

Artículo de revisión

Nombre de la Institución: Facultad de Tecnología de la Salud. La Habana.

Título: REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD.

Title: Rehabilitation based on the Community

José Miguel Jiménez Chacón^{*}, Julio Cesar Espín Falcón^{**}, Bárbara Felicidad Hernández Nieves^{***}, Betsy Alonso Piñeiro^{****}, Jorge Luis Montero Fuentes^{*****}

^{*}Licenciado en Tecnología de la Salud del perfil Terapia Física y Rehabilitación. Profesor Instructor. Facultad de Tecnología de la Salud. La Habana.

jmchacon@infomed.sld.cu

^{**}Doctor en Medicina. Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". La Habana.

icespin@infomed.sld.cu

^{***}Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos.

secsindc_aguada@cfg.sld.cu

^{****}Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos.

becsyap@jagua.cfg.sld.cu

^{*****}Licenciado en Tecnología de la Salud del perfil Terapia Física y Rehabilitación. Profesor Auxiliar. Facultad de Tecnología de la Salud. La Habana.

jorgeluismf@infomed.sld.cu

RESUMEN

La atención integral a la salud constituye uno de los componentes y funciones de la Atención Primaria de Salud, fundamentada en la interrelación entre aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación, entre lo biológico con lo psicológico y lo social, así como con las condiciones del medio ambiente en que se desarrolla la

vida y que condicionan el proceso salud-enfermedad. En el cumplimiento de esta función el equipo de salud que labora en la comunidad, realiza acciones de promoción, prevención de riesgo y enfermedades, curación y rehabilitación de la salud. La rehabilitación como proceso busca el máximo desarrollo de todas las aptitudes de la persona, por lo que no puede reducirse a una restauración física, psicológica o profesional, sino al bien global de la persona. Las organizaciones de personas con discapacidad tienen la misión de instruir a los discapacitados sobre sus derechos, fomentar acciones para garantizarlos y colaborar con los asociados para ejercer el derecho al acceso, a servicios y oportunidades. El presente trabajo de revisión brinda los elementos básicos de la rehabilitación basada en la comunidad como una de las acciones necesarias para ofrecer una atención integral a las personas en el mantenimiento de su salud y bienestar, el de sus familias y la comunidad.

Palabras clave: rehabilitación, comunidad, discapacidad.

ABSTRACT

The integral attention to health constitutes one of components and functions of Salud's Attention Primaria, based in the interrelation among promotional aspects, prevention, cure and rehabilitation, among what biological with the psychological and what social, thus I eat with the conditions of the ambient midway in that the life is developed and that they prepare the process health disease. In the fulfillment of this show the team of health that labors in the community, accomplishes promotional stock, prevention of risk and diseases, cure and rehabilitation of health. Rehabilitation like process search I develop the peak of all the qualifications of the person, so that it can not be reduced to a physical, psychological restoration, but to the person's very global. People's organizations with disability have the mission to instruct the disabled on his duties, to foment actions to guarantee them and to collaborate with associates to exercise the right to the access, to services and opportunities. The present work of revision offers the basic elements of rehabilitation based in the community like an one belonging to necessary stock to offer the people in the maintenance of his health and well-being an integral attention, the one belonging to his families and the community.

Key words: Rehabilitation, community, disability.

INTRODUCCIÓN

La palabra “*rehabilitación*” ha sido utilizada para indicar una filosofía que tiene como objetivo mejorar las condiciones físicas, psíquicas, económicas y sociales de los seres humanos que han nacido o adquirido una condición de desventaja psíquica o somática (incapacidad), con relación a los otros seres humanos. La rehabilitación ha existido desde que existe el hombre, ya que desde sus orígenes ha padecido invalidez o incapacidad que ha tratado de solucionar en una u otra manera, realizando así una rehabilitación rudimentaria.¹

