



INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA
DE MEDICINA DE GALICIA

■

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA REHABILITACIÓN EN GALICIA

Discurso para la recepción pública de la académica electa
ILMA. SRA. D.^a MARÍA TERESA JORGE MORA

■

y contestación del académico numerario
ILMO. SR. D. MANUEL NOYA GARCÍA



A CORUÑA 2 DE JUNIO DE 2023



INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA
DE MEDICINA DE GALICIA

■

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA
REHABILITACIÓN EN GALICIA**

Discurso para la recepción pública de la académica electa
ILMA. SRA. D.^a MARÍA TERESA JORGE MORA

■

y contestación del académico numerario
ILMO. SR. D. MANUEL NOYA GARCÍA



A CORUÑA 2 DE JUNIO DE 2023

Diseño, Maquetación e Impresión:

GRAFISANT, S.L.

D. Legal: C 862-2023

Índice

■ SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE	7
■ DISCURSO DE INGRESO.....	13
■ 1. SALUTACION Y AGRADECIMIENTOS.....	19
■ 2. JUSTIFICACIÓN DEL DISCURSO	24
■ 3. LA REHABILITACIÓN MÉDICA: DEFINICIÓN, ORIGEN Y TRANSFORMACIÓN HISTÓRICA.....	25
■ 3.1. Concepto de Rehabilitación: Más allá de la curación de la enfermedad.....	25
■ 3.2 El camino de la Rehabilitación hacia la especialización .	29
■ 4. DESARROLLO DE LA REHABILITACIÓN EN GALICIA	34
■ 4.1. De los Sanatorios a los Hospitales Generales y Ciudades Sanitarias	37
■ 4.2. La Institucionalización de la especialidad en Galicia..	46
■ 4.3. Descentración de la atención rehabilitadora hospitalaria	48
■ 4.4. Desarrollo de unidades especializadas	51
■ 4.5. Ordenación de la atención temprana en Galicia	52
■ 5. LA REALIDAD ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN EN GALICIA: LUCES Y SOMBRAS	53
■ 6. BIBLIOGRAFÍA.....	62
■ DISCURSO DE CONTESTACIÓN.....	69

■ SALUTACIÓN A LA ILMA. SRA. D.^a MARÍA TERESA JORGE MORA

Por el presidente de la Real Academia de Medicina de Galicia Excmo. Sr. D. Francisco Martelo Villar.



Día de regocijo y celebración en esta institución. Se incorpora una especialidad joven, Medicina Física y Rehabilitación, de la mano de una persona también joven, excelente profesional y mujer. Es bueno incorporar una visión femenina más a la Academia. Las mujeres son poseedoras del mismo rigor, pero con mejor capacidad para el desvelar colorido. Su juventud, Dra. Jorge Mora aporta fortaleza y visión a largo plazo. Se trasluce en su excelente discurso.

Gracias al ilustrísimo señor D. Manuel Noya García, académico numerario del sillón de Neurología, protagonista de la magnífica laudatio. En ella habrán podido observar que aquí, lo más importante, el conocimiento y, sobre todo, las ilusiones para ayudar a conseguir la mejor sanidad son similares en los profesionales que inician su senda académica como en los que caminamos iluminados por la luz del atardecer. Las mismas devociones.

Usted pertenece a una familia de médicos sobresalientes. Reconoce usted a su padre el ilustrísimo señor don Francisco Javier Jorge Barreiro académico numerario del sillón de Anatomía en esta casa y catedrático de la disciplina en Santiago de Compostela como su maestro y mentor. Ha tenido usted suerte, además, porque su madre también es médico trabajadora y dedicada al esfuerzo de superarse como analista clínico en Santiago de Compostela.

Pero, sus abuelos también fueron médicos. El paterno don Ángel Jorge Echeverri catedrático de Anatomía y profesor de muchos de nosotros en Santiago, también decano y rector de la Universidad de Compostela. Fue capaz de manejar bien las dificultades que había en su época. Citaba frecuentemente a los anatomistas franceses pero sus ídolos eran Andrea Vesalio y su maestro Alejandro Rodríguez Cadarso. Vesalio permanentemente presente en el aula con su *De Humani Corporis Fabrica* y Cadarso como referencia, pero citándolo con fuerza si hablaba de la arteria carótida y en voz baja, como para no despertarlo o como si no pudiese decir todo lo que le apetecía, cuando lo mostraba como el ejemplo de rector gestor a seguir. El proyecto de rector de Cadarso sigue vigente en la actualidad y Jorge Echeverri sería hoy un gran anatomista y un innovador traumatólogo.

Usted ha comenzado su discurso haciendo suyo el aforismo de que “el hombre (y la mujer) es el producto de su entorno”, “en mi caso”, dijo, “puedo decir que he tenido la suerte de crecer en el seno de una familia con una larga trayectoria en el campo de la Medicina”.

Es bueno que reconozca a sus mayores, a sus abuelos, a su padre. Su auténtico maestro, y a su madre, también médico, la trascendencia en su formación y manera de vivir. Ellos tienen el mérito de transmitir testimonio, pero a usted que, a través de su discurso, nos transmite la sensación de recoger la cosecha de todos los que le han acompañado quiero decirle hoy, aquí, que sus méritos se basan en su capacidad de percepción, memoria, razonamiento y sobre todo disciplina y trabajo que la sitúan, por méritos propios, en su actual excelente estatus profesional y, por su puesto, en esta institución secular.

A lo largo de su discurso nos ha explicado su caminar en una especialidad nueva, aprendiendo y abriendo camino al mismo tiempo.

Con gran detalle nos ha llevado desde los tiempos heroicos de Sanatorio Marítimo Nacional de Oza en 1910 como centro hospitalario para el

tratamiento de tuberculosis ósea, o el de la recuperación de los heridos de guerra 1936-1939, por décadas de heroísmo de unos pocos, como fueron las cátedras de Terapéutica Física y varios sanatorios privados de Traumatología.

Uno de ellos al que señala como la primera clínica dedicada a la Traumatología y la Cirugía Ortopédica en Galicia, fundada por su abuelo, estaba dotada con utensilios para la recuperación funcional, como se demuestra en las fotos que usted, orgullosamente, exhibe en el libro de su discurso. La conocimos, los estudiantes de aquel tiempo interesados en la cirugía y que acudíamos al sanatorio para poder contemplar la Traumatología del momento, fundamentalmente la de los xenoinjertos óseos que empezaban a ser utilizados. Algunos de nosotros, escudándonos en su generosidad y, utilizando como introductor a su tío Angel, compañero y buen amigo, pudimos resolver allí, sin costes, nuestras calamidades deportivas.

Escenario vital para atraparse en el estudio de las lesiones anatómicas y funcionales que aparecen tras la enfermedad. Tres de sus tíos y su padre, desde la disciplina, continuaron el camino.

Ha explicado, con claridad, que la Rehabilitación no ha tenido un camino fácil. Atrapada en el campo de la Traumatología, pudo encontrar el escenario real en 1969, con la creación de la especialidad. El salto exponencial, surge en los años setenta con el impulso de la Ley de Bases de la Seguridad Social, la aparición de las ciudades sanitarias para acoger las superespecialidades, y la creación de los primeros departamentos de Rehabilitación.

Desde La Coruña, con la joya de la corona que es la Unidad de Lesionados Medulares, hasta Vigo, todas las ciudades con hospitales de la Seguridad Social pudieron desarrollar la actividad y en Santiago el Centro de Diagnóstico y Tratamiento “Concepción Arenal” y posteriormente el Hospital de Conxo, tras la remodelación hospitalaria en nuestra autonomía.

Su presencia en La Real Academia de Medicina de Galicia, es imprescindible, porque su tarea está destinada a evitar la secuela o a recuperar la calidad de vida de los pacientes mediante la mejoría de la función.

Muchas enfermedades, dejan secuelas, que dificultan una vida satisfactoria para los pacientes. Surgen diferentes niveles de incapacidad transitoria o definitiva.

Pero la enfermedad se sitúa en todos los órganos y tejidos. No hay limitación de sustrato corporal. Puede ser una incapacidad, por enfermedad adquirida o congénita, postraumática, ubicada en el sistema osteoarticular, ortogeriátrico, nervioso, linfático, raquis, respiratorio, urinario, digestivo, del corazón, de los órganos de los sentidos como dificultades de la palabra o de la visión, trastornos mentales, etc.

El campo de actuación es el universo de la enfermedad y hay que prevenir el daño residual o diagnosticar el cuadro establecido en los pacientes y tratarlos a través de la educación, sanitaria, de los fármacos y de la de la medicina física, a través de la enorme batería de técnicas individualizables que llevan a cabo los médicos rehabilitadores y demás profesionales que componen el grupo de trabajo.

Necesidad de organizar unidades funcionales con distintos especialistas médicos, que aportan el conocimiento de cada uno de ellos para encontrar las soluciones más adecuadas.

La transversalidad de la respuesta es fundamental, pero; además, el enorme escenario del mundo de las secuelas necesita la integración y la responsabilidad de otras profesiones sanitarias como la Fisioterapia, la Enfermería, la Logopedia, la Terapia Ocupacional. Todo un sistema de interacción multidisciplinaria que gira al alrededor del paciente y que necesita, siempre, de una tarea de liderazgo que, en un gran número de los casos, sin duda, puede estar en manos del médico rehabilitador, por su más amplio nivel de formación de la función y las secuelas.

Usted ha descrito la situación actual y las expectativas de futuro. La Real Academia de Medicina de Galicia, doctora Jorge Mora, puede y debe ser un foro de referencia para la difusión de las diferentes terapias funcionales y su difusión para el ciudadano, siguiendo las dirigidas por usted a orillas del Lérez, en el excelente servicio del hospital universitario Montecelo.

Enfoque integrador del paciente privado de libertad por la secuela de su enfermedad. Respuesta a la Medicina de la discapacidad, por la capacidad, que placer utilizar el antónimo, que tiene el ser humano que; con la ayuda de ustedes, puede seguir la vida, aunque sea diferente a la prevista antes del daño.

Bienvenida Dra. Jorge Mora en nombre de todos los miembros de la Real Academia de Medicina de Galicia y felicidades a usted, a su marido, también médico, a sus dos hijos y a toda su familia, que personalizamos en su padre, prestigioso y apreciado, miembro numerario de la institución.

Estamos seguros de que; a partir de hoy, este día, todos los años, va a ser un aniversario memorable para usted y para la Academia.

He dicho.

The background of the page features a large, stylized, light brown seal of the University of the Pacific. The seal is circular and contains a central figure of a woman in traditional attire, holding a book and a staff. The text "UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO" is written around the perimeter of the seal.

■
DISCURSO DE INGRESO
■



JORGE MORA, MARIA TERESA
Académica numeraria del “sillón” de Medicina
Física y Rehabilitación

Número 40 del escalafón

Ingreso: día 2 de junio de 2023

Pasado, presente y futuro de la rehabilitación en Galicia

■ 1. SALUTATION Y AGRADECIMIENTOS

- Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia
- Excma. e Ilmas. Autoridades
- Ilmos. Sras. y Sres. Académicos Numerarios
- Sras. y Sres. Académicos Correspondientes
- Queridos familiares
- Sras. y Sres.

Hoy la Real Academia de Medicina de Galicia acoge en sus brazos a la representación de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. Esta Regia Corporación ha sido uno de los pilares que ha contribuido al desarrollo de la Medicina en Galicia, y cuando decidieron aceptarme como miembro, me invadió una sensación de responsabilidad y compromiso para poder estar a la altura de las expectativas que una Academia como ésta exige. Son muchos los grandes maestros y profesores que forman parte de esta Institución, a los que he admirado desde mis inicios en la Medicina. Desde hoy reafirmo mi compromiso con esta Academia, y mi promesa de esfuerzo, trabajo y rigor por todos los valores que ella representa.

Mi más profundo agradecimiento a los Ilustrísimos Señores Académicos por su aceptación y benevolencia, y sobre todo por el extenso afecto que he recibido. De forma muy especial a las Dras. Alicia Ansedo Martínez y Rosa Meijide Faílde y al Dr. Jesús Pino Mínguez, que han tenido la generosidad de proponerme para ocupar el sillón correspondiente de Rehabilitación.

Con no menor sentimiento, agradezco al Profesor Manuel Noya García, al haber aceptado contestar mi discurso de ingreso. Es un verdadero

honor poder contar con el apoyo de un maestro excepcional, pionero de la Neurología en Galicia, siempre admirado por nosotros, sus alumnos, dentro y fuera de las aulas por su habilidad para inspirar, motivar y descubrir la Medicina, a través del pensamiento crítico y más de una que otra anécdota.

Según es costumbre, debería realizar una breve reseña sobre mi antecesor en la plaza que voy a ocupar, pero como es de nueva creación esto no es posible. Esta circunstancia me permite hacer referencia a las personas que han sido mis maestros a lo largo de estos años. Son muchos los compañeros que de alguna manera han tenido el éxito de contribuir al crecimiento y desarrollo de esta especialidad, no podría nombrarlos a todos. Este discurso está dedicado a todos ellos con mi máximo agradecimiento, y espero contar con la complicidad de todos para poder dar a conocer, potenciar y dinamizar la especialidad.

