

# LA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD: UN RECUENTO HISTÓRICO INTERNACIONAL, NACIONAL Y DISTRITAL, 1979-2004<sup>\*</sup>

María Teresa Buitrago Echeverri<sup>\*\*</sup>

## Resumen

*Este artículo pertenece al marco referencial de un estudio cualitativo titulado: Un camino en construcción: percepciones y alcance de las asesorías domiciliarias como parte de la rehabilitación basada en comunidad, la experiencia en Bogotá, que muestra los avances alcanzados con estas acciones en personas en situación de discapacidad, desarrollados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en las veinte localidades. Muestra un recorrido de los enunciados teóricos y conceptuales sobre la rehabilitación basada en la comunidad propuestos por la OMS, la OIT y la OPS, así como la adopción y adaptación que realizó la Secretaría Distrital de Salud para iniciar la operación de la estrategia, como parte de la prevención y manejo de la discapacidad en Bogotá. La importancia de la rehabilitación basada en la comunidad se centra en su poder para acercar los intereses y potencialidades tanto*

<sup>\*</sup> Artículo producto de la investigación para optar el título de la Maestría en Desarrollo Educativo y Social. Recibido para evaluación: 19 de agosto de 2008. Aceptado para publicación: 8 de octubre de 2008.

<sup>\*\*</sup> Enfermera epidemióloga. MSc en Desarrollo Educativo y Social. Docente del Departamento Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mbuitragoe@javeriana.edu.co.

*de las personas en situación de discapacidad como sus familias, instituciones y profesionales en la materia, a fin de avanzar en la equiparación de oportunidades y la inclusión social de esta población.*

**PALABRAS CLAVE:** *rehabilitación, personas con discapacidad, enfermería en rehabilitación.*

## COMMUNITY BASED REHABILITATION: HISTORICAL INTERNATIONAL, NATIONAL AND LOCAL ACCOUNT, 1979-2004

### Abstract

*This article is a piece of a qualitative study's reference framework entitled A Path under Construction: Perceptions and Extent of Domiciliary Advisories as a Part of the Community based Rehabilitation, the Experience in Bogota. It shows the progress reached by these actions on people in situation of disability, developed by the Local Secretary of Health in the twenty localities of Bogota. A path of conceptual and theoretical statements on community based rehabilitation proposed by the WHO, the ILO, the HPO is evidenced. And also the adoption and adaptation of this path by the Local Secretary of Health for the operation of the strategy, like part of the prevention and management of the disability in Bogota. Community based rehabilitation is important because it is able to approach the interests and potentialities of the people in situation of disability, their families, the institutions and professionals in the matter, thus to advance in the leveling of opportunities and social inclusion of this population.*

**KEY WORDS:** *Rehabilitation, disabled persons, rehabilitation nursing.*

## Introducción

*La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes. (1)*

Esta estrategia fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a principios de la década de los ochenta, y estructurada a partir de experiencias de trabajo comunitario en África. En América Latina se desarrolló con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con experiencias de diferente índole y tenor. En Colombia, entre el antiguo Ministerio de Salud y la OPS, se realizó en la segunda mitad de la década de los ochenta y principios de la de los noventa un esfuerzo para su implementación, que incluyó capacitación a profesionales del área de rehabilitación de los servicios departamentales y regionales de salud, así como de instituciones no gubernamentales que trabajan aún hoy en el tema. En Bogotá se inició a partir de 1994 con desarrollos diferenciales y escalonados de sus componentes.

A pesar de las diferentes nominaciones y orden en que se desarrollen los componentes de la estrategia, situación que a mi modo de ver se relaciona con el momento histórico y las particularidades del contexto donde esto sucede, la RBC se constituye en una estrategia que permite orientar la política pública y social de, hacia, para y con las personas en situación de discapacidad.

## Surgimiento de la rehabilitación basada en la comunidad

Históricamente nos es dado reconocer que los avances o estancamientos que encontramos en nuestras sociedades en relación con la población de personas con alguna discapacidad ha dependido siempre de las actitudes y comportamientos de los no discapacitados.

De manera general se citan cinco reacciones alternativas ante la presencia de las personas discapacitadas: eliminación (desembarazarse de ellos), asilo (alejarse de la vista de los no discapacitados), institucionalización (donde se provee asistencia con base en la segregación), integración (estímulo para que se integren en sus familias y comunidades) y autorrealización (apoyo para que logren el total desarrollo de su potencial humano), y se supone un grado de evolución entre estas, que sin embargo no es lineal, pues en la actualidad este tipo de alternativas conviven simultáneamente (2).

La rehabilitación ha evolucionado a la par con estas alternativas. Situaciones como el regreso de muchas personas con discapacidad a sus hogares a partir de la Segunda Guerra Mundial y la escasez de instituciones y recursos para su manejo presionaron para desinstitucionalizar la atención; además de otras alternativas, como los programas

de autocuidado, desarrollados ante la ausencia de suficiente número de profesionales y la falta de efectividad de las terapias en algunos casos, por ejemplo, el caso de la experiencia de Alcohólicos Anónimos, en 1935.

Otro factor importante fue la aparición de gran cantidad de personas de la tercera edad en situación de discapacidad en los países industrializados, lo cual presionó el desarrollo de programas de autotratamiento. Así, los profesionales de la rehabilitación pasaron de proveedores de servicios a maestros de autoterapia, método que una vez evaluado científicamente, ha demostrado gran efectividad si además está acompañado de una buena y constante supervisión profesional.

Sin embargo, avanzar en un real proceso de rehabilitación implica la autorrealización de las personas con discapacidad, entendida esta como “que cada persona debe ser capaz de satisfacer sus necesidades, desempeñar un rol activo en la sociedad, vivir una vida digna independiente y con total reconocimiento de sus habilidades” (3). Para el logro de este proceso la RBC propone la satisfacción de necesidades según la teoría de la motivación de Maslow, que las agrupa entre necesidades de supervivencia y seguridad, necesidades sociales y necesidades de autorreconocimiento y autorrealización, únicamente posibles cuando la persona se encuentra integrada a la comunidad.