En una etapa prevalecían los conceptos de la selección natural y el discapacitado era rechazado, se consideraba como una carga imposible de llevar, o como sucedía en Esparta, en el mundo antiguo se abandonaba o sacrificaba al niño malformado.²

Las guerras, las enfermedades epidémicas como la poliomielitis y las enfermedades crónicas, determinaron que el número de discapacitados aumentaran, e hicieron surgir un nuevo enfoque en su manejo, proliferaron una gran gama de modalidades terapéuticas, las que tomaron mayor auge con el desarrollo científico y tecnológico, sobre todo a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX.²

El modelo de rehabilitación nace entre las dos guerras mundiales y se afianza después de la segunda.³ Desde aquellos tiempos comenzaba a surgir un enfoque del tratamiento dirigido a lograr que la persona discapacitada, a pesar de tener una disminución permanente de su capacidad funcional, pudiera integrarse a la sociedad de forma plena, surgen instituciones especializadas en el tratamiento de la discapacidad y se define la rehabilitación como una especialidad médica con personalidad propia.

El tratamiento institucional tenía la desventaja de ser costoso y no llegaba a todas las localidades, resultaba necesario profundizar en aquellas modalidades terapéuticas que pudieran realizarse de forma ambulatoria, que resultaban menos costosas y podían llegar a los rincones más apartados, además de garantizar el máximo desarrollo de los potenciales residuales y la plena integración social.²

En Cuba, el gobierno revolucionario, desde el mismo momento de la toma del poder en 1959, manifestó la voluntad política de dar la más alta prioridad a la atención de la salud del pueblo, para cumplir este cometido emprendió un plan acelerado de ampliación y perfeccionamiento de los servicios de salud,⁴ siendo la Rehabilitación estrategia priorizada, teniendo en cuenta el desarrollo de acciones que contemplan la detección precoz de la enfermedad, la limitación y el nivel de potencialidad

funcional, intelectual y laboral para la búsqueda de soluciones adecuadas que apoyen el desarrollo de las personas y el medio.⁵

Se han ido incrementando de forma sostenida el nivel de vida de la población y la calidad de los servicios de salud y educación que esta recibe, así como se actúa sobre las causas de discapacidad a través de la creación de diversos programas diseñados para este fin, entre ellos: el de genética comunitaria y vacunación, detección precoz de hipotiroidismo, fenilcetonuria y galactosemia y las consultas de asesoramiento genético. De modo que la atención a la población cubana con discapacidad y específicamente en la edad pediátrica, supera sustancialmente la brindada en gran parte de los países de América Latina e incluso en muchas naciones altamente desarrolladas; sin embargo, para optimar la calidad de esta labor constituye un deber ineludible identificar los problemas existentes y enfrentarlos con estrategias adecuadas, especialmente en el nivel primario de salud.^{6,7}

En este sentido surge la rehabilitación en la comunidad como estrategia que fomenta la equidad, solidaridad e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y con la ventaja de desarrollarse en el entorno del propio paciente, con un mínimo de gasto de recursos y la participación activa de la familia en la planificación y ejecución del tratamiento.⁵

El propósito de este trabajo es ofrecer información útil y actualizada sobre la rehabilitación basada en la comunidad.

DESARROLLO

Durante mucho tiempo existió la creencia de que solamente la discapacidad y la minusvalía eran tributarias a tratamiento rehabilitador, hoy, a la luz del desarrollo científico, con un mayor conocimiento de las causas de las enfermedades y cómo evitarlas, puede afirmarse que la rehabilitación abarca la mayoría de ellas y puede ser asumida por el equipo de salud que labora en la Atención Primaria de Salud (APS).¹

La rehabilitación es definida por la Organización Mundial de la salud (OMS) como: “El conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales, destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad posible e independencia y a integrarse dentro de la sociedad”.^{1, 8-10}

Las medidas de rehabilitación comprenden:

- Atención y tratamiento médico.
- Incrementar la movilidad del paciente, la comunicación y las habilidades para afrontar la vida cotidiana.
- Suministro de ayudas técnicas y otros dispositivos complementarios (prótesis).
- Educación especial.
- Orientación profesional, vocacional, social y asistencial.^{10, 11}

Es objetivo de la rehabilitación, la prevención y reeducación de las deficiencias funcionales, el mantenimiento de las funciones comprometidas y la rehabilitación de las incapacidades, así como la reinserción social de los discapacitados.⁸

Dentro de las modalidades de la atención en rehabilitación, se encuentran: la rehabilitación basada en las instituciones, la rehabilitación institucional con extensión a la comunidad y la rehabilitación basada en la comunidad (RBC), objeto de revisión del presente trabajo.⁵

La RBC se centra en el modelo médico de la promoción de salud, la prevención de riesgos y enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación, con participación comunitaria;¹²⁻¹⁴ fue desarrollado por la (OMS) en los años 80, pero después interpretado y aplicado de maneras muy diferentes.¹⁵

El significado de la RBC que se emplea en este trabajo es la definición formulada en una ponencia conjunta de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la salud (OMS) en 1994:¹⁶⁻¹⁸

“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, 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”.^{3, 16, 19}

La RBC se aplica con carácter integral, ya que promueve la integración familiar, escolar, laboral y social, provee atención a todo tipo de discapacidades y edades, es interdisciplinaria, despierta conciencia ciudadana, desarrolla la conciencia de los

derechos y deberes para con las personas discapacitadas y la democratización de los servicios. Abarca toda situación en las que los recursos de rehabilitación están disponibles dentro de la comunidad, para aprovechar y potenciar los recursos humanos y materiales de esta, entre los que se encuentran: las personas con discapacidad, sus familias y todos los miembros de la comunidad, donde se incluyen además los movimientos asociativos (Asociación de ciegos, Sordos e Hipoacúsicos y Limitados Físicos y Motores).⁵

La RBC se fundamenta en las necesidades de la persona y busca la resolución de problemas y no la aplicación de una técnica o el ejercicio de una profesión, garantiza así la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.²⁰

Objetivos principales de la RBC:

- Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales y así disminuir el impacto de la limitación.
- Asegurar que se beneficien de tener acceso a los servicios comunes y a las oportunidades diarias y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.
- Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, por ejemplo: la eliminación de barreras para la participación.^{16, 21}

Principios generales de la RBC:

- Descentralización.
- Centrada en la comunidad, la familia y las personas con discapacidad.
- Participación comunitaria y planificación estratégica.
- Capacitación e información permanente.
- Sistema de referencia y contrareferencia.
- Intersectorialidad y trabajo en equipo.
- Tecnología apropiada.
- Carácter integral, flexibilidad y supervisión.²²

Ventajas de la RBC:

- Es un componente de la salud y una herramienta de participación.
- Aumenta la cobertura cuantitativa y cualitativa.
- Su desarrollo contribuye a la equidad y eficiencia de los servicios.
- Garantiza un proceso de rehabilitación continuo.
- Facilita promoción, detección de riesgo, prevención de discapacidad e integración.
- Fortalece la autoestima de la persona con discapacidad y la familia.
- Promueve la autonomía y la independencia.
- Facilita la inclusión.
- Mide transformaciones cualitativa y cuantitativa a nivel de las personas, la población y el medio ambiente.
- Amplio enfoque de la rehabilitación para todas las edades.²²

La RBC abarca cuatro componentes que se ejecutan simultáneamente, estos son:

- 1. La comunicación social:**
- 2. La inclusión de las personas con discapacidad y la promoción de sus derechos:**
- 3. La rehabilitación:**
- 4. La planificación participativa, monitoreo y evaluación:**

Son imprescindibles para asegurar la calidad del trabajo y la adaptación necesaria al contexto local.¹⁶

Premisas para el desarrollo de la RBC:

1. Abordaje multisectorial:

La RBC no se limita al sector de salud, incluye acciones de los sectores de educación, trabajo, desarrollo, seguro social, comunicación, transporte, deporte y cultura. Una política pública de RBC debería implementarse como tarea transversal e intersectorial a todos los niveles del gobierno, o sea local, regional y nacional.