Partiendo del dicho de que “el hombre (y la mujer) es el producto de su entorno”, en mi caso, puedo decir que he tenido la suerte de crecer en el seno de una familia con una larga trayectoria en el campo de la Medicina. Tanto mi bisabuelo Alejandro Bermúdez, como mis abuelos Ángel Jorge Echeverry y Salvador Mora Beccaria, y mis padres Javier y M.^a Teresa, han dedicado su vida a la Medicina. Tuve el enorme privilegio de formarme con mi padre, Francisco Javier Jorge Barreiro, Catedrático de Anatomía humana, y médico especialista en Rehabilitación, quien ha conseguido transmitirme y contagiarme su pasión y entusiasmo. Quizá sea eso lo que hace a un excelente profesor, y muestra de ello es el enorme legado que deja a través de sus discípulos. Su dedicación a la especialidad supuso una disrupción de los modelos clásicos estáticos no intervencionistas hacia una nueva visión más activa, y participativa del médico rehabilitador, aportando nuevos procesos de intervencionismo, tratamiento funcional y recuperación acelerada. No me planteaba pues dedicar mi trayectoria

profesional a otra cosa que no fuera la Rehabilitación, tal como yo la veía, una especialidad que me permitiría tener una visión integradora del paciente, de gran extensión y con un enorme potencial.

En esta andadura tuve la suerte de coincidir con muchas personas, compañeros y amigos a los que tengo mucho que agradecer. En primer lugar, a todas las personas del Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina, destacando a los Profesores Ángeles Rodríguez, Antonio Crespo, Mimo Quintáns, y Maite Castaño, quienes me brindaron la oportunidad de adentrarme en el campo de la investigación y me permitieron profundizar en el conocimiento de la Anatomía Humana. Nunca imaginé la enorme trascendencia que esta disciplina tendría en el desempeño de nuestra actividad clínica actual, principalmente a raíz del desarrollo de herramientas diagnósticas y terapéuticas que utilizamos actualmente a la cabecera del enfermo. Mencionar de forma especial al Prof. Dr. Juan Suárez Quintanilla, quien me acompañó en mis primeros pasos en la investigación, persona generosa y brillante con una extraordinaria capacidad para hacer fácil lo difícil; y a la Prof. Dra. Elena López Martín, ella me abrió las puertas al conocimiento de la investigación básica en el campo de la radiofrecuencia, no podía haber tenido mejor guía para realizar mi tesis doctoral.

Los inicios en la Rehabilitación no fueron fáciles para los médicos residentes que comenzábamos nuestra formación, teniendo en cuenta que se trataba de una especialidad poco conocida, ya que no había asignatura específica en la Facultad de Medicina, y lo poco que se explicaba estaba encuadrado dentro del Departamento de Radiología y Medicina Física, clases impartidas por los profesores Carlos Ferreirós Espinosa y Manuel Torres Colomer.

Durante mi formación tuve la oportunidad de relacionarme más estrechamente con personas de enorme calidad humana y profesional, con los que además he tenido la suerte de compartir momentos muy

importantes de mi vida. Jesús Figueroa que un día fue también mi maestro y hoy persona de referencia en la Rehabilitación en Galicia y Profesor de la asignatura en la Facultad de Medicina; M.^a José Misa, con quien coincidí en mi época de formación clínica y del doctorado colaborando mutuamente en la investigación en los efectos de la radiación electromagnética no ionizante; Alejandro López, Bibiana Villamayor, Isabel López y Sara Laxe, quien hoy sigue compartiendo experiencias con nosotros desde la jefatura de Servicio del Hospital Clínico de Barcelona.

Fueron años de enorme esfuerzo por parte de muchos compañeros en difundir conocimiento, organizar los procesos de rehabilitación y en consolidar los Servicios. Destacar el papel del Dr. Javier Juan, actual jefe de Servicio del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, en el que trabajé durante unos años, y que contó siempre conmigo para la puesta en marcha de una amplia variedad de iniciativas, cursos y actividades formativas en nuestro campo, posicionando la imagen de la Rehabilitación gallega en una situación altamente reconocida, y el Dr. Jorge Barreiro que promovió la formación de especialistas en el ámbito del intervencionismo, llegando a ser de referencia a nivel nacional, junto a otros compañeros también muy dedicados a extender esta práctica como el Dr. Climent, y el Dr. Fenollosa, personas todas ellas con un nivel extraordinario y verdadera pasión por esta disciplina. El Dr. Jorge Barreiro siendo profesor de la Facultad de Medicina, primero introdujo en el plan de estudios la asignatura optativa de Rehabilitación, y más adelante esta asignatura se consolidó como obligatoria en el plan de estudios actual. En la docencia de Rehabilitación teórica y práctica han colaborado la mayor parte de los Servicios de Rehabilitación de Galicia.

También ha marcado sin duda mi trayectoria, mis años de formación clínica. Nunca olvidaré la ayuda que me ofreció el Dr. Juan Jato. Fue

una gran persona y médico por vocación, con un profundo amor por la investigación, aunque el devenir de la vida le obligara a tener que abandonar su labor investigadora, persona altruista, de excepcional calidad humana, quien me facilitó la posibilidad de formarme en el Hospital Universitario Toronto Western, de Canadá, junto a la Dra. Cristina López, con quien he tenido la suerte de compartir mis experiencias desde mi niñez y la vida nos ha llevado a recorrer muchos caminos y a disfrutar grandes momentos. También debo recordar mi paso por el Hospital Vall D´Hebrón, donde tuve la oportunidad de aprender junto a grandes profesionales referentes en el campo de la Neurorehabilitación como la Dra. Inmaculada Bori de Fortuny, y el Dr. Miguel Ángel González Viejo.

No tengo palabras para agradecer la labor de todos los miembros del Servicio de Rehabilitación de Pontevedra, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, celadores, y administrativos, que además de ser compañeros y amigos, me han ayudado a que el trabajo día a día sea fácil y gratificante, y me han demostrado su apoyo incondicional, con la máxima dedicación y entrega, a pesar de los momentos difíciles a los que nos hemos enfrentado en los últimos años.

Agradecer al Grupo de investigación de Patología Musculoesquelética del IDIS del que formo parte, en particular al Dr. Rodolfo Bahamonde, líder del equipo de investigación, por su inestimable ayuda.

Quisiera destacar el papel fundamental que ha tenido toda mi familia, piedra angular de mi vida, hoy y siempre me acompañan en mis éxitos y fracasos, a ellos le debo estar hoy aquí. Mi padre y mi madre, que además de por su profunda implicación a la profesión de la Medicina son un ejemplo de extraordinaria dedicación y entrega a la familia, habiendo tenido seis hijos, gracias por vuestro apoyo incondicional. Mis hermanos, que me han transmitido su cariño día a día en mi

constante relación con ellos, y en especial con Alberto, médico que me ha hecho partícipe de sus logros y experiencias; no pudiendo estar más orgullosa de todos ellos. Y para finalizar, quiero agradecer el apoyo constante a mi marido Jorge, también médico, y a mis hijos Alex y Manuel, que son lo más importante de mi vida, porque sin ellos no podría haber recorrido este camino.

■ 2. JUSTIFICACIÓN DEL DISCURSO

Para entender el presente y construir el futuro es fundamental aprender del pasado. La elección del tema de mi discurso tiene, por tanto, su razón de ser en la creación de un nuevo sillón, en donde va a estar representada la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, y en mi convencimiento de que nuestra especialidad es una gran desconocida, no solo para la sociedad en general sino también para muchos profesionales de la Medicina. Quizá una de las causas por las cuales ocurre esto, es que la Rehabilitación no tiene un órgano diana o sistema específico como puede ser la Cardiología, el sistema cardiovascular o la Neurología el sistema nervioso, y tampoco tiene como base un rango etario como la Pediatría o la Geriatria. En nuestro caso, el denominador común de la Rehabilitación es la persona con discapacidad, en su globalidad, abordando aspectos de prevención, diagnóstico médico y tratamiento.

Es mi intención, por tanto, dejar patente las bases que definen esta especialidad, y para ello, lejos de realizar un texto de Historia de la Medicina, pretendo describir simplemente lo que considero son los hitos principales que han dado pie al desarrollo de la Rehabilitación, establecer cómo se ha ido consolidando en nuestra comunidad autónoma y dejar reflejo de hacia dónde camina actualmente nuestra especialidad.

■ 3. LA REHABILITACIÓN MÉDICA: DEFINICIÓN, ORIGEN Y TRANSFORMACIÓN HISTÓRICA

■ 3.1. Concepto de Rehabilitación: Más allá de la curación de la enfermedad.

La Medicina Física y Rehabilitación se define como una especialidad médica que tiene como objetivo mejorar el funcionamiento de las personas con problemas de salud que desarrollan o tienen riesgo de desarrollar discapacidad para lograr mantener un funcionamiento óptimo en su interacción con el medio ambiente. Tal como expone el Dr. Climent Barberá, si consideramos que la Medicina es la respuesta de la sociedad a la enfermedad, se podría proponer que la Rehabilitación sea la respuesta de la Medicina a la discapacidad.

De su propia denominación se extraen dos aspectos fundamentales que la definen, por un lado, la que hace referencia a los procedimientos terapéuticos físicos (*Medicina Física*) y por otro la que hace referencia a la discapacidad (*Rehabilitación*). La primera incorpora todas aquellas intervenciones dirigidas a mejorar el funcionamiento y a tratar a los pacientes utilizando medios físicos como pueden ser el movimiento, el ejercicio físico, el calor y el frío, las radiaciones electromagnéticas no ionizantes como la electroterapia, y la segunda tiene como objetivo principal conseguir que las personas alcancen un funcionamiento óptimo y participen activamente en la sociedad. Para alcanzar este objetivo, es clave la visión de la especialidad enfocada hacia la evaluación del funcionamiento en relación con las condiciones de salud, factores personales y ambientales, así como la aplicación y/o prescripción de intervenciones biomédicas y tecnológicas dirigidas a tratar los aspectos de salud intrínsecos del funcionamiento o “capacidad” o bien dirigidas a permitir cambios en su entorno para optimizar el rendimiento real del funcionamiento de la persona.

Este enfoque integrador de la discapacidad, tiene como marco base la *Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud* (CIF) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001, en el que la noción de discapacidad va más allá de su concepto cotidiano, ya que incluye en su definición las deficiencias o problemas en las funciones y estructuras corporales, además de diferenciar claramente entre problemas que resultan de la condición de salud subyacente (capacidad) de los problemas que surgen de la interacción entre capacidad, entorno y factores personales (rendimiento). Un ejemplo sería el de una persona con una amputación de la extremidad inferior (deficiencia motora) que puede tener limitaciones en la capacidad de marcha, pero sin problemas de desempeño/realización en el entorno habitual (si ha sido provisto de una ayuda tecnológica, en este caso la prescripción y adaptación de una prótesis ortopédica).

Si un paciente con una condición de salud no informa de limitaciones relevantes en el funcionamiento, curar la enfermedad es suficiente para resolver el problema. Pero si un paciente experimenta una discapacidad relacionada con su estado de salud, se debe abordar ésta aplicando una segunda estrategia, de forma que debemos utilizar tanto la estrategia curativa como la de rehabilitación dirigidas al tratamiento de la patología y al abordaje de la discapacidad. Para ello, hay que tener en cuenta cómo afecta al desarrollo funcional la existencia de barreras ambientales y facilitadoras que una persona puede experimentar a lo largo de su vida y trataremos de implementarlas. Muchas de estas barreras son artificiales (como los estigmas, estereotipos o la discriminación), otras pueden solucionarse mediante intervenciones sociales (accesibilidad) y otras pueden compensarse mediante intervenciones sanitarias y/o sociosanitarias.

Esta definición deja claras las bases de la especialidad en cuanto a su carácter transversal, humanista y su enfoque holístico. El médico

rehabilitador debe diagnosticar al paciente, no solo su enfermedad sino el impacto que la misma tiene en su salud y en su capacidad de desempeño, por tanto, además de diagnosticar, prevenir y tratar, debe realizar valoraciones funcionales y prescribir o aplicar tratamientos, ya sean farmacológicos, terapias físicas u otras intervenciones que permitan además de curar al paciente, que éste llegue a la mayor autonomía personal posible.

Actualmente la CIF constituye una herramienta de medida de funcionamiento. Si bien el nivel de funcionamiento habitualmente aumenta durante los primeros años de una persona, disminuirá como consecuencia de lesiones y enfermedades, y en última instancia con el propio envejecimiento. Esta herramienta nos permite crear trayectorias de funcionamiento tanto a nivel individual como a un grupo poblacional, lo que tiene importantes aplicaciones tanto en investigación como en la planificación de estrategias políticas de salud. Además de proporcionar una base común para describir la salud y la discapacidad, permite comparar e intercambiar información entre diferentes países, culturas y sistemas sanitarios.

Sin embargo, debo decir que el concepto de Rehabilitación tal como la acabamos de describir y conocemos actualmente, así como su práctica clínica, no siempre ha sido de esta manera, ya que ha ido variando a lo largo de los años en paralelo al desarrollo de cambios sociales y políticos en la forma de entender y abordar la discapacidad.

En varios trabajos se describe como la palabra Rehabilitación fue utilizada por primera vez en la literatura médica por un autor español, Sebastián Buqué i Torró, quien introdujo este término en una obra sobre ejercicio terapéutico publicada en Madrid en 1865, con el título de <<*Gimnástica higiénica, médica y ortopédica*>>. Cabe destacar, que en esta obra queda patente el concepto de Rehabilitación ya referido a la "reanudación de una función perdida y la corrección de una deformidad".

