

EDITORIAL

La situación actual de la salud en Colombia genera muchas reflexiones. El modelo económico en el que se soporta el sistema de seguridad social actual, tiene muchos problemas aún no resueltos en la teoría ni en la práctica y es necesaria la innovación dentro de los diferentes agentes y procesos involucrados para encontrar soluciones satisfactorias.

La Ley 1145 de 2007 del “Sistema Nacional de Discapacidad”, definió:

- Situación de discapacidad: Conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, su núcleo familiar, la comunidad y la población en general en cualquier momento relativo al ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno.
- Persona con discapacidad: Es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano. (REPÚBLICA DE COLOMBIA. CONGRESO Y PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2007)

En sentido económico la población con discapacidad es considerada como una población vulnerable, con gran posibilidad de estar dentro de la pobreza o indigencia, o ser “excluida socialmente”. La búsqueda de la “inclusión social” de las personas en situación de discapacidad es el eje de este acercamiento. El modelo teórico fue generado en el Banco Mundial y se denomina Manejo Social del Riesgo, donde los riesgos que llevan a la pobreza se deben prevenir, mitigar o superar, y se utiliza el aseguramiento como herramienta de la financiación.

La sociedad a nivel mundial ha trabajado en la equiparación de oportunidades para evitar la exclusión social; el desarrollo teórico conceptual ha ido creciendo. La Declaración de Derechos del Retardado Mental de 1971. La Declaración de los Derechos de los Impedidos

de 1975, La Declaración sobre las Personas Sordo-Ciegas de 1979. La llamada Declaración Sundberg de 1981. Los desarrollos de la OMS como son la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías) (OMS, 1983) y posteriormente de la CIF (Clasificación Internacional de Funcionalidad) (OMS, 2001), como complemento al CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) (OMS, 1994). Un desarrollo posterior más global, fue el presentado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo que fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007 (UN-ENABLE, 2010). En la convención se estudió el tema de derechos de los discapacitados, partiendo de los derechos humanos, ampliándolos al derecho de rehabilitación, inclusión social y accesibilidad. Colombia firmó la convención el 30-3-2007, fue ratificada en la ley 1346 de junio de 2009 y declarada exequible por la Corte Constitucional por la sentencia C-293-10.

Dentro de este marco legal, económico y social, la Especialidad Clínica de Medicina Física y Rehabilitación debería aportar a la generación y orquestación de soluciones innovadoras, efectivas y con costos racionales.

Se hace imperativo el trabajo no sólo multidisciplinario, sino pasar al siguiente nivel de interacción, para llegar a ser un trabajo tanto inter como transdisciplinario, no solamente con las otras especialidades médicas, sino también con otras áreas de la salud, y con otras áreas del conocimiento tanto aplicado, como básico. Es de anotar el desarrollo conceptual del Diseño universal y de la Arquitectura inclusiva.

Al ser la especialidad Clínica de la Funcionalidad, debería liderar los procesos de mitigación y superación del riesgo, que permitan incluir socialmente a las personas en situación de discapacidad.

Para lograr este objetivo se debe participar de manera activa en la obtención de la información

necesaria para la toma de decisiones. En este punto es necesaria la participación de manera activa en la generación e implementación de los sistemas de investigación y directamente en los sistemas de atención. Actualmente se están desarrollando Guías de Práctica Clínica, tomando como herramientas la Medicina Basada en la Evidencia y los estudios de Costo - Beneficio, Costo-Utilidad, Costo-Efectividad, con el riesgo teórico de influenciar la calidad de la atención, eliminar la diversidad y con ella la innovación, y con la posibilidad de generar economías de escala y de alcance.

Es un gran reto para las actuales generaciones asumir de manera eficiente esta incertidumbre, pero es más importante aún, educar a las nuevas generaciones en una senda de aprendizaje continuo para lograr una mejor solución cada vez, que lleve de un equilibrio bueno a otro mejor, comportándose como un sistema complejo adaptable, autoadaptativo.

La necesidad de exportar los conceptos de funcionalidad a las otras áreas de la salud se hace indispensable, tanto en la práctica clínica hospitalaria, ambulatoria, ocupacional, como en investigación y educación.

En conclusión dentro del área clínica de la Medicina Física y Rehabilitación se debe profundizar en el estudio y en el desarrollo de mecanismos interdisciplinarios que permitan dentro del proceso de habilitación/rehabilitación, la inclusión social de los pacientes o de las personas en situación de discapacidad a unos costos económicamente racionales.

Gustavo Hernandez Useche MD MSc