A lo anterior se debe, según Helander —citado en el *Manual para el facilitador*— (3), el desarrollo de la RBC, aunado también a un análisis sobre todo lo que los programas de rehabilitación deben incorporar: enfoques de tecnologías de autocuidado y cuidado en el hogar, aumento por el respeto de los derechos humanos de las personas en condición de discapacidad, total integración social acompañada de programas para preparar a la comunidad para asegurar el reconocimiento, actitudes menos paternalistas y autoritarias y esfuerzos que promuevan la autorrealización.

Los esfuerzos para modificar la rehabilitación parten del informe de la reunión de expertos, realizada en septiembre de 1969, en Killarney, Irlanda, donde se concluyó que era necesario un cambio de tecnología y buscar nuevos sistemas de ejecución de servicios y nuevos perfiles de recursos humanos. De acuerdo con ello, parecía que la única solución era extender los servicios.

Continuando la búsqueda, se inició un estudio mundial sobre la tecnología utilizada en rehabilitación, cuya conclusión fue que la mayoría de técnicas fueron heredadas de los siglos anteriores sin ningún enfoque racional y práctico. Debido a ello surgió la inquietud de conocer qué pasaba con la rehabilitación de estas personas en los llamados países en desarrollo, partiendo de las premisas de su escasez de recursos y su limitado acceso a tecnología.

La observación de la respuesta que se generaba en estas condiciones, que correspondió a adecuaciones realizadas por la familia, instrucción y capacitación sobre cómo desempeñarse en el medio local —por ejemplo, personas ciegas que se movilizan perfectamente en su entorno—, permitió concluir sobre el éxito de los tratamientos realizados en la comunidad, por lo cual se decidió observar y describir sistemáticamente la tecnología allí desarrollada. Esto permitió normalizar estas tecnologías y probarlas en algunos países de Centro y Suramérica, entre 1979 y 1982.

En América Latina, David Werner desarrolló, para la misma época, experiencias de trabajo comunitario en México con población en condición de discapacidad en comunidades marginales, en el marco de la estrategia *Donde no hay Doctor*,<sup>1</sup> adaptando el sentido de esta, pero para personas en esta condición. Esta experiencia se publicó publicada después en el libro *El niño campesino discapacitado* (4).

Sin embargo, la existencia de estas orientaciones no resolvía el problema de cobertura en rehabilitación y resultaba ilógico pensar nuevamente en estructuras específicas para responder por este proceso en las comunidades. Por ello se pensó en aprovechar el sistema propuesto en el enfoque de atención primaria en salud, ratificado en Alma-Ata, en 1978, con la ayuda de otros sectores, como educación o servicios sociales.

Se partió entonces de una estructura básica, en la cual el proveedor de servicio debe ser un miembro de la familia de la persona con discapacidad, guiado y supervisado por un trabajador de la salud (o maestro o asistente social), con un sistema de referencia que responda a las necesidades de la comunidad y la capacitación y orientación a los profesionales para realizar: capacitación, supervisión, seguimiento, administración y referencia en otros ámbitos. Esta fue la estructura básica que se propuso entonces para la estrategia de RBC.

Con el fin de orientar el desarrollo de la RBC como estrategia, la OMS produjo en 1983, bajo la coordinación de Helander, después de sistematizar la experiencia en los países de Centro y Suramérica, un compendio de 10 módulos sobre su administración, los cuales fueron adaptados en 1984 (5). A partir del uso dado a estos por parte de la OPS, fueron realizándose las adaptaciones necesarias para hacerlos extensivos a los países de la región, en los talleres regionales y subregionales de capacitación a profesionales encargados de promover la estrategia

<sup>1</sup> Estrategia diseñada para capacitar a personal voluntario en general de áreas rurales en aspectos básicos de acciones en prevención de enfermedades y algunos manejos básicos, incluyendo primeros auxilios.

en los sitios correspondientes. El *Manual del facilitador*, usado desde 1987, continúa vigente aún con las adaptaciones realizadas.

## Estrategia

Algunas definiciones, principios, búsquedas y componentes, como el transcurrir del tiempo y el desarrollo de diferentes experiencias a lo largo de dos décadas de la RBC, cambian y su concepto evoluciona; sin embargo, es importante constatar cómo sus principios siguen intactos y se nutren de nuevos enfoques y que sus componentes básicos —a pesar de perdurar— han sufrido también adaptaciones, según los contextos donde se desarrollan.

## Sobre las definiciones

De acuerdo con la dra. Martha Mazás:

*Entendemos por rehabilitación con base en la comunidad (RBC) a aquellos procesos y resultados que, fundamentalmente y apoyados por las organizaciones de base, logren incluir al propio discapacitado en la búsqueda de soluciones más apropiadas, con el empleo de tecnología sencilla y accesible y haciendo uso racional de los recursos físicos, técnicos económicos y humanos existentes para su integración. (3)*

*El enfoque de la RBC forma parte de un movimiento que ha obtenido una aceptación general con la adopción del Programa Mundial para los Impedidos, documento básico del Decenio de las Naciones Unidas para los impedidos. [...]*

*La RBC adopta en principio dos modalidades: para una escuela de pensamiento, la RBC consiste en realizar un esfuerzo para encomendar a los miembros de la familia de la persona incapacitada y a la comunidad, la misión de llevar a cabo la función rehabilitadora. Teniendo presente el modelo básico de servicios de salud primaria, se procedió a simplificar al máximo la rehabilitación para permitir que incluso personas analfabetas de la comunidad puedan efectuar ejercicios terapéuticos, y producir y utilizar recursos sencillos y dispositivos auxiliares. La otra escuela de pensamiento ideó una modalidad de RBC como servicio de extensión para poder llegar a un número mayor de personas incapacitadas, sobre todo en las regiones rurales, y orientar así a las personas que requieran una atención más especializada hacia los centros de rehabilitación existentes. (6)*

*La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de*

*oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes. (1)*

*Es una metodología de trabajo que permite el involucramiento de manera coordinada de los diferentes actores sociales (personas con discapacidad, familia, Estado y sociedad civil) en la búsqueda de alternativas que permitan la integración social de personas con discapacidad, a través de la participación activa en la sociedad y tomando en cuenta los recursos existentes. (7)*