El inicio de la Rehabilitación está vinculado al desarrollo del conocimiento científico en el beneficio terapéutico del ejercicio, así como de nuevas herramientas tecnológicas en dicho campo, como fueron el desarrollo de la electroterapia o los equipos de mecanoterapia. Climent esquematiza la evolución del concepto de Rehabilitación en varias fases históricas. En su inicio el concepto de Rehabilitación tenía un significado genérico de función, en la línea en que lo definió Busqué en 1865. Posteriormente, pasa a ser una herramienta terapéutica dentro del arsenal de la Medicina Física, contemplada como una parte de la Medicina que utilizaba agentes y técnicas de naturaleza física para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Más adelante, situándonos en la revolución industrial, se inicia una etapa de desarrollo de la Medicina desde una perspectiva social, ante la necesidad de devolver la plena capacidad física a los trabajadores accidentados o lesionados en busca de una restitución rápida y eficaz. En este ámbito la rehabilitación ya no solo estaba acotada a la aplicación de un tipo de terapia física, sino que se trataba de un nuevo enfoque del tratamiento médico, en la que no solo se debía obtener la recuperación física sino también devolver la capacidad de realizar las actividades que el paciente tenía previas al accidente. En ese momento comienza a desarrollarse el concepto de Rehabilitación médica como tal, separada de la Terapéutica Física. El impulso de estrategias políticas laborales proteccionistas consolidó este modelo de atención rehabilitadora. Para ello se implementaron institutos de mecanoterapia que sirvieron a este fin, como instituciones monográficas de atención a obreros inválidos. Y pronto se extendió hacia otros ámbitos como los heridos de guerra o los enfermos de polio.

Siempre que por desgracia se vive un conflicto bélico, éste viene, por otro lado, acompañado de grandes avances de la humanidad en diferentes campos. Así pues, la Primera Guerra Mundial (1914-

1918) incorporó al campo de la Medicina avances científicos y tecnológicos, lo que junto al reclamo de las “legiones de inválidos” que demandaban su incorporación a la sociedad tras la segunda Guerra Mundial, impulsaron esta nueva faceta de la Medicina, la Medicina rehabilitadora. Al mismo tiempo, las epidemias de poliomielitis dejaron un gran número de niños y adultos jóvenes con graves discapacidades paralíticas. En este ambiente se produce un cambio crucial, desde una visión de la Medicina, como refleja el Dr. Howard Rusk en la que “ el enfermo no recuperable estaba condenado a una invalidez perpetua y a una destrucción rotunda de su personalidad”, hacia una Medicina dirigida a restaurar la función y a reincorporar a los inválidos a la sociedad, de manera que entra en juego el proceso de rehabilitación como parte fundamental de los procesos médicos, sin la cual los resultados terapéuticos para el paciente serían incompletos o incluso podemos decir que devastadores en algunos casos . Bajo este prisma, surge la Rehabilitación dirigida hacia todos los colectivos sociales con discapacidad, lo que llevó a una expansión de la actividad rehabilitadora más allá del ámbito médico, desarrollándose plenamente en el sistema nacional de salud y ampliando sus dimensiones hacia otros ámbitos, abarcando actividades de reinserción sociolaboral y psicopedagógica.

■ 3.2. El camino de la rehabilitación hacia la especialización

En el ámbito internacional, la Rehabilitación se consolida como especialidad veinte años antes en EE. UU. que en España. Cabe destacar la figura de Howard Archibald Rusk (1901-1989) como impulsor de la especialidad de Rehabilitación. En un momento de la historia, en la que los médicos centraban su atención casi de forma exclusiva en erradicar la patología aguda, en función de la cual se admitía a los pacientes a una convalecencia prolongada, pasiva y a veces eterna, Rusk demostró los enormes beneficios de una ambulación temprana.

A partir de ahí, los pacientes ya no permanecerían en reposo en cama largo tiempo, introduciéndose lo que se definió como “la tercera fase de la atención médica”. Tal como indica Affeldt (1969) este término lleva implícito que la Rehabilitación es algo más que una intervención terapéutica, y busca resaltar la necesidad de desarrollar recursos de rehabilitación y brindar servicios de recuperación. Después de la II Guerra Mundial, Rusk se incorpora a la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York y crea en 1936 un Servicio hospitalario de Medicina Física en la Clínica Mayo para la rehabilitación de personas con discapacidades, ya no solo para obreros y soldados, sino también para pacientes con discapacidad universal. En 1946 fue nombrado profesor de un nuevo Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en dicha Facultad, y allí establece el primer programa de capacitación en rehabilitación en el mundo. Sin embargo, no es hasta 1947 cuando la “Asociación Médica Americana” reconoce oficialmente a la Medicina Física como especialidad médica en EE. UU. Siendo a instancias de Howard Rusk, que la especialidad pasara a llamarse Medicina Física y Rehabilitación en el año 1949.

En España, nuestra especialidad se constituye oficialmente hace 54 años, en 1969. Como antesala, las primeras estrategias políticas estaban focalizadas, al igual que en otros países, en dar respuesta a las necesidades de atención rehabilitadora surgidas frente a varios colectivos muy sensibles para las clases políticas como eran los incapacitados por heridas de guerra, desarrollándose clínicas específicas para su asistencia. Ejemplo de ésta fue el Centro de Recuperación de Mutilados de Guerra en Oza (La Coruña) creado en 1936, una vez desencadenada la Guerra Civil, y que se mantuvo con dicha actividad hasta el año 1939. Este centro surge por la reconversión del Sanatorio Marítimo de Oza, previamente dedicado a la lucha antituberculosa. Médicos que trabajaron en este centro fueron los Dres. Nogales Puertas y García Díaz, este último fue presidente de

la Sociedad Española de Rehabilitación. Sin embargo, en España, a diferencia de EE. UU., parece que tuvo mayor influencia la epidemia de poliomielitis que asoló al país en los años 50, por la gran cantidad de niños discapacitados supervivientes con secuelas severas invalidantes. Esta enfermedad hizo fortalecer las políticas de atención y protección social a los inválidos. Para atenderlos se crean, en colaboración con los servicios quirúrgicos de Ortopedia y Traumatología, secciones específicas de Rehabilitación Infantil, destinadas al tratamiento de la poliomielitis y focalizadas en minimizar las deformidades existentes y conseguir el mayor grado de funcionalidad y autonomía de los niños afectados.

Paralelamente, la reinserción laboral de la persona con discapacidad había ido surgiendo progresivamente según evolucionaba la sociedad. En sus orígenes todas aquellas personas discapacitadas que no podían trabajar fueron separadas y marginadas en instituciones en un marco puramente de retiro y beneficencia. Por Decreto del 14 de marzo de 1899, el Gobierno reorganiza los servicios de beneficencia, comenzando una política de atención y tutela de los discapacitados físicos y psíquicos mediante la creación de Patronatos Nacionales Protectores. Pero el auténtico cambio queda patente con la Ley del 10 de enero de 1922, que reformó la Ley del año 1900 sobre accidentes de trabajo, en la que se plasma la iniciativa de crear una escuela de inválidos de trabajo dedicada a la reeducación profesional de los mismos, cuyo objeto sería devolver a estos la capacidad profesional suficiente para que pudieran valerse por sí mismos. Así, se crea por Real Decreto del 4 de marzo de 1922 el *Instituto de Reeducación de inválidos del trabajo*, que pasó a llamarse *Instituto de Reeducación Profesional* (1928) y posteriormente *Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos* (1933). Su incorporación constituye la satisfacción y cumplimiento de un objetivo fundamental de la política social española de aquel momento. El trabajador disminuido físicamente o en su capacidad

laboral readquiere la conciencia de sus posibilidades para servir a la comunidad. Un aspecto importante es que se incluye la adopción de medidas de recuperación y se establecen los oportunos tratamientos para que alcancen su recuperación funcional. Esta escuela tenía tres funciones propias, la readaptación funcional, la reeducación profesional y la tutela social de los reeducados.

Más tarde, impulsado por la necesidad de la atención a la invalidez, principalmente ante un gran número de inválidos jóvenes, se crea el *"Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos"* cuyo reglamento fue publicado en la Orden del Ministerio de Gobernación del 11 de enero de 1960. El objetivo de este patronato era el de "estimular y cooperar a la organización de centros de asistencia y rehabilitación de inválidos en dispensarios, clínicas y servicios hospitalarios generales y especiales". Bajo este servicio social se organiza la asistencia con recursos como el Dispensario Central de Rehabilitación, los Servicios de Rehabilitación hospitalaria en Sanatorios Marítimos Nacionales de Oza (La Coruña), Torremolinos, Pedrosa y Valencia, así como en los Hospitales Clínicos de Barcelona y Valencia y en los Centros antipoliomielíticos de Cádiz y del Hospital del Rey en Madrid, de manera que se crea la primera red asistencial oficial en el ámbito de la Rehabilitación Médica en España.

He de destacar el papel de Joaquín Decref como médico adelantado de la Rehabilitación, que fue miembro del Patronato del Instituto de Reeducción de Inválidos. Varios artículos describen a Decref como el iniciador de la actividad especializada en el campo de la Rehabilitación en España y fundador de uno de los primeros gabinetes de mecanoterapia del país, el Instituto de Física Terapéutica, Ortopedia y Radiografía fundado en 1889 en Madrid. Decref desarrolló su actividad principalmente en el campo del aparato locomotor, de la Medicina Física y de la Radiología, aportando nuevas herramientas

tecnológicas a la práctica clínica. Resaltar que fue el iniciador de la enseñanza oficial de la Medicina Física entre 1912 y 1920 realizando cursos de kinesiología y mecanoterapia, precursoras de la moderna fisioterapia.

Pero no es hasta 1963, a partir del desarrollo de la Ley de Bases de la Seguridad Social, que arranca la verdadera puesta en marcha de la Rehabilitación en el sistema sanitario español. Esta última etapa, queda marcada por la consecución del Servicio Social de Recuperación de Minusválidos (SEREM) en 1970. Se crean las Unidades Provinciales de Valoración como órganos colegiados compuestos por médicos especialistas, psicólogos, médicos de empresas y expertos en formación y empleo, los cuales debían valorar el porcentaje de discapacidad y orientar a los mismos hacia un programa individualizado de readaptación e inclusión social. Y en este momento, surgen también los Departamentos de Rehabilitación en la Ciudad Sanitaria de "La Paz", Hospital "Puerta de Hierro" de Madrid, y Hospital Vall D'Hebrón de Barcelona. Posteriormente en 1968 el de la Ciudad Sanitaria "Virgen del Rocío" de Sevilla, y en 1970 el de la Ciudad Sanitaria "La Fe" de Valencia.

En este ambiente de desarrollo social, profesional y científico se reconoce de forma oficial el 6 de junio de 1969 una nueva especialidad médica: la Medicina Física y Rehabilitación. En 1971 había en España un total de 80 Servicios de Rehabilitación dependientes de hospitales generales provinciales y clínicos, Cruz Roja, entidades aseguradoras, así como otros centros hospitalarios y las residencias sanitarias de la seguridad social.

Previo al reconocimiento oficial de la especialidad, el interés y el crecimiento hacia la Medicina Rehabilitadora queda plasmado por la puesta en marcha de un movimiento asociativo de profesionales con interés hacia la Medicina Física y Rehabilitación. En el año 1954

se funda en Barcelona la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional*, asume la presidencia el Dr. Vicente Sanchís Olmos, traumatólogo. Denominación que ha ido cambiando a lo largo de los años, pasando a llamarse *Sociedad Española de Rehabilitación* (SER) en el año 1957 y finalmente *Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física* (SERMEF), que cambia por razones de equivalencia con la Unión Europea a *Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación* (BOE 14 febrero 2003), denominación que conserva en la actualidad.

Aunque desde el año 1960 se podía obtener el título universitario de capacitación en Rehabilitación en Madrid, no es hasta los años 1965-68 que se inicia el sistema de formación de médicos internos residentes, y se instaura por primera vez, en la sanidad pública, en el Hospital "Puerta de Hierro" de Madrid dirigido por el Profesor Segovia de Arana, seguido de los Hospitales de "La Paz" (Madrid) y Vall D'Hebrón (Barcelona). A partir de 1971 el acceso al sistema MIR se constituye definitivamente mediante examen a nivel nacional.

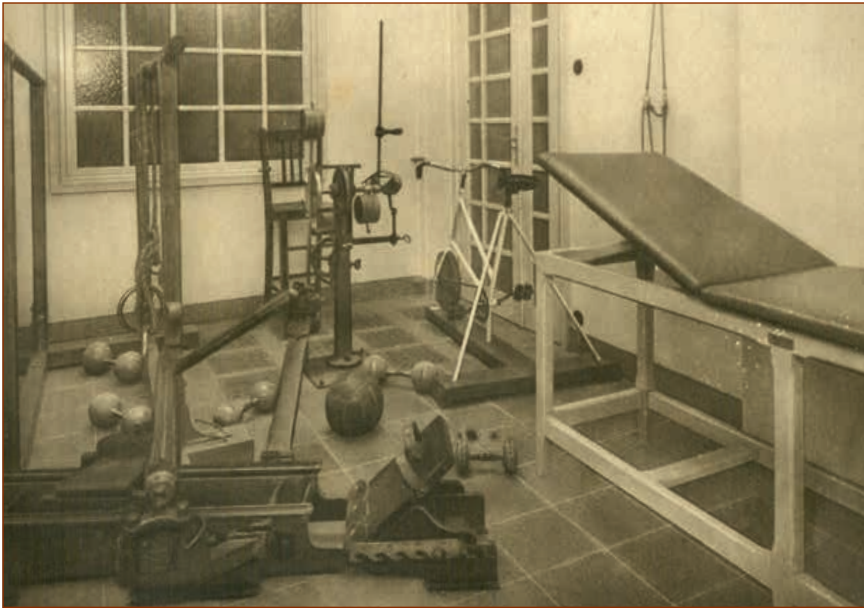
Las cátedras de la especialidad de Rehabilitación se crean a partir del año 1970, siendo la primera la del Dr. Carlos Caballé Lancry (Tetuán, 1916-Valencia,1981) en la Universidad de Valencia, seguida en 1974 del Dr. Luis Pablo Rodríguez, en la Universidad Complutense de Madrid.

