

REHABILITACION

En una sociedad dinámica, como en la nuestra, hay un cambio continuo en el significado de ciertas palabras, siendo el término de rehabilitación uno de los que ha experimentado mayores alteraciones en los últimos años.



La rehabilitación del minusválido

Filosofía. Contenido. Legislación

La rehabilitación constituye en España un problema actual. Por circunstancias históricas es a partir de los años 50 cuando la Dirección General de Sanidad y demás organismos oficiales se ocuparon del tema.

Anteriormente el problema fue tratado por algunos pioneros, Cecilio González, Oñorbe, López de la Gama, Lozano, Searle, etcétera. Como organismos podemos citar la Organización Nacional de Ciegos y la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC). El Decreto de 23 de junio de 1978 unificó en el SEREM las funciones públicas de la ANIC y el personal de la misma, subsistiendo algunos aspectos y finalidades de carácter privado.

El profesor González Mas en su libro «Tratado de Rehabilitación Médica» señala que existen dos definiciones de rehabilitación ge-

D. Rafael Fernández Sedano

Subdirector general del Instituto Nacional de Asistencia Social

neralmente aceptadas; una puramente médica que considera la rehabilitación como el empleo de todas las armas médicas que puedan favorecer la recuperación. Estas medidas médicas pertenecen, sobre todo, al campo de la medicina física y se emplean como un suplemento del tratamiento médico y quirúrgico utilizados por el médico. Sigue diciendo que existe otra definición más ampliamente concebida y aceptada por todos aquellos profesionales que desen-

vuelven su trabajo en organismos públicos o privados orientados a tratar personas con déficit físico. La rehabilitación es la restauración del inválido hasta sus máximos límites posibles: físico, mental, social, vocacional y económico.

Acercándonos a nuestro campo podemos definirla, con el profesor Moragas en su libro «Rehabilitación: un enfoque integral» como «Progreso por el que una persona con limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales consigue, a través de ciertas técnicas y servicios, su máximo nivel de desarrollo personal». «Se considera, pues, que constituye un proceso global, compuesto de numerosas readaptaciones parciales



que se inspira en unos principios generales, aplicables a cada esfuerzo parcial y que superan las especializaciones profesionales y las divisiones administrativas en el suministro de los servicios concretos».

Entre las definiciones de autores extranjeros, citaremos a Gingras, que la define como «la que consiste en procurar al enfermo un máximo de recuperación física, psíquica, social e intelectual y prepararlo para que lleve una vida lo más normal posible».

Para Bohne «la rehabilitación es la especialidad médica que respeta al máximo la personalidad del discapacitado y cuya finalidad consiste en lograr su máxima independencia del ambiente que le rodea»

Vemos que en las diversas definiciones se le da preponderancia al punto de vista médico o se le considera como un conjunto de factores imprescindibles para lograr la máxima recuperación en todos los aspectos de la persona, es decir, la rehabilitación integral, necesaria para su integración en la sociedad.

Para Bohne «La rehabilitación es la especialidad médica que respeta al máximo la personalidad del discapacitado y cuya finalidad consiste en lograr su máxima independencia del ambiente que le rodea»

Cualquier persona que sufre un accidente, enfermedad, trastorno, etcétera, requiere una rehabilitación, en sentido amplio, para recuperar su estado normal, pero nosotros aquí vamos a hablar de la rehabilitación del minusválido y para ello, dado que nos encontramos de nuevo con una palabra que ha evolucionado en su terminología y de la cual existen varias definiciones, vamos a señalar la que se tiene en cuenta para los que estamos trabajando en este sector de atención al minusválido desde el punto de vista de su integración sociolaboral.