*La RBC comprende acciones a desarrollarse a nivel comunitario aprovechando al máximo y constructivamente sus recursos propios e involucrando al propio incapacitado, su familia y su entorno. Hace uso de tecnologías simplificadas y apropiadas del medio. Pretende aumentar la cobertura de atención en las zonas rurales, suburbanas y urbana, proyectándose como alternativa para la reducción de costos, descentralización de servicios e incorporación de la propia cultura, hábitos y usos, tomando en cuenta las opciones concretas del individuo para su desarrollo en las diversas etapas de su vida dentro del marco social que le circunda fijando como objetivo la necesidad de la propia autorrealización, autoestima y reconocimiento. (3)*

*La RBC es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social y otros. (8)*

La Asociación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT, por su sigla en inglés), en su *Documento de posicionamiento sobre rehabilitación basada en comunidad*, de 2004:

*Reconoce que existe una amplia diversidad de opiniones y filosofías sobre lo que realmente es o debería ser la Rehabilitación Basada en la Comunidad o RBC (Community Based Rehabilitation o CBR). La RBC cubre una gran variedad de intervenciones relacionadas con la discapacidad. Este documento se basa en el entendimiento de la RBC como una estrategia de rehabilitación, igualdad de oportunidades e integración social de personas con discapacidad dentro del desarrollo comunitario. La RBC se implementa a través de los esfuerzos combinados de los actores relevantes en la comunidad*

*y la participación activa de las personas con discapacidad, sus familias y su comunidad. La RBC facilita el acceso y la participación, a consumidores y proveedores, a los apropiados servicios de salud, educación, servicios sociales, vocacionales y otros. (8)*

Las anteriores definiciones siempre evidencian el papel protagónico de la persona en situación de discapacidad, su familia y comunidad, lo que implica que está implícita la premisa de integración de la población en esta condición, más allá de la prestación de un servicio. Algunas colocan la estrategia en el plano de acercamiento de servicios y cobertura, en términos de llegar con la rehabilitación a un mayor número de personas; otras proyectan el impacto del trabajo hacia enfoques de desarrollo comunitario que involucran la necesidad de participación activa de otros sectores.

### Sobre los principios y búsquedas

Los principios fundamentales de la RBC, según Helander, son: la igualdad, la justicia social, la solidaridad, la integración y la dignidad para las personas con discapacidad. Considera que la RBC es una estrategia para mejorar la prestación de los servicios, para ofrecer oportunidades igualitarias y para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad:

*Necesita la participación completa y coordinada de todos los niveles de intervención educativa, salud, legislación, social y vocacional, porque se busca el fortalecimiento de las personas con discapacidad. Su meta es lograr un cambio, desarrollar un sistema que pueda llegar a donde está la gente que tiene la necesidad. Esto incluye la educación para las autoridades de gobierno y la comunidad, usando los recursos existentes de manera realista y sostenible. (5)*

Por su parte David Werner (4) propone dos metas para la RBC:

1. “Crear una situación que le permita a cada persona con discapacidad una vida lo más satisfactoria, autosuficiente y plena que sea posible y en cercana relación con los demás”.
2. “Ayudar a otras personas (las familias, vecinos, niñas y niños de la escuela, y todo los miembros de la comunidad) a aceptar, respetar y colaborar (sólo donde sea necesario) con las personas con discapacidad, las cuales deben tener igualdad de oportunidades para participar en su comunidad y asumir sus responsabilidades”.

Werner hace hincapié en el papel protagónico que las personas con discapacidad deben ejercer, dirigiendo y trabajando en su propio proceso de rehabilitación, para que obtengan un trabajo significativo y



tengan acceso a los recursos de sus comunidades. La autodeterminación de las personas con discapacidad es parte del desarrollo comunal. Por su parte, la Comisión Nacional de RBC de Nicaragua (7) propone en su marco de referencia algunas bases filosóficas de la RBC, como son:

- La Declaración de los Derechos Humanos.
- La problemática de la población con discapacidad es responsabilidad de la sociedad en su conjunto.
- El Estado tiene la responsabilidad de ofrecer servicios accesibles física y conceptualmente y que respondan a necesidades de la población.
- Las acciones comunitarias favorecen el abordaje integral y la defensa de los derechos de las personas con discapacidad.
- La sensibilización de la sociedad civil facilita la integración.
- El medio familiar y comunitario son los medios naturales donde las personas se desenvuelven en la vida cotidiana, por ende, son los propicios para la integración social.
- La participación de las personas con discapacidad y sus familias es fundamental en el proceso de integración y rehabilitación.
- Las actividades que se desarrollan en el ámbito comunitario promueven el diálogo, la tolerancia, la comprensión de la diferencia, y pueden fortalecer la democracia local.

Este panorama de principios y búsquedas puede resumirse en la misma acepción del origen de la palabra *rehabilitar*, que procede “del derecho romano donde re-habilitare tiene el significado de restitución de la dignidad y de los derechos ciudadanos” (9). En este sentido, la búsqueda es hacia la garantía de los derechos humanos, que son inalienables para cualquier persona; la responsabilidad individual, colectiva y social del respeto y reconocimiento por la diferencia, y la respuesta social organizada que permita el desarrollo humano, comunitario y social en su extensión más amplia.

### Sobre los componentes

Las orientaciones sobre los componentes básicos, enunciadas por la OMS, han sufrido algunas variaciones propuestas por otros aventureros de la RBC en diferentes países, como las siguientes:

La OMS, en su *Manual para el facilitador* (3), establece los siguientes pasos y orientaciones para el desarrollo de la RBC:

- *Políticas*: se refiere al pronunciamiento político de la autoridad que se encargará de responder por la implementación de la estrategia en el marco de las políticas adoptadas por el gobierno para la población con discapacidad.