■ 4. DESARROLLO DE LA REHABILITACIÓN EN GALICIA

En Galicia la Rehabilitación como especialidad médica tuvo un desarrollo muy similar al resto del país. En sus inicios la Rehabilitación estaba enfocada en el campo de la patología del aparato locomotor, por lo que evolucionó de la mano de los cirujanos ortopédicos, quienes contemplaban la Rehabilitación como parte exclusivamente

de los procesos terapéuticos traumatológicos. Esto se mantuvo, hasta que en los años sesenta se inicia la segregación de la actividad rehabilitadora de la Traumatología, principalmente a raíz de la creación de la especialidad de Rehabilitación en 1969.

En aquel momento la organización de los primeros Departamentos de recuperación funcional públicos se basó en el primer informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS de 1958, en el que se establecían servicios para pacientes agudos en Hospitales generales, servicios posthospitalarios para discapacitados crónicos, en Unidades especiales para atender parapléjicos y niños, o en centros mixtos que acogían la asistencia médica junto a la readaptación profesional del discapacitado.



► Sala de cinesiterapia (fotografía tomada del sanatorio Echeverry, 1942).



► Sala de un sanatorio donde se aplicaban los tratamientos de electroterapia (fotografía tomada del sanatorio Echeverry, 1942).



► Sala de tratamiento ortopédico, con imágenes de herramientas terapéuticas para el tratamiento de la escoliosis (1942).

■ 4.1. De los sanatorios a los Hospitales generales y ciudades sanitarias.

En la primera mitad del s. XX la Rehabilitación en Galicia se desarrollaba mayoritariamente en gabinetes y sanatorios privados dirigidos por médicos generalmente traumatólogos, en centros equipados con la tecnología disponible para la época, Servicio de Reanimación, Rayos X y Servicio de Rehabilitación. Muchos de esos profesionales también realizaban labores benéficas asistiendo en hospitales de beneficencia. En Galicia, un ejemplo interesante fue el Sanatorio Marítimo Nacional de Oza que se inaugura en 1910 como centro hospitalario especializado en el tratamiento de tuberculosis ósea, llegando a ser el sanatorio con mayor capacidad de España en su campo. Con el avance de la ciencia y la prevención y el desarrollo de tratamientos más eficaces contra la tuberculosis, se reducen progresivamente los casos de esta enfermedad, se comienza a dar más importancia a la lucha contra la invalidez y se promociona la Rehabilitación, pasando en 1953 a depender este centro del Patronato de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos desarrollando una actividad más focalizada en los enfermos osteoarticulares. Con el traspaso de competencias de sanidad a la Xunta de Galicia, el Hospital de Oza se convierte principalmente en un centro educacional de la Universidad de La Coruña, siendo la sede de la Facultad de Fisioterapia creada en 1990, y de la Facultad de Terapia Ocupacional creada en 1998, así como del Instituto Universitario de Ciencias da Saúde integrados en la Facultad de Ciencias da Saúde de la Universidad de La Coruña. Al mismo tiempo una parte de los edificios se rehabilita como un anexo del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, albergando la mayor parte del Servicio de Rehabilitación del Complejo.

Entre las décadas de 1950 y 1960 se inicia en Galicia la construcción de residencias sanitarias, que se localizaban en las ciudades en relación

con la población de la época, Coruña, Vigo, Orense y Ferrol, y entre 1970 y 1980, la formación de ciudades sanitarias. Posteriormente, a través de la fusión de varios hospitales públicos, se crean los actuales complejos hospitalarios de las principales ciudades gallegas. Así es que, es a partir de los años 70, con el impulso de la Ley de Bases de la Seguridad Social cuya normativa conllevó la ampliación de la cobertura sanitaria, cuando se jerarquizan las residencias sanitarias (surgen servicios/secciones) y aparecen las ciudades sanitarias para acoger las superespecialidades, y se crean los primeros departamentos de Rehabilitación. Con el SEREM se reorganiza la actividad asistencial y en Galicia se establecen centros y servicios para minusválidos en los departamentos y servicios de Rehabilitación en los siguientes centros sanitarios de las cuatro provincias:

- La Coruña: servicio de Rehabilitación de la ciudad sanitaria “Juan Canalejo”; servicio de Rehabilitación de la Policlínica “Casa del Mar”; y el servicio de Rehabilitación de la Residencia sanitaria “Arquitecto Marcide” (Ferrol).
- Lugo: servicio de Rehabilitación de la Residencia sanitaria de Lugo.
- Orense: servicio de Rehabilitación de la Residencia “Nuestra Señora del Cristal”
- Pontevedra: servicio de Rehabilitación de la Residencia sanitaria “Montecelo”, servicio de Rehabilitación del Hospital General Provincial que dependía de la Diputación Provincial, centro de Rehabilitación de la Casa del Mar del ISM en Vigo, y el Servicio de Rehabilitación de la Residencia Sanitaria “Almirante Vierna” de Vigo.

Así mismo, los Centros de Rehabilitación de las mutuas patronales, y de las clínicas privadas que prestan servicios de Rehabilitación colaboran con el SEREM en el tratamiento de los trabajadores de las empresas asociadas:

- La Coruña: Mutua Gallega, Centro de Prevención y Rehabilitación Mutua Santa Marta
- Santiago de Compostela: Sanatorio del Dr. Jorge Echeverri.
- Lugo: Clínica de Rehabilitación.
- Orense: Centro de Rehabilitación Juan XXIII.
- Pontevedra: Sanatorio Santa Rita, Clínica del Dr. Vieitez Gómez, Policlínico Vigo SA, Clínica de Rehabilitación del Dr. Lojo, Sanatorio Nuestra Señora de La Merced, Centro de Rehabilitación de la Mutua Regional Gallega (M.P.A.T); Centro de Rehabilitación de la Mutua de P. de A. de T. "La Naviera", y el Centro de Rehabilitación de Asepoyo.

La puesta en marcha de estos Departamentos de Rehabilitación se establece de forma consecutiva en los diversos centros sanitarios de las provincias y principales ciudades gallegas. Para cubrir las necesidades de profesionales especializados que se debían de hacer cargo de los departamentos de Rehabilitación se produce una captación de profesionales formados en la especialidad, algunos venidos de otras comunidades autónomas, ya que en aquel momento todavía no se había iniciado la formación sanitaria especializada en Galicia.

El germen gallego de la Rehabilitación podemos situarlo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, dependiente de la Cátedra de Terapéutica Física a cargo del Dr. Carlos Ferreirós Espinosa (Poio 1917-Vigo 1996), jefe de los Servicios de Radiología y Radioterapia del Hospital Clínico. En abril de 1956 comienza a funcionar el Servicio de Fisioterapia y Electroterapia que fue instalado en una reducida sala del Hospital Clínico de Santiago. En su dirección también participaron el catedrático de Patología Quirúrgica el Dr. Adolfo Núñez Puertas, y los jefes clínicos, el Dr.

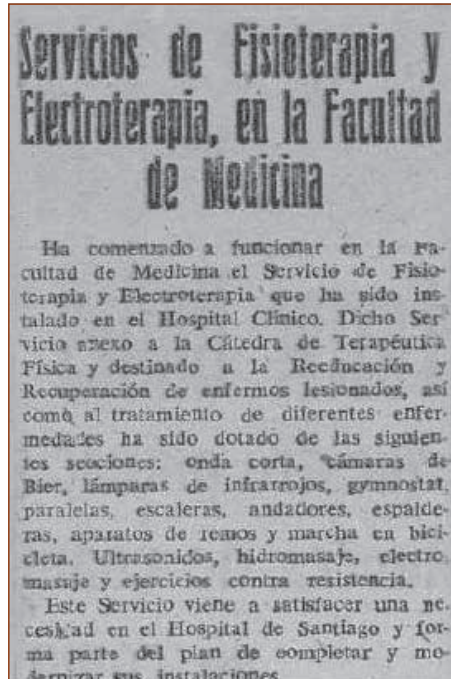
Lojo Ambroj, el Dr. Osset González Rico y el Dr. Torres Colomer, que se encargaba de la electroterapia e introdujo la electromiografía en Galicia. En este Servicio se organizaron los primeros seminarios de Rehabilitación dirigidos a médicos interesados en la especialidad. En 1966 se proyecta la ampliación del Hospital Clínico y el Departamento de Rehabilitación amplía su capacidad. A partir de ese momento dispone de “mecanoterapia, fisioterapia, gimnasio, piscina y toda clase de instrumentos propios de esta rama de la Medicina”.

El primer Centro propio de la seguridad social en Santiago de Compostela fue el Centro de Diagnóstico y Tratamiento “Concepción Arenal”, que en el año 1972 disponía de un servicio de Rehabilitación que se encargaba de la atención ambulatoria en el ámbito de la Rehabilitación en el área sanitaria de Santiago. El Dr. Francisco Javier Jorge Barreiro, asumiría su puesta en marcha. Se creó la primera Unidad de Rehabilitación periférica en Muros en 1990. Y posteriormente estas Unidades fueron aumentando hasta llegar a tener 11 unidades en los centros de salud del área de Santiago, con este sistema se mejoró la asistencia de Rehabilitación en los centros de salud y se favoreció la coordinación con los médicos de atención primaria. En 1972 se inaugura el nuevo Hospital General de Galicia que dispone de un Servicio de Rehabilitación dirigido por el Catedrático de Anatomía D. Fermín Navarrina Gámez. Este Hospital era propiedad de la Universidad de Santiago hasta que en 1984 se transfirieron todos los hospitales clínicos al Servicio Nacional de Salud. Con las transferencias del INSALUD a la Xunta de Galicia se planifica y se construye el nuevo Hospital Clínico, que junto con los Hospitales Gil Casares (antiguo Sanatorio antituberculoso de La Choupana), Médico-Quirúrgico de Conxo, y el Hospital Psiquiátrico de Conxo constituyen el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. La formación médica sanitaria de la especialidad de Rehabilitación en Santiago se inicia en el año 1998, ofertándose una plaza MIR por año. En el Servicio del

Hospital Provincial de Conxo se realizaron anualmente, desde el año 2001, cursos de rehabilitación intervencionista y en especial de aplicación e indicaciones de la toxina botulínica en rehabilitación, desarrollando técnicas propias que después fueron utilizados en muchos hospitales nacionales y extranjeros.

El 21 de agosto de 1972 se inauguraba la primera ciudad sanitaria de Galicia, lo que actualmente es el Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, siendo el Centro polivalente regional de Rehabilitación, y asumiendo el cargo de jefe de

Departamento el Dr. Ignacio Salinas Sánchez. El Centro comprendía una Residencia General, un centro de Traumatología-Rehabilitación y un bloque de consultas externas. Ya desde sus inicios el Departamento estaba estructurado en secciones clínico-terapéuticas (Rehabilitación Neurológica, Respiratoria, Foniatría, Osteoarticular, Medulares...) y disponía de una unidad diagnóstica-electromiográfica que daba respuesta a todas las consultas del hospital, además contaba con 120 camas propias, de ellas 30 dedicadas a pacientes con lesión medular, 30 camas asignadas a pacientes con daño cerebral adquirido, y otras asignadas a patologías diversas. El departamento se completaba con amplias áreas de tratamiento entre las que se incluían fisioterapia,



► Extracto del Diario El Correo Gallego Número 25677-24 de abril de 1956.

terapia ocupacional, hidroterapia (con piscina y varios Tanques de Hubbard), electroterapia, logoterapia, ventiloterapia, taller de ortoprótesis y escuela con maestra de apoyo especial para niños en tratamiento. No es hasta 1973 que comienza la actividad docente y desde 1975 se acredita para la formación de médicos especialistas en Rehabilitación por el sistema MIR, siendo el primer Servicio de Rehabilitación en Galicia que consiguió la acreditación para la formación sanitaria de nuestra especialidad, y que continua de forma ininterrumpida hasta la actualidad. Este Servicio en sus inicios era de referencia para toda Galicia, aunque en algunas secciones ingresaban incluso pacientes de otras regiones limítrofes. Alcanzó un gran prestigio, estando considerado como uno de los mejor dotados del país. Tras esta época inicial de desarrollo y prestigio, se vive un fuerte retroceso, llegando a cerrarse la Unidad de Lesionados Medulares y la Unidad de diagnóstico electromiográfico. Tras varios años de reivindicaciones se abre de nuevo la Unidad de Lesionados Medulares con 30 camas, manteniéndose hasta la actualidad, siendo hoy unidad de referencia en nuestra comunidad autónoma, encabezada por el Dr. Antonio Rodríguez Sotillo, que ha llevado a la Unidad a ser ejemplo de excelencia a nivel nacional, ya que cuenta con el máximo nivel de tecnología y ha sido la primera unidad clínico-asistencial en tener certificación europea de calidad ISO 9001:2000. En 1989 se inaugura el Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, en el antiguo edificio remodelado de la primitiva Residencia Sanitaria, pasando a formar parte del Complejo Hospitalario Juan Canalejo y se traslada a este hospital la Unidad de Rehabilitación Infantil. En febrero de 1996 se abre el nuevo Hospital de Oza donde se ubica el Servicio de Rehabilitación, excepto la sección de infantil y la Unidad de Lesionados Medulares. Esta inauguración supuso una modernización de las instalaciones, tecnología y, en general, de los recursos materiales que no habían sido renovados desde hacía casi 25 años.



► Curso de formación en manejo de espasticidad, celebrado en el Hospital Provincial de Conxo, Santiago de Compostela (2008).