Así el artículo primero del Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos considera minusválidos «a las personas comprendidas en edad laboral

que estén afectadas por una disminución de su capacidad física o psíquica en el grado que reglamentariamente se determine, sin que en ningún caso pueda ser inferior al 33 por 100 que le impida obtener o conservar empleo adecuado, precisamente a causa de su limitada capacidad laboral. Y se señala que el porcentaje de capacidad señalado se estimará después de haber recibido el interesado los tratamientos de recuperación necesarios

Al empezar a hablar de los tratamientos de recuperación nos ponemos en contacto con el contenido de la misma. Sobre ésta, en la actualidad, están todos los profesionales de acuerdo en que debe abarcar todos los sectores de la persona. La experiencia nos demuestra que una buena reha-

bilitación médica falla cuando al salir del centro sanitario el rehabilitado se encuentra con problemas sociales o profesionales. Es importante la motivación del paciente, el deseo de vivir, de integrarse en su medio social, familia, escuela, trabajo, y sabe que estos factores son a veces más útiles para conseguir la rehabilitación que el personal más especializado. Esto demuestra que una buena rehabilitación debe empezar por un programa individual, adecuado a las circunstancias y características de cada caso. La singularidad de cada persona, tanto en su dotación física como en su equipamiento psicológico, se complica con las múltiples formas que puede revestir una limitación y la pluralidad de reacciones que el individuo puede adoptar frente a la misma. La eficiencia del proceso rehabilitador debe basarse en una adaptación a cada situación particular, cada persona puede clasificarse por criterios comunes, pero el problema concreto que presenta es el resultado de una interrelación de factores individuales y sociales que el profesional debe valorar conjuntamente para seleccionar unas medidas rehabilitadoras para cada caso.

Queda claro, por tanto, que la acción rehabilitadora no se reduce a una serie de actuaciones concretas que puedan realizarse de forma aislada, exige la fijación de un programa de trabajo que contemplando todos los aspectos de la práctica rehabilitadora los coordine y dirija hacia un objetivo común, es decir, hacia un programa individual de recuperación.

PROGRAMA INDIVIDUAL DE RECUPERACIÓN

Su esquema general puede ser:

1. Valoración interdisciplinar.
2. Fijación (del programa).
3. Ejecución.
4. Seguimiento y verificación.

1. Valoración interdisciplinar

Se denomina valoración al estudio integrado de los diversos datos y pruebas obtenidos por el equipo rehabilitador. Se realiza en dos fases: recopilación de datos y diagnóstico.



A la hora de fijar un programa es fundamental la participación activa y aceptación total del propio minusválido. Al ser el sujeto de la acción recuperadora resulta indispensable su plena colaboración

El equipo básico para realizarse debe estar constituido por:

- Asistente social.
- Médico.
- Psicólogo.
- Experto en formación.
- Experto en empleo.

Cada miembro en su cometido tiene un doble objetivo:

- a) Formulación de hipótesis de trabajo y objetivos a alcanzar en el área de su especialidad.
- b) Aportación de los datos obtenidos a los otros miembros del equipo para que los datos no se repitan ni contradigan y se establezca una visión completa e integradora del minusválido.

2. Fijación del programa

Los resultados obtenidos de las valoraciones parciales efectuadas por los diferentes especialistas que componen el equipo deberán ser analizados conjuntamente para llegar a una valoración global, que

suponga el acuerdo general de todos los profesionales con respecto al procedimiento a seguir para lograr la máxima eficacia en la acción recuperadora. Este acuerdo debe concretarse en la fijación de un programa que sobre un soporte administrativo configura el desarrollo completo del proceso rehabilitador, cubriendo todas las facetas que cada caso personal requiera.

Es esencial destacar que a la hora de fijar un programa es fundamental la participación activa y aceptación total del propio minusválido. Al ser el sujeto de la acción recuperadora, resulta indispensable contar con su plena colaboración, considerando las sugerencias que puede plantear y adecuando el proyecto a las posibles modificaciones que proponga. El minusválido ha de asumir totalmente su proceso rehabilitador, para que el éxito del programa no se vea comprometido.

3. Ejecución del programa

Tras la aceptación del programa por parte del minusválido, se inicia la ejecución de las medidas recuperadoras, consideradas en el mismo en la forma y lugar previstos.

