Ensayo

ES POSIBLE HABLAR DE SALUD DESDE LA DISCAPACIDAD

Hellman Denis Delgado Sanoja.

Departamento de Tecnología en Salud. Escuela de Salud Pública. Cátedra de Rehabilitación.
Universidad Central de Venezuela. E mail: hellmandelgado@gmail.com

Resumen

El siguiente ensayo es una discusión acerca de la posibilidad de conceptualizar a la salud desde la discapacidad; para ello se realizó una revisión acerca de las nociones actuales de la salud y de la discapacidad. El concepto de salud ha transitado por un continuo proceso de significación que alcanzó su momento clave en 1948, en la definición que adoptó la Organización Mundial de la salud. Actualmente no existe una definición única alrededor de las aspiraciones del nivel de vida que las personas aspiran alcanzar, por ello, cualquier nueva definición de la salud deberá ser ecológica, sistémica, dinámica y positiva. A más de sesenta años de la definición de la salud, la realidad es que hay problemas relacionados con los estados de salud como es la discapacidad que se han venido midiendo invariablemente desde el modelo biomédico; en tal sentido, pareciera que es imposible entender a la discapacidad más allá de la eterna enfermedad. Tras la aprobación en el 2001 de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad, se abrió un nuevo panorama en el tema, como la reorientación de la visión de la discapacidad, relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas y de las interacciones multidireccionales que se plantean entre las personas, su contexto donde se desenvuelve con autonomía. Para ello, se planteó una conceptualización de la salud, que transciende del plano de lo estrictamente corpóreo y que involucre factores como las representaciones y las relaciones socioambientales.

Palabras Clave: salud, bienestar, enfermedad, discapacidad, Clasificación Internacional del funcionamiento, representaciones sociales.

ABSTRACT

IT IS POSIBLE TO SPEAK OF HEALTH FROM DISABILITY

The following essay is a discussion about the possibility of conceptualizing health from disability; to do a review on current notions of health and disability was performed. The concept of health has gone through a continuous process of signification which reached its turning point in 1948, the definition adopted by the World Health Organization. Currently there is no single definition about the aspirations of the standard of living that people aspire to achieve, therefore, any new definition of health must be organic, systemic, dynamic and positive. More than sixty years of the definition of health, the reality is that there are problems related to health conditions such as disability that have been measuring invariably from the biomedical model, in that sense, it seems that it is impossible to understand the disability beyond the eternal disease. Following the adoption in 2001 of the International Classification of Functioning, health and disability, opened new vistas in the field, the redirection of vision disability on expectations placed on the functioning of people and the multidirectional interactions that arise between people and context in which it operates autonomously. To do this, a conceptualization of health, which transcends the realm of the purely corporeal involving factors such representations and socio-environmental relationships are raised

Key words: health, wellness, illness, disability, International Classification of Functioning, social representations

Recibido: 19/03/2016. Aprobado: 26/09/2016

El propósito del siguiente ensayo fue reflexionar acerca de la posibilidad de fundamentar una visión acerca de la salud desde la discapacidad más allá de su medicalización con la incorporación del funcionamiento como un elemento clave en este proceso de resignificación. Para ello, se realizó una revisión documental en las bases de datos electrónicas: PubMed, Google Scholar y en la Biblioteca Virtual en Salud, de artículos que trataran aspectos relacionados sobre la salud, la discapacidad y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, desde el año 2001. De acuerdo al último Informe mundial sobre la discapacidad[1], presentado por la Organización mundial de la salud (OMS), la cantidad de

personas a escala global que tienen algún tipo o grado de discapacidad, ascendían a más de mil millones, de las cuales casi 200 millones presentaban alguna limitación que restringía de manera significativa tanto su autonomía como su nivel de funcionamiento. A futuro, se espera que la discapacidad y los aspectos relacionados con esta condición, sean a esfera mundial un tema de discusión e intervención, por cuanto su presencia ha ido incrementando a escala global junto con el envejecimiento de la población mundial y al aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles producto de los estilos de vida no saludables[1,2].