La Residencia sanitaria de Pontevedra se inaugura el 7 de mayo de 1974, por el ministro de trabajo D. Licinio de La Fuente. En la planta semisótano se dispuso el Servicio de Rehabilitación con diversas áreas terapéuticas, hidroterapia, mecanoterapia, electroterapia y gimnasio. Asume la jefatura de Servicio el Dr. Alfonso Tobio Iglesias, como especialista de Medicina Física y Rehabilitación formado en el Hospital La Paz de Madrid. La Residencia sanitaria cambia su denominación a Hospital Montecelo en 1983. El Hospital Provincial de Pontevedra, dependiente en aquel momento de la Diputación Provincial, también disponía de área de Rehabilitación, pero a cargo del Servicio de Traumatología, hasta que en el año 1995 se incorpora el Dr. José Luis Guerra Peña como médico especialista en Rehabilitación, y en 1996 se integra formando parte del Complejo Hospitalario de Pontevedra, y no es hasta 2012 que fue declarado

Universitario. El Servicio llegó a disponer de camas propias, siendo junto con el Hospital Juan Canalejo los únicos que, en aquel momento, realizaban esta actividad. Además, fue el segundo servicio en Galicia en acreditarse para la formación de médicos internos residentes de Rehabilitación, ofreciendo desde el año 1995 una plaza por año. El Dr. Tobio mantuvo la Jefatura de Servicio hasta su jubilación en el año 2012.

La asistencia sanitaria pública en el campo de la Rehabilitación en Vigo se inicia con la inauguración de la Residencia Sanitaria Almirante Vierna en 1955, contando desde su inauguración con Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que estaba coordinado por el Dr. Agustín Lojo Ambroj. El Servicio estaba situado en un edificio anexo al Hospital, comunicado interiormente con las dependencias generales y con salida independiente al exterior. Posteriormente, cambio su denominación por "Hospital Xeral Cíes" y en 2015 se inaugura un nuevo centro hospitalario, el Hospital Álvaro Cunqueiro, que lo sustituye actualmente. Más adelante, en 1989 con la inauguración del Hospital Meixoeiro se crea el servicio de Medicina Física y Rehabilitación dirigido por el Dr. Antonio Calderón González hasta su fallecimiento en 2006. El Hospital Nicolás Peña también disponía de Servicio de Rehabilitación dirigido por el Dr. Domingo Rueda, y en el año 1995 fue traspasado al Sergas. No es hasta el año 2004 que se constituye el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo con la integración de los hospitales públicos: Xeral-Cíes, el Meixoeiro, y Nicolás Peña. A partir del año 2007 se hace cargo del Servicio de Rehabilitación del CHUVI el Dr. Javier de Juan García, asumiendo la reorganización asistencial de la Rehabilitación del área sanitaria de Vigo. El Dr. De Juan dinamizó el Servicio e impulsó la creación de nuevas unidades clínico-asistenciales, como la Unidad de Hospitalización de Rehabilitación de Daño Cerebral, pasando a

ser el tercer hospital de Galicia en ofrecer esta prestación, y puso en marcha diversas iniciativas que han sido fundamentales para la formación en nuestra especialidad, como ejemplo nombrar el curso intensivo de actualización en Medicina Física y Rehabilitación, que se celebra anualmente, y que permite completar la formación y medir los conocimientos adquiridos por los médicos residentes de rehabilitación en los últimos años. El Servicio también participa en la formación de médicos internos residentes desde el año 2002.

El Hospital Xeral Calde de Lugo fue inaugurado en 1975 sustituyendo a la antigua Residencia Sanitaria "Hermanos Pedrosa Posada" inaugurada en 1957. Toma posesión de la jefatura el Dr. Jesús Vázquez Gallego, médico formado en Madrid, especialista en Rehabilitación, Traumatología y Cirugía Ortopédica. Su trayectoria se desarrolló ampliamente en el campo de la Medicina deportiva, siendo autor de múltiples publicaciones relacionadas con esta temática. El Dr. Vázquez Gallego fue el primer presidente de la Sociedad Gallega de Rehabilitación, a través de la que participó activamente en el desarrollo de la especialidad. En el año 2011 se crea el nuevo Hospital Universitario Lucus Augusti a donde se traslada el actual Servicio de Rehabilitación.

En Orense se inaugura la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Cristal en 1969, y en el año 1977 se amplía con el nuevo Hospital Materno Infantil Infanta Elena. A su inicio se hace cargo del Servicio el Dr. Miguel Osset González-Rico, médico que hasta entonces había desarrollado su actividad en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela, y tras su jubilación asume el cargo en mayo de 1993, el Dr. José Francisco López Vázquez. Ellos impulsaron la creación de la primera escuela de fisioterapia en Galicia, que fue autorizada en el año 1977, adscrita a la Universidad de Santiago, y cuyo inspector y director adjunto fue el Profesor D. Carlos Ferreirós Espinosa.

En Ferrol, no es hasta el año 1980 que se incorpora un médico Rehabilitador al Servicio del Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol, la Dra. Concepción Baamonde Pedreira. El Hospital Arquitecto Marcide fue inaugurado en 1976, y en sus primeros años, hasta la incorporación de la Dra. Baamonde, la fisioterapia estaba coordinada por los médicos de los Servicios de Traumatología y Neurología principalmente. A partir del año 2000 se traslada

el Servicio al Hospital Novoa Santos, donde se encuentra actualmente el mayor número de profesionales, aunque se mantiene también actividad en el Hospital Arquitecto Marcide y en el Hospital Naval, tras su integración desde su pertenencia al Ministerio de Defensa.

Los Hospitales comarcales se crearon con posterioridad, todos tenían Unidad de Rehabilitación, que habitualmente dependía del Hospital de Referencia: Hospital de O Barco de Valdeorras y de Verín (Orense), Hospital de Monforte y da Costa (Lugo), Virxe da Xunqueira de CEE (A Coruña), Salnés (Pontevedra), y Barbanza (Santiago).

■ 4.2. La institucionalización de la especialidad en Galicia

La puesta en marcha de los Departamentos y Servicios de Rehabilitación, y el aumento de profesionales dedicados a esta especialidad en

564

ORDEN de 2 de diciembre de 1977 por la que se autoriza el funcionamiento provisional de la Escuela de la Especialidad de «Fisioterapia» para Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Nuestra Señora del Cristal», de Orense, que quedará adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

Ilmo. Sr.: El Director de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social «Nuestra Señora del Cristal», de Orense, solicita de este Departamento, al amparo del Decreto de 26 de julio de 1957 («Boletín Oficial del Estado» de 23 de agosto), la creación de la especialidad de «Fisioterapia» para Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Nuestra Señora del Cristal», de Orense, aportando para ello los documentos previstos en los números 28 y siguientes de la Orden ministerial de 4 de agosto de 1953, y teniendo en cuenta las circunstancias especiales que concurren en el caso.

Este Ministerio ha resuelto:

Primero.—Autorizar el funcionamiento provisional de la Escuela de la especialidad de «Fisioterapia» para Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Nuestra Señora del Cristal», de Orense, que quedará adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

Segundo.—Esta autorización queda condicionada a la ulterior resolución que recaiga en el expediente de reconocimiento de dicha Escuela, una vez ultimados los trámites preceptivos.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. I.

Madrid, 2 de diciembre de 1977.—P. D., el Subsecretario, Antonio Fernández-Calianá Fernández.

Ilmo. Sr. Director general de Universidades.

► BOE-Núm. 8, 10 enero 1978, p. 508

Galicia se acompañó de una propuesta de organización profesional promovida por un grupo de médicos rehabilitadores. El 12 de enero de 1981 se celebra una reunión fundacional en la sede de Lacer en la Plaza de Pontevedra de La Coruña, organizada por los Dres. del Rey, Villarino y Cairo, en la que se constituye la Sociedad Gallega de Rehabilitación, como filial de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación al amparo de la ley del 27 de septiembre de 1980, y su constitución y funcionamiento fueron autorizados por acuerdo del Ministerio del Interior del 23 de junio de 1981. La primera junta directiva fue elegida, con el Dr. Vázquez Gallego como presidente y el Dr. Carlos Villarino como secretario. En la Junta General Extraordinaria de la Sociedad Gallega de Rehabilitación, el día 23 de octubre de 1993, se aprobó el cambio de su denominación a Sociedad Gallega de Rehabilitación y Medicina Física (SOGARMEF).

La Sociedad tuvo un papel clave en el desarrollo y potenciación de la especialidad en un momento en que Galicia recibe la transferencia en materia de sanidad y necesita reorganizar los recursos humanos y materiales vinculados a las actividades de asistencia sanitaria, que son asignados al Servicio Gallego de Salud, creado en el año 1989 como un organismo autónomo adscrito y tutelado por la Consellería de Sanidade. La Sociedad colabora tanto desde el punto de vista formativo y académico como organizativo y funcional, principalmente en el ámbito de la sanidad pública, a través de la información y asesoramiento de los diversos órganos públicos competentes, para impulsar el desarrollo y la reordenación de la especialidad en nuestra CCAA. Algunos ejemplos fueron su participación en la planificación y desarrollo del Plan Gallego de Atención Temprana, la implantación y regulación de la prestación ortoprotésica en Galicia, la creación de Unidades de Rehabilitación periféricas o el Plan de Reordenación y Atención al Daño Cerebral Adquirido, entre otras. También formó parte del grupo de estudio dirigido por la Universidad de Santander y

el IMSERSO para el cambio de designación internacional del concepto de minusválido realizado por la OMS, colaborando distintos grupos, entre ellos los servicios de Rehabilitación de Vall de Hebrón, y del Hospital Juan Canalejo.

Por otro lado, la SOGARMEF ha tenido y tiene un papel destacado tanto en la formación en la especialidad a través de las jornadas y cursos que organiza anualmente, como en visibilizar nuestra especialidad y forjar lazos de colaboración con otros ámbitos sociosanitarios.

Presidentes de la SOGARMEF	
Dr. Jesús Vázquez Gallego	1981-1986
Dr. Fernando Cuadrado Conejo	1987-1990
Dr. Francisco Javier Cairo Antelo	1991-1994
Dra. Ana Díaz García	1995-1997
Dra. Victoria Barca Almeida	1998-1998
Dr. Carlos Villarino Díaz-Jiménez	1999-2002
Dr. José Francisco López Vázquez	2003-2006
Dr. Francisco Javier Jorge Barreiro	2007-2010
Dra. Concepción Baamonde Pedreira	2011-2014
Dr. Javier de Juan García	2015-2018
Dr. Jacobo Formigo Couceiro	2019-2022
Dr. Jesús Figueroa Rodríguez	2023-

► Tabla.1 Presidentes de la Sociedad Gallega de Rehabilitación.

■ 4.3. Descentralización de la atención rehabilitadora hospitalaria mediante la creación de unidades periféricas.

En 1992 la coordinación de la asistencia médico rehabilitadora en el primer nivel de atención era función del Servicio de Rehabilitación hospitalario de cada zona. Ello exigía el desplazamiento periódico de

los pacientes a los Hospitales para recibir el tratamiento prescrito por el facultativo especialista en Rehabilitación, condicionando el acceso al tratamiento a todos aquellos pacientes que tenían su residencia en entornos rurales lejanos. Esta problemática fue trasladada a la Dirección asistencial del SERGAS, bajo propuesta de la Sociedad Gallega de Rehabilitación definida como "*Plan Gallego de Rehabilitación en Atención primaria*" que se presentó el 19 de agosto de 1993. En ella se contempla la apertura de las Unidades básicas de Rehabilitación en los centros de salud. Se inician programas asistenciales descentralizados del propio Hospital hacia los centros de atención primaria, con el fin de acercar la atención médico-rehabilitadora lo más próximo al lugar de residencia del paciente, y desmasificar la asistencia hospitalaria. Uno de los centros piloto fue el desarrollado en el área de Pontevedra donde se crearon Unidades de Rehabilitación periféricas en tres ambulatorios, el de la Casa del Mar, el ambulatorio de La Estrada y el de Villagarcía de Arosa. Progresivamente se fue extendiendo la creación de estas Unidades de fisioterapia de atención de primaria a todo el territorio gallego.

En la actualidad el funcionamiento de estas Unidades depende del área a que está adscrita, siendo determinante la distancia entre el hospital y los centros periféricos. Estas Unidades se han consolidado por personal de atención primaria y han transformado su carácter puramente terapéutico, hacia la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud, consolidando el papel del paciente activo como parte responsable del proceso e integrando la fisioterapia y la rehabilitación con los médicos de atención primaria. Uno de los primeros programas que tuvo una gran difusión fue el de escuela de espalda focalizado en la prevención. Este cambio de estrategia buscaba dar respuesta a la atención a los procesos crónicos discapacitantes, ante un marco sociodemográfico de cronicidad en Galicia. El dolor de espalda es uno de los motivos de consulta de mayor prevalencia, no

solo en las consultas de Rehabilitación, sino también en consultas de otras especialidades relacionadas como Reumatología, Traumatología y ya ni que decir en Atención Primaria. Según el informe del Sistema Nacional de Salud del año 2017, la lumbalgia en la población española es el segundo problema de salud crónico, con el 18,5% de la población afectada, por detrás de la hipertensión arterial, que representa el 19,8%. Es motivo de baja laboral en el 12,5% del total de personas que han necesitado una baja laboral durante el año, lo que conlleva un alto impacto socioeconómico, llegando a suponer el 1,7% del PIB en países en desarrollo. Con estos datos, no es difícil imaginar que el desarrollo de estrategias para afrontar esta patología siempre ha sido un verdadero reto para la comunidad científica.

Las escuelas de espalda son programas de educación para la salud que tienen como objetivo enseñar los cuidados y mecanismos de protección a fin de conseguir la rápida incorporación del individuo a su actividad normal, y a prevenir la aparición de nuevos episodios. Estos programas surgen en los años 60. El primer modelo fue la Escuela Sueca, desarrollada por la fisioterapeuta Marianne Zachrisson Forsell en el Hospital Dandryd, basado en el concepto de ergonomía y focalizado en enseñar a los pacientes aquellos movimientos o posturas que podían ser perjudiciales. Desde entonces han ido desarrollándose e implementándose en otros países, complementándose con otro tipo de estrategias como las psicológicas para afrontar y desmitificar el miedo al dolor, y programas específicos de ejercicios, intentando generar un cambio de actitud del paciente pasivo, negativo, con miedo al dolor, hacia un papel más activo que le permita poder retomar su vida normal. El beneficio de este tipo de programas se contempla principalmente para programas multidisciplinarios funcionales que incluyan intervención física, psicológica y social, frente a intervenciones de ejercicio físico exclusivamente.