- *Compromiso de la comunidad con el enunciado político*: posicionamiento de la política con grupos de personas discapacitadas, grupos de ciudadanos interesados, personas influyentes, medios masivos y otros grupos existentes como: partidos políticos, sindicatos, grupos religiosos, etc.
- *Programación*: (i) acercamiento a la situación de las personas con discapacidad (encuestas, estimaciones, investigaciones, causas, situación socioeconómica, servicios y recursos disponibles); (ii) objetivos: del mejoramiento de la salud para disminuir el impacto de la discapacidad; (iii) determinación de prioridades: comparar el problema con otros presentes en la comunidad para decidir si este es prioritario; (iv) estrategias: prevención, rehabilitación institucional y rehabilitación basada en la comunidad; (v) diseño del programa de RBC con tres componentes: identificación de las personas con discapacidad, rehabilitación de las personas discapacitadas (hogar, comunidad y servicios de referencia) e intervenciones para mejorar el medio; (vi) organización y administración: estableciendo los objetivos y competencias en los ámbitos nacional, provincial, municipal y comunitario.
- *Presupuesto*: estimación de los recursos necesarios para el financiamiento.
- *Evaluación*: es necesario el seguimiento de la estrategia y la definición de unos indicadores mínimos que permitan medir los logros de las acciones realizadas.

Además de lo anterior, el *Manual para el facilitador* orienta la acción de capacitación, y para cada caso cuenta con un módulo respectivo, así:

- Supervisores locales (agente de salud, maestro, o alguien que trabaje para la comunidad) quien tiene a cargo al implementación de la estrategia: capacitación a capacitadores (familiar, vecino o amigo de la persona con discapacidad), inserción escolar (capacitación a maestros), ubicación laboral, seguimiento.
- Comisión de rehabilitación de la comunidad que participa en la administración del programa: selección de supervisores locales, capacitación de los supervisores, iniciación del programa de rehabilitación; capacitación a capacitadores; inserción escolar y laboral; supervisión del programa de rehabilitación: reunión con supervisores locales; prevención de discapacidades: con supervisores locales y agentes de salud (educación sobre hábitos saludables, buena alimentación, cuidado para mujeres embarazadas, información sobre planificación familiar, inmunización para niños y adultos, educación sobre suministro de agua potable e higiene básica, tratamiento de enfermedades comunes, referencia a servicios de atención, suministro de medicamentos, acompañamiento a la comisión de salud de la localidad).

- Maestros de escuela (que tienen o tendrán niños discapacitados en sus aulas): guía para la integración de personas con diferentes discapacidades e importancia de su asistencia a la escuela.
- Personas discapacitadas: cómo ayudarse a sí mismo, escolaridad y ubicación laboral, cómo ayudar a otros discapacitados, cómo formar grupos de personas discapacitadas, participación en las actividades de la comunidad.

El *Manual* propone, además, los cuadernos de capacitación para los familiares de las personas con diferentes tipos de discapacidades: dificultades para ver, oír, hablar o desplazarse, falta de sensaciones en las manos o en los pies, conducta extraña, ataques o problemas para aprender, los cuales proveen información sobre diferentes discapacidades y los procedimientos de rehabilitación básicos para ayudar a las personas discapacitadas a realizar tareas de la vida diaria, como comer, vestirse, comunicarse, desplazarse, interactuar en su casa y en la comunidad.

Para la Comisión Nacional de RBC de Nicaragua, en su publicación *Hacia un modelo nicaragüense en RBC* (7), los componentes enunciados son las comisiones locales de RBC, la capacitación, el autodiagnóstico, la planificación, el registro, el acompañamiento y monitoreo y la evaluación.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, en su *Manual de lineamientos para la implementación de la estrategia de RBC*, en el 2002, establece los siguientes pasos para iniciar un proyecto de este tipo (10): sensibilización y capacitación al personal de salud, identificación y sensibilización a actores locales, capacitación para aplicación de encuestas de diagnóstico de discapacidades en la comunidad, análisis de información y diagnóstico de los servicios, selección de áreas de trabajo, constitución de comités de RBC, capacitación a los integrantes de los comités de RBC, formulación del plan de acción y apoyo de ayudas técnicas.

Para el Fondo Nacional de la Discapacidad (Fonadis), del gobierno de Chile,<sup>2</sup> en 2004, el criterio para la formulación y el desarrollo de proyectos de RBC es realizar un diagnóstico participativo (inserción en la comunidad) con un equipo multidisciplinario en terreno (intervención en red). De esta manera, la familia participa y se capacita en técnicas de rehabilitación (*empowerment*), formación de monitores comunitarios, activación de redes sociales de apoyo, sistematización y evaluación con

<sup>2</sup> Universidad de Chile, Departamento de Pregrado; Andrea Zondek D., terapeuta ocupacional; Fonadis; Gobierno de Chile.

la comunidad (antes, durante y después) y habilitación de infraestructura comunitaria.

De manera general, para las propuestas es prioritario partir de una necesidad enunciada por las comunidades, validarla con su participación activa y lograr un autodiagnóstico participativo; así mismo, formar a los individuos involucrados y monitorear y evaluar como parte integral del desarrollo de la estrategia. En todos los casos se menciona el uso del material de capacitación propuesto en los módulos de la OMS, en 1988.

La experiencia de la OMS muestra que son tres condiciones las necesarias para que un proyecto de RBC funcione: (i) una necesidad expresada por parte de las personas con discapacidad y sus familias, (ii) una respuesta de la sociedad que demuestre que están listos para responder a dicha necesidad y (iii) el apoyo de organizaciones afuera de la comunidad. Lo que sí parece ser cierto es que, como dice William Boyce (11):

*La Rehabilitación Basada en la Comunidad no tiene un mapa [...] lo que tiene es una serie de principios para una metodología de acción comunitaria que se ajusta a las condiciones, necesidades y recursos de cada país, regiones y comunidades, a sus estructuras administrativas, económicas y culturales, distribución de su población y los recursos financieros y las posibilidades de su fuerza laboral. Cada una de estas condiciones debe orientar el proceso de rehabilitación, si es que se logra que sea realmente “basado en la comunidad”.*

## La rehabilitación basada en la comunidad en Colombia

Después de desandada esta parte del camino, es preciso mostrar el recorrido que la RBC ha tenido en Colombia, para entender sus alcances y dificultades. Esta historia se reconstruye a partir de la memoria y el testimonio oral de dos personas testigos de este camino y la revisión de documentos de fuente secundaria. Los entrevistados corresponden a la actual directora del Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional-Inclusión, Integración para Personas con Discapacidad (GLARP-IIPD), Martha Aristizábal, y a Sergio Mauricio Plata, docente de la Universidad Nacional de Colombia, quien fue la primera persona que interactuó en el tema en representación oficial del antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, con la OPS y la OMS.

