

Don José Ignacio Paz Bouza
Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos
Decano de la Universidad de Medicina
C/Alfonso X El Sabio s/n.
Campus Miguel de Unamuno
37007 SALAMANCA

Madrid a 24 de octubre de 2005

Una vez analizado el borrador de la CND, esta Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación comparte totalmente la necesidad de homogeneizar los planes de estudio entre las diversas universidades españolas y europeas, como se recoge en el proceso de Bolonia, así como la de establecer los cauces necesarios para coordinar el sistema sanitario y universitario, 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 vinculados al sistema público de salud y los profesores asociados.

Es evidente que la formación debe ser dirigida a médicos generalistas, de atención al primer nivel sanitario, dejando la formación especializada para el postgrado, tal como se recoge en el libro blanco presentado por la CND.

Esta formación debe venir dada por el perfil “médico” que emana de la normativa europea, donde, textualmente se recoge que *“Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”*.

Sin embargo, no podemos compartir la propuesta efectuada por la CND en relación con la materia “Medicina Física y Rehabilitación” por los siguientes motivos:

1.- A pesar de figurar explícitamente la palabra “rehabilitación” en la definición del licenciado médico, no aparece esta materia en la propuesta que nos han trasladado. En el sub-bloque “Radiología y Medicina Física” hay una pequeña parte, que se limita al concepto de rehabilitación y los niveles de “incapacidad” y el empleo de procedimientos físicos en diversos procesos patológicos.

Aunque históricamente las materias “Radiología” y “Medicina Física y Rehabilitación” estuvieron vinculadas en la Universidad, 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 terapéuticas.

El conocimiento del sistema sanitario y de las actividades que desarrolla un Servicio de Radiología y un Servicio de 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 hoy vigente en algunas Universidades españolas.

2.- El término “Incapacidad” o “invalidez” deben sustituirse por el actual de discapacidad, ya que la OMS definió en 1980 los conceptos de Discapacidad, Deficiencia y Minusvalía, y en mayo de 2001 promulgó la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), como patrón de descripción y medición de la salud y la discapacidad.

3.- La Rehabilitación, en su concepto actual es “un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos, dirigido a permitir que personas discapacitadas alcancen un nivel funcional óptimo mental, físico y social, proporcionándoles las herramientas para cambiar su propia vida. Incluye medidas dirigidas a compensar pérdidas o limitaciones funcionales (ayudas técnicas) y otras dirigidas a facilitar el ajuste o reajuste social (Definición del Programa de la ONU de Acción sobre personas incapacitadas, 1983)

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 (calidad de vida).

En 1992, el Consejo de Europa elaboró el documento “*Una política coherente para la rehabilitación de las personas con minusvalía*”, estableciendo como uno de sus principios el de “prevenir o eliminar de la discapacidad, impedir que se agrave y atenuar sus consecuencias”

La Medicina de Rehabilitación implica, más que una descripción de técnicas físicas o no, una filosofía de acciones combinadas para aumentar la independencia del paciente, sea cual sea el origen de su limitación, así como actuaciones de prevención en las discapacidades primarias que eviten la aparición de discapacidades secundarias.

Entendemos que impartir conocimientos de técnicas de uso exclusivo de los servicios de rehabilitación, no aplicables en el nivel básico de salud, no es el objetivo de la docencia de pregrado. Sí lo es, sin embargo, difundir las herramientas para la obtención de la máxima independencia posible y de mejora de la calidad de vida mediante técnicas aplicables a diversos procesos discapacitantes desde cualquier nivel de salud, así como prevenir la discapacidad secundaria, muchas veces producida por la propia tecnología médica.

En este sentido, hay que destacar que la relación entre Atención Primaria y los Servicios especializados de Medicina Física y Rehabilitación es cada vez mayor, siendo habitual que los MIR de Familia roten por los Servicios de Rehabilitación dada la gran cantidad de procesos que comparten y la cada vez más frecuente derivación directa de pacientes desde Atención Primaria a Rehabilitación. En el sentido inverso, son muchos los procesos discapacitantes que, una vez finalizada la actuación desde la Rehabilitación de tercer nivel, requieren la continuidad de cuidados por parte de Atención Primaria.