Tratamiento social: entre las técnicas utilizadas citaremos:

- a) Técnicas de ayuda individualizada.
- b) Técnicas de trabajo en grupos.
- c) Técnicas de desarrollo y organización comunitarias.

Tratamiento médico: teniendo en cuenta las variadas técnicas existentes en la rehabilitación médica, vamos a citar las más usuales:

- Fisioterapia.
- Cinesiterapia.
- Terapia ocupacional.
- Cirugía ortopédica.
- Psicomotricidad.
- Logoterapia.
- Terapia farmacológica.

Tratamiento psicológico: entre las técnicas más generalizadas están: de apoyo, correctoras, sugestivas, autocontrol, conductista, no directivas, análisis existencial, psicología dinámica, tratamientos de grupos, etcétera.

Tratamiento pedagógico: Está constituido por un conjunto de actividades encaminadas a dotar al minusválido de la formación cultural

necesaria para conseguir el máximo desarrollo personal y la plena integración sociolaboral. Para la elaboración del mismo, hay que tener en cuenta este fin, la valoración pedagógica obtenida y las posibilidades y recursos existentes.

Tratamiento laboral: lo podemos definir como el conjunto de medidas encaminadas a favorecer la integración del minusválido a través de la realización personal en el concurso de opciones recuperadoras que ofrece el medio laboral.

Modalidades:

— Reentrenamiento para el desempeño del antiguo puesto de trabajo.

— Protetización adecuada de la persona y/o adaptación del puesto de trabajo.

— Reconversión profesional mediante la formación adecuada para el desempeño de otra actividad.

4. Seguimiento y verificación

Las acciones encaminadas a la recuperación del minusválido requieren para su logro un oportuno seguimiento e ir a comprobar si las medidas programadas han sido realizadas como estaban propuestas y se van alcanzando los objetivos previstos en las diferentes etapas.

Es importante destacar que el programa es abierto a todas las variaciones necesarias y hay que irlo adaptando a las exigencias del minusválido y del medio en que se desarrolla. Tiene que ser lo suficientemente flexible para la reorientación y agilización de replanteamientos, y no debe constituir en ningún momento un obstáculo para elegir las medidas más idóneas.

Hemos expuesto la parte práctica del programa individual de recuperación, como método de trabajo, ya experimentado en los centros de recuperación del servicio de minusválidos, con el fin de dar su normativa legal en un orden lógico, hablaremos de ella en la parte final de este trabajo.

LEGISLACION

El segundo principio de la Organización Mundial de la Salud dice: «El goce del grado máximo de salud

El programa es abierto a todas las variaciones necesarias y hay que irlo adaptando a las exigencias del minusválido y del medio que le rodea



que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Estos principios son corroborados por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada por la UNESCO al tratar del derecho del hombre a trabajar y a elegir libremente un trabajo.