Al respecto a las cifras suministradas por parte del mismo organismo internacional, son las personas con discapacidad, las que exhiben los peores resultados sanitarios, académicos y de participación económica, siendo más alta la tasa de pobreza de estos grupos en comparación con las poblaciones sin discapacidad. Resultados que no solo los convierten en colectivos vulnerables, sino también, fomentan la conformación de brechas intangibles entre el acceso a la salud y la atención sanitaria, puesto que son estos colectivos, los que tienen por una parte una mayor demanda de servicios de asistencia pero por otra, son los que reportan una mayor cantidad de necesidades insatisfechas en esta esfera. Asimismo, actividades como: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en ocasiones tienen como destinatario a las personas con discapacidad[1]. Son estas brechas construidas entre las posiciones acerca de la salud y la atención a la enfermedad lo que ha marcado una trayectoria en el escenario mundial acerca del tema.

Los conceptos acerca de la salud y de la enfermedad han sufrido a lo largo de toda la evolución de la humanidad un amplio y continuo proceso de significación, que ha encuadrado no sólo su definición sino las distintas estrategias que se han ido implementando para afrontar las problemáticas asociadas en cada uno[3]. El marco referencial actual acerca de la salud, es la resultante de un producto inacabado de este largo proceso, por medio del cual la experiencia de estar sano se ha ido diferenciando paulatinamente del estar enfermo y se ha ido progresivamente entendiendo que ambas situaciones corresponden a estados dinámicos, sobre los cuales influyen diversos y nuevos factores, como por ejemplo: las percepciones y juicios que realizan las personas acerca de su estado y condiciones de salud entre otras[4].

Como concepto de salud ampliamente consensuado está el asumido por la OMS en su carta fundacional de 1948, en la cual se le definía como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"[5]. Esta novedosa conceptualización llevaba consigo una visión revolucionaria para su época, dado que la idea central del estado ideal sobre la cual se fundaba la nueva noción de la salud, no se presentaba alrededor de la figura identificada como la ausencia de enfermedad, con la cual se daba un paso al frente sobre una noción de la salud, más allá de los componentes orgánicos de las personas. Lo cual significaba una ruptura paradigmática con los modelos biologizados y unicausales preponderantes, y por otra parte, significaba un reacomodo de la nueva concepción a la noción de bienestar como sinónimo de salud. Dos factores influyeron en esta nueva conceptualización, por una parte, el pensamiento bienestarista sobre la cual se adhirió la fundación de la OMS y por la otra, a la teoría multicausal de la enfermedad, con lo cual, ésta nueva organización homologaba su noción de la salud a la de bienestar. Entendida como: "la percepción de quienes disfrutan una vida cómoda, con sus necesidades básicas satisfechas y en buen estado físico"[4].

Ésta nueva noción de bienestar sirvió como soporte formal para formular las nuevas políticas públicas que se orientaron por muchos años en la gestión de la salud en casi todo el mundo y que enriqueció el significado del concepto, ligándolo a una utopía que generó amplios debates acerca de las relaciones que se establecían entre la salud y el resto del bienestar humano[3].Por otra parte, tal como lo señala Guerrero L y León A[4], esta nueva tesis se construía alrededor de un estado que se dibujaba estático, a pesar de que en la realidad de los proceso de salud y de la enfermedad la constante son su naturaleza cambiante e itinerantes; igualmente, se asumía una amplia y divergente noción de subjetividad en virtud de la equiparación del estado de bienestar a la salud, con lo cual no siempre sentirse bien es equiparable a tener salud. En tal sentido, alcanzar el estado de completo bienestar se mostraba como una meta imposible de alcanzar por largos periodos de tiempo.

A partir de esa definición, como lo señala Fernández y Makoukji, durante

> Las últimas décadas han aparecido numerosos estudios que han tratado de definir la salud desde diferentes puntos de vistas; antropológicos, sociológicos, médicos, históricos y filosóficos, tal vez por ello nunca se podrá llegar a una definición de salud que responda de forma integral a los requerimientos del ser humano, resultando cada vez más difícil encontrar una definición única y universal del término[6].