■ 4.4. Desarrollo de Unidades Especializadas

En la década de los años 70, a excepción de la Unidad monográfica de lesionados medulares, en general las patologías eran atendidas por todo el equipo de rehabilitación. Tanto por tratarse de una especialidad muy transversal, cuyo espectro de patologías es tan amplia que abarca la mayoría de las especialidades, como por el progresivo desarrollo científico y tecnológico, se favoreció que los Servicios de Rehabilitación fueran superespecializándose. Se crean dentro de los Servicios áreas de especialización, de manera que algunos de los procesos más frecuentes que antes eran abordados por cualquier profesional del Servicio, pasan a ser tratados por equipos especializados, y se inician así las primeras Unidades de Rehabilitación especializadas: neurológica, osteoarticular, ortogeriatrica, respiratoria, amputados, vascular y linfedema, desviaciones del raquis, atención temprana y rehabilitación infantil, y rehabilitación intervencionista. Posteriormente el apoyo de la evidencia científica hacia la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo a través de equipos multidisciplinares basados en un modelo bio-psico-social hizo evolucionar estas Unidades que han visto incrementar en los últimos años su número y fortalecer su relación con otros profesionales imprescindibles para conseguir la verdadera reintegración sociolaboral del paciente. Hoy conforman verdaderos equipos interdisciplinares centrados en el paciente, que trabajan colaborativamente de forma transversal para conseguir objetivos de recuperación funcional, reducción de la morbi-mortalidad, implementación de programas de prevención y promoción de la salud, desarrollo de la investigación en su campo y reducción de los costes por proceso. En los últimos años, la expansión de este tipo de Unidades alcanza áreas como la rehabilitación cardiológica, creándose la primera unidad en el Hospital Universitario Lucus Augusti en 2014, hoy ya implementada en prácticamente todas las

áreas sanitarias, y la rehabilitación de suelo pélvico, siendo pionera la Unidad del Hospital de Ferrol en el año 2001, con la Dra. Baamonde Pedreira al frente.

En Galicia, el reconocimiento y la regulación de las Unidades Funcionales multidisciplinares surge recientemente, con la orden del 27 de octubre de 2021, lo que probablemente ayudará a dinamizar este modelo y a implementarlo a otras áreas como es la patología vestibular y oncológica. Estas nuevas estrategias, necesarias para poder ofrecer una respuesta óptima a los retos futuros tecnológicos y sociales, buscan aumentar la transversalidad, mejorar la coordinación entre profesionales relacionados en cada campo, y, en definitiva, prestar una atención más integral que repercute en un mayor grado de eficiencia en la atención sanitaria de nuestros pacientes.

■ 4.5. Ordenación de la atención temprana en la Comunidad autónoma gallega

La atención temprana se inicia en la década de los años 70, y tenía como base el concepto de la “estimulación precoz” como método para favorecer el desarrollo madurativo del cerebro del niño ante una situación de riesgo como la anoxia perinatal o ante una patología establecida. Inicialmente la atención temprana era un recurso dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales, siendo responsable el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM).

El Centro Base del INSERSO en A Coruña y La Unidad de Rehabilitación Infantil y Atención Temprana del Hospital Juan Canalejo, esta última creada en 1978 y a cargo del Dr. Javier Cairo Antelo, fueron las primeras en Galicia en base a un modelo de coordinación de servicios sociosanitarios. Posteriormente la Unidad del Hospital Juan Canalejo fue trasladada al Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, donde

permanece en la actualidad. He de destacar que ha sido galardonada con el Premio Reina Sofía 2005 de Rehabilitación y de Integración.

La segunda Unidad en Galicia se creó en 1980 en el Hospital Xeral de Galicia, y dependía funcionalmente del Departamento de Pediatría. A partir de 1987 comienzan a aparecer pequeñas Unidades Municipales, las primeras en A Pobra do Caramiñal y Santa Comba. En Pontevedra se abre en 1994 la Unidad de Rehabilitación Infantil y Atención Temprana, dirigida por el Dr. Jesús Flores Calvete. Y en Lugo, hasta la puesta en marcha de la Unidad hospitalaria, los médicos rehabilitadores del Hospital Xeral-Calde se desplazaban periódicamente al centro base de Servicios sociales para atender a los pacientes.

A principios de 1996 desde la Consellería de Sanidade se inicia un anteproyecto para establecer un plan de asistencia que integrara los recursos disponibles del Servizo Galego de Saúde y de servicios sociales. Es en 1998 cuando se publica el Decreto 69/1998, de 26 de febrero que regula la ordenación de la atención temprana en Galicia y se adscriben al SERGAS los recursos destinados a dicha prestación.

Las competencias en esta materia fueron desarrollándose paulatinamente en las diferentes áreas sanitarias, en unas más que en otras, y ciertamente no de forma homogénea. Para completar la organización de los recursos existentes, se crea en el año 2013 la Red Gallega de Atención Temprana como espacio compartido de coordinación entre el sistema de salud, el sistema educativo y los servicios sociales.

■ 5. LA REALIDAD ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN EN GALICIA: LUCES Y SOMBRAS.

En la actualidad la Medicina Física y Rehabilitación se encuentra en una fase de expansión y crecimiento, estando cada vez más presente en la estructura hospitalaria y extrahospitalaria de nuestro sistema

sanitario. El incremento de la demanda asistencial de pacientes con procesos crónicos que asocian discapacidad, derivados del envejecimiento poblacional, de cambios en el estilo de vida, y del aumento de supervivencia a enfermedades como el ictus, cáncer, o de secuelas de enfermedades infecciosas como la reciente pandemia de COVID, ha fortalecido la presencia de la Rehabilitación en nuestro sistema sanitario.

Afrontar esta alta demanda supone un verdadero reto de presente y de futuro. En primer lugar, por el impacto de la discapacidad en la salud de las personas y por su repercusión, tanto en los costes directos relacionados con el gasto dedicado a la asistencia de la discapacidad, como por los costes indirectos relacionados con las jornadas laborales perdidas. En este sentido, organizaciones internacionales como la OMS, han puesto el foco en la necesidad de potenciar la atención rehabilitadora como parte esencial de la cobertura sanitaria universal. Y justifican esta necesidad por su capacidad para recuperar la funcionalidad, mejorar la calidad de vida y por su repercusión positiva desde el punto de vista económico y social. Pero, por otro lado, implica una gran responsabilidad en la gestión de los recursos sanitarios, que no son fuente inagotable, que nos permita afrontar esta alta demanda asistencial. Es por ello, que la gestión del proceso de rehabilitación no es tarea fácil. Se hace necesario establecer intervenciones eficaces y eficientes en nuestro ámbito.

En paralelo al desarrollo de políticas sanitarias y sociales, en Galicia las intervenciones rehabilitadoras se han ido implementado progresivamente en todos los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria y los Servicios hospitalarios se han estructurado en equipos multiprofesionales bien definidos. En el ámbito social se han desarrollado intervenciones a través de asociaciones e instituciones sociales dedicadas a ofrecer cuidados y tratamiento de rehabilitación

a pacientes con discapacidad de diversa índole, principalmente en el área de daño cerebral del adulto y del niño, déficits sensoriales y de otras enfermedades crónicas. Destacar los centros de recuperación de personas con discapacidad física (CRMF), dependientes del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), como el de Bergondo (A Coruña) o los Centros de Referencia Estatal, como el dedicado a Daño Cerebral (CEADAC) en Madrid. Además, teniendo en cuenta el entorno actual, de alta prevalencia de discapacidad y de enfermos crónicos, resulta clave el papel que desarrollan las asociaciones de pacientes. Su vínculo con los profesionales sanitarios es fundamental y debemos potenciarla, ya que desde las asociaciones nos informan sobre la realidad de las necesidades de nuestros pacientes, participan como promotores en la formación y en la toma de conciencia de la enfermedad y desde estas asociaciones se comparte la carga asistencial del paciente, ya que aportan cuidados y tratamientos de rehabilitación extendiéndolos más allá de la fase aguda. Un ejemplo de mi experiencia personal es nuestra relación con la asociación AMENCER-ASPACE de Pontevedra, una asociación de familias de pacientes, puesta en marcha en el año 1991, cuya junta directiva está presidida por D. Carlos Godoy Casalderrey. Desde su nacimiento la asociación, que inicialmente desarrolla su actividad en el ámbito de la parálisis cerebral, a nivel local en Pontevedra, extiende su actividad a otros trastornos neuro-motores y se expande a otras localidades para ofrecer sus servicios abarcando una población cada vez mayor; actualmente dispone de centros también en Vilagarcía de Arosa y en Vigo. Desde esta asociación se han puesto en marcha iniciativas pioneras a nivel nacional como el primer proyecto piloto de atención especializada a domicilio (1995), e iniciativas de acercamiento a la comunidad a través de proyectos de formación de cuidadores dependientes, formación de voluntariado, y de inclusión social. En Vigo han puesto en marcha un centro de educación y rehabilitación

integral para pacientes con parálisis cerebral, cuya dotación de alta tecnología con equipos robotizados, los posiciona como el mejor centro dotado tecnológicamente en nuestra comunidad autónoma, y probablemente a nivel nacional, superando con creces los recursos tecnológicos disponibles actualmente en los servicios de Rehabilitación de nuestro ámbito hospitalario.

Las Unidades especializadas han ido creciendo para englobar el amplio abanico de procesos discapacitantes, para llegar a consolidarse en unas áreas, mientras que en otras aún inician su camino, como ejemplo, la rehabilitación de procesos oncológicos. Los avances científicos han favorecido el desarrollo de nuevas terapias contra el cáncer que han logrado un incremento en la supervivencia, pero también es una realidad el aumento de complicaciones derivadas de dichos tratamientos o del propio proceso oncológico a los que también debemos dar respuesta.

Por otro lado, los Servicios han mejorado su capacidad resolutive y sus resultados terapéuticos, gracias a la incorporación a sus carteras de servicio de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas como la ecografía, los laboratorios de análisis de la marcha, las terapias regenerativas, técnicas invasivas para manejo del dolor y de la espasticidad, de novedades tecnológicas en terapia física como las ondas de choque, el desarrollo de nuevas ortesis, prótesis biomecánicas y ayudas técnicas cada vez más funcionales, o incluso los sistemas de comunicación alternativa como los sistemas de seguimiento del iris ocular con cámara infrarroja.

No obstante, debido a la escasa priorización por parte de nuestro sistema de salud, a la ausencia de modelos de planificación de rehabilitación en nuestra CCAA, principalmente en patologías de alta discapacidad como el daño cerebral, y a la insuficiente dotación de profesionales especializados, así como de equipos tecnológicos, ha

llevado a que nuestra realidad en Galicia todavía no sea la deseable. Otra barrera presente es el actual modelo asistencial que, al menos en el campo de la rehabilitación, sigue suponiendo un límite a la capacidad de interrelación entre niveles y entre ámbitos asistenciales, principalmente con servicios sociales y comunitarios, herramienta, que como comenté antes, resulta imprescindible para poder completar la reinserción sociolaboral del paciente.

Ello no ha impedido que la Rehabilitación en Galicia sea actualmente referencia en nuestra especialidad fuera de nuestra CCAA, en ámbitos como la atención a la lesión medular o el abordaje intervencionista de la discapacidad, siendo expertos en el manejo de técnicas eco guiadas. La Rehabilitación intervencionista es un término empleado para describir la utilización de procedimientos invasivos, principalmente para el manejo del dolor y la intervención terapéutica de procesos principalmente musculoesqueléticos y neurológicos. Este tipo de técnicas ha ido creciendo y desarrollándose en nuestra especialidad, sobre todo desde la incorporación de herramientas, como la ecografía, a los Servicios de Rehabilitación, lo que nos ha permitido ampliar la complejidad de nuestros procedimientos. Profesionales gallegos como los Dres. Jorge Barreiro, Jesús Figueroa, Javier de Juan y Jacobo Formigo han contribuido a la formación e implementación de estas técnicas en nuestra especialidad.

Es curioso como la historia se repite. En los orígenes de la Rehabilitación se vivió una era de boom tecnológico de la mano de la electroterapia, en la que muchos profesionales centraban su actividad únicamente en aplicar corrientes eléctricas para la curación del paciente. Actualmente muchos jóvenes en formación o recién terminada la especialidad centran su intervención rehabilitadora en la aplicación de técnicas intervencionistas. Y dejan de lado la visión integradora que aporta el médico rehabilitador como eje vertebrador del equipo terapéutico

multidisciplinar y coordinador de todas las intervenciones necesarias para la recuperación funcional del paciente, siendo las técnicas intervencionistas solo una parte de ellas. No debemos olvidar cuál es el objetivo de nuestra especialidad. También observamos como han ido cayendo en desuso el estudio y la aplicación de algunas herramientas clásicas de terapia física que siguen formando parte de nuestro arsenal terapéutico dentro de lo que es la Medicina Física. Si partimos de que las tecnologías han sido siempre un medio para el desarrollo de las especialidades, quizá la explicación a esta nueva vertiente debemos buscarla en la deficiente implementación de nuevas tecnologías en nuestro campo.