En diciembre de 1987, la OPS realizó un taller cuyo propósito era discutir las estrategias para difundir y desarrollar los talleres nacionales relacionados con la RBC, y al cual fue invitada Colombia. Se recibieron entonces los lineamientos y los materiales para orientar la multiplicación de la estrategia de RBC, en los ámbitos nacional y departamental, con el material de apoyo a la capacitación.

Una vez conocido este material y orientación, el Ministerio de Salud propició varios talleres, en los cuales fueron capacitados básicamente profesionales del área de rehabilitación de los servicios de rehabilitación que operaban principalmente en hospitales regionales de segundo y tercer nivel de atención, adscritos a los servicios departamentales y locales de salud, en los cuales no existía específicamente una dependencia dedicada a la rehabilitación, lo cual hacía difícil integrar la estrategia de RBC.

Sin embargo, dado el auge y desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para la época en nuestro país se contaba con una estructura amplia en términos de recurso humano de las llamadas *promotoras de salud*. Se logró así en algunas ciudades, con el compromiso de profesionales capacitados y la existencia de este “ejército” de personas, el desarrollo de algunas experiencias “oficiales” de RBC. Paralelamente, algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) de trayectoria en el tema de rehabilitación en el país fueron partícipes de la orientación y capacitación para el desarrollo de RBC, como el Comité de Rehabilitación de Antioquia, la Corporación Alberto Arango Restrepo (Ceder) en Manizales, la Corporación Regional del Valle, entre otras.

La estructura fragmentada del sistema de rehabilitación del país daba la competencia sobre los limitados sensoriales a instituciones como el Instituto Nacional para Ciegos (INCI), al Instituto Nacional para Sordos (Insor) y a instituciones privadas que fueron surgiendo por la asociación de padres de personas con este tipo de limitación y como respuesta a sus necesidades. La competencia sobre personas con retardo mental estaba en el Ministerio de Educación, que prácticamente limitaba la orientación de los servicios y programas de rehabilitación del sector salud a las limitaciones físicas, pues aún los enfermos mentales eran tratados en unidades de salud mental especializadas en el tema y esta entidad no era reconocida como discapacitante y que pudiera manejarse con la integración a la familia. Este panorama no favoreció la implementación de la RBC.

Aunado a lo anterior, los cambios en la estructura tanto del Ministerio de Salud como de sus homólogos departamentales y municipales,

sucedidos durante al década de los noventa, acompañados del posicionamiento débil del tema de la discapacidad en el ámbito político y en el de la rehabilitación en la estructura formal de los servicios nacional y departamentales de salud, fueron propicios para que las experiencias adelantadas en el sector “público” desaparecieran fácilmente.

En 1998, la Fundación de Wall (ONG holandesa) estaba en Centroamérica apoyando la estrategia de RBC, y a través de esta se gestionó un proyecto para que en Colombia, básicamente, orientara la formación de profesionales y extendiera la estrategia. En ese momento se contaba con desarrollos de proyectos sostenidos de RBC por parte del Ceder (Manizales), la Corporación Regional del Valle, la Fundación REI (Cartagena) y la del Comité de Rehabilitación de Antioquia.

La Fundación de Wall eligió al Comité de Rehabilitación de Antioquia para la formación de agentes de cambio, es decir, formación de formadores en Colombia, paralelamente con su implementación en Guatemala, Honduras y El Salvador. Para ello, cada país desarrolló sus propios módulos, pero adaptaron los lineamientos generales. Este proyecto contó con la participación de personas de las ONG mencionadas y del Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos (CRAC), de Bogotá, con el objetivo de que estas posteriormente expandieran la formación.

En esta segunda fase se capacitaron dos personas de las empresas sociales del Estado (ESE) de la red de Bogotá, quienes en ese momento eran responsables de la coordinación local del programa de prevención y manejo de la discapacidad, que se estaba estructurando y adaptando nuevamente a los cambios del Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la Ley 100 de 1993, pero que hasta entonces se estaba apropiando efectivamente.

## Rehabilitación basada en la comunidad en Bogotá

Llegados a este punto local del recorrido, son varios los cabos atados y por atar, y en este esfuerzo por recuperar y documentar la memoria de lo que ha sido este proceso, encontramos en el documento *Programa de prevención y manejo de la discapacidad, Bogotá-Colombia* (12), el siguiente contexto que describe de manera general el recorrido de la Secretaría Distrital de Salud en el tema de discapacidad y el inicio de la RBC hasta el 2004 (véase también Tabla 1):

*La prestación de servicios para las personas con discapacidad en la Secretaría Distrital de Salud se inició hacia 1979 (Resolución 002 de marzo de 1979) como una estrategia innovadora para ese*

*entonces, en respuesta a un estudio sobre la oferta y demanda de los servicios de rehabilitación en la capital; al implementar servicios de rehabilitación primaria y fortalecer las unidades de los hospitales de tercer y cuarto nivel. (12)*

Tabla 1. Relación de acciones técnico-científicas del Programa de Prevención y Manejo de la Discapacidad (1985-2003)

