

Medicina recuperadora en las Fuerzas Armadas

José María Gervás Camacho*
Manuel de la Fuente González*

RESUMEN

Se hace un recuerdo histórico de la rehabilitación dentro de la Sanidad Militar y se establecen algunos principios que permitan su futura planificación con objeto de conseguir la mejor recuperación de los efectivos humanos en el seno de las F.A.s.

1. INTRODUCCION

Al contemplar la labor realizada por la Sanidad Militar, muchas veces pionera, en pro de la obtención de la salud de los contingentes del Ejército (y por ende de la sociedad española en general) se observa, con referencia a la recuperación, un nivel inferior al alcanzado en otras naciones.

Se entiende por RECUPERACION (o rehabilitación) a la tercera fase de la actividad sanitaria (cuyo objetivo común es la búsqueda y mantenimiento de la salud) que tiene como objetivos principales:

1. Aliviar o eliminar la incapacidad física.
2. Potenciar las capacidades residuales.
3. Adiestrar para la reinserción socio-laboral.

Bien es verdad que la Sanidad Nacional en su conjunto no ha asimilado en la actualidad conceptos como deficiencia, discapacidad, minusvalía, etcétera y, muy recientemente, comienza a legislar en este sentido.

El objetivo de este trabajo es mentalizar no sólo al personal sanitario y a los mandos de las F.A.s, sino a todo el conjunto de la sociedad militar de la importancia del tema que nos ocupa.

2. REHABILITACION MILITAR. HISTORIA

Se ha dicho que la medicina gimnástica fue fundada por Herodico de Selieurea, maestro de Hipócrates y director de un gimnasio, que observó «que los ejercicios del cuerpo y friegas secas servían para curar varias enfermedades y restablecer la buena constitución física del cuerpo por medio del desarrollo de las fuerzas musculares, tratando de afirmar la salud o servir de remedio a las enfermedades».

La realidad es que desde el origen de los ejércitos, como sistema organizado para defensa y disuasión de las naciones, la necesidad de mantener a su personal en las mejores condiciones físicas, tanto en paz como en guerra, ha sido una constante. Se cultivaba la preparación física para el combate y se prometían al herido recompensas y honores.

Hasta la llegada del cristianismo, en los pueblos antiguos, todos aquellos

individuos contrahechos y mutilados, es decir, con deformación física, eran clasificados como portadores de una inaptitud espiritual; y como tales, apartados de todo hecho social. Solamente escapaban a esta ley los grandes héroes de guerra, que, en muchos casos, pasaban a ser maestros en lides de los jóvenes guerreros.

En el siglo XVI, Luis Vives, en España establece los criterios germen del estudio racional del problema de la asistencia a los inválidos en su libro «Tratado de Socorro de los Pobres», de gran influencia en toda Europa. Es a partir de estas ideas cuando muchos monasterios, cerrados desde la Reforma, son abiertos y convertidos en asilos y hospitales que recogían sujetos con defectos físicos o mutilados de guerra; ejemplo sería la Real Casa de la Caridad Cristiana de París. Desde entonces, los mutilados de guerra (especialmente en Francia e Inglaterra) eran internados en establecimientos especiales, recibían una pensión en sus domicilios o eran utilizados en servicios militares sedentarios o en trabajos de fácil ejecución y aprendizaje.

La historia de la rehabilitación ha sido la de los ejércitos. Ellos han sido el motor de su desarrollo y evolución; Durante la guerra de Crimea surge la

* Capitán Médico.
Servicio de Rehabilitación. Hospital Militar Central «Gómez Ulla».

figura de la enfermera; en la I Guerra Mundial, el fisioterapeuta, y en la II Guerra Mundial, el terapeuta ocupacional. Durante la I Guerra Mundial, o «Gran Guerra», Alemania es el foco impulsor de la atención al mutilado; crea los Centros de Recuperación y Escuelas de Reeducción, bajo el control del secretario general de la Federación Alemana de Asistencia a los Mutilados, profesor Biessalski, y proclama las bases fundamentales para su recuperación:

1. El mutilado no debe percibir una pensión como limosna, sino que debe proporcionársele un trabajo remunerado.

2. El mutilado debe volver a su medio habitual y, en la medida de lo posible, a su antigua ocupación.

3. Los mutilados deben reintegrarse al cuerpo social sin constituir espíritu de casta.

4. La mutilación es sólo una palabra mientras haya un firme deseo de reaccionar contra la inferioridad.

5. Es preciso inculcar en cada mutilado el afán de la posible recuperación y luchar contra la presión psicológica de su incapacidad física.