Aunque en las últimas décadas hemos presenciado una verdadera revolución tecnológica, el alto coste de los equipos y probablemente la ausencia de interés por parte de los sistemas sanitarios ha dificultado el acceso a ellas en nuestro ámbito asistencial público. La tecnología juega un papel crucial en la discapacidad respondiendo de diferentes maneras. Primero porque permite hacer una valoración objetiva de la discapacidad, a través de herramientas tecnológicas de medida; en segundo lugar, ya que potencia los tratamientos de rehabilitación a través de sistemas robóticos biomecánicos y sistemas de realidad virtual, que además de proporcionar un entorno motivador y de retroalimentación multimodal, facilitan realizar terapias orientadas a tareas de alta intensidad y repetición, y en tercer lugar, la tecnología consigue compensar las deficiencias o sustituir la función perdida. Ejemplo de ello son los exoesqueletos o las ortesis asociadas a estimulación eléctrica funcional (FES). Estas herramientas tienen como función la de asistir al movimiento de la extremidad o segmento corporal, permitiendo que el paciente pueda llevar a cabo acciones antes imposibles, como caminar o agarrar un objeto con la mano. Otro ejemplo son los dispositivos externos para la asistencia, como los brazos manipuladores, que consiguen que el paciente pueda realizar

de forma autónoma tareas de la vida diaria como la alimentación o el aseo; o las sillas de ruedas con sistemas de conducción asistida y navegación, que disponen de nuevas interfaces hombre-máquina.

Un avance trascendental en el desarrollo tecnológico aplicado al ámbito de la rehabilitación es la introducción de sistemas que aplican la inteligencia artificial, cuyo potencial logrará aportar soluciones innovadoras en nuestro campo, dirigidas a mejorar la atención médica, la toma de decisiones y facilitar la participación del paciente. Cuando interrelacionamos inteligencia artificial y robótica el resultado es espectacular, desde exoesqueletos que responden a las intenciones del usuario, los robots de control del movimiento que ayudan y monitorizan al paciente durante el ejercicio, adaptándose a sus necesidades en cada momento en función de los parámetros recibidos, hasta los hogares inteligentes que mediante la inteligencia artificial modulan la energía, las luces y los controles ambientales. El futuro de estas nuevas tecnologías está en pleno desarrollo, aplicándose en múltiples investigaciones, un ejemplo que refleja la enorme proyección de esta tecnología es el proyecto de investigación desarrollado por la Universidad de Brown sobre la aplicación de tecnología de inteligencia artificial para restaurar el movimiento y el control de la vejiga en pacientes con lesiones medulares. En unos años la inteligencia artificial nos brindará la oportunidad de romper las barreras de la discapacidad de una forma que nunca habríamos imaginado.

Si me preguntaran que debería mejorar en la especialidad de Rehabilitación en Galicia, evitando la manida frase de “aumentar los recursos”, destacaría tres aspectos:

1. Volver con mayor intensidad a nuestros orígenes, es decir, el tratamiento mediante el movimiento y el ejercicio, porque hoy está demostrado que el ejercicio físico es un recurso terapéutico y preventivo muy valioso; y establecer su empleo como herramienta

imprescindible en la prevención y el tratamiento en multitud de patologías, desde enfermedades cardíacas hasta el cáncer. Su efectividad ha quedado demostrada y ha sido comparada incluso con intervenciones farmacológicas o quirúrgicas. Se trata de una intervención eficaz, disponible y barata, por lo que los médicos de cualquier especialidad debemos aprender a prescribir el ejercicio y tenerlo siempre en mente para inducir a los pacientes a practicarlo.

2. Mirando al Presente y al Futuro, los Servicios de Rehabilitación deberían ser mucho más tecnológicos. Como ya hemos indicado la tecnología mejora la eficiencia, la eficacia y la equidad en los servicios de Rehabilitación, por lo que es esencial, que a nuestros servicios se le dote de la tecnología que hemos descrito. En este tema estamos atrasados como norma general en casi todos los hospitales gallegos, y hago referencia a nuestra administración para que dote mejor los servicios de Rehabilitación.
3. La investigación en Rehabilitación es fundamental para mejorar su eficacia y garantiza llevar a cabo un desempeño profesional con una base sólida científica y basada en la evidencia. De esta forma eliminaremos aquellas pseudoterapias que todavía muchos médicos utilizan. Por ello, desde aquí animo a los médicos especialistas en Rehabilitación a que dediquen más tiempo a la investigación, aunque sabiendo que actualmente la investigación poco les servirá para progresar en el Servicio Gallego de Salud.

En el estudio llevado a cabo por Cieza en 2019 se estima que el número de personas en el mundo que podrían beneficiarse de rehabilitación ha aumentado en un 63% entre 1990 y 2019, siendo la patología musculoesquelética la de mayor prevalencia, seguida de la neurológica. En España en el año 2020, 4,38 millones de personas presentaban algún tipo de discapacidad, la mayoría problemas de movilidad. Y todos somos conocedores de que Galicia es la CCAA

que tiene la mayor tasa de discapacidad. Estos números nos deben hacer reflexionar. Me pregunto de qué vale aumentar nuestra tasa de supervivencia si no ofrecemos a la par capacidad de desempeño funcional para llevar una vida digna y de calidad. Como dice la OMS, la salud no es solo curar la enfermedad, se trata de alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social. En el futuro, el desafío social será responder de manera efectiva hacia ese rápido aumento de la prevalencia de la discapacidad, entrando en juego la rehabilitación como estrategia de salud clave del siglo XXI.

He dicho.

■ 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García Antonio, Hidalgo Checa Rosa M.^a. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Portal Mayores. Junio 2011. ISSN:1885-6780.
2. Affeldt, J.E. Rehabilitation. California Medicine. August 1969, 111 (2): 120-126.
3. Águila-Maturana AM., Álvarez Badillo, A. Miangolarra Page, JC y Rodríguez Rodríguez LP. El desarrollo de la Rehabilitación en España (1949-1969). Rehabilitación 2001;35(3): 179.
4. Amatya B, Khan F. Implementation of rehabilitation innovations: A global priority for a healthier society. J Int Soc Phys Rehabil Med 2022;5:51-60.
5. Avila-Tomás J.F. Mayer-Pujadas M.A., Quesada-Varela V.J. La inteligencia artificial y sus aplicaciones en medicina I: introducción, antecedentes a la IA y robótica. Atención Primaria. 2020;52(10):778-784.
6. Barry DT. Adaptation, Artificial Intelligence, and Physical Medicine and Rehabilitation. PM R. 2018 Sep;10(9 Supp 2): S131-S143.
7. Braun RG, Wittenberg GF. Motor Recovery: How Rehabilitation Techniques and Technologies Can Enhance Recovery and Neuroplasticity. Semin Neurol 2021;41:167-176.
8. Blum Nava, Fee Elizabeth. Howard A. Rusk (1901-1989) from Military Medicine to Comprehensive Rehabilitation. Am J Public Health 2008 February; 98(2):256-257.
9. Boletín de estudios y documentación del SEREM separata nº5. Guía de Centros y Servicios para minusválidos físicos y psíquicos en Asturias, Castilla la Vieja, Galicia, León, Navarra y Vascongadas. Edita: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo. Depósito Legal: M. 7.565-1975. Noviembre de 1977.
10. Boletín de estudios y documentos del SEREM nº 7. La evolución histórica de la protección a la invalidez en la seguridad social española. Ministerio de Trabajo. Dirección General de Servicios Sociales. Edita: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo. Depósito Legal: M. 7.565-1975. Febrero 1977.

11. Cartwright, FF. Section of the history of Medicine. Electrical apparatus used in Medicine before 1900. Proc. Soc. Med. Volume 70 September 1977:635-641.
12. Cattadori G, Segurini C, Picozzi A, Padeletti L, Anza C. exercise and heart failure: an up date. ESC Heart Fail. 2018 Apr;5(2):222-232.
13. Ceres Ruiz R. Technology to improve autonomy and participation among disabled people. Rehabilitación (Madr). 2019;53(3):143-145.
14. Christodoulou N. 7.4 The organizations of physical and rehabilitation medicine in the world: Physical and rehabilitation medicine in Europe. J Int Soc Phys Rehabil Med 2019;2:S143-7.
15. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chat- terji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2021; 396(10267): 2006-2017.
16. Climent JM, Fenollosa P., Martín del Rosario, F.M. Rehabilitación Intervencionista. Fundamentos y Técnicas. Editorial ergon. 2012. ISBN:978-84-15351-19-1.
17. Climent JM. Historia de la Rehabilitación Médica. De la física terapéutica a la reeducación de inválidos. Editorial Edika Med. Barcelona. 2001. ISBN:84-7877-288-X.
18. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morso L, Hill JC, Van der Windt DA. Eu J Pain 2021 Feb;25(2):275-295.
19. Diario la Noche. Martes 24 de septiembre de 1963.
20. Díaz Vázquez Beatriz, Martínez García Luis, Sánchez Quintero Cristina. El sanatorio marítimo nacional de Oza: estudio de siete fondos documentales. CS Quintero, 1991.
21. El Pueblo gallego, Vigo, martes 7 de mayo de 1974, p. 12.
22. El Pueblo Gallego. Jueves, 27 de abril de 1978, p. 18.
23. El Pueblo Gallego. Jueves, 28 de febrero de 1974, p. 14.
24. European physical and rehabilitation Medicine bodies alliance. White book on physical and rehabilitation Medicine (prM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:156-65.

-
25. European physical and rehabilitation Medicine bodies alliance. White book on physical and rehabilitation Medicine (prM) in Europe. chapter 4. history of the specialty: where prM comes from. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:186-97.
 26. European physical and rehabilitation Medicine bodies alliance. White book on physical and rehabilitation Medicine (prM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:230-60.
 27. Fausto Galdo Fernández. *El Sanatorio Marítimo de Oza*. Edita Grupo 76. ISBN:978-84-612-2307-7.
 28. Folz, T., Optiz, J.L., Peters J.D., Gelfman R. The history of Physical Medicine and Rehabilitation as recorded in the Diary of Dr. Frank Krusen: Part 2. Forging Ahead (1943-1947). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* vol. 78, April 1997: 446-450.
 29. González Más, R. *Rehabilitación del parapléjico*. Librería científico-Médica española. Editor Isidoro Aguirrebeña. Madrid, 1960. Depósito Legal, M. 7976-1960. Número de Registro 4036-60.
 30. Gutenbrunner C, Nugraha B. 2.1 Rehabilitation: Rehabilitation as a health strategy. *J Int Soc Phys Rehabil Med* 2019;2:S15-8.
 31. Gutenbrunner C, Ward AB, Nugraha B. 3.1 Physical and rehabilitation medicine: Clinical scope – Definition and basic competencies. *J Int Soc Phys Rehabil Med* 2019;2:S25-8.
 32. Haig AJ. 3.4 Physical and rehabilitation medicine – Clinical scope: Physical and rehabilitation medicine interventions. *J Int Soc Phys Rehabil Med* 2019;2:S41-6.
 33. Han P, Zhang W, Kang L, Ma Y, fu L, Jua l y cols. Clinical evidence of Exercise benefits for stroke. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1000:131-151.
 34. Heine M, Van de Port I, Rietberg MB, Van Wegen EE, Kwakeel G. Exercise therapy for fatigue in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 11; (09):CD009956.
 35. Hernandez Echarren, Sánchez Cabeza. Dispositivos robóticos de mano en neurorrehabilitación: revisión sistemática sobre viabilidad y efectividad en la rehabilitación del ictus. *Rehabilitación*, vol. 57(1).

36. Idorn M., Thor Straten P. Exercise and cancer: from “healthy” to therapeutic”? *Cancer Immunol Immunother.* 2017 May;66(5):667-671.
37. INEbase. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de dependencia. EDAD 2020. Publicación del INE 19/04/2022.
38. José Manuel Bértolo Ballesteros. Casal de Vilancosta ou dos Valladares. A Estrada. *Miscelánea histórica e cultural.* Vol. 21(2018)p.57-80.
39. Kaelin VC, Valizadeh M, Salgado Z, Parde N, Khetani MA. Artificial Intelligence in Rehabilitation Targeting the Participation of Children and Youth With Disabilities: Scoping Review. *J Med Internet Res.* 2021 Nov 4;23(11):e25745.
40. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A., Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, Van Tulder MW: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Sep 2;(9):CD000963.
41. La noche. *Gaceta universitaria.* Jueves 14 de abril de 1966.p.10.
42. Lisa Rosner. The professional Context of Electrotherapeutics. *Journal of the history of Medicine and Allied science.* 1988. Vol. 43:64-82.
43. López Vázquez JL. Dr. Alfonso Tobio Iglesias. *Rehabilitación.* 2016;50(4):274.
44. Luis Esteban Múgica. *Rehabilitación. Ejercicios correctores y Masaje.* Madrid 1963. Editorial Paz Montalvo. 1962. Tercera Edición.
45. Meyer T., Kiekens, C., Selb, M., Posthumus, E., Negrini, S. Toward a new definition of rehabilitation for research purposes: a comparative analysis of current definitions. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 2020 October;56(5):672-81.
46. Miranda Mayordomo, J.L. García Pérez F, Peña Srrébola, A., Alcázar Alcázar, F, González Viejo, M.A., Marín Santos, F. *Rehabilitación Médica.* Grupo Aula Médica, S.L. 2004. ISBN: 84-7885-376-6. Depósito Legal: M-48787-2004.
47. Negrini S. 3.5 Physical and rehabilitation medicine: Clinical Scope – Outcomes of physical and rehabilitation medicine programs. *J Int Soc Phys Rehabil Med* 2019;2:S47-54.