Pareciera imposible obtener una definición que englobara todas las aspiraciones e ideales edificados alrededor del nivel de vida que las personas anhelaban alcanzar. Esto derivo a la conclusión de que la salud es difícil de definir y esa condición hace complejo llegar a un acuerdo acerca de su conceptualización.

La construcción de una nueva y amplia noción acerca de la salud, pareciera que debiera incorporar dentro de su alcance, no sólo aquellos factores biológicos o asociados a la percepción de bienestar por parte del sujeto, sino que además, tendría que añadir aspectos relacionados como la cultural, lo social y lo económico, que determinan los estados de salud de las personas[7]. Asimismo, la consideración de otros factores como: la globalización, condiciones de vida de las personas, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, ecosistemas

estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, derechos humanos, acceso a las tecnologías de la información, aumento de la esperanza de vida libre de discapacidad, la paz, entre muchos otros, con lo cual pareciera que no habrá en los próximos tiempos una definición definitiva y ampliamente consensuada acerca de la misma[3,4,6,7].

A pesar de que no existe en la actualidad una aceptación universal acerca de una definición de la salud, pareciera haber el reconocimiento en cuanto a la evolución de las ideas y modelos que han surgidos a partir de la separación de los procesos alrededor de la salud y de aquellos involucrados en la enfermedad. La consideración de nuevos aspectos como los estilos de vida, la calidad de vida y los determinantes sociales de la salud, vienen conformando cada día las nuevas bases para el establecimiento de un nuevo concepto de la salud, más amplio y en consonancia con el estado actual del conocimiento. Lo cual, como lo plantea Guerrero L y León A, nos acerca a la construcción de un nuevo concepto de salud, que deberá ser: "ecológico, sistémico, dinámico y positivo, resultante de la interacción y adaptación del hombre a su medio físico y social"[4], que involucre además las capacidades de las personas de interactuar con su entorno y de funcionar con autonomía.

Tras sesenta años de la definición de la salud por parte de la OMS y a la no existencia de un discurso unificado por todos acerca de una noción definitiva de la salud,

> La realidad ha sido que los problemas relacionados con las condiciones de salud como la discapacidad se han venido midiendo invariablemente con el modelo biomédico y en parámetros de morbimortalidad exclusivamente [8].

La única clasificación que ha servido de guía para estudiar a la discapacidad, ha sido la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de 1994 y su ampliación con la Clasificación internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalía (CIDDM) de 1980. No obstante, las mismas no han brindado una mayor información acerca de los estados de salud de las personas con discapacidad, ni han aportado mayor información acerca de la realidad concreta de sus vidas.

Siguiendo la tradición del modelo historia natural de la enfermedad, la discapacidad, fue conceptualizada como una consecuencia de la enfermedad, en tal sentido requería de una clasificación que permitiera darle orden y estructura a esta condición desde la tradición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades; es por ello que en 1980, la Organización Mundial de la Salud, propuso la primera categorización acerca de la discapacidad, que llevó por nombre: Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM)[9]. Esta tuvo como objetivo principal, clasificar aquellas condiciones relacionadas con la enfermedad y la discapacidad, de acuerdo a la aplicación del esquema clásico de la medicina (etiología, patología y manifestaciones clínicas), en el cual, cada uno de los componentes (Enfermedad – Deficiencia – Discapacidad – Minusvalía), se planteaban bajo una relación de causalidad directa y sucesiva. Para Egea y Sarabia [10], esta clasificación fue el primer intento de ir más allá del proceso de clasificación centrado en la enfermedad y avanzar sobre otro tipo de clasificación que contemplara las consecuencias que ésta deja en el individuo y en su relación con la sociedad. En ésta la deficiencia, era entendida como "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica."[10], mientras que la discapacidad, estaba referida a la "restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano"[10], y la minusvalía a

> Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales [10].