Por todo ello, esta Sociedad considera imprescindible:

- 1.- Separar la docencia de “Medicina Física y Rehabilitación” de la docencia de “Radiología” con la que no comparte ninguna afinidad en contenidos, en dos Sub-bloques diferentes.
- 2.- Modificar y actualizar el contenido docente de “Medicina Física y Rehabilitación” sobre la base de la política establecida por la OMS y por el Consejo de Europa y la evidencia científica disponible en la actualidad.

La S.E.R.M.E.F. se compromete a realizar un trabajo con los profesores Rehabilitadores que imparten docencia en las diferentes Universidades Españolas con el fin de elaborar una propuesta conjunta donde se prioricen y homogenicen los contenidos para todo el territorio nacional.

Esta sociedad, tras reunión con los profesores docentes en las diferentes universidades españolas, *y con el objetivo de aumentar la capacidad resolutive de los médicos del primer nivel de salud en los procesos más prevalentes atendidos*, propone como punto de partida para el Sub-bloque de **Rehabilitación**:

SABER:

1.-Reconocer, diagnosticar y Orientar su manejo:

- Reconocer los niveles de discapacidad en el marco de los diferentes procesos patológicos.
- Reconocer las implicaciones sociales de los niveles de independencia/dependencia.
- Orientar el manejo de las técnicas básicas utilizadas en la valoración, prevención y rehabilitación de la discapacidad.
- Utilizar el movimiento y la actividad física como prevención y tratamiento de diferentes fases de los procesos patológicos, así como herramienta de promoción de la salud.
- Diagnosticar los trastornos de la marcha y el equilibrio de diferentes causas y orientar su manejo desde atención primaria.

2.- Sólo conocer:

- Uso terapéutico de los Agentes Físicos no ionizantes a lo largo de las diferentes fases de los procesos patológicos (ejercicios físico, calor, frío, hidroterapia, electroestimulación funcional y analgésica, ultrasonido, láser, ondas de choque, etc.)
- Indicación de ayudas técnicas básicas para la marcha, el paciente encamado y sillas de ruedas así como dispositivos especiales para las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales.
- Indicación de las principales ortesis de tronco y extremidades
- Indicación y manejo de prótesis en pacientes amputados.

SABER HACER:

1.- Rutinariamente y sin supervisión

- Utilizar escalas de exploración funcional básicas en los diferentes procesos patológicos, que permitan, desde cualquier nivel de salud, detectar ausencia de normalidad, advirtiendo precozmente la necesidad de aplicar medidas que eviten la discapacidad secundaria.
- Uso de dispositivos de marcha básicos: bastones ingleses, fajas y collarines
- Educación de pacientes al menos en: dolor vertebral de origen mecánico, hombro doloroso, síndrome de inmovilización prolongada.

2.- Haberlo practicado bajo supervisión del tutor:

- Establecer indicaciones clínicas de técnicas rehabilitadoras básicas utilizadas en la prevención primaria o secundaria de la discapacidad en Atención Primaria

3.- Haberlo visto practicar por un experto:

- Técnicas específicas de los servicios de rehabilitación para el abordaje integral y multidisciplinario de algunos procesos patológicos discapacitantes que requieren continuación de cuidados en el nivel primario de salud (lesión medular, amputados, suelo pélvico, columna vertebral, miembro superior, daño cerebral adquirido, parálisis cerebral infantil, Traumatismos craneoencefálicos, malformaciones congénitas, secuelas neuroquirúrgicas y oncológicas, etc.)

Entendiendo la enorme complejidad que entraña el proceso puesto en marcha por la CND, y a la vez la gran trascendencia que tiene la formación de los futuros médicos en la calidad de la asistencia sanitaria que se va a prestar en los próximos años, desde la Presidencia de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación le ruego que nos permita, a través de una entrevista personal, transmitirle nuestras inquietudes y nuestra más sincera colaboración en el proyecto que están realizando.

En espera de sus noticias, le saluda atentamente,



Dr. D. Avelino Ferrero Méndez
Presidente de la S.E.R.M.E.F.