

SALUD Y DISCAPACIDAD

Comisión Salud

1. Diagnóstico

La Salud es más que la ausencia de enfermedad. Es un proceso dinámico, multidimensional y multifactorial en el cual interactúan permanentemente distintos sistemas, por lo cual resulta claro concluir que de esta interacción surgen funcionamientos humanos determinados, que varían de persona a persona, según contextos y momentos de la vida. En esta diversidad de funcionamientos se presenta la Discapacidad, fenómeno que “indica los aspectos negativos de la interacción entre los individuos (con una ‘condición de salud’) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” y que, en el día a día, se manifiesta como limitaciones para la realización de actividades y/o como restricciones en la participación social.

Desde el ámbito de la Salud Pública, y tal como lo son la morbilidad y la mortalidad, la Discapacidad es un resultado sanitario cuya medición nos permite contar un panorama más completo del estado de Salud de la población. Así mismo, el conocerla en profundidad nos permite abordarla y, de esta manera, contribuir a su disminución (tanto en magnitud o como en severidad), tanto desde el manejo de la condición de salud de base como desde el ajuste necesario del sistema sanitario para atender las necesidades generales y específicas de las personas en situación de discapacidad. Lo anterior considerando que el Sistema de Salud actúa un determinante de la Discapacidad.

Sabemos que los resultados en salud no se distribuyen de manera equitativa en la sociedad. Distintos elementos impactan de manera injustamente desigual en el desarrollo vital de las personas y de manera francamente negativa en ciertos grupos que se encuentran más expuestos que otros a la vulneración sistemática de sus derechos. Las barreras que se levantan para determinados grupos humanos en el acceso y uso de servicios básicos y esenciales para la vida como lo es la Salud son consideradas inequidades. Y, a su vez, tales inequidades son interpretadas desde el enfoque de Derechos Humanos (DDHH) como brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos fundamentales.

Históricamente, las personas en situación de discapacidad han sido uno de los grupos definidos como vulnerable en materia de DDHH. En Chile, un 16,7% de las personas de 2 y más años se encuentran en situación de discapacidad (2.836.818 personas); 20,0% de la población

adulta (de 18 años y más) y 5,8% de la población infantil (entre 2 y 17 años). Esta cifra, al compararse con datos anteriores refleja el aumento significativo en la prevalencia y da cuenta de una situación nacional totalmente coherente con lo estimado por la OMS en el año 2011, cuando indica que entre un 15.6% y un 19.4% de personas de 15 años o más viven con alguna discapacidad en el mundo.

El 62% de las personas en situación de discapacidad en Chile son mujeres y 38% son hombres. En el grupo de adultos con discapacidad, el 11,7% está en grados leve o moderado y el 8,3% tienen discapacidad severa. Los quintiles más bajos de ingresos (I y II) tienen un mayor porcentaje con personas adultas con discapacidad. En ellos además se encuentran los grados más severos de discapacidad. Las personas adultas con discapacidad de los quintiles más bajos, presentan menor acceso a servicios de rehabilitación en relación a los quintiles más altos. Mientras mayor es el grado de discapacidad, mayor porcentaje de la población que reporta sentirse discriminada (31,1% en el grupo con discapacidad severa) y un 40,4% de los adultos con discapacidad se encuentra en dependencia funcional (dificultad extrema o imposibilidad de realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria).

En cuanto al estado de salud, el Informe Mundial de la Discapacidad recaba datos internacionales que se orientan a indicar que las personas en situación de discapacidad tienen niveles de salud más precarios que la población general. En este sentido, es importante comprender que las personas en situación de discapacidad junto con tener condiciones de salud primarias (posible punto de partida de una discapacidad, por ejemplo, parálisis cerebral) y secundarias (adicionales a la condición primaria y posibles agravantes de la discapacidad, por ejemplo, úlceras por presión) sufren de condiciones concurrentes (independientes de la discapacidad) que muchas veces pasan desapercibidas por los profesionales de la salud y que finalmente aumentan la severidad de la discapacidad y pueden aumentar el riesgo a desarrollar nuevas condiciones concurrentes y a morir prematuramente. En este sentido, la actuación oportuna del sistema de salud es esencial.