Año	Acciones
1985	Primera Semana de la Actualización en Rehabilitación
1986	Segunda Semana de Actualización en Rehabilitación
1986-1988	Participación en el Plan Supervivir
1987	Coordinación del Programa de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Discapacidades y Disturbios en Edad Evolutiva (Petrev)
1994	Elaboración de normas técnico-administrativas del programa de rehabilitación
1997	Construcción de la Política Distrital “Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad”, con el Comité Distrital de Discapacidad
1998	Elaboración de la investigación <i>Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica en Santa Fe de Bogotá</i> , coordinación con la Universidad Nacional de Colombia
1999	Curso de Capacitación a Cuidadores en Rehabilitación Basada en Comunidad, en coordinación con la Escuela Colombiana de Rehabilitación
1999	Sistematización de la Información de Recursos en Discapacidad (SIRD), en coordinación con la Corporación Síndrome de Down
1999	Diseño de la estrategia comunicativa “Una limitación hace la vida dura... Un prejuicio la hace imposible”
2000	Participación en el proceso de validación de la clasificación de deficiencia, discapacidad y minusvalía, versión 2
1999, 2002 y 2003	Curso de Capacitación en Lengua de Señas a Funcionarios de Salud, con la Sociedad de Sordos de Bogotá
2001	Elaboración de <i>Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad</i>
2001	Conformación de los bancos de ayudas técnicas de Bogotá
2001	Coordinación en la elaboración del Plan Distrital de Discapacidad
2001	Caracterización de los consejos locales de discapacidad, en coordinación con el Hospital Vista Hermosa
2001	<i>Manual de tecnología de baja complejidad para personas con discapacidad</i> , coordinado con el Hospital de Engativá y la Universidad Nacional de Colombia

Continúa

Año	Acciones
2001 y 2003	Formación de Facilitadores en Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria, en coordinación con el Centro de Rehabilitación de Adultos Ciegos, el Hospital de Usaquén y el Hospital de Engativá
2001 y 2002	Foro de experiencias exitosas en discapacidad
2002	Diseño de la estrategia comunicativa en prevención de discapacidad
2002	Hacia la articulación de la Red Distrital de Discapacidad, en coordinación con el Hospital Vista Hermosa
2002 y 2003	Diseño y formación en la <i>Metodología para el empoderamiento de familias con hijos con discapacidad cognitiva, menores de seis años a través de la capacitación</i> , en coordinación con la Corporación Síndrome de Dawn
2003	Capacitación a profesionales en la clasificación del funcionamiento, la discapacidad y la salud (OMS, 2001), en coordinación con el GLARP-IIPD

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá. Programa de Prevención y Manejo de la Discapacidad (13).

El recorrido de las acciones enunciadas en la Tabla 1 ha permitido desarrollar el programa en términos de estructuración, definición de nuevas estrategias, cualificación de los profesionales, organización de los servicios de rehabilitación, participación de las personas con discapacidad y fortalecimiento de las familias y las demás personas.

De acuerdo con lo anterior, para la fecha en que el Ministerio de Salud dio a conocer al país la estrategia de RBC, y según el testimonio del Dr. Plata, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, no la acoge para su implementación, pues era usual encontrar cierta resistencia a acoger totalmente las directrices ministeriales. Esto se ratifica con el hecho de que tan sólo en 1998 aparece cronológicamente la capacitación de dos personas de la Secretaría en la transferencia de la formación de formadores en RBC, que el CRAC hace producto de la capacitación realizada por el Comité de Rehabilitación de Antioquia en el convenio con la Fundación de Wall.

La transición de los años entre la orientación del Ministerio para la implementación de RBC y su comienzo en la Secretaría Distrital de Salud estuvo marcada también por el cambio de profesionales encargados de la coordinación del programa; sin embargo, el Dr. Plata recuerda que algunos principios de la estrategia fueron incorporados en la aplicación del programa Petrev desarrollado en dos localidades: Rafael Uribe y Tunjuelito, con el apoyo del gobierno italiano.

A la RBC en Bogotá se le reconoce como un antecedente importante en términos organizativos. El Acuerdo 016 de 1994, que crea el Consejo Distrital de Discapacidad, aunque poco funcional en sus primeros años, permite formular, con participación de representantes de diversas



instituciones distritales, la política de discapacidad Concertando Entornos Colectivos para las Personas con Discapacidad, en 1997. En este año, como parte de las acciones de la atención a personas discapacitadas por lepra, surgieron las asesorías domiciliarias a partir de un trabajo coordinado inicialmente con el Programa de Eliminación de la Lepra, la Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra y la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de educar a los pacientes y sus familias en la prevención de discapacidades por esta enfermedad. Una vez revisada la experiencia, se avanzó en su conceptualización y extensión como parte de la RBC.

Con el fin de integrar las acciones llevadas a cabo y potenciar el avance de la política con la participación intersectorial, que se había visto fortalecida por la administración a través del Consejo Distrital de Discapacidad, se formuló en el 2000 el Plan Distrital de Discapacidad 2001-2005, que establece dentro de una de sus líneas el desarrollo de la estrategia de RBC, en un esfuerzo consciente por consolidar el trabajo realizado a la fecha y potenciar los demás componentes de la estrategia no incorporados en ese entonces. Entre los años 2001 y 2004 la estructura para el programa en la Secretaría Distrital de Salud fue la señalada en la Tabla 2.

Tabla 2. Estructura del Programa de Prevención y Manejo de la Discapacidad en Bogotá

Prevención de la discapacidad	Intervenciones	
	RBC	Rehabilitación funcional
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento psicofísico del parto</li> <li>• Programas de estimulación adecuada</li> <li>• Identificación de riesgos auditivos, visuales, motores y de adaptación en menores de 12 años</li> <li>• Prevención de la discapacidad en enfermedades crónicas y de enfermedades transmisibles</li> <li>• Prevención de riesgos cardiovasculares y estrés postraumático</li> <li>• Prevención de accidentes en el hogar, la calle y la escuela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos formados en RBC</li> <li>• Grupos informados sobre discapacidad</li> <li>• Asesoría domiciliaria</li> <li>• Asesoría a instituciones prestadoras de servicios de rehabilitación</li> <li>• Banco de ayudas técnicas</li> <li>• Consolidación del Consejo Local o Red de Apoyo Social-Georreferenciación de la población con discapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación, diagnóstico y desarrollo de capacidad funcional, física, psicológica, mental o social</li> <li>• Suministro, reparación, renovación y entrenamiento de aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas técnicas necesarias para la recuperación funcional de la persona</li> </ul>

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá. Lineamientos de rehabilitación basada en comunidad: plan de atención básica (13).