6. Finalmente, la posibilidad de readaptación de los mutilados o minusválidos es considerada como un dogma en todas las instituciones que trabajan en este sentido (las cifras que se consideraban ideales alcanzaban el 90% de los casos).

En España, durante este tiempo, comienza la sensibilización en la recuperación de mutilados de guerra o por accidentes de trabajo; aunque algunos centros ya cumplían en parte este fin: El Instituto Catalán para la Rehabilitación Física de Mutilados (dependiente de la Caja Provincial para la Vejez), el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos de Trabajo de Carabanchel (dependiente del Ministerio de Trabajo), la Clínica de Medicina del Trabajo (dependiente de la Caja Nacional de Pensiones). Es posteriormente, con motivo de nuestra campaña de Africa, cuando se origina el Centro de

Cirugía Ortopédica y Reeducción del Hospital Militar de Carabanchel. A todo ello se añadió la obligación impuesta a las sociedades y compañías de seguros de atender a la recuperación de sus accidentados y proporcionarles los aparatos proteicos que por su mutilación necesitaran.

En la guerra española, al no quedar dentro de la «Zona Nacional» los únicos centros de rehabilitación que existían, se crean los de Oza (La Coruña), Zaragoza, San Sebastián y Sevilla. Que posteriormente serían la base de los de Madrid, San Sebastián y Tehuacán.

En el primitivo Hospital «Gómez Ulla» existía un pabellón dedicado a balneoterapia que con el paso de los años desapareció como tal, permaneciendo únicamente unas instalaciones para mecanoterapia en los sótanos de la 9.^a de Cirugía. Al crearse el Diploma de la Especialidad Médica de Rehabilitación dentro de la Sanidad Militar (Orden de 18/5/74, D.O. 114) se hace cargo del nuevo servicio el Teniente Coronel Médico don. Rafael González Mas y con él como Profesor Jefe se inician los cursos de formación de especialistas, con dependencia de la Academia de Sanidad Militar, al igual que el resto de las especialidades.

En la actualidad existen seis diplomados en la especialidad de Rehabilitación que cubren los servicios (con asignación de Centrales dentro de los Hospitales) de:

- H. M. C. «Gómez Ulla» (2).
- H. M. Valencia (1).
- H. M. Zaragoza (1).
- H. M. Granada (1).
- H. M. Sevilla (1).

Y siete oficiales médicos alumnos de la especialidad en período de formación en el H. M. C. «Gómez Ulla» (mayo 1984).

A nivel internacional las sucesivas guerras árabe-israelí, Vietnam, Camboya, Laos, Malvinas, Irán-Irak, etcétera, continúan demostrando que, como decía Ernst Hengel, «las víctimas de la guerra más valiosas son las representadas por vidas humanas». Efectivamente, durante la guerra toda la organización sanitaria tiende a aumentar la proporción de heridos curables y recuperables. La primera economía de todas las guerras es la conservación de hombres.

3. CONCEPTO REHABILITADOR

La esperanza es la defensa del disminuido; despertarla, mantenerla y

potenciarla es fundamental en la recuperación física. Snitzer dice que la rehabilitación es «un puente entre lo inútil y lo útil, entre la desesperación y la esperanza, entre el abatimiento y la felicidad».

El concepto de mutilado ha ido evolucionando al compás de una mejor definición del mismo, de tal forma se le ha entendido como inútil, deforme, estropeado, inválido, lisiado, perjudicado, mutilado, deficitario, etcétera, hasta llegar a la idea actual de minusvalía como situación desventajosa de un individuo, consecuencia de una deficiencia (pérdida o anomalía de estructura o función de un órgano o miembro) y de discapacidad, restricción o ausencia de capacidad para realizar una actividad normal que limita o impide el desempeño de un rol social (puesto en la sociedad), según aptitudes, experiencias y conocimientos.

Según las estadísticas, el número de minusválidos en el mundo se acerca al 7% de la población (manteniendo su avance en razón de la mayor industrialización y del aumento del nivel socio-cultural); si tenemos en cuenta la mayor exposición del soldado a la lesión en razón de las circunstancias que rodean el desarrollo de sus actividades, veremos que en los ejércitos estas cifras se disparan, de tal forma que en las F.A.s españolas las cifras de mutilados alcanzan el 11% (cantidad que en tiempo de guerra se verá muy aumentada).