Bajo estos componentes, la clasificación, planteaba una relación de causalidad y de linealidad entre cada uno de ellos, donde una deficiencia necesariamente desencadenaba en una discapacidad, mientras que la minusvalía, era causada por cualquiera de las dos anteriores [9].

Esta clasificación estuvo en revisión por cerca de veinte años y producto de la misma nace una nueva versión en el año 2001. Dentro de las principales críticas formuladas a ésta y por la cual estuvo en revisión y posterior sustitución por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), de acuerdo a lo escrito por Maingon[11] y Rosato et al[12], estaba la mirada excesiva al tema de la discapacidad como una consecuencia inexorable de la enfermedad, al no reconocimiento de la persona y del entorno social inmediato detrás de la discapacidad y al solapamiento entre sus diferentes componentes, que de acuerdo al esquema de linealidad propuesto, exigía la existencia ineludible de los componentes previos (deficiencia y discapacidad) para avanzar a la minusvalía. Por otra parte, unas de las críticas más fuertes planteadas no solo a la clasificación sino al modelo que subyace a éste, estaba la conceptualización de la discapacidad sobre una visión biologizada y medicalizada. En ella, la enfermedad, se transformaba en una tragedia personal fundamentada sobre la existencia de una deficiencia (enfermedad) crónica, que afligía a la vida del sujeto y se extendía a su grupo familiar.

Las personas con discapacidad, bajo este marco de referencia, estarán determinadas a desempeñar su rol de enfermo eternamente, por lo tanto, se espera que el individuo busque la ayuda profesional para recuperar su condición anterior o adquirir un estado de salud que nunca tuvo (como en los caso de quien nace con algún tipo de discapacidad), ya que siempre será su responsabilidad, intentar adquirir o acercarse, a lo que es considerado como normal o estar sano.

Los sujetos no son considerados responsables de su condición, pero sí de hacer todo lo posible por recuperar la salud en orden a funcionar lo más normalmente posible y adaptarse

subjetivamente a su condición de discapacitado[10]. Bajo esta concepción, la persona con discapacidad, tiene en tal sentido, suprimidos sus derechos y multiplicadas las obligaciones, una vez que debe someterse al tratamiento de rehabilitación bajo la órbita y el poder de los profesionales pertinentes. Son socialmente eximidos de responsabilidades y derechos a la vez que privados de expectativas, más allá de su recuperación. De ninguna manera esa situación, supone una modificación de las relaciones sociales que se originan sobre el significado trágico de la discapacidad, ni de las prácticas y relaciones sociales que de ello se deriva.

Sobre las bases de estas consideraciones, fue propuesta una nueva forma de clasificación en el tema de la discapacidad. El 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS (Resolución WHW 54.21 del 22 de mayo del 2001)[9], se aprobó la nueva versión de esta clasificación, con el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Con ella se dio inicio al entendimiento de la Discapacidad, sobre un modelo relacional, en el cual se le otorgaba relevancia aquellos aspectos contextuales y personales, que evidentemente son indispensables para entender a la discapacidad, más allá del esquema clásico y lineal de la enfermedad. Bajo este modelo, la discapacidad, "no se entiende como un proceso que tiene origen en el individuo, sino más bien en procesos sociales amplios: en la interacción interpersonal e interinstitucional, en las oportunidades que ofrece el medio social"[13].

Para Egea y Sarabia[10], el avance que nace de la CIF, es la reconsideración de la discapacidad como una condición humana no estigmatizante, en tal sentido, la misma busca neutralizar aquellos componentes relacionados a una ideología de la normalidad y la salud, evitando la sustantivación de aquellas situaciones adjetivas. Se intenta mostrar siempre al individuo, primero como persona que como sujeto de una determinada condición limitante, haciendo de esta manera más relevante la integridad individual que la situación adjetiva de una circunstancia personal concreta.

La CIF, define a la discapacidad, como un:

> Término genérico que engloba todos los componentes: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con problemas de salud y su entorno físico y social[13].