-
48. Orden de 2 de diciembre de 1977, p. 508. BOE nº 8 del 10 enero 1978.
 49. ORDEN de 27 de octubre de 2021 por la que se regula la creación, composición, organización y funcionamiento de las unidades funcionales multidisciplinares de atención asistencial en el Servicio Gallego de Salud. DOG 13. Pag.54238.
 50. Ottenbacher, K.J., Jette A.M., Fuhrer M.J. Looking back and thinking forward: 20 years of disability and rehabilitation research. Arch Phys Med Rehabil Vol 93, August 2012: 1392-1934.
 51. Peñín Agra, Daniel. La configuración histórica del sistema hospitalario público y privado en Galicia:1963-2019. Trabajo de fin de grado. Año 2021. Grado en economía. Facultad de Economía e Empresa. Universidade da Coruña.
 52. Popescu A, Lee H. Neck Pain and Lower Back Pain. Med Clin North Am. 2020 Mar; 104(2):279-292.
 53. Quentin C, Bagheri R, Ugbolue UC. Effect of Home Exercise Training in Patients with Nonspecific Low-Back pain: A Systematic Review and meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021 Aug 10;18(16):8430.
 54. Rodríguez LP. La especialidad médica de rehabilitación cambia de denominación a medicina física y rehabilitación. Rehabilitación (Madr) 2003;37(4):175.
 55. Romero-Franco N, Molina-Mula J, Bosch-Donate E, Casado A. Therapeutic exercises to improve pelvic floor muscle function in a female sporting population: a systematic review and meta-analysis. Physiotherapy 2021 Dec;113:44-52.
 56. Rusk HA. A World to Care For: The Autobiography of Howard A. Rusk. New York, NY: Random House; 1972:3–291.
 57. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 11;2013(9):CD000197.
 58. Stucki G, Bickenbach J. 1.1 Basic concepts, definitions and models. J Int Soc Phys Rehabil Med 2019;2:S8-12.
 59. Taberna M. y cols. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. Front Oncol. 2020;10:85.

60. Tack C. Artificial intelligence and machine learning applications in musculoskeletal physiotherapy. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019 Feb;39:164-169.
61. Unidad de Atención Temprana y Rehabilitación Infantil. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Real Patronato sobre discapacidad. Editorial POLIBEA, S.L. NIPO:214-06-002-1.
62. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 2018 April;54(2):156-65.)
63. Wilkinson TJ, Shur NF, Smith AC. "Exercise as medicine" in chronic kidney disease. *Scand J Med Sci Sports*. 2016 Aug;26(8):985-8.
64. Wu SS, Ahn C. 3.2 Physical and rehabilitation medicine – Clinical scope: Specific health problems and impairments. *J Int Soc Phys Rehabil Med* 2019;2:S29-34.



■
DISCURSO DE CONTESTACIÓN
■



NOYA GARCÍA, Manuel
Académico Numerario del "sillón" de
Neurología.

Número 2 del escalafón

Ingreso: día 26 de abril de 1985

- Excelentísimo Sr. Presidente, Autoridades, Ilustrísimos Sras. Académicas y Sres. Académicos, Sras. y Sres.:

Agradezco a la Real Academia el encargarme de la grata tarea de contestar al discurso de ingreso de la Ilma. Sra. Teresa Jorge Mora, entre otras razones porque me permite, al examinar su currículum y meditar sobre el texto que nos ha propuesto, aprender muchas cosas nuevas no solo sobre su especialidad, sino también sobre la evolución de los conocimientos médicos en general, y admirarme del grado de excelencia que puede alcanzarse merced al estudio y trabajo continuado, como ella lo ha hecho, en forma verdaderamente ejemplar.

Y es también un motivo de orgullo para esta Academia contar desde hoy con el Sillón de Rehabilitación, una especialidad médica que forma parte esencial de la cobertura sanitaria universal, junto con la promoción de la buena salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades. En la actualidad, a nivel mundial, se estima que un porcentaje elevadísimo de personas no reciben los servicios de rehabilitación que precisan. La rehabilitación es un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno. Ayuda a las personas a ser lo más independientes posible, y a participar en las actividades que dan sentido a su vida. Mejora la forma en que una persona funciona en su día a día, apoyándola en el tratamiento del dolor y en las dificultades que pueda tener para ver, oír, comunicarse, alimentarse o desplazarse. Cualquier individuo puede necesitar Rehabilitación en algún momento de su vida como consecuencia de una lesión, una enfermedad, o porque su capacidad funcional se ha reducido con el proceso de envejecimiento.

La Rehabilitación permite perfeccionar el lenguaje y la comunicación, modificar el entorno domiciliario en busca de seguridad o de reducir

el riesgo de caídas, utilizar férulas o prótesis tras lesiones de las extremidades, aliviar la rigidez muscular, ayudar en la disfunción de los esfínteres, disminuir los efectos discapacitantes de enfermedades crónicas, sean cardiovasculares, del sistema nervioso, del aparato locomotor... Ningún campo escapa a su cometido. No es un lujo ni un servicio opcional, sino una parte esencial del mantenimiento de la salud.

Lo primero que llama la atención en la trayectoria profesional de nuestra nueva académica es el esfuerzo intenso y prolongado que ha puesto en su propia formación. Miembro de una familia de gran tradición médica, ha estudiado Medicina en la Universidad de Santiago de Compostela, y muy pronto se decantó por la especialidad de Rehabilitación, formándose como Médico Interno y Residente, sin que acabase ahí su período de instrucción.

Realizó estancias clínicas de centros tan prestigiosos como El Hospital Vall D'Hebrón de Barcelona, el Instituto Gutmann y en el Toronto Wester Hospital de Canadá.

Siguió, y sigue, participando en cursos de interés en su especialidad, que sería prolijo enumerar en su totalidad, pero destaco cursos sobre Soporte Vidal inmediato, Uso de toxina botulínica en el tratamiento de la espasticidad, Ecografía muscular, Neuro-Rehabilitación, Infiltración articular guiada por ecografía, Ondas de choque en Fisioterapia, Rehabilitación Intervencionista, Osteoporosis, Anatomía muscular para infiltraciones eco-guiadas, Dolor en Cirugía Ortopédica y Traumatología, Patrones de espasticidad, Parálisis cerebral infantil, Manejo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Dolor crónico, Lumbalgia, Rehabilitación Geriátrica, Tecnología de rodillas protésicas, Tratamiento del Linfedema, Amputación y prótesis, Ortesis, Paraplejía, Farmacología de AINES y opioides, un Máster de Valoración del Daño Corporal. Esta enumeración parcial da idea de la amplitud

y profundidad de su formación, y nos recuerda la obligación que tenemos los médicos de ser estudiantes a perpetuidad.

Pero no sólo se ha preocupado de los aspectos técnicos de su especialidad, sino que también su inquietud científica la ha llevado a realizar estudios de Estadística básica, Evaluación de la competencia clínica, Herramientas informáticas en investigación, Aspectos éticos y jurídicos de la Asistencia sanitaria, y Gestión clínica, algo tan importante para sus actividades asistenciales, de dirección, docentes y de investigación.

A la inversa, ella ha dirigido cursos sobre diversos aspectos de la rehabilitación, de los que destaca temas tan innovadores en su momento como los relativos a la Rehabilitación del Suelo Pélvico, La Neuro-rehabilitación de la esclerosis múltiple o Talleres teórico-prácticos sobre el tratamiento de la espasticidad con toxina botulínica, que ahora ya son lugar común en la práctica clínica.

Ha desarrollado Guías de práctica clínica y proyectos organizativos asistenciales, como la Unidad de Algias Musculoesqueléticas, coordinando a un extenso equipo multidisciplinario.

Su Tesis Doctoral de 2009 sobre Marcadores de estrés cerebral en ratas expuestas a radiación es un interesante estudio experimental sobre una forma de daño neurológico provocado por agentes físicos, y le permitió familiarizarse con los métodos de la ciencia básica. En ella estudia los efectos biológicos a nivel celular de los equipos de termoterapia que se utilizan para el tratamiento de la patología musculoesquelética.

En sus tareas asistenciales ha prestado servicios en varios hospitales, hasta culminar en la Jefatura de Servicio de Rehabilitación del área Sanitaria de Pontevedra-O Salnés, donde lidera a un importante equipo.

Teresa Jorge Mora desarrolla actividades docentes universitarias de modo paralelo a su actividad clínica, con enseñanzas a estudiantes de Medicina y MIR. En las primeras etapas de su carrera estuvo vinculada al Departamento de Ciencias Morfológicas de la Facultad de Medicina de Santiago, y posteriormente en la asignatura de Medicina Física y Rehabilitación. Ha sido tutora de médicos residentes en el Complejo Universitario de Vigo, y continúa participando en la docencia de Medicina Física y Rehabilitación de las Universidades gallegas.

Con sus publicaciones, ha contribuido a Monografías, Libros, Capítulos o artículos sobre temas como Disfunción vesical en lesiones medulares, Vejiga neurógena, Artritis Reumatoide, Bloqueo epidural lumbar (dentro de la Rehabilitación intervencionista), Enfermedad cerebrovascular, Pruebas neurofisiológicas en rehabilitación, Síndrome miofascial, Ortopedia de la columna vertebral, Espasticidad, o problemas relativos al hombro o al codo. Todo ello da idea del amplio espectro que ha alcanzado la Medicina de Rehabilitación y Fisioterapia.

Actualmente canaliza su labor de investigación fundamentalmente dentro del grupo de Patología Musculoesquelética del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, con proyectos de investigación I+D.

El Discurso sobre Pasado, presente y futuro de la Rehabilitación en Galicia es un ensayo lúcido sobre esta disciplina, y tan exhaustivo que los intentos para glosarlo no le harían justicia.

Hace notar la nueva académica que la Rehabilitación constituye una especialidad "transversal", que no está basada en un determinado y único órgano como directriz de la misma.

La Dra. Teresa Jorge Mora nos presenta una visión histórica de la Rehabilitación. Su definición, origen y transformaciones son analizados

de manera impecable. En gran parte es historia contemporánea, y, como privilegio de la edad, los mayores de entre los presentes hemos tenido la oportunidad de conocer personalmente a la mayoría de los protagonistas que cita.

Ella nos los recuerda, hospital por hospital, con sus esfuerzos y logros de pioneros, con datos bien documentados, desde los primeros esbozos en busca de una identidad hasta el esplendoroso desarrollo actual.

El crecimiento ha traído consigo la creación, dentro de la Rehabilitación unitaria, de unidades especializadas en patología osteoarticular, neurológica, respiratoria, geriátrica, vascular, de amputados, de parapléjicos, de rehabilitación infantil y atención temprana, actuaciones intervencionistas, y se van añadiendo las de cardiología, suelo pélvico, disfunción vestibular, oncología...

Asistimos también a una descentralización de la asistencia para favorecer, con unidades periféricas, la proximidad del rehabilitador a sus pacientes, en sus lugares de residencia.

También insiste nuestra académica en la necesaria interacción de la Rehabilitación médica con los servicios sociales para conseguir el fin último de la reinserción lo más completa posible al trabajo y la adaptación al domicilio de las personas afectas en su funcionalidad.

La investigación y la tecnología son una necesidad absolutamente imprescindible, y nos pone como ejemplos la aplicación de la ecografía, la electromedicina, los sistemas de análisis de la marcha, los procedimientos de comunicación alternativa, las nuevas ortesis, los exoesqueletos, los robots, los hogares inteligentes y hasta las posibilidades de la inteligencia artificial.

De sus múltiples facetas de su discurso deseo destacar los aspectos relativos a los nuevos desarrollos en Rehabilitación en los síndromes

de dolor neuropático, a los que nuestra académica ha prestado singular atención en su quehacer clínico e investigador.

Desde hace varias décadas se apreció que añadir terapéutica física mejoraba grandemente el manejo de estos síndromes dolorosos. Se han desarrollado, como ha hecho Teresa Jorge Mora, equipos interdisciplinarios con una variedad de especialistas interesados, pero siempre con un líder dedicado. El dolor es más que una sensación física; también consiste en las respuestas emocionales, cognitivas y de conducta que tenga el paciente junto a esta sensación. Los pacientes con dolor crónico pueden estar más incapacitados que lo que sus empeoramientos físicos pueden explicar. Sus expectativas, el estado emocional y la ganancia secundaria exacerba el dolor. Las intervenciones terapéuticas ayudan a reducir el dolor y a mantener la vida funcional tanto como sea posible.

Mejorar la actividad física, tener en cuenta las tensiones musculares secundarias a defensa y mecánica corporal en respuesta al dolor, y prevenir el daño yatrogénico de excesiva medicación o procedimientos invasivos, son objetivos de la medicina rehabilitadora.

Como ejemplos, el dolor del miembro fantasma, los síndromes de dolor regional complejo (antes llamados distrofia simpática refleja), las neuralgias postherpéticas o los síndromes de dolor central en esclerosis múltiple o ictus, se benefician del Fisioterapeuta o Rehabilitador, que ayuda a corregir malas posiciones, espasmos, contracturas, anquilosis, hiperlordosis o compresiones radiculares. Puede lograr que alcance flexibilidad; se ayuda de termoterapia o ultrasonidos, manipulaciones, electroestimulación y ortesis. También se apoya en el terapeuta ocupacional, conociendo el rango de movimiento necesario para una tarea profesional particular.

Las técnicas no quirúrgicas y no tóxicas de la Rehabilitación deben ser siempre contempladas en todos los casos complicados de dolor, con el objetivo de mejorar la función.

Corresponde a nuestro Presidente dar la bienvenida la nueva académica, pero por mi parte no puedo por menos que felicitarla muy cordialmente, en la seguridad de que contamos con su compromiso, su capacitación y su lealtad para enriquecer a esta Corporación.



REAL ACADEMIA
DE MEDICINA DE GALICIA



BAJO EL ALTO PATROCINIO
DE LA CORONA



REAL ACADEMIA TRANSFERIDA A LA
XUNTA DE GALICIA

PLACA DE ORO AL MÉRITO SANITARIO DE GALICIA
MEDALLA DE ORO DE LA CIUDAD DE A CORUÑA
MEDALLA DE ORO DE GALICIA