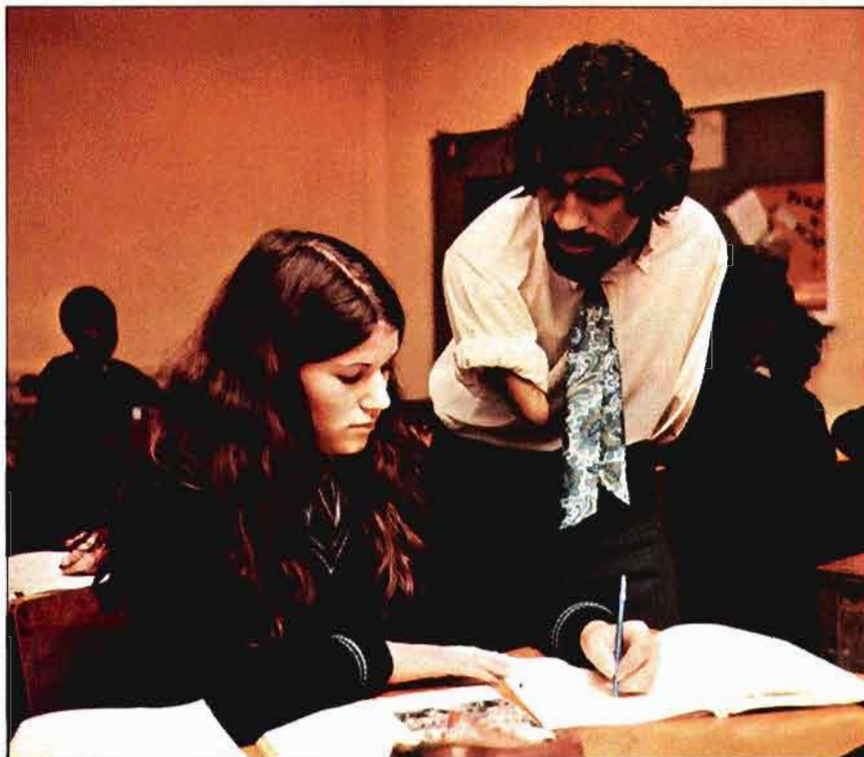
La importancia del derecho a la rehabilitación puede concretarse en los dos grandes derechos universales a la salud y al trabajo que los cuerpos constitucionales reconocen como una de las prerrogativas fundamentales de todo ciudadano moderno. Estos derechos se materializan en una serie de disposiciones positivas, penales, civiles, mercantiles y, sobre todo, laborales y de seguridad y asistencia social, la justificación de los dos derechos básicos de la rehabilitación, salud y trabajo, tiene su fundamento en el derecho natural, que trata de las exigencias inherentes a la persona por el mero hecho de serlo.

El problema del derecho a la rehabilitación está enfocado de forma muy diversa en los distintos países, pero al objeto de no extendernos excesivamente, nos limi-

tamos al estudio de la legislación española.

En España se intentó solucionar antes de 1939 a través de lo que se llamaba «lucha contra la invalidez». Aunque se crearon patronos y comisiones, su tarea se perdió en la burocracia y apenas llegó a ser efectiva. Se pensó en resolver el problema mediante pensiones a los inválidos y en este sentido se legisló para los accidentados de trabajo (Ley de 22-VI-56). Hoy la Seguridad Social tiende a absorber este seguro que durante tantos años ha sido conceptualizado como ajeno al campo social y es a partir de la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre de 1963 cuando se protege el derecho a la Rehabilitación de una forma coherente.

Dentro del Sistema de la Seguridad Social que implanta la citada Ley señala como uno de los principales objetivos a conseguir la recuperación física o fisiológica del inválido, cuando ésta es posible, o en otro caso su readaptación y reentrenamiento para una nueva profesión, tanto desde el punto de vista estrictamente humano, e individual, devolviendo al inválido la conciencia de su dignidad personal



Los servicios de recuperación tratan a toda costa de que el inválido vuelva a su antiguo trabajo o que adquiera la aptitud necesaria para prestar otro distinto en consonancia con su capacidad reducida

y de su utilidad social, cuanto desde el punto de vista estrictamente económico, al hacer posible su reincorporación al productivo.

La Ley concibe la recuperación y rehabilitación para los trabajadores inválidos, en sentido amplio como un derecho y como un deber de la persona, basado aquél en el reconocimiento de su dignidad humana y de su potencial económico y fundado éste en el principio general de solidaridad nacional de esfuerzos.

Los servicios de recuperación trataron a toda costa de que el inválido vuelva a su antiguo trabajo o que adquiera la aptitud necesaria para prestar otro distinto en consonancia con su capacidad reducida.

De la citada Ley, las Bases que se refieren a la materia son: la Base V dedicada a la Acción Protectora de la Seguridad Social; la VIII, relativa a la Invalidez; la XII, re-

ferida al Desempleo, y la Base XV, destinada a los Servicios Sociales.