La deficiencia, es entendida como los:

> Problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida [13].

Las limitaciones en la actividad, corresponden a aquellas:

> Dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Estas dificultades pueden aparecer como una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar[13].

Mientras que las restricciones en la participación son aquellos:

> Problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, entre otros, en el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable [13].

Según Egea y Sarabia[10], lo innovador de este nuevo planteamiento eran que ya no se partía de la enfermedad, ni mucho menos de las consecuencias de la enfermedad, se iniciaba el tiempo de hablar del funcionamiento, como un término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano. No se abandona el termino discapacidad, sino que se usa igualmente de forma genérica para hablar de las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano. Se dejaba el espacio central a la salud como el elemento clave y conector que relaciona a los dos anteriores.

Desde este nuevo enfoque, se le otorga un espacio central a la salud como el elemento de integración entre el funcionamiento y la discapacidad. Esta clasificación deposita un valor importante en la visión global y humana de la discapacidad y el funcionamiento, haciendo posible comprender y explicar la vivencia de la discapacidad, bajo la consideración de la autonomía, como núcleo central de las acciones para la integración de las personas en la sociedad.

Para Egea y Sarabia, "Las Clasificaciones de la OMS, se basan en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social"[10]. Este principio de universalismo implica que todas las personas sin excepción tienen de hecho o en potencia alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social, asociado a una condición de salud. De hecho existe un continuo de niveles y grados de funcionalidad. La discapacidad, en todas sus dimensiones, es siempre relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas. Por otra parte, de acuerdo a lo señalado por Querejeta[14], la CIF, contempla el problema de la discapacidad como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que ésta se desenvuelve. Para ello, se plantea una conceptualización más dinámica y compleja

acerca del tema de la discapacidad, que transciende del plano de lo estrictamente biologizado hacia aquel de las relaciones sociales y ambientales.

Tanto la clasificación de 1980[9] como la de 2001[13], plantearon una evolución de los términos de referencia acerca de la discapacidad. Esta evolución de lo biomédico a lo social, denota el acuerdo y el establecimiento por parte de los diferentes actores que conforman la sociedad, de los criterios sobre los cuales se articula la normalidad entre las personas y por ende de las relaciones que se establecen en la sociedad. Estos acuerdos y criterios, que han sido las bases para el establecimiento de las clasificaciones, se han hecho sobre las prácticas e intereses sociales de algunos grupos poblacionales sobre otros. La práctica diaria, ha derivado, que tales intereses, que llevan a definir las representaciones sociales acerca de los límites de la normalidad, también han establecido aquello que está fuera de esa norma como inferior o distinto, sobre la cual se han establecido una relación de discriminación y de exclusión de grupos de la población, que se observan distintos a los criterios y acuerdos acerca de lo normal. Para Samaniego de García[15], la cuestión no es que se den diferencias, sino los criterios por los cuales los sujetos son adscritos a las mismas y las consecuencias que tal adscripción puede tener para su vida. Es decir, "lo inadmisible desde parámetros éticos es que la diferencia se transforme en desigualdad, a la hora de categorizar y adscribir a una persona"[15].

Otro avance importante que contemplaba la entrada en vigencia de la CIF, es la integración en unos mismos marcos referenciales de posiciones considerados antagónica e irreconciliable como aquellas provenientes del modelo médico y del social. Se establece un sistema de componentes integrados y sistematizados teniendo como hilo conductor a la salud, mediada tanto por factores biológicos, contextuales y de relaciones que se establecen entre los diferentes actores que operan en los contextos de referencias de las personas. En tal sentido, bajo este modelo no se puede plantear la preeminencia de un enfoque con respecto al otro, sino la visión sistémica e integradora de la salud y la importancia del funcionamiento como entidad integradora y totalizadora del ser humano[10,14].