El militar se ve agredido, tanto en paz como en guerra, por multitud de factores físicos y psíquicos como consecuencia del ejercicio de su profesión; pero, además, la alta sofisticación de los medios de combate actuales (electrónica, carros de combate, aviación supersónica, misiles, etcétera), la alta preparación física e intelectual que exige su manejo y la aparición de nuevos métodos de guerras subversivas hacen aumentar el número de afectados por politraumatismos, depresiones, quemaduras, estrés, etcétera; a los que habría que añadir la posibilidad de futuras guerras A.B.Q., con el volumen de intoxicados, contaminados e irradiados que producirían.

En la recuperación de los mutilados intervienen tres factores fundamentales:

1. Humanitario.—Amparo del disminuido desde el punto de vista ético.

2. Económico.—Aprovechamiento al máximo de las capacidades residuales.

3. Científico.—Aplicación de todos los principios rehabilitadores para mejorar la capacidad funcional.

Los tres deben estar en perfecta y completa coordinación.

El Ejército compensa con honores, pensiones económicas y ayudas a la recuperación física, pero la meta debería ampliarse hacia un objetivo integrador de la persona disminuida dentro del grupo social (F.A,s) y de la sociedad. Sólo se abandonará la asistencia cuando el paciente vuelva a ocupar su puesto de trabajo o, al menos, tenga una independencia suficiente dentro de su vida familiar.

Un sistema médico rehabilitador para las F.A,s debería incluir:

1. Rehabilitación general.—Trataría de mejorar las condiciones psicológicas mediante técnicas de fisioterapia, terapia ocupacional, ortopedia, etcétera.

2. Cirugía reparadora.—Agruparía aquellas especialidades quirúrgicas que de alguna manera pueden contribuir a mejorar la motricidad del mutilado (Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica, etcétera).

3. Estimulación neuropsicológica (y educación especial).—Destinada a los grandes lesionados cerebrales como consecuencia de acciones bélicas, catástrofes o accidentes. Su importancia aumentaría súbitamente en casos de guerra o grandes catástrofes.

4. Readaptación laboral y formación profesional.—Llevaría a cabo estudios sobre las actitudes, conocimientos y experiencias de los disminuidos para orientar en la elección y formación en el desarrollo de nuevas opciones profesionales y laborales (adaptadas a la minusvalía).

En tiempos de guerra tendría especial importancia con objeto de atender a las necesidades de las industrias bélicas y llevar a cabo una más eficaz movilización de los recursos nacionales.

5. Integración social.—Encargada de ayudar a superar situaciones de estrés, depresiones, toxicomanías (dro-

ga, alcohol), etcétera, ocasionadas por el sometimiento del soldado a condiciones mantenidas de tensión en campos de prisioneros, guerras subversivas o la desesperación ante la discapacidad; de tal forma trataría de conseguir una recuperación para las actividades normales en tiempo de paz o para el combate sin compromiso de su comportamiento.

Por otra parte, atendería a todos los aspectos socio-económicos-laborales mediante información, asesoramiento y asistencia.

6. Ortopedia.—Atendería al estudio, diseño y adaptación de todo el material de ayuda a las deficiencias físicas (prótesis y ortesis).

4. BASES PARA LA ESTRUCTURACION DE LA REHABILITACION MEDICA MILITAR

La Sanidad Militar y las F.A,s deberían, en una valoración de la importancia de la recuperación de los efectivos humanos, considerar los siguientes criterios:

1. La preparación, ante la posibilidad de entrada en combate de los soldados, de los sistemas de recuperación de heridos y minusválidos. De tal forma, y dentro del esquema del Teatro de la Guerra, se debería planificar la ubicación de *unidades de fisioterapia* como órganos de aplicación de tratamientos rehabilitadores en los hospitales generales y depósitos de débiles y convalecientes en la zona de retaguardia del Teatro de Operaciones y en la zona de interior.

2. La rehabilitación hasta el límite máximo de las capacidades residuales de los cuadros de mando del Ejército; de tal manera que el padecimiento de enfermedades o lesiones no sean incapacitantes para desempeñar la vida cotidiana con normalidad (aun en las circunstancias más adversas). Ayuda a superar las pruebas físicas anuales y las obligatorias para ascensos o destinos.

3. La recuperación, para su reintegración socio-laboral, del contingente del Servicio Militar. El establecimiento de controles de evaluación.