Para el 2001, a la estrategia, además del desarrollo de los consejos locales y Distrital de Discapacidad y las asesorías domiciliarias a personas con discapacidad y sus familias, ya se le habían adicionado nuevas intervenciones: grupos formados, grupos informados, asesoría a instituciones prestadoras de servicios de rehabilitación, bancos de ayudas técnicas, e iniciado la georreferenciación de personas con discapacidad en cada una de las veinte localidades con que cuenta, según su división político-administrativa, el Distrito Capital.

Con estos avances, el grupo de profesionales que coordina el desarrollo de la estrategia en las localidades y la coordinadora distrital del Programa de Prevención y Manejo de Discapacidad definieron la RBC como la “estrategia de cambio del cuidado institucional al cuidado en el hogar, que provee entrenamiento a los profesionales de las áreas sociales y de la salud y enfatiza en acciones hacia el desarrollo comunitario” (13) y avanzaron en la conceptualización, haciendo acopio de la experiencia. Para el 2005, el grupo de trabajo la redefine como “una estrategia de intervención, de base comunitaria que involucra a la persona con discapacidad, la familia y la comunidad, cuya intervención se realiza en el entorno natural de la persona con discapacidad e integra diferentes sectores” (14).

Su objetivo principal es promover el reconocimiento de la población con discapacidad como miembros de la sociedad, con derechos y deberes ciudadanos, y el empoderamiento de la población con discapacidad y sus familias. Como parte del desarrollo conceptual que sustenta la estrategia se agruparon las intervenciones realizadas en cinco ejes (Tabla 3).

Tabla 3. Rehabilitación basada en la comunidad en Bogotá

Formación	Información	Desarrollo de habilidades	Concertación	Gestión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores de RBC</li> <li>• Agentes de cambio en RBC</li> <li>• Cuidadores de personas con discapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres de información en diversos temas</li> <li>• Jornadas masivas de información</li> <li>• Información por medios masivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría a IPS de rehabilitación</li> <li>• Asesorías domiciliarias</li> <li>• Bancos de ayudas técnicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación de los consejos locales de discapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de la estrategia</li> </ul>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Rehabilitación basada en comunidad en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (14).

Todo lo desandado hasta aquí nos muestra coincidencias y diferencias que nos permiten reconocernos como realidades diversas, procesos vivos y dinámicos, en los cuales es posible sentir la interacción de los seres humanos que les han dado vida, los han construido, los han puesto en marcha y los han recreado una y otra vez. Así, a este paso del camino vemos cómo los niveles expresados por la OMS para el desarrollo de la estrategia de RBC se han concretado en la formulación de una política, un plan de acción que expresa el “Compromiso de la comunidad con el enunciado político”.

Este compromiso llevado a cabo también en las acciones de los consejos distrital y locales de discapacidad, homólogos de alguna manera con los comités de RBC, buscan incidir en dar respuesta a las necesidades de una población a la que representan y concretar la acción ordenada que se requiere, según la competencia de diferentes sectores de la administración.

Siguiendo con lo propuesto por la OMS, la ruta de la programación y el acercamiento a la situación de las personas con discapacidad se han logrado a partir de las múltiples solicitudes formuladas por las personas con discapacidad, sus cuidadores o representantes, en el caso de las asociaciones que los recogen. Esto, sin ser un dato representativo del total de la población con discapacidad, ha sido su fuente de ubicación, por no contar con registros oficiales; acompañado del efecto de bola de nieve que causa en la comunidad la difusión de información sobre las acciones que buscan dar respuesta a sus requerimientos.

La definición del objetivo, la determinación de prioridades y la definición de estrategias en esta etapa de la programación se expresan en lo plasmado en el Plan de Discapacidad 2001-2005, elaborado con la participación de los sectores de la administración y la estructura del Programa de Prevención y Manejo de la Discapacidad, desde el sector salud en las estrategias de prevención, rehabilitación institucional (para Bogotá, rehabilitación funcional) y RBC.

El diseño del programa de RBC corresponde a la estructura que actualmente tienen sus intervenciones en los cinco ejes conceptuales mencionados en la Tabla 3. Respecto a la organización y administración, las funciones se encuentran definidas en los consejos distrital y locales, al igual que en el Plan de Discapacidad, responsables de las diferentes instituciones distritales en cada una de las líneas de acción propuestas, específicamente en las intervenciones de RBC, el liderazgo y la responsabilidad de las acciones como formación de facilitadores (homólogos de los supervisores locales), agentes de cambio (que incluyen educadores y otros miembros de la comunidad) y de cuidadores de personas con discapacidad. Entre tanto, el sector salud ha asumido

completamente las asesorías a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), bancos de ayudas técnicas, conformación y acompañamiento a consejos locales y asesorías domiciliarias. Por último, en las estrategias de información se ha logrado, cada vez más, la participación de otros sectores de la administración, la academia, asociaciones, representantes y personas con discapacidad.

Como uno de los últimos pasos, de acuerdo con lo propuesto por la OMS, el presupuesto del sector destinado a estas acciones es financiado con recursos de la ciudad y otros del Plan de Atención Básica, que es uno de los planes de beneficios del sector salud en la estructura del actual sistema. La evaluación ha estado presente durante todo el proceso, en un principio, seguimiento con indicadores más de cobertura y de inversión de recursos que de impacto, al igual que de modificación de contenidos de lineamientos y capacitaciones, producto de la reflexión permanente por parte del equipo de profesionales de las localidades y del distrito.

Por último, considero que nuestra —y digo nuestra porque de alguna manera este interés particular en su análisis me hace sentirme parte de ella— asesoría domiciliaria corresponde, según lo propuesto por la OMS, al proceso que se realiza por parte del supervisor local a la persona con discapacidad y su familia, con el fin de capacitarlos y orientar las acciones que pueden desarrollar para un mejor desempeño en actividades de la vida diaria y la canalización requerida, de acuerdo con las capacidades de la persona, ya sea a la integración escolar o a actividades productivas; al igual que su remisión a servicios de rehabilitación cuando la situación así lo amerite.