La discapacidad es "un fenómeno complejo que es al mismo tiempo una consecuencia de un problema del cuerpo humano y de un complejo fenómeno social"[16] La confluencia de ambos modelos, en los tiempos actuales, ha permitido avanzar tanto en el campo de los imperativos legales tales como: el reconocimiento de los derechos y acceso en condiciones de igualdad a las oportunidades que brindan las sociedades. Como en las acciones necesarias en la construcción y defensa de la salud desde lo sanitario y desde lo personal[17,18]. Por último, es importante también rescatar que la incorporación del modelo médico en el tema de la discapacidad, represento un hito importante en el cambio de visión de las causas que la justificaban. El asumir posiciones provenientes de la ciencia más allá del incuestionable fatalismo divino, paso ser un paso importante en la conceptualización de la discapacidad[17].

Entonces: ¿será posible hablar de salud desde la discapacidad?, la respuesta pareciera ser afirmativa, si el primer arreglo que se da dentro del nuevo proceso de significación que se establece tras el consenso de la CIF, es el uso obligatorio del lenguaje en positivo para describir a la salud y los aspectos relacionados con ella, como son: el funcionamiento y la discapacidad. El uso de un nuevo lenguaje, dentro de este nuevo proceso intenta neutralizar la tradición de explicar a la salud a través de la enfermedad, lo cual significa un cambio paradigmático[13]. Por otra parte, "la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social"[10], en particular, lo cual implicaba que todas las personas sin excepción tienen de hecho o en potencia alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social, asociado a una condición de salud. En tal sentido, una nueva conceptualización de la salud desde la discapacidad transciende del plano de lo estrictamente corpóreo e involucra relaciones sociales y ambientales multidireccionales. Esta propuesta de una noción de la salud desde la discapacidad deberá ser construida alrededor, no solo desde parámetros biológicos, que son innegables en la condición humana, sino que tiene que incluir parámetros que intenten reflejar el funcionamiento real y con autonomía de las personas dentro de su contexto de vida y que viabiliza la consolidación de sus proyectos de vida[7].

En el tema de la discapacidad, tal como lo señalaba Fernández y Makoukji, en relación a las distintas nociones que se han construido alrededor de salud, pareciera

> necesario un esfuerzo mayor de redefinición conceptual del campo de la salud y la incorporación de metodologías más adecuadas para captar la dinámica de sus cambios, así como de asumir y desarrollar técnicas que hasta ahora han sido poco utilizadas[6].

Es decir, hablar de salud desde la discapacidad involucra no sólo el uso de términos, estrategias y metodologías nuevas que permitan trascender la visión de la eterna enfermedad, sino que involucra el reconocimiento de la existencia de procesos y relaciones que se dan entre las personas y su contexto y que marcan las oportunidades que tienen las personas. Significa en tal sentido, no solo un cambio en el lenguaje sino en los imaginarios y representaciones sociales que realizan las personas acerca de la misma. Como lo señalaba Egea y Sarabia[10], el avance que se logra tras la aceptación de la CIF, es la reconsideración de la discapacidad como una condición humana no estigmatizante, que buscaba neutralizar aquellos componentes relacionados a una ideología de la normalidad y la salud.

Para Rosato et al[12], esta nueva concepción involucra, no solo una definición teórica, sino un cambio en las representaciones sociales que se tiene acerca de la discapacidad, por cuanto que la tradición le asigna a la condición la historia inexorable y crónica de la enfermedad y al no reconocimiento de la condición de humanidad de las personas detrás de la condición. Para las representaciones sociales actuales acerca de la

discapacidad; las personas con la condición, estarán determinadas a desempeñar su rol del enfermo eternamente.

Por consiguiente, lo normal y lo anormal, designa inevitablemente la existencia de franjas invisibles e impensables dentro de una sociedad, con lo cual se conforma entonces, el exterior constitutivo del campo de los sujetos considerados y aparentemente normales. La historia, ha demostrado que tales franjas de los invisibles,

> Han estado constituidas por zonas densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de los sujetos (normales), pero cuya condición de vivir bajo la esfera del signo de la exclusión es necesaria para circunscribir la esfera de los incluidos[12].