4. El estímulo al ocio creador, asistencia social y terapia ocupacional al personal retirado es básico para dar un sentido a unas vidas dedicadas al servicio de la Patria.

5. La preparación de estructuras sanitarias que puedan hacer frente a las secuelas de grandes catástrofes nacionales e internacionales.

6. La atención al tratamiento de las minusvalías de las familias del personal de las F.A,s.

Las bases de un *sistema recuperador médico de las F.A,s* serían.

1. El Cuerpo de Sanidad Militar, el Cuerpo de Mutilados del Ejército, el ISFAS, Acción Social, el Patronato Militar del Seguro de Enfermedad del Personal Civil, etcétera, deberían unificar sus esfuerzos.

2. Dentro de las normas de logística sanitaria, ampliar los apartados referentes a la recuperación de los contingentes en tiempo de paz y de guerra.

3. Establecer un criterio sanitario rehabilitador. La Sanidad Militar debería potenciar las posibilidades de la rehabilitación.

La existencia del Cuerpo de Mutilados, que aglutina a todo aquel personal que padece alguna minusvalía por lesión, pérdida o enfermedad ocasionada en acto de servicio, debería hacer necesaria la consecución de las máximas exigencias en la reinserción laboral. Estrechar la cooperación con todos aquellos organismos sanitarios militares encargados de la recuperación del minusválido sería necesaria.

5. En los hospitales militares, unificar los criterios de valoración y las actuaciones terapéuticas recuperadoras.

6. Determinación de número, distribución a nivel nacional, estructura, organización personal y funciones de los servicios de rehabilitación dentro de la organización hospitalaria de Sanidad Militar de los tres Ejércitos.

7. Potenciar la formación de *equipos de trabajo* interespecialidades (ejemplos: «deformidades de columna vertebral».—Traumatología, Reumatología, Rehabilitación; «Prótesis».—Cirugía, Trauma, Rehabilitación) dentro de los hospitales para la obtención de mejores resultados sanitarios.

8. Necesidad de proporcionar un concepto rehabilitador a todo el personal sanitario, para lo que se debería establecer conferencias, reuniones, etcétera, para alumnos de la Facultad de Medicina, Cadetes de la Academia de Sanidad Militar, Oficiales Médicos Alumnos de Especialidades Médicas, personal sanitario de los hospitales militares, etcétera.

9. Valorar la posibilidad de crear en los grandes centros urbanos y en la proximidad de las aglomeraciones de casas militares Centros de Día de Rehabilitación.

10. Disponer de un sistema de transporte adecuado que, mediante

horarios e itinerarios previamente establecidos, facilite la asistencia ambulatoria a los Servicios de Rehabilitación.

En definitiva, se trataría de prevenir las deficiencias, paliar las discapacidades y minusvalías y asistir las secuelas irreversibles hasta conseguir la mayor independencia en todas las actividades humanas y, dentro de lo deseable, la mejor inserción social. Para ello, la rehabilitación aglutinará y formará parte de un *sistema progresivo, multidisciplinario e integrado* en un concepto sanitario *recuperador*:

«Progresivo».—Porque va desde la prevención de la lesión hasta la reintegración del mutilado.

«Multidisciplinario».—Porque necesita la colaboración de especialistas en Traumatología, Reumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Psiquiatría, etcétera.

«Integrado».—Porque aúna los esfuerzos sanitarios, económicos, laborales y sociales con un fin de inserción del minusválido.

Es por todo ello que quizá fuera el momento de empezar a proyectar la creación de un Instituto Militar de Medicina Recuperadora que unifique los esfuerzos en la recuperación del contingente militar.

5. LEGISLACION DE INTERES EN REHABILITACION

— Orden de 15-IX-1932: creación del Cuerpo de Inválidos Militares.

— Orden de 12-XII-1942 y 26-XII-1948: creación Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra por la Patria.

— Año 1954: fundación de la Sociedad Española de Rehabilitación.

— Año 1955, OMS: creación de un Comité de Espertos en Rehabilitación.

— Orden de 20-VII-1956: clasificación de licencias por enfermo para personal militar.

— Decreto de 26-VII-1957: creación de la Escuela de Especialización



Figura 1

de Fisioterapia (como ampliación de la carrera de ATS).

— Orden 2-II-1963: creación de la Dirección de Mutilados.

— Decreto de 30-IX-1964: creación de la Escuela de Terapia Ocupacional.