De todas las bases mencionadas, vamos a ocuparnos de la VIII, que se dedica a fijar los criterios reguladores de la protección de la invalidez.

Dentro de esta base, el número 32 señala que «Los inválidos absolutos y grandes inválidos tendrán derecho a tratamiento especializado de rehabilitación y readaptación...»; el número 33 determina «el derecho de los trabajadores declarados incapacitados permanentes parciales o totales, a los tratamientos de recuperación fisiológica y a los cursos de formación profesional precisos para su adaptación y rehabilitación» y, finalmente, el número 34 establece sin perjuicio de las normas que se establezcan sobre los cupos de readaptados y rehabilitados a que habrán de dar ocupación las empresas, en proporción a sus plantillas, respectivamen-

te, y de las que se dicten sobre readmisión por las mismas de sus propios trabajadores una vez terminados los correspondientes procesos de readaptación y rehabilitación se montarán centros pilotos para el empleo de quienes se hayan beneficiado de tales procesos.

El reconocimiento de prestaciones recuperadoras limitado a los incapacitados, con motivo de la aprobación de la Ley 24/72, de 21 de junio, se extiende a todos los trabajadores que lo necesiten, con lo cual la evolución iniciada con la Ley de Bases no sólo se confirma con posterioridad, sino que se amplía, dando a la recuperación un contenido más amplio y flexible.

De acuerdo con la normativa podemos distinguir dos sistemas distintos de protección:

— Tratamientos especializados de rehabilitación y readaptación para los incapacitados permanentes absolutos y grandes inválidos, que se conoce como recuperación no profesional, y

— Tratamientos de recuperación fisiológica y cursos de formación profesional, es decir, la llamada recuperación profesional, que pueden recibir los trabajadores, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 24/1972, tan pronto como se aprecie su procedencia.

A) Recuperación profesional

a) Beneficiarios: Con anterioridad a la Ley 24/1972 únicamente eran beneficiarios de esta forma de recuperación, en base a lo dispuesto en el artículo 136 de la Ley de 21 de abril de 1966, los incapacitados permanentes parciales y totales para la profesión habitual.

A partir del 1 de julio de 1972 se extienden los servicios a todos los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social.

b) Declaración de la recuperación: Se iniciará la recuperación profesional tan pronto como se aprecie la procedencia de llevarla a cabo.

c) Organismos competentes: Si el trabajador se encuentra en incapacidad laboral transitoria o in-



Los procesos de recuperación de los trabajadores se iniciarán tan pronto como por el médico que esté prestando la asistencia sanitaria se aprecie la conveniencia de llevar a cabo aquellos y sin que sea precisa la existencia de una previa declaración de invalidez permanente

validez provisional, será la Entidad Gestora o, en su caso, Mutua Patronal o Empresa autorizada para colaborar en la gestión, la que reconozca el derecho a la recuperación profesional.

En los demás supuestos las Comisiones Técnicas Calificadoras serán los únicos organismos competentes. El Real Decreto ley 38/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, dispone, en su disposición final primera, la extinción de las Comisiones, si bien hasta la fecha, siguen funcionando en forma provisional.

Las decisiones de las Entidades Gestoras, Mutuas o Empresas, podrán ser recurridas ante las Comisiones Calificadoras Provinciales, Comarcales o Locales, cuyas resoluciones en esta materia tendrán el carácter de definitivas en vía administrativa.

d) Subsidio de recuperación: Los subsidios de espera y asistencia establecidos por la Ley de 21 de abril de 1966 y disposiciones de desarrollo han sido sustituidos, a partir del primero de julio de 1972, por un subsidio único, para todas las situaciones, que recibe el nom-

bre de subsidio de recuperación. Para tener derecho al percibo de este subsidio, si la incapacidad se deriva de la enfermedad común, el trabajador deberá acreditar un período de cotización previo de ciento ochenta días dentro de los cinco años anteriores a la fecha en que se produzca la baja por tal causa.

La cuantía del subsidio es distinta, según la situación del trabajador:

— Si no tiene derecho a percibir el subsidio por incapacidad laboral transitoria o invalidez provisional, el subsidio por recuperación será equivalente al 75 por 100 de la base reguladora que sirva para determinar el de I.L.T.

— Si el trabajador es declarado incapacitado permanente parcial, el subsidio será del 75 por 100 de la misma base.

— Si el trabajador es declarado incapacitado permanente total, alcanzará el subsidio la cuantía del 20 por 100 de la indicada base, ya que al percibir una pensión vitalicia del 55 por 100 se consigue así igualar el total de la cuantía con la percibida en las otras situaciones.

En los supuestos en que la recuperación derive de enfermedad

común o accidente no laboral, será el INSS el que reconozca el derecho al subsidio. Si deriva de accidente de trabajo será el INSS o la Mutua Patronal, y si tiene su causa en la enfermedad profesional el INSS. (En virtud de lo dispuesto en el Real Decreto-Ley 38/1978.)

La percepción del subsidio por recuperación es incompatible con la percepción de un salario y con los subsidios de incapacidad laboral transitoria y de incapacidad provisional.

Plan o programa individual de recuperación

La Orden de 16 de febrero de 1977, sobre programas individuales de recuperación en el Sistema de Seguridad Social ha implantado un sistema coordinado que permite al Servicio Social de Minusválidos la realización de las actividades centradas en torno al programa de recuperación.

Posteriormente, la Resolución de la Subsecretaría de la Seguridad Social de 10 de octubre de 1977 ha desarrollado el contenido de la indicada Orden.

En dichas disposiciones se determina que:

1. El reconocimiento del derecho a las prestaciones recuperadoras, cuando la procedencia de llevar a cabo la recuperación se aprecie con anterioridad a la declaración de invalidez permanente corresponderá:

En el Régimen General de la Seguridad Social:

a) Al INSS, cuando la contingencia determinante de la necesidad de la recuperación sea una enfermedad común o un accidente no laboral.

b) Al INSS o Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo, cuando la contingencia determinante sea un accidente de trabajo.

c) Al INSS o Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo, cuando la contingencia determinante sea una enfermedad profesional y el beneficiario se encuentre en situación de incapacidad laboral transitoria.

d) Al INSS, cuando la contingencia determinante sea una enfermedad profesional y el beneficiario



Los tratamientos sanitarios de rehabilitación se prestarán en régimen de internado o de ambulatorio, cuando así lo permita el estado del beneficiario y cuando dicho régimen no dificulte el proceso de recuperación

se encuentre en situación de invalidez provisional.

e) A las empresas autorizadas para colaborar en la gestión que asuman directamente la prestación de la recuperación profesional, cuando la contingencia determinante sea un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y el beneficiario se encuentre en situación de incapacidad laboral transitoria.

En los Regímenes Especiales de la Seguridad Social se estará a lo dispuesto en los mismos en materia de acción protectora y de gestión.

Declarada la existencia de una invalidez permanente, las Comisiones Técnicas Calificadoras podrán reconocer, en su caso, la procedencia de prestaciones recuperadoras.

2. Los procesos de recuperación de los trabajadores se iniciarán tan pronto como por el médico que esté prestando la asistencia sanitaria se aprecie la procedencia de llevar a cabo aquéllos y sin que sea precisa la existencia de una previa declaración de invalidez permanente.

Para la iniciación de los procesos de recuperación, el médico a que se refiere el apartado anterior comunicará la posibilidad razonable de recuperación del trabajador a las entidades, quienes, declarando el derecho, lo pondrán en conocimiento del Servicio Social de Minusválidos.

En el supuesto de que la Comisión Técnica Calificadora declarase la prestación recuperadora, dará cuenta de su declaración al Servicio Social de Minusválidos.

3. Los procesos de recuperación profesional podrán comprender todas o algunas de las prestaciones recuperadoras siguientes:

a) Tratamiento sanitario adecuado, especialmente rehabilitación funcional.

b) Orientación profesional.

c) Formación profesional por readaptación al trabajo habitual anterior o por reeducación para un nuevo oficio o profesión.

El proceso de recuperación profesional de cada trabajador se hará efectivo a través de un programa individual de recuperación.

Los expedientes que remitan las Entidades Gestoras y colaboradoras a las Comisiones Técnicas Calificadoras, para calificación del presunto minusválido, deberán necesariamente ir documentadas mediante el correspondiente programa individual de recuperación que se haya fijado para el trabajador. En todo caso, las Comisiones Técnicas Calificadoras deberán exigir la aportación de dicho programa.

Los tratamientos sanitarios de rehabilitación se prestarán en régimen de internado o de ambulatorio, cuando así lo permita el estado del beneficiario y cuando dicho régimen no dificulte el proceso de recuperación. Dichos tratamientos se realizarán en los centros sanitarios propios o concertados de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, así como, en su caso, en las de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo o Empresas autorizadas que

colaboren en la gestión, debidamente coordinados.

La orientación profesional podrá prestarse al beneficiario, antes de determinar el proceso de recuperación, durante los tratamientos sanitarios y al finalizar éstos.

La formación profesional se dispensará al trabajador, de acuerdo con la orientación profesional presentada, a partir del momento en que el proceso de rehabilitación funcional lo permita.

El programa individual de recuperación se elaborará, previos los pertinentes reconocimientos, exámenes, pruebas y entrevistas con los beneficiarios, teniendo en cuenta los siguientes datos:

a) Las aptitudes y facultades residuales del beneficiario al iniciarse el proceso de recuperación y las que se prevea que tendrá el mismo al finalizarse los tratamientos de rehabilitación funcional.

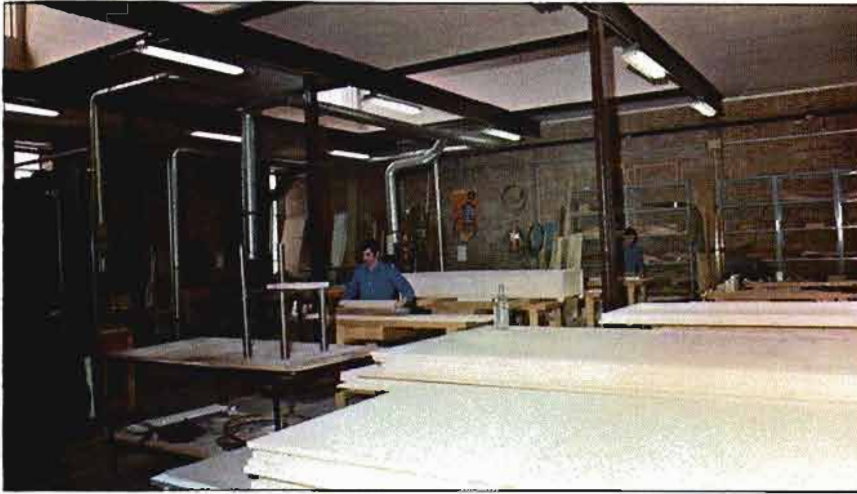
b) El nivel educativo general del beneficiario y las posibilidades del mismo para su reconversión profesional.

c) La edad, sexo y residencia del beneficiario.

d) Las características de su antigua ocupación.

e) Las aspiraciones y posibilidades de promoción social del beneficiario cuando las mismas puedan incluirse en los objetivos y exigencia del proceso de recuperación.

f) Las expectativas del empleo una vez finalizado el proceso de recuperación.



El programa tendrá carácter abierto y podrá ser revisado y ajustado siempre que la evolución del proceso recuperador lo aconseje.

Los beneficiarios podrán aportar, a su cargo, los dictámenes y propuestas que estimen convenientes para la mejor formulación del programa. Dicha aportación se llevará a cabo en un sólo acto y en el plazo de veinte días, contados desde el día siguiente al de la notificación del reconocimiento del derecho a las prestaciones de recuperación profesional.

La determinación del programa se llevará a cabo dentro de los treinta días inmediatamente siguientes a aquel en que se hayan aportado por el beneficiario los dictámenes o propuestas a que se refiere el número anterior o en que se haya expirado el plazo señalado en el mismo sin llevarse a cabo tal aportación, que podrán ampliarse a treinta días más, en caso de circunstancias excepcionales.

El plan o programa determinará la prestación o prestaciones recuperadoras en él comprendidas, el contenido y duración aproximado de cada uno de ellos, así como los centros en que se hayan de llevar a cabo.

El plan o programa fijado se notificará al interesado. En el caso de que la recuperación pudiese efectuarse, indistintamente, con arreglo a varios planes o programas, el beneficiario tendrá derecho a optar entre los mismos en el plazo de cinco días, a partir del siguiente al de su notificación. El beneficiario, a la vista de los resultados obtenidos en los tratamientos sanitarios, podrá solicitar que se reconsidere el

programa en la parte relativa a la readaptación o recuperación profesional. El ente gestor del programa de recuperación individual podrá, asimismo, proponer al beneficiario la modificación de dicha parte del programa a la vista de los aludidos resultados.

El Servicio Social de Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales elaborará el programa individual de recuperación, cuando las prestaciones recuperadoras estén a cargo de las entidades gestoras de la Seguridad Social, en colaboración con el facultativo y con los profesionales a cargo de los centros.

La orientación y la formación profesional serán ejecutadas por el Servicio de Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales con sus medios propios o mediante conciertos con entidades públicas o privadas.

Las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y las Empresas autorizadas para colaborar en la gestión remitirán el programa de recuperación que, en cada caso,

hubieran elaborado, al Servicio Social de Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, dentro de los diez días siguientes a aquel en que dicho programa se hubiere fijado.

El Servicio Social de Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales podrá conocer, en todo momento, el desarrollo y eficacia del programa de recuperación fijado, llevando a cabo los reconocimientos y demás pruebas que considere convenientes. Las entidades colaboradoras comunicarán al Servicio Social de Minusválidos la finalización del programa de recuperación y los resultados, dentro de los diez días inmediatamente siguientes a aquel en que haya finalizado la realización de dicho programa.

Las entidades colaboradoras a que se refiere este artículo podrán concertar con el Servicio Social de Minusválidos la fijación y desarrollo de los programas individuales de recuperación, previa autorización, en cada caso, de la Subsecretaría de la Seguridad Social.

B) Recuperación no profesional

Los trabajadores incapacitados permanentes absolutos o grandes inválidos tendrán derecho a recibir tratamientos especializados de rehabilitación y readaptación no profesional, dirigida a su recuperación fisiológica y funcional, que su estado permita y aconseje.

Declarada la procedencia de la recuperación no profesional, será el trabajador el que, en cada caso, podrá aceptarla o no con carácter voluntario. ■

BIBLIOGRAFIA

- MORAGAS MORAGAS, R.: «Rehabilitación: un enfoque integral». Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Dirección General de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo.
- LINDERMANN, K.; TEIRICH-LEULE, H., y HELPERTZ, W.: «Tratado de Rehabilitación». Editorial Labor.
- «Rehabilitación, formación y asistencia de minusválidos». Servicio de Publicaciones. Ministerio de Trabajo.
- AZNAR LÓPEZ, M.: «Los minusválidos físicos y psíquicos en la legislación española». Boletín de Estudios y Documentación del SEREM. Separata núm. 1.
- «Programa individual de recuperación». Orientaciones metodológicas. Departamento de Minusválidos Físicos. SEREM.
- «Curso práctico sobre régimen general de la Seguridad Social».
- FERNANDEZ SEDANO, R.: «Curso práctico sobre régimen general en la Seguridad Social». SEREM. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Servicios Sociales.