La exclusión, en el tema de la discapacidad, en la sociedad moderna, no ha sido establecida sobre el acuerdo de la expulsión ni la prescindencia, sino por el desarrollo de ciertas prácticas sociales y el establecimiento de circuitos institucionales diferenciados, que definen una suerte de "exclusión incluyente", pero en el cual se le niega a la persona con discapacidad de las oportunidades para desarrollar todas sus capacidades. Esta suerte de exclusión incluyente, ubica a las personas con discapacidad, en un lugar dentro de la sociedad, como demandantes de ciertos servicios y atenciones (rehabilitación, medicamentos, ayudas técnicas) y destinatarios de algunas políticas compensatorias, que en ocasiones pueden esconden la exclusión masiva y naturalizada de estos grupos. Una visión deliberada o no, de las personas con discapacidad, quienes son considerados sólo en su condición de objetos de intervención profesional y asistencia y excluyen deliberadamente la posición de las propias personas con discapacidad.

> En un contexto en que la tradición científica predominante nos impide confiar en otras formas de comprender la realidad, puede ser difícil aceptar que las nociones de salud y enfermedad son por naturaleza productos, permanentemente inacabados, de complejos procesos sociales de significación[3].

El pensamiento preponderante dentro de una sociedad acerca de la salud y de la enfermedad marcará siempre las acciones que se despliegan para alcanzarla o atenderla. Cuando se habla de salud, desde la concepción "ausencia de enfermedad", las acciones estarán siempre dirigidas a los servicio de atención; cuando se piensa en el desarrollo de proyectos de vida medidos a través de las interacciones de los sujetos con su contexto, las acciones estarán dirigidas a las condiciones de vida de las personas.

A manera de cierre, tanto las conceptualizaciones acerca de la salud como la discapacidad, han transitado por un largo e histórico proceso de resignificación de su concepto y alcances, el cual ha estado condicionado preponderantemente por las convenciones presentes en las sociedades y sus diversos actores. Las cuales han marcado no solo las formas como se analizan sino las estrategias de intervención o de atención que se despliegan ante la presencia de ambos. Es un hecho innegable las transformaciones conceptuales y de representación que han ocurrido en ambas desde finales del siglo XX, sin embargo es prioritario seguir avanzando en la transformación de las representaciones e imaginarios que se entrelazan en las sociedades y sobre todo en el personal sanitario acerca de la discapacidad y la salud.

Los modelos de salud y de discapacidad preponderante prácticamente hasta nuestros días ha sido el modelo biomédico. El cual ha mantenido una visión de ambos de manera reduccionista y atada al concepto de dos condiciones mutuamente excluyentes, con lo cual se ha limitado la inclusión de otras formas y consideraciones de entender tales procesos, ya que se construyen el significado de uno en relación al otro y se condicionan la presencia de uno en la negación del otro. Lo cual nos coloca en un círculo infinito de nunca acabar.

La construcción de una nueva visión de la salud desde la discapacidad, sustentada en el funcionamiento, como está propuesta en la CIF, involucra la reconsideración de la salud, cimentada sobre un continuo que está contenida entre el funcionamiento y la discapacidad. Sobre el cual se integran diversos aspectos que tienen que ver: con el cuerpo y sus funciones, con la consecución de las actividades de la vida diaria y los niveles de independencia y por último, con el nivel de participación y de autonomía que alcanzan las personas en los espacios donde éstas viven, trabajan y se divierten. Elementos, que se alinean mejor con una novedosa noción de la salud, más contextualizada desde los espacios donde ésta se construye o se defiende; dinámica y en positivo.

Es posible hablar de la salud desde la discapacidad, pareciera que la afirmación se hace viable si la construimos desde un lenguaje en positivo, filtrando las adherencias producto de la aplicación ortodoxa de la medicalización y abriendo el abanico para el uso de otros tipos de indicadores para medir la salud, más allá de la resolución de la condición, que atinen mejor a la vida que llevan las personas y como estas valoran sus condiciones de vida o su nivel de funcionamiento. El uso en positivo del lenguaje contempla otros aspectos de la vida de las personas más allá de lo biológico y sus funciones, como puede ser su percepción de su estado de salud, las capacidades para desenvolverse en su medio o contexto de manera autónoma y con libertad de escogencia, los cuales pudieran ser nuevos indicadores para medir el impacto de la discapacidad sobre el funcionamiento de las personas.