— Año 1966: fundación de la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación.

— Decreto de 6-VI-1969: creación de la Especialidad Médica de Rehabilitación.

— Orden de 16-XII-1969: cuadro médico de exclusiones totales y temporales para el Servicio Militar.

— Orden de 18-V-1974: creación del Diploma Militar de la Especialidad Médica de Rehabilitación.

— Orden de 7-II-1975: se convoca la primera oposición para la obtención del Diploma Militar de Rehabilitación.

— Fecha de 9-XII-1975: la Asamblea General de Naciones Unidas proclama la Declaración de los Derechos de las Personas Disminuidas (resolución 3447/XXX).

— Orden de 11-III-1976 y 1-IV-1977: se amplía el Cuerpo de Mutilados a los ocasionados en tiempos de paz y aparece el Reglamento y Cuadro de Lesiones y Enfermedades del mismo.

— Fecha de 6-XIII-1978: se promulga la Constitución Española, que en su Art. 49 se ocupa de «atención a los disminuidos físicos».

— Decretos de 12-XII-1980 y 19-I-1981: crean las Escuelas Universitarias de Fisioterapia y Podología (con independencia de la carrera de ATS).

— Año 1981 «Año Internacional de los Impedidos».

— Orden de 7-I-1982: se crean las Pruebas de Aptitud Física para militares.

— Decreto de 7-IV-1982: Ley de Integración Social de los Minusválidos.

— Decreto de 7-IX-1982: se crean los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos.

— Decreto de 15-X-1982: Ley sobre Educación Especial.

— Orden de 19-XI-1982: Reglamento para la Calificación de los Mandos del Ejército.

6. ESTADISTICAS DE INTERES EN REHABILITACION

1. Demográficas:

Población española: 38.000.000.

Personal de las FA,s: 347.000 (234.000 R. forzoso)

Tierra: 255.000 (190.000 R. forzoso).

Armada: 54.000 (44.000 R. forzoso).

Aire: 38.000.

C. Civil: 65.000.

P. Nacional: 40.000.

2. Médicas:

H. M. C. «Gómez Ulla» (1981).

Total de enfermos ingresados: 16.252.

Total camas (189 sin servicio): 1.212.

Promedio diario de camas ocupadas:

Generales: 893.
C. Medios: 837.
C. Mínimos: 56.
Estancias causadas: 344.022.
Duración media estancia: 21,16 días.
C. Medios: 24,27 días.
C. Mínimos: 6,97 días.
Promedio de camas ocupadas/día: 893.
Indice de rotación por enfermo: 14,25.
C. Medios: 13,97.
C. Mínimos: 18,72.
Personal total: 2 060.
Médicos militares: 131.
Personal militar: 105.
Personal civil no funcionario: 1.748.
Médicos civiles contratados: 77.
Índice personal/cama: 1,69.
Índice médico/cama ocupada: 0,23.
Índice ATS/cama ocupada: 0,46.

3. Médicas rehabilitadoras:

Población mundial (1982):
Ancianos: 10%.
Personas portadoras de una deficiencia o minusvalía: 7%.
Personas minusválidas tributarias de tratamiento rehabilitador: 3 a 5%.
Plazas de rehabilitación para tratamiento diario: 1 por 1.000 habitantes.
Camas hospitalarias de rehabilitación: 0,22 por 1.000 habitantes.

Población militar (1982):

Personas portadoras de una deficiencia o minusvalía (población militar —347.000/total de mutilados— 38.950): 11,2%

Dirección General de Mutilados (1982):

Absolutos: 577.
Permanentes: 22.956.
Útiles: 14.240.
IRS (inutilidad por razones de servicio): 479.
SIS (Sección de Inútiles para el Servicio): 615.
Inválidos: 83.
Total: 38.950.