## Conclusiones

- La RBC, como estrategia de integración social, se constituye en motor de desarrollo social y humano. Su definición hace que, por la proyección conceptual con que cuenta, puedan sumarse a su implementación muchas más iniciativas que las inicialmente propuestas, acordes a las situaciones particulares de las comunidades en las cuales se desee implementar.
- La RBC fue pensada inicialmente para ser aplicada en áreas rurales con poblaciones alejadas de centros de referencia especializados en rehabilitación funcional; sin embargo, su énfasis en la participación comunitaria y social y en la integración de las personas con discapacidad, además de la necesidad de involucrar otros sectores para dar respuesta integral a este objetivo, posibilitan su aplicación en

contextos urbanos, con las adaptaciones necesarias de acuerdo con las particularidades de cada uno.

- La RBC, de acuerdo con sus principios y definición, se constituye en una estrategia que permite orientar la política pública y social de, hacia, para y con las personas con discapacidad, a fin de potenciar de esta manera el trabajo inter y trassectorial y la responsabilidad de la sociedad y las instituciones en su conjunto con esta población.
- Si bien el enunciado de la RBC, en términos de su implementación, hace hincapié en que su adopción debe ser explícita por parte de la comunidad en la cual se va a desarrollar, no en todos los casos la ruta es la descrita en el manual que para su implementación ha sido definido y difundido por la OMS. Como explicita el análisis de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), hay que tener en cuenta las realidades de las zonas urbanas actuales y las poblaciones, pues la aldea ideal no existe y en algunos casos las necesidades de las comunidades pueden ser distintas a las planteadas para el inicio de la RBC, lo que hace necesario cambiar el punto de partida o integrarse con programas para poder incluir la estrategia.
- A pesar de que hace aproximadamente 25 años se reconocieron las primeras voces de la RBC, de haber sido presentada al país a finales de la década de los ochenta y de sobrevivir algunas experiencias emprendidas por ONG, actualmente la única experiencia en Colombia desarrollada en el marco de una institución que oficialmente represente al sector salud es la de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Para el caso de Bogotá, es necesario reconocer que la adopción de la estrategia y su implementación en cada una de las veinte localidades no siguió estrictamente la ruta de un proceso de negociación y adopción por parte de las comunidades; partió sí de la respuesta a múltiples solicitudes emanadas de las personas con discapacidad y sus familias y fue construyendo intervenciones que hoy la convierten en una estrategia con varios componentes, asimilables en su mayoría a los propuestos por la OMS, con las adaptaciones particulares a sus contextos.
- En áreas urbanas con poblaciones numerosas, como es el caso de las veinte localidades de Bogotá, la estructura formal con que cuentan los consejos locales de discapacidad, equivalentes a los comités de rehabilitación comunitarios, se constituye en una fortaleza que posibilita la integración de los representantes de las instituciones gubernamentales, la representación de personas con discapacidad dada por ellas mismas o sus familiares en algunos casos y la movilización de recursos de otros fondos de financiación para proyectos

formulados por esta instancia, en pro de dar respuesta a las necesidades identificadas por sus integrantes.

## Retos

- Es necesario avanzar en la concepción y desarrollo intersectorial de la RBC, pues el hecho de haber surgido en el seno del llamado sector salud ha llevado a que aún no se vislumbren propuestas en las cuales acciones de otros sectores, a pesar de retomar sus postulados, se sientan parte integral de la misma estrategia. Esto depende no sólo de la capacidad de otros de aventurarse a explorarla, sino de la capacidad de desprendimiento y liderazgo conjunto que se pueda impulsar desde las mismas instituciones de salud que la han liderado.
- Se deben propiciar espacios de socialización de las experiencias desarrolladas dentro de la estrategia con otros actores y la sociedad civil, al igual que con tomadores de decisión, para avanzar en el reconocimiento de lo que la propia comunidad y las personas en condición de discapacidad hacen por el reconocimiento y el ejercicio efectivo de sus derechos y el desarrollo humano.
- Es imperativo compartir las experiencias de Bogotá con otras ciudades y departamentos, así como las experiencias de otros países, que puedan aportar en doble vía, tanto a aquellos que no conocen la estrategia y pueden apropiársela como en conocer desarrollos particulares que puedan ser integrados a la experiencia de Bogotá.
- El reto mayor, en términos no sólo de lo que puedan aportar estrategias como la RBC, es avanzar hacia el desarrollo de sociedades más justas, que realmente consideren la inclusión de la población con discapacidad en un marco donde la diferencia sea algo inherente a la condición humana y los derechos humanos sean realmente los orientadores de las políticas públicas y las acciones desarrolladas desde todos los sectores.

## Referencias

1. Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. RBC: con y para personas con discapacidad. Washington; 1994.
2. Cadena ME. Informe taller preseminario rehabilitación basada en la comunidad. La Habana; 1988.

3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Rehabilitación basada en la comunidad: taller participativo. En: Manual para el facilitador. Washington; 1988.
4. Werner D. Disabled village children. Palo Alto: The Hesperian Foundation; 1987.
5. Helander E. Prejudice and dignity: an introduction to community based rehabilitation. New York: United Nations Development Programme, Division for Global and Interregional Programmes; 1992.
6. Momm W, Konig A. De la rehabilitación basada en comunidad a los programas de integración comunitaria. Washington: OIT; 1990.
7. Comisión Nacional de RBC. Hacia un modelo nicaragüense de RBC. Managua; 1998.
8. Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. RBC: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Washington; 2004.
9. Organización Mundial de la Salud. Oportunidades iguales para todos: un proyecto de rehabilitación basada en comunidad para las comunidades urbanas pobres. Washington; 1996.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Manual de lineamientos para la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. San Salvador; 2002.
11. Boyce W. Adaptación de la rehabilitación basada en la comunidad para atender áreas de conflictos armadas. Disability World [en línea]. 2003 [fecha de acceso 2008 oct 30];(1). URL disponible en: [http://www.disabilityworld.org/06-08\\_03/spanish/noticias/cbradaptation.shtml](http://www.disabilityworld.org/06-08_03/spanish/noticias/cbradaptation.shtml).
12. García Ruiz AS. Rehabilitación comunitaria. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud Pública; 2003.
13. Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos de rehabilitación basada en comunidad: plan de atención básica. Bogotá: Dirección de Salud Pública; 2004.
14. Secretaría Distrital de Salud. Rehabilitación basada en comunidad en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Bogotá; 2005.

