de la Universidad en la docencia de la MFR de los diferentes Grados y Postgrados de Salud y su repercusión en la calidad asistencial que se prestará en las próximas décadas. Considera un deber de los sistemas Universitario y Sanitario, suficientemente integrados en sus estructuras y formas de actuación en el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior, contribuir a la difusión de las herramientas basadas en las evidencias científicas disponibles para una adecuada asistencia, docencia, investigación y gestión, implementadas desde el paradigma social y sus adalides médicos de la MFR. La asistencia, la docencia y la investigación han de estar integradas y convenientemente articuladas desde la Universidad para garantizar una asistencia de calidad.

Las actuaciones de la MFR están orientadas a permitir la obtención de la máxima independencia posible y de mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad física e, incluso, de la persona como ciudadano, mediante el uso de diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos aplicables a estos procesos noso-patológicos y a aquellas personas que los padecen, para mejorar su salud (bienestar físico y psico-social), así como contribuir a prevenir la discapacidad secundaria, muchas veces producida por la propia tecnología médica.

La MFR cumple, en nuestra opinión, los requisitos establecidos por la LOU en el artículo 71.1, sobre la creación del área de conocimiento, como moduladores del Paradigma Social de Salud, aunque no únicos, en los modelos defendidos desde la OMS, con una actividad profesional médica asistencial de gran calidad, un amplio número de profesores universitarios, un desarrollo progresivo de la investigación sanitaria y universitaria de la MFR, cuya actividad científica queda sobradamente reflejada en las múltiples publicaciones nacionales a través de nuestra revista *Rehabilitación* y afines e internacionales.

Me honra presidir esta Sociedad integrada por todos los especialistas españoles de MFR, la SERMEF; desde la cual **solicitamos formalmente ante el Consejo de Coordinación Universitaria la creación del AREA DE CONOCIMIENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN**, a fin de continuar fomentando el desarrollo médico del Paradigma Social de salud en el nuevo mapa asistencial, universitario y social que derive de la aplicación de la normativa europea del EEES.

Fdo.: Avelino Ferrero Méndez
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF)