

La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad

Israel Cruz Velandia^a

RESUMEN

El presente artículo trata de la promoción de la salud considerada como una plataforma para la inclusión social de las personas con discapacidad. Inicia haciendo un breve recorrido histórico y una contextualización epistemológica de lo que ha sido la salud colectiva en cuanto campo generador de conocimiento y de nuevas prácticas sociales. A modo introductorio se enuncian los enfoques teóricos que han marcado el desarrollo del concepto de persona con discapacidad y se cierra discutiendo los nuevos escenarios y las prácticas sociales que la promoción de la salud ha abierto para este grupo poblacional.

Palabras clave: Salud comunitaria, promoción de la salud, discapacidad.

diferencias, la diversidad y la pluralidad en los colectivos humanos presentes en una sociedad.

Ya en el siglo XX, la historia que antecedió a la renovación de los principios y a la construcción teórico-práctica de la promoción de la salud, se inicia con Henry Sigerist, quien hacia 1945 concibió las cuatro funciones de la medicina así: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) la restauración del enfermo, 4) la rehabilitación. De este modo, fue Sigerist el primero en usar el término promoción de la salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria por un lado, y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro.

Sin embargo, las ideas de este autor sobre salud pública, medicina social y concretamente sobre promoción de la salud quedaron estancadas por más de 40 años. Sólo a mediados de la década de los setenta se retoman sus postulados, al menos teóricamente, en los discursos acerca del desarrollo económico y social, y en algunos casos dichas ideas entran a formar parte de las agendas de los políticos encargados de conducir los procesos de desarrollo de la salud.

REFERENTE HISTÓRICO-EPISTEMOLÓGICO

Se puede afirmar que la idea de promoción de la salud se viene gestando desde mediados del siglo XIX a partir de Rudolf Virchow, considerado el padre de la medicina social. Desde entonces, tanto las prácticas y políticas de salud como los sistemas de salud del mundo occidental han sido ampliamente cuestionados por su dependencia de un modelo asistencial individualista, con énfasis en la dimensión curativa/terapéutica y, además, por sus elevados costos y baja efectividad. En compensación, ha ganado fuerza teórica, metodológica y práctica la idea de que la salud de las poblaciones está determinada por el grado en que el Estado y la sociedad reconocen, garantizan y respetan los derechos humanos de todos los ciudadanos; por los mecanismos y estrategias que las sociedades usan para asegurarse gobiernos autónomos elegidos libremente, que permitan participar, administrar y distribuir con justicia la riqueza producida colectivamente; y finalmente, por la forma como se imparte justicia social y se respetan las

-
- a Fisioterapeuta. Magíster en educación. Doctor en salud colectiva de la Universidad del Estado de Río de Janeiro – Instituto de medicina social. Brasil. Profesor principal de la Universidad del Rosario, coordinador del grupo de investigación en Rehabilitación e Integración Social de la persona con discapacidad, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario, Bogotá. Correo electrónico: icruz@urosario.edu.co
-

Cruz I. La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Invest. Educ. Enferm.* 2005; 23(1): 92-101

Recibido: 11 de junio de 2004
Aceptado: 23 de febrero de 2005

Collective health and social inclusion of disabled persons

Israel Cruz Velandia

ABSTRACT

The present article deals with collective health as a platform for social inclusion of disabled persons. It begins by making a brief historical review and epistemological contextualization of collective health as a generator field for knowledge and new social practices. Following this reflection, as an introduction, it enunciates the theoretical focuses that have been crucial to the development of the concept of disabled person, and finally, it closes with a discussion about the new sceneries and social practices that health promotion has opened for this target population.

Key words: Health community, health promotion, disability

De hecho, durante las tres últimas décadas del siglo XX, tanto en países desarrollados como en algunos países latinoamericanos, comenzó a generarse un progresivo cuestionamiento a las bases conceptuales, metodológicas y operacionales de lo que hasta entonces se había entendido por salud. Por muchos años, los sistemas de protección social de la salud habían sido planeados y reducidos a un espectro institucional, cuyo referente empírico lo constituían los ministerios de salud, u otras instituciones similares, que organizaban la respuesta frente a las enfermedades y a los riesgos de enfermar, morir o quedar discapacitado, a través de recursos humanos calificados, organizados en establecimientos más o menos sofisticados tecnológicamente, que atendían las demandas de enfermos o personas con alguna dolencia.

Esos sistemas de salud habían sido organizados siguiendo la lógica de los pilares del conocimiento científico dominante:

- 1) El empirismo clínico: inspirado en la doctrina epistemológica según la cual la única fuente de conocimiento válido es la observación y la

experiencia cuantificable y verificable. Esa es la base de la medicina organicista, que inicia con la mentalidad anatomoclínica y se prolonga en las otras dos versiones del paradigma biológico de la salud, la fisiopatológica y la etiopatológica. Según Luz¹, bajo esta concepción la medicina moderna no sólo construyó sus categorías nosológicas y ordenó sus objetos de discurso, sino que también acabó validando prácticas de poder y control social sobre el cuerpo humano.

- 2) La epidemiología, que responde fundamentalmente al modelo explicativo, se basó primero en la teoría de los gérmenes, después en la teoría de la tríada ecológica y más recientemente en la teoría de la multicausalidad. Sobre esas bases se han desarrollado en todo el mundo occidental grandes campañas sanitarias, así como programas verticales de control y erradicación de enfermedades que apoyaron y dieron cuerpo a la salud pública moderna.
- 3) La planeación y la administración como estrategias para ampliar la cobertura de los sistemas de salud y así alcanzar el desarrollo económico y social de los pueblos atrasados.

La salud, así vista, era entonces tema de control restringido a médicos y a otras profesiones afines, pues se definía a través de la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Bajo estos paradigmas se propuso la tarea social de evitar y prevenir, y cuando ello no fuera posible, curar y rehabilitar.

Por oposición a ese enfoque hegemónico, a mediados de la década de los setenta, en países de América Latina como Brasil, México, Argentina y Ecuador, entre otros, emerge la concepción de la salud colectiva, que se constituye a partir de la crítica sistemática del universalismo naturalista del saber biomédico. En palabras de Birman², el postulado fundamental de la salud colectiva afirma que la problemática de la salud es más amplia y compleja que la lectura realizada por la medicina; de igual forma, la multidisciplinariedad es la marca de este campo y en su territorio se admiten una diversidad de objetos y discursos teóricos, sin reconocer en ellos perspectivas jerárquicas y valorativas.

La salud colectiva es un campo de conocimiento que nació con la pretensión de estudiar la realidad social y sanitaria y, al mismo tiempo, proponer medidas alternativas para intervenir positivamente sobre ella. Pero, principalmente, se constituyó como un campo de conocimiento crítico de las prácticas y saberes desarrollados en el ámbito de la salud. En los primeros estudios críticos del modelo tradicional de la salud existía una comprensión de la medicina como una práctica social articulada a áreas como la política, la economía y la ideología y un enfoque que buscaba discutir las relaciones entre las políticas, las instituciones y los saberes hegemónicos.

De tal forma, se puede decir que en los años 70, y principalmente en Brasil, se fue delimitando entonces, un campo de conocimiento con una doble función, primero, la creación de una línea de reflexión crítica al modelo de atención tradicional en salud, interesada también en el estudio del proceso de construcción social de la salud y la enfermedad. Segundo, proponer y delimitar soluciones o reformas en los ámbitos local y regional, buscando la ampliación del derecho a la salud, el acceso universal a los servicios y el cambio en el perfil sanitario de la población.

Para ello se formularon líneas de investigación que incluían desde los estudios poblacionales, la comprensión sobre la naturaleza de las políticas públicas en salud, las prácticas y procesos de trabajo, hasta el estudio sobre las intervenciones de los grupos y clases sociales sobre la problemática sanitaria. En ese contexto se incluyó también la preocupación por la formación de recursos humanos y la afirmación de un campo de investigación propio, capaz de reunir las contribuciones de los más diversos saberes. Según Levcovitz y colaboradores³, de todo el proceso de construcción de la salud colectiva, es decir, las críticas al modelo tradicional, la reflexión sobre las prácticas e instituciones de la salud, las estrategias de hegemonía, saberes y poderes, entre otras, la característica de intervención política y transformación social fue la que ganó mayor fuerza.

No cabe duda de que los diversos recursos de las ciencias naturales son fundamentales para la investigación y las prácticas sanitarias; sin embargo, su alcance es limitado pues la problemática de la salud no se restringe al registro biológico. Por eso, en palabras de Almeida Filho⁴, la constitución del discurso teórico de la salud colectiva, con la introducción de las ciencias humanas en el campo de la salud, reestructura las coordenadas de ese campo, destacando las dimensiones filosófica, simbólica, ética, política y socioeconómica del proceso salud-enfermedad.

La salud colectiva parte de reconocer que existe una relación dialéctica entre individuo y sociedad la cual marca el desarrollo humano de todos los sujetos, es decir, que no es posible pensar la existencia de un hombre fuera de un contexto geográfico, histórico y socio-cultural. En otras palabras, defiende que las relaciones del sujeto con su cuerpo, con los otros, con las cosas, con las instituciones y con las prácticas sociales, son mediadas tanto por el trabajo, las relaciones sociales y el lenguaje, como por los códigos culturales establecidos en una tradición histórica y lingüística. Y es éste el hecho que evidencia la necesidad de repensar el modelo naturalista de la medicina. En resumen, el campo teórico de la salud colectiva representa una ruptura con el concepto de salud pública, al negar que los discursos biológicos tengan el monopolio del campo de la salud.

Para ello se formularon líneas de investigación que incluían desde los estudios poblacionales, la comprensión sobre la naturaleza de las políticas públicas en salud, las prácticas y procesos de trabajo, hasta el estudio sobre las intervenciones de los grupos y clases sociales sobre la problemática sanitaria. En ese contexto se incluyó también la preocupación por la formación de recursos humanos y la afirmación de un campo de investigación propio, capaz de reunir las contribuciones de los más diversos saberes

Con un enfoque como este, la salud de la población no puede ser reducida a las manifestaciones clásicas de morbi-mortalidad y otros indicadores demográficos, nutrición, crecimiento y desarrollo físico y/o funcional, ni a indicadores sintéticos elaborados estadísticamente, que resumen el nivel de salud de países, regiones, localidades y grupos sociales. Los elementos productores de salud o generadores de enfermedad son consustanciales a la vida social de los individuos y grupos sociales y a la inserción diferencial de los mismos en los procesos productivos, mediante los cuales se apropian de los productos del trabajo y acceden a los beneficios materiales, simbólicos o espirituales del desarrollo.

A este enfoque conceptual y metodológico hay quienes lo llaman producción social de la salud, pues en las distintas manifestaciones de la actividad vital de los individuos y grupos sociales se construye la vitalidad para participar en la vida social y realizarse en ella. Incluye esferas como la laboral, ideo-espiritual, sociopolítica, cultural, familiar, relaciones interpersonales, uso del tiempo libre y otras, de vital importancia para la promoción de la salud. Por ello, las respuestas sociales ante problemas de salud tampoco se restringen a las acciones de las instituciones de salud, sino que involucran el acceso a oportunidades de vida y a la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo con justicia social y solidaridad.

Dicha interpretación marca serias consecuencias para el concepto de salud y para la gestión política de las prácticas sanitarias, comenzando por el cambio de significados: en lugar de público se adopta el término colectivo. Ese cambio de significado trae como consecuencia la migración de la problemática de la salud de su antiguo y exclusivo eje, el Estado, visto como espacio hegemónico para la regulación de la vida y la muerte en la sociedad, y en compensación se reconoce el poder instituyente de la vida social (la sociedad civil organizada, la ciudadanía políticamente activa, la democracia participativa, el reconocimiento de la diversidad ideológica y cultural, etc.) en sus varios planos e instituciones.

En síntesis, cabe decir que desde mediados del siglo XX la medicina social en general y la salud colectiva en particular, han venido dirigiendo sus esfuerzos hacia la generación del conocimiento y de los marcos teóricos que nos permitan ampliar el espacio conceptual y comprender socialmente mejor y más allá del territorio de la racionalidad biomédica individual: ¿Cómo y por qué la salud y la enfermedad se producen y re-producen socialmente?, por qué esas dos categorías tienen la connotación de procesos dinámicos que trascienden el limitado espacio del campo biomédico?, y finalmente, ¿por qué la naturaleza del Estado (justicia, desigualdades sociales, violencia política, derechos humanos) y sus políticas públicas pueden determinar el perfil particular de enfermar de una población?.

Como resultante de ello, hoy también se reconoce que las acciones, programas y/o prácticas en salud no pueden ni deben estar orientadas apenas al ámbito institucionalizado del sector salud, muy por el contrario, ellas también deben ejecutarse fuera de él, es decir, allí donde las personas son tales, en su hábitat político y económico, en el entorno cultural donde viven, trabajan, se ocupan, nacen, sufren, sueñan y se desarrollan como personas.

Según todo lo anterior, puede decirse que hoy en día el terreno más fértil y dinámico para la producción de nuevos conocimientos en salud lo

A este enfoque conceptual y metodológico hay quienes lo llaman producción social de la salud, pues en las distintas manifestaciones de la actividad vital de los individuos y grupos sociales se construye la vitalidad para participar en la vida social y realizarse en ella. Incluye esferas como la laboral, ideo-espiritual, sociopolítica, cultural, familiar, relaciones interpersonales, uso del tiempo libre y otras, de vital importancia para la promoción de la salud

constituye el campo de la promoción, pues la salud, entendida como proceso colectivo, constituye un espacio en vía de exploración de sus diferentes dimensiones: política, social, económica, antropológica, cultural, lingüística, etc.

Reflejo de la movilización mundial en torno al campo de la promoción de la salud lo constituye toda la actividad de Conferencias, Foros y Declaraciones^b, que se suscitaron después de la Carta de Ottawa de 1986. No obstante, se debe subrayar que hoy en día el creciente interés en este campo envuelve a diversos grupos sociales tales como académicos, investigadores, empresarios, economistas, científicos sociales y diversos grupos de la sociedad civil organizada que ven en la promoción de la salud una herramienta para la estructuración de las respuestas sociales ante los problemas de salud de la población, con acciones locales, intermedias y nacionales, individuales, familiares, comunitarias e institucionales, sectoriales de salud e intersectoriales, políticas y técnicas, estatales y no estatales.

En el paradigma de la “Nueva Salud Pública” Ashton⁵, basado en la promoción de la salud, afirma que los sistemas de salud son aquellos arreglos institucionales e intersectoriales que permiten la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas saludables. Ello acarrea la generación de capacidades para la conducción y gerencia de políticas intersectoriales, de poder de convocatoria para la negociación y concertación interinstitucional, de abogacía por la salud, de inclusión de la salud en las agendas políticas, que permitan avanzar en la conformación de ese “sistema de salud” de nuevo tipo, como subsistema funcional del todo social cuyo objetivo sea el mejoramiento y la protección social de la salud de la población, concebida como vitalidad social.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La discapacidad ha sido, históricamente, asociada a la condición de salud de una persona, y los términos enfermedad, curación, tratamiento, han sido vocablos importantes que han acompañado las expectativas y las intervenciones que se realizan a las personas con discapacidad. Sólo desde hace relativamente poco tiempo se ha empezado a reconocer que la discapacidad no es una enfermedad, abriéndose así nuevas formas de ver, pensar y actuar respecto a estos temas.

Es así como se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y su funcionamiento. Esta variedad se expresa en la dialéctica del “modelo médico versus el modelo social”. Según Cruz y Sayd⁶, el modelo médico considera la discapacidad como un problema personal, directamente causado por una enfermedad o trauma, que demanda la prestación de servicios clínico-terapéuticos que ofrezcan la asistencia necesaria para preservar la vida y las condiciones funcionales de los usuarios. En ese modelo biomédico es innegable la prevalencia mecanicista y funcionalista

En el paradigma de la “Nueva Salud Pública” Ashton, basado en la promoción de la salud, afirma que los sistemas de salud son aquellos arreglos institucionales e intersectoriales que permiten la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas saludables

b Conferencia de Adelaida-Australia, 1988; Grupo de trabajo de la OMS – Un llamado para la acción, 1989; Conferencia de Sudsvall-Suecia, 1991; Conferencia y Declaración de Santafé de Bogotá, 1992; Conferencia y Declaración de Yakarta, 1997; Quinta Conferencia de Promoción de la Salud en México, 2000; Foro Mundial Social-Brasil, 2002.

de los postulados cartesianos, o en otras palabras, la medicalización del cuerpo que busca recuperar las facultades perdidas y corregir los desvíos de la media normal. La atención o condición de salud es considerada entonces, como una cuestión primordial, y en el ámbito político la principal respuesta es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Desde la perspectiva socioantropológica, el modelo médico privilegia un enfoque individual en el que la discapacidad se puede reducir en último término a la condición orgánica y a las limitaciones funcionales de los individuos. En este modelo, el origen de la discapacidad se encuentra en la persona y, por tanto, la discapacidad se asume y es tratada como un problema individual que concierne o toca estrictamente a quien la tiene o la padece. Desde esa mirada, el control total y absoluto de las situaciones problemáticas derivadas de una situación de discapacidad, está en manos de los profesionales de la medicina y la rehabilitación y, por tanto, la prioridad es el suministro de servicios de atención individual. De acuerdo con este modelo se espera que los individuos con discapacidad simplemente se adapten a las exigencias de su entorno físico y social.

Según Oliver⁷, en el modelo individual de la discapacidad el problema se localiza dentro del individuo, y sus causas son el resultado de las limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas que, se asume, provienen de la discapacidad. Estos dos puntos son centrales en lo que podría llamarse “la teoría de la tragedia personal de la discapacidad”, que sugiere que la discapacidad es un evento terrible que ocurre por azar a individuos desafortunados.

Por otro lado, en el modelo social, la discapacidad se localiza en las características estructurales y fuerzas de la sociedad; su causa o génesis se encuentra en el ámbito externo a la persona y, por tanto, no se considera como un problema individual sino como un problema de la dinámica social, propia del colectivo al cual pertenece o en el cual vive la persona con discapacidad. La discapacidad no es una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Desde esa perspectiva, el modelo social identifica la discapacidad como un problema social complejo, cuyo estudio y alternativas de solución a las problemáticas derivadas sólo puede darse a través de enfoques metodológicos centrados en la acción social del colectivo. En otras palabras, este modelo supone que los individuos y las colectividades deben: a) afirmar su identidad para exigir el ajuste de la sociedad a su condición, es decir, promover cambios sociales; b) participar en la arena política para garantizar el cumplimiento y respeto a los derechos de las personas con discapacidad, las normas y convenciones internacionales y, finalmente, c) posibilitar la organización y el empoderamiento político de las personas con discapacidad hacia la reafirmación ante el Estado de su ciudadanía plena.

En síntesis, la discapacidad es un hecho social multidimensional complejo, resultante de la interacción de las personas con el entorno. El manejo de esta problemática requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social de una nación.

El tema se sitúa, entonces, en las actitudes, los valores y la ideología, y exige cambios sociales, los cuales (en el ámbito político) se transforman en

En síntesis, la discapacidad es un hecho social multidimensional complejo, resultante de la interacción de las personas con el entorno. El manejo de esta problemática requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social de una nación

un asunto de derechos humanos. El verdadero sentido de la rehabilitación de las personas con discapacidad se encuentra en las posibilidades reales de acceso que les ofrece el colectivo para su inclusión como miembros efectivos de la sociedad, lo cual implica pensar y desarrollar acciones integradas y articuladas a las políticas sectoriales del Estado, buscando alcanzar su plena integración y equiparación en los circuitos de producción, consumo y ciudadanía⁸.

Pensar la discapacidad desde los marcos del modelo social ha despertado un renovado interés por conocer y aprender sobre este grupo poblacional. Hoy, en el mundo, se encuentra una amplia gama de literatura y numerosos grupos de investigación interesados en estudiar temas tan diversos como: 1) análisis de políticas públicas y legislación en discapacidad, democracia y movimientos sociales, solidaridad y redes de apoyo, justicia, derechos humanos, pobreza y violencia, etc, en relación con la discapacidad, 2) economía de la discapacidad, que busca estudiar el impacto de los modelos económicos sobre la inclusión, la participación social y las condiciones de vida de esa población, pero también analiza la industria de la rehabilitación y el peso socioeconómico que representa para una nación como Colombia el ostentar altas tasas de discapacidad, 3) de igual modo, es importante resaltar el enorme potencial e impacto que ha tenido el mundo biotecnológico sobre esta población, pues se considera que trae nuevas alternativas para vivir de manera más independiente, 4) finalmente, hoy también se cuenta con conocimiento acerca de las representaciones sociales sobre el cuerpo y la discapacidad, la problemática de género, sexualidad, clase social, etc.

Esos son algunos de los posibles frentes de estudio de una misma problemática compleja y multidimensional que, afortunadamente, empieza a ser abordada en nuestro país como tema de interés, no sólo en espacios académicos tradicionales como son las escuelas formadoras del recurso humano en salud, sino en espacios no convencionales como las escuelas de ingenieros, las facultades de derecho, economía, arquitectura, artes, comunicación social, etc. De igual modo, en Colombia, las organizaciones de personas con discapacidad, en su papel de actores políticos fundamentales, han logrado un discreto grado de madurez política y avance en su proceso de empoderamiento, hecho que les ha permitido posicionar su problemática en la agenda de la política social y comenzar a tener interlocución efectiva con los gobernantes del nivel local, regional y nacional.

Esos son algunos de los posibles frentes de estudio de una misma problemática compleja y multidimensional que, afortunadamente, empieza a ser abordada en nuestro país como tema de interés, no sólo en espacios académicos tradicionales como son las escuelas formadoras del recurso humano en salud, sino en espacios no convencionales como las escuelas de ingenieros, las facultades de derecho, economía, arquitectura, artes, comunicación social, etc.



Brueghel. La parábola de los ciegos (n. 49; det.)
Temple sobre lienzo.
86 x 154 / fi f 1568 Nápoles,
Museo y Galerías Nacionales de Capodimonte.



En la última década, y con base en las oportunidades y garantías derivadas de la Constitución Política de 1991, se han concretado mecanismos de participación ciudadana que posibilitan que esta población se convierta en una fuerza sociopolítica de presión, que incida en la formulación de políticas públicas saludables encaminadas a resolver sus necesidades como consecuencia de su vulnerabilidad. En otras palabras, lo que se busca es fortalecer la acción de estos colectivos, empoderando a las personas con discapacidad y sus familias para que organicen, participen y, desde la óptica política de los derechos humanos, asuman la responsabilidad de ser ciudadanos con deberes y derechos.

Por su parte, el gobierno nacional se ha comprometido con la formulación de la política pública en discapacidad, en la cual se enuncian tres áreas o componentes de intervención: a) la promoción de la salud y la prevención de la discapacidad, b) la habilitación y rehabilitación y c) el componente de la equiparación de oportunidades, para hacer accesibles el medio físico, el transporte, la recreación, el deporte, la cultura, el aprovechamiento del tiempo libre y la integración educativa y laboral.

Como principios generales de la política pública en discapacidad, se pueden establecer por lo menos los siguientes:

- a) Igualdad de oportunidades: concebido como el principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad, con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias. Sin embargo, como dice Hernández⁹, bajo el principio de igualdad se condenaría la provisión igual de bienes o la métrica de la distribución de la riqueza, ya que comparando el caso de una persona "incluida socialmente" y una en condición de discapacidad, es obvio que se necesitan más recursos para hacer posible la realización y participación plena de esta última. Para mantener un estándar de vida básico, las personas en condición de discapacidad necesitan pagar por: un equipamiento especial, servicios de soporte general, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, servicios médicos y de rehabilitación, adaptaciones domésticas y transporte, entre otros. En este caso no sólo se ve quebrantada la igualdad de bienestar, sino también la igualdad de oportunidades para lograr el bienestar. Desde esta perspectiva es posible señalar que las libertades políticas y civiles aumentan el conjunto de capacidades de un individuo y por tanto, su libertad de lograr el bienestar.
- b) Accesibilidad a los servicios: ausencia de restricciones para que todas las personas puedan movilizarse libremente en el entorno, hacer uso de todos los servicios requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad y comunicación. A modo de ejemplo, vale la pena decir que el acceso a la comunicación, tanto para las personas con limitación visual como para aquellas que padecen sordera o limitaciones físicas severas, implica garantizar el diseño, uso y acceso a tecnologías de punta, sistemas computarizados, internet, sistemas de traducciones en subtítulos (close-caption), etc.
- c) No discriminación: implica no excluir, restringir, impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o libertades fundamentales a una persona.

En la última década, y con base en las oportunidades y garantías derivadas de la Constitución Política de 1991, se han concretado mecanismos de participación ciudadana que posibilitan que esta población se convierta en una fuerza sociopolítica de presión, que incida en la formulación de políticas públicas saludables encaminadas a resolver sus necesidades como consecuencia de su vulnerabilidad

Los niveles de autonomía, traducidos en posibilidades de vivir confortable y dignamente en un determinado contexto socio-ambiental, son definidos principalmente por la interacción de circunstancias personales y contextuales (emocionales, sociales, físicas, etc.), hecho que de ninguna manera puede ser confundido con la simple ausencia de incapacidades establecidas clínicamente

d) Autonomía personal: apoyándose en las ideas de Dworkin¹⁰, es posible distinguir al menos tres niveles de expresión de la autonomía, al mismo tiempo distintos e interligados: autonomía de acción, autonomía de voluntad y autonomía de pensamiento. La autonomía de acción incorpora la noción de independencia física que pasa por el derecho de todos los miembros de una sociedad de ir y venir o desplazarse libremente por el espacio público (hábitat) para satisfacer sus necesidades y deseos sin obstáculos materiales o barreras físicas que se los impidan. La autonomía de voluntad (o de intención) corresponde a las necesidades de autodeterminación. En el proceso de ejercicio de la autonomía, ella sería la transición entre la actividad de un espíritu libre y la acción concreta. Así, a toda persona se le debe reconocer y garantizar el libre ejercicio de formular y concretar sus proyectos personales, sin ningún tipo de influencias o presiones coercitivas. Finalmente, la de pensamiento es el nivel más profundo de autonomía y representa la conciencia que nos permite juzgar una situación dada; no obstante, para ello se requiere cierto grado de conocimiento, comprensión, espíritu crítico y conciencia, integrados en una reflexión lucida y coherente.

Los niveles de autonomía, traducidos en posibilidades de vivir confortable y dignamente en un determinado contexto socio-ambiental, son definidos principalmente por la interacción de circunstancias personales y contextuales (emocionales, sociales, físicas, etc.), hecho que de ninguna manera puede ser confundido con la simple ausencia de incapacidades establecidas clínicamente.

e) Participación: derecho de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucran.

Estos son algunos de los escenarios a través de los cuales la promoción de la salud, entendida desde la óptica de la salud colectiva según fue descrita en este documento, ha generado nuevas prácticas y conocimiento en pro de la inclusión social y la calidad de vida de las personas con discapacidad. No obstante, el trabajo en Colombia apenas inicia y aún resta mucho por explorar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Luz MT. Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 63.
- 2 Birman J. Apresentação: A physis da saúde coletiva. *PHYSIS Rev de Saúde Coletiva* 1991; 1(1): 7-11.
- 3 Levcovitz E, Batista TV de F, Uchoa SAC, Nespoli G, Mariani M. Saberes e políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira. Relatório de Pesquisa. - Rio de Janeiro: UERJ. IMS; 2000. 36 p. Série Estudos em Saúde Coletiva; Edição Especial
- 4 Almeida Filho N, Coelho M. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Rev História, Ciências, Saúde – Manguinhos*; 2002; 9(2): 315-333.
- 5 Ashton J. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990. Citado por: Restrepo H. Concepto y definiciones. En: Restrepo H y Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica internacional; 2001. pp. 24-33.
- 6 Cruz I, Sayd J. Algunos elementos teóricos necesarios para el análisis de la rehabilitación de la persona con discapacidad física. *Rev. de la Asociación Colombiana de Fisioterapia* 1999; 44: 61-68.

- 7 Oliver M. Understanding disability: From theory to practice. London: Macmillan; 1996. Citado por: Barnes C, Marcer G, Shakespeare T. En: Exploring disability: a sociological introduction. Cambridge: Polity Press; 1999. p. 30.
- 8 Cruz I. Entre a vulnerabilidade e a exclusão: pessoas portadoras de deficiência física face a nova questão social. [Tese Doutorado em Saúde Coletiva] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2001. p. 76.
- 9 Hernández J. Marco de referencia para la política económica de discapacidad en Colombia. [Tesis Maestría en Discapacidad e Inclusión Social] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Departamento del movimiento corporal humano; 2004. p.118.
- 10 Dworkin G. The theory and practice of autonomy. Cambridge: Cambridge University Press; 1989. pp. 10-30.

BIBLIOGRAFÍA

- Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1943.
- Coelho MT, Almeida-Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. Em: Coleção História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2002; 9(2): 315-33.
- Colombia. Consejería Presidencial para la Política Social. Política Pública en Discapacidad: Metodología para la formación. Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social; 2002. 140 p.
- Crawford R. Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima. En: De la Cuesta Benjumea C, comp. Salud y Enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. pp.47-77.
- Franco S. La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporâneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 659.
- Granados R. La promoción de la salud en el siglo XXI. En: Franco S, ed. La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporâneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. pp. 153-174.
- Paim J, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. Revista de Saúde Pública 1998; 32(4): 299-316.
- Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: Cardona A, coord. Sociedad y Salud. Bogotá: Zeus Asesores; 1992. pp.5-85.
- Samaja J. A reprodução social e a saúde. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
- Samaja J. Fundamentos epistemológicos de las ciencias de la salud. [Tese de Doutorado em Saúde Pública] Rio de Janeiro: Universidade Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.
- Sayd J. Novos paradigmas e saúde. Notas de leitura. PHYSIS Rev. de Saúde Coletiva; 1999; 9(1):113-123.

¿Deshidratado?

Nuevo Suero Oral 75
 Gracias a su formulación no sólo previene sino que corrige la deshidratación en niños y adultos de forma más efectiva.

Suero Oral 75 disminuye además la necesidad de utilizar líquidos intravenosos, evitando así complicaciones por causa de la deshidratación.

Encuéntrelo en 4 presentaciones y 7 sabores.

Más efectivo

Medellín: Tel: (574) 317 4355 Fax: (574) 317 9844 / Bogotá: Tel: (571) 340 4093 Fax: (571) 340 9723 / Barranquilla: Fax: (575) 344 3301. Colombia - Barranquilla / www.corpaul.com

Es un medicamento. No exceder su consumo.
 Reg. INVIRA 2002M 0001 953.
 Leer indicaciones y contraindicaciones.
 Si los síntomas persisten, consultar al médico.