La incorporación del funcionamiento y el reconocimiento tanto del contexto como de las relaciones que operan en éste, ha abierto un novedoso proceso de diagnóstico y consideración de factores no imaginables hasta el momento, lo cual ha enriquecido y extendido las fronteras de la salud y la discapacidad, a través del funcionamiento. Abandonando aspiraciones utópicas acerca de la salud y avanzando en la relevancia del desarrollo de las capacidades de personas en el

desarrollo de sus capacidades de operar en su contexto de manera autónoma. "No vivimos para tener salud, sino que procuramos tener salud para vivir con más intensidad y mejor."[19].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud; Informe mundial sobre la discapacidad; 2011 ed; ediciones de la OMS; Malta; 2011; (1-37).
2. World Health Organization; Global status report on noncommunicable diseases; 2014 ed; WHO Press; Luxembourg; 2014; (1-392).
3. Gómez A. La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Revista en línea]]. 2002 [consultado 16 agosto 2016]; 20 (1): [101-116].
4. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. Revista Venezolana de Sociología y Antropología [Revista en línea]. 2008 [consultado 16 agosto 2016]; 18 (53): [610-633].
5. Organización mundial de la salud; Constitución de la organización mundial de la salud; 45 edición; Ediciones de la OMS; Nueva York; 1948; (1-18).
6. Fernández M, Makoukji Y, La salud, construcción de un concepto, Cuaderno de la Escuela de Salud Pública; 2003; 72, 1-13.
7. Organización Mundial de la Salud; Carta de Ottawa para la promoción de la salud; 1986 Ed; Ediciones OMS; 1986; (1-4).
8. Querejeta M. Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE/CIF. Rev. Esp. salud pública [Revista en línea]. 2009 [consultado 16 agosto 2016]; 83 (6): [771-773].
9. Organización Mundial de la salud; Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía; 1 edición; Imserso; España; 1980; (1-320).
10. Egea GC, Sarabia SA; Clasificación de la OMS sobre discapacidad; DISCATIF; España; 2001; (1-15).
11. Maingon S R. Caracterización de los estudiantes con discapacidad. Caso: Universidad Central de Venezuela. Revista de Pedagogía [Revista en línea]. 2007 [consultado el 12 de marzo 2015]; 28 (81): [43-79].
12. Rosato A, Angelino A, Almeida ME, Angelino C, Kippen E, Sánchez C, et al. El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. Ciencia, Docencia y Tecnología [Revista en línea]. 2009 [consultado el 16 de agosto de 2016]; XX (39): [87-105].
13. Organización Mundial de la salud; Clasificación Internacional del Funcionamiento, la salud y la discapacidad; 2 edición; Imserso; España; 2001; (1-324).
14. Quejereta M; Discapacidad y dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación; 1 edición; Artegraf; España; 2004; (1-163).
15. Samaniego de García, P; Personas con discapacidad y acceso a servicios educativos en Latinoamérica: análisis de situación; 1 edición; Ediciones Cinca; Madrid; 2009; páginas citadas (1-456).
16. World Health Organization; Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF; 1 end; WHO Press; Geneva; 2002; (1-23).
17. Hernández RM. El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. Revista CES Derecho [Revista en línea]. 2015 [consultado el 16 de agosto de 2016]; 6 (2): [47-59].
18. Melguizo RC. Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. Praxis Sociológica [Revista en línea]. 2014 [consultado el 16 de agosto de 2016]; (18): [155 -175].
19. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M y Alarcos CA. los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública [Revista en línea]. 2010 [consultado el 16 de agosto de 2016]; 84 (2): [169-184].