

PROBLEMAS MEDICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES DEL TRAUMATIZADO RAQUIMEDULAR

Dr. Jorge Lorenzo.

Frente al traumatizado raquimedular. cabe un solo postulado terapéutico: el de rehabilitarlo. reintegrándolo a la sociedad como factor de riqueza.

Esa directiva plantea tres problemas desde el primer momento de la asistencia y que sólo desaparecen cuando se cumple en forma integral dicho postulado.

El primer problema, de índole *médica*, es lograr el máximo posible con los elementos neuro funcionales residuales. disminuyendo las secuelas. Este problema se establece desde que ingresa el enfermo al servicio correspondiente y persiste hasta que funcionalmente es capaz de bastarse a sí mismo.

Los otros dos. son los problemas *social y económico*, *ambos* solidarios, son más vastos, más difíciles de solucionar en la actualidad. no terminando con las posibilidades locomotoras del individuo. Podría decirse que ellos acompañan y prolongan la asistencia médica transformándola en una asistencia social.

Esto es debido a que. junto a la impotencia física del traumatizado, está la impotencia psíquica que complica la evolución y que deriva de ella misma. La impotencia psíquica depende por un lado de la mayor o menor ayuda que necesita el traumatizado para atender su vida cotidiana y por otro lado, y es fundamental, está apoyada en la conciencia que tiene el enfermo de su inutilidad productiva.

En relación con este aspecto económico social se plantean dos situaciones diferentes: la de los que no entran dentro de la legislación laboral y la de aquellos otros a los cuales comprende tal legislación.

En el primer caso, el traumatizado raquimedular queda librado a sus propias fuerzas económicas, no percibiendo más que una ayuda en general transitoria de sus patronos. En el segundo caso. en los amparados por las leyes sociales, el enfermo tiene otra condición aunque no tan favorable como se podría pensar. Es que los subsidios de seguro sólo alcanzan a la tercera parte del jornal los

tres primeros meses y luego la mitad hasta que el enfermo es dado de alta.

Como quedan en general lesiones secuela de mayor o menor entidad se le tasa esa disminución de su capacidad laborativa que va desde un mínimo de 30 a 40 % hasta un máximo de 100 % en los parapléjicos no regresables. Pero ese 100 % no es la expresión de un jornal completo porque en la práctica está disminuído por sucesivos descuentos ni tampoco se modifica en relación con el aumento del costo de la vida.

De 18 enfermos traumatizados de columna asistidos durante dos años en el Sanatorio del B. de Seguros, 6 que fueron traumatismos raquimedulares con paraplejía han tenido una tasación del 100 %, 8 de más de 50 %, 2 con menos de 50 % y dos dados de alta sin incapacidad. Se entiende que sólo han sido traumatismos raquimedulares importantes los 6 primeros.

Ahora bien: como los jornales no pasan de \$ 13.00 a \$ 14.00 diarios. se verá que no es alentadora la situación económica de una familia cuyo jefe va a percibir durante casi dos años un jornal insuficiente y cuyo subsidio final también va a ser económicamente insuficiente.

Hay en ello dos defectos fundamentales: el primero estriba en tasar la incapacidad residual por lo que el enfermo no puede hacer en vez de tasar su capacidad real, laborativa que siempre será menor; y éste es el valor efectivo, real del individuo como agente productor de riqueza y es el que interesa desde el punto de vista económico.

El segundo defecto, y que entraña una verdadera injusticia social, es el de despreocuparse en absoluto del traumatizado una vez que se le tasa su incapacidad. En la actualidad el enfermo en esas condiciones es abandonado a su suerte y desde ese momento el Estado y las leyes lo desconocen como individuo capaz de trabajar. El enfermo puede desplazarse: eso basta. Pero precisamente eso no basta porque no puede concebirse que un parapléjico no esté en condiciones de ganarse la vida. Lo que sucede es que no se le suministran los medios necesarios, no se le enseña un nuevo oficio, no se le estimula psíquicamente. No es posible pensar que la tasación de incapacidad en 100 % que siempre es menor en la práctica). sea una solución económica. No lo es para la sociedad que entrega dinero sin obtener producción, es decir, riqueza. No lo es para el enfermo que psíquicamente se considera una carga para sus familiares de los cuales lógicamente depende y para el cual la percepción de un subsidio o limosna estatal está lejos de ser una solución. Por lo demás, en general, el tipo de enfermos asistidos, su instrucción y posibilidades de trabajo, hace que sean por si mismos incapaces de obtener otro empleo o aprender un oficio que esté en relación con sus nuevas posibilidades.

Mientras ese problema económico social no esté resuelto. ya

que es posible resolver el problema médico, no puede hablarse de rehabilitación del traumatizado raquimedular. Mientras la legislación no contemple la reintegración total del individuo al medio en el cual vive, con una capacidad de trabajo acorde con su nueva situación y con el empleo y jornales suficientes, el tratamiento del traumatizado raquimedular no estará completo, no se cumplirá el postulado de que hablábamos al principio. Será siempre una solución parcial e injusta desde el punto de vista humano.

Este tratamiento integral es lo que el I. Traumatológico se ha esforzado en hacer hasta el presente con sus escasísimos medios y también hasta ahora ha tratado inútilmente de hacer entender ante quienes corresponde, la necesidad de encarar en forma unitaria, médico social, el tratamiento del traumatizado raquimedular.