En Chile, la red de Rehabilitación Integral comienza su desarrollo formal en el año 2007 con la instalación progresiva de equipos en el nivel primario de atención, disminuyendo considerablemente las dificultades de acceso a este servicio a nivel territorial para adultos con necesidad de rehabilitación física. Esto, junto al fortalecimiento de la rehabilitación a nivel hospitalaria permite que luego de 9 años, se haya alcanzado aproximadamente un 45,3% de cobertura de servicios de rehabilitación en los establecimientos de salud de la red pública. Sus acciones se dirigen principalmente a personas adultas con condiciones de salud neurológicas y osteomusculares, siendo además un importante eslabón en el proceso de Calificación y Certificación de discapacidad a través de equipos altamente capacitados que facilitan este trámite a la población y así disminuyen barreras de acceso a beneficios sociales.

Sin embargo, esto no es suficiente. Los cambios demográficos y epidemiológicos de la población chilena sumado a los avances clínico-tecnológicos demandan servicios de rehabilitación

más accesibles y eficientes en responder a las necesidades de las personas, situación que, al ritmo de crecimiento actual de la red se vislumbra compleja. Pero las acciones del sector no se pueden centrar solo en eso ya que es deber del Estado el proporcionar acceso a las acciones de salud general a toda su población en igualdad de condiciones, lo que implica disminuir barreras y aumentar los facilitadores para acceder y hacer uso del sistema sanitario en su totalidad.

2. Objetivos

Mejorar el acceso oportuno a atención en salud y rehabilitación de calidad a las personas en situación de discapacidad y a las personas sin discapacidad que lo requieran.

3. Propuestas

PROPUESTA

Disminuir la brecha de atención general en Salud a las personas en situación de discapacidad o con limitaciones en el funcionamiento, procurando mejorar el acceso a la información y a la estructura física de los centros de salud de los distintos niveles de atención. Se priorizará la disminución de barreras y la incorporación de facilitadores necesarios para mejorar el acceso a acciones preventivas (Examen de Medicina Preventiva del Adulto, PAP, Mamografías, examen de Próstata, consultas de regulación de la fertilidad, salud oral, etc.) y a las atenciones del nivel primario en general.

PROPUESTA

Fortalecer la Rehabilitación Comunitaria en la Atención Primaria de Salud en cobertura y calidad disminuyendo la brecha de acceso territorial a las distintas estrategias (Centros Comunitarios de Rehabilitación, Salas de Rehabilitación y Equipos Móviles) y mejorando las competencias y desempeño de los equipos a través del aumento de horas profesionales (Terapia Ocupacional y Kinesioterapia) y la incorporación de nuevas y necesarias disciplinas a los equipos de rehabilitación (Fonoaudiología, Psicología y Trabajo Social).

PROPUESTA

Fortalecer la Rehabilitación en Hospitales, haciendo de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación, equipos de apoyo transversal a otros servicios de atención procurando que la atención de rehabilitación se dé no solo desde etapas tempranas del problema de salud y con continuidad hasta la atención ambulatoria, sino que también se realice en todos los casos y áreas de intervención en que se necesite (Neurología, traumatología, Otorinolaringología, Cardiología, etc.). Para ello también es necesario el aumento de horas profesionales y la generación de equipos núcleo en hospitales (al menos Fisiatría, Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología).

PROPUESTA

Desarrollar una estrategia de Rehabilitación Infantil en el sector público de Salud que se incorpore de manera coherente al modelo de Biopsicosocial de atención que se espera para una red integral de rehabilitación (Rehabilitación Comunitaria y Rehabilitación Hospitalaria) y que se articule de manera eficiente a la estructura sanitaria e intersectorial existente (red de rehabilitación, Chile Crece Contigo, educación, etc.).

PROPUESTA

Generar respuestas de rehabilitación para personas con discapacidad de origen sensorial visual y sensorial auditivo que se articulen eficientemente con las acciones ya existentes en el sector (Servicios de Oftalmología, Servicios de Otorrinolaringología, Programa de Resolutividad de la Atención Primaria, etc.) y con el intersector (Educación, Trabajo, Desarrollo Social, etc.) con el objetivo de contribuir al proceso de inclusión social. Dichas repuestas deben incorporar, inicialmente, la rehabilitación auditiva en sus distintas modalidades (respetando la autodeterminación), Orientación y Movilidad (OyM) y apoyo en el mejor desempeño en Actividades de la Vida Diaria (AVD).

PROPUESTAS

- Articulación entre las redes de Rehabilitación Integral y de Salud Mental.
- Fortalecer el proceso de mejora de acceso a ayudas técnicas en el sector salud.
- Retomar trabajo en Habilidad y Rehabilitación para el trabajo.