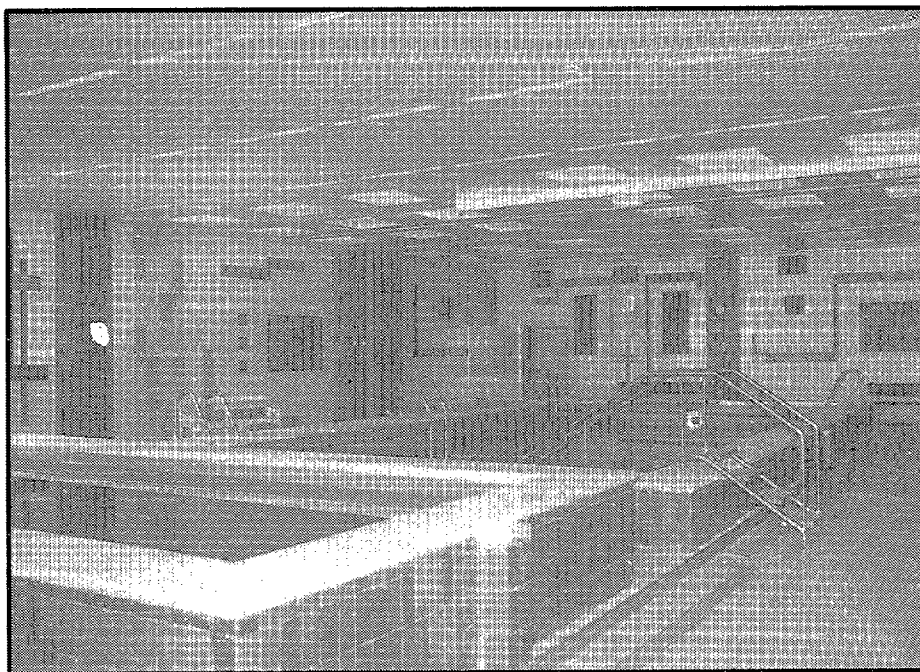


Figura 2

Servicio de Rehabilitación del H. M. C. «Gómez Ulla» (1982) (Fig. 1 y 2).

Coste general de la estancia hospitalaria: 7.839.

Número de enfermos vistos en consulta primera vez: 1.461.

Número de enfermos consulta revisión: 2.450.

Total de enfermos vistos en consulta: 3.911.

Total sesiones de cinesiterapia: 28.924.

Total sesiones de mecanoterapia: 23.128.

Total sesiones de electroterapia: 3.478.

Total de sesiones de tratamiento: 55.530.

Total de enfermos hospitalizados atendidos: 74.

Coste aproximado de la sesión de rehabilitación: 400 pesetas (en relación con el personal y el material).

BIBLIOGRAFIA

1. ARANDA TRILLO, E.: «Rehabilitación en campaña». Academia de Sanidad Militar, 1979.
2. AZNAR LOPEZ, M.: «Los minusválidos físicos y psíquicos en la legislación española». SEREM, 1975.
3. CARABIAS AGUILAR y col.: «Centros de rehabilitación laboral». *Rev. de Rehabilitación*, 1975.
4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. OMS, UNICEF-Alma-Ata (URSS), 1978.
5. Constitución Española, 1978.
6. GALVEZ FAILDE, J. M.: «Asistencia coordinada de rehabilitación. Integración entre el hospital y los centros periféricos». Pon. IX Congreso Nacional de la SER. Málaga, 1978.
7. GERVAS CAMACHO, J. M.: «El hospital actual». (Tesis de Curso de Dirección y Administración de Hospitales), 1976.
8. GERVAS CAMACHO, J. M.; JIMENEZ ESTESO, J. M.: «Centros de Día de Rehabilitación para Inválidos». *Ac. S. M.*, 1981.
9. GIL SERRANO, A.: «Ayudando a superar la PAEF». *Rev. Ejército*, 1982.
10. GOMEZ DURAN: «Recuperación quirúrgica-ortopédica de los mutilados de guerra». 1941.
11. HURTADO DE MENDOZA, M.: «Historia crítica de la Medicina», 1845.
12. LA FUENTE GONZALEZ, M. DE: «Papel del propio paciente y de los allegados en los tratamientos rehabilitadores». *Rehabilitación*, 90, 1976.
13. MANCHOLA, M.; HIJAR, J.: «Los servicios de sanidad en primera línea», 1952.
14. MIGUEL, A.: *40 millones de españoles, 40 años después*. Ed. Grijalvo, 1976.
15. Memoria del H. M. C «Gómez Ulla», 1981.
16. PARREÑO RODRIGUEZ, J. R.: «Centro de Rehabilitación». *Rev. Centro Médico*, 1982.
17. Proyecto de Manual de Logística de Campaña, 1981.
18. Reglamento del Benemérito Cuerpo de Mutilados, 1977.
19. Reglamento de Sanidad en Campaña, 1969.
20. SOPENA MONFORTE, R., y col.: «La Medicina familiar y comunitaria: hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria». INSALUD, 1980.