2. Capacitación y abordaje multiprofesional:

En la capacitación, eje central de la RBC, es importante la colaboración de profesionales de muchos sectores, no solamente de salud sino también de educación, trabajo, bienestar social y otras. Es muy importante que los contenidos y

la duración de la capacitación para los promotores de rehabilitación sean suficientes y que reciban un seguimiento y un respaldo continuo. También será necesario incorporar en los diferentes programas de estudio contenidos básicos de la rehabilitación basada en la comunidad.

3. Trabajo en concertación:

Como el enfoque de la RBC es amplio y las intervenciones necesarias son muchas, es imprescindible el trabajo en red, tanto a nivel local como regional y nacional, además de muy imperiosa la concertación del sector público y privado, representado en las organizaciones de la sociedad civil y las ONGs.

4. Posición central de las personas con discapacidad y sus familiares:

En el trabajo de concertación las personas con discapacidad y sus familiares ocupan una posición central. Su participación activa en el diseño, la implementación y evaluación de programas de RBC es crucial. La RBC fomenta la organización de personas con discapacidad en grupos de auto-ayuda en la comunidad y su intercambio con organizaciones de personas con discapacidad y sus familiares a nivel departamental y nacional. Personas con discapacidad que trabajan activamente en la RBC son modelos para otras personas con discapacidad y para toda la comunidad. A menudo están entre los promotores de rehabilitación más comprometidos. Son protagonistas en la abogacía por sus derechos.

5. Trabajo comunitario y abordaje horizontal:

La RBC es un programa que, ante todo, es propiedad de la comunidad. Es muy importante establecer un diálogo con los líderes locales, las personas con discapacidad y sus familiares y otros miembros de la comunidad, para que éstos decidan si la RBC forma o no parte del desarrollo de la comunidad. El compromiso comunitario es imprescindible para movilizar los recursos necesarios y asegurar la sostenibilidad porque un programa solamente técnico no podrá estimular el interés continuo de la comunidad.¹⁶

Papel del equipo de salud, la familia y las organizaciones en la RBC.

Equipo de salud:

Un pilar fundamental para el desarrollo de la rehabilitación basada en la comunidad es la dispensarización realizada por el médico de familia, pues constituye una fuente de información y conocimiento sobre las limitaciones y actividades que pueden desarrollar las personas con discapacidad.⁵

El programa de rehabilitación basado en la comunidad a nivel de las áreas de salud, es sustentado por un equipo multidisciplinario integrado por el médico y enfermera de la familia como ejecutores, el especialista en medicina física y rehabilitación organiza el proceso de rehabilitación integral, además del defectólogo, enfermera rehabilitadora, psicólogo, trabajador social, técnico en fisioterapia, licenciado en cultura física y representantes de otros sectores como son: trabajo y seguridad social, educación, deportes, cultura, así como de las asociaciones de discapacitados, entre ellas, Asociación Cubana de Limitados Físico-Motores (ACLIFIM), Asociación Nacional de Ciegos y Débiles Visuales (ANCI) y la Asociación Nacional de Sordos e Hipoacúsicos (ANSOC).²³

Es de aspirar a que el proceso rehabilitador del paciente se realice de forma continua e ininterrumpida. Con la aplicación de procedimientos sencillos y una adecuada orientación al paciente y la familia, se facilita el proceso rehabilitador y la prevención de complicaciones que pueden empeorar la discapacidad, entre ellas: las limitaciones articulares por falta de movilización, deformaciones articulares que se originan por un incorrecto tratamiento postural, úlceras por presión, además de sepsis urinarias y sepsis respiratorias.⁵

La familia, sus funciones:

La familia con su participación en el proceso de rehabilitación, brinda ayuda y protección a las personas discapacitadas, estimula la autoestima, fomenta la incorporación a actividades de carácter social y laboral, elimina o modifica la existencia de barreras arquitectónicas, desniveles, obstáculos físicos, problemas de iluminación, falta de protectores en los baños y otras adaptaciones, así como instruir en la auto atención y evitar nuevas discapacidades y complicaciones en el paciente.²²

Las organizaciones de personas con discapacidad (OPD):

En la actualidad las OPD están preparadas para asumir funciones significativas en el inicio, la ejecución y la evaluación de programas de RBC. Además, están esforzándose por incluir a más personas con discapacidad y por representarlas más activamente. Estas organizaciones deben ser reconocidas como un recurso para fortalecer los programas de RBC. En casi todos los países se han creado y fortalecido OPD y organizaciones de padres de niños con discapacidad. Las mujeres con discapacidad han empezado a crear sus propias secciones en el seno de las

OPD existentes o sus propias organizaciones y como consecuencia de ello ha aumentado considerablemente la participación y la influencia tanto de las mujeres como de los hombres con discapacidad a nivel local, nacional e internacional.²¹

Es fundamental que la planificación y aplicación de la RBC y de otros programas relacionados con las discapacidades se lleve a cabo en colaboración con las personas con discapacidad y sus representantes. Allí donde las OPD son débiles, los programas de RBC pueden fortalecerlas, aumentar sus posibilidades de promover los derechos de los individuos y su acceso a los servicios y su plena participación en el desarrollo de sus comunidades. Para participar plenamente en los programas de RBC, algunas personas con discapacidad necesitan servicios tales como intérpretes del lenguaje de señas, equipos Braille, guías o medios de transporte. La falta de dichos medios o de información accesible y los problemas de comunicación son barreras significativas para el desarrollo de las OPD y su participación en la RBC.²¹

Principales funciones de las organizaciones de discapacitados:

- Apoyar en la detección de personal discapacitado.
- Brindar información sobre necesidades no detectadas en el sector de salud.
- Multiplicar entre sus miembros y otras personas discapacitadas aspectos de promoción, prevención de nuevas discapacidades y complicaciones.
- Divulgar circulantes, decretos leyes sobre los discapacitados.
- Informar al equipo RBC sobre dificultades existentes con la incorporación de personas con discapacidad a estudios técnicos y/o universitarios.
- Informar sobre la existencia de barreras arquitectónicas.
- Fomentar la incorporación del discapacitado a las actividades deportivas, culturales, sociales, laborales, etc.
- Participar en las investigaciones y otros eventos sobre discapacidad y rehabilitación.²²

El 13 de diciembre de 2006, las Naciones Unidas estableció formalmente en la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, el primer tratado de los derechos humanos del siglo XXI cuyo objetivo principal era proteger y realzar los derechos y las oportunidades de este grupo de personas.^{24, 25}

Reducir la discapacidad significa incrementar calidad de vida, lo que está en estrecha relación con la calidad de la atención que recibe la persona discapacitada en el sistema de salud, especialmente a nivel comunitario.²⁶⁻²⁸

En este sentido gran número de investigadores han profundizado en el tema, para dar respuesta a las demandas cada vez más crecientes de este segmento poblacional; por constituir la discapacidad una población tan vulnerable y fuente de riesgo social en Cuba y en el resto del mundo; investigaciones que parten del diagnóstico, la prevención, intervención, el seguimiento y su posterior integración social, entre los que destacan Bell²⁹ y López Machín³⁰ quienes se han inspirado en los postulados del paradigma de la ciencia socio-histórico cultural presentado por Vigotsky³¹ y sus colaboradores, asumido por la escuela cubana puesto que ve y trata al humano como un ser biopsicosocial.

Es de significar que la culminación del proceso rehabilitatorio se alcanza una vez que las personas con discapacidad se integran a la vida social, con incorporación y participación activa en el desarrollo económico de la comunidad. Por lo que es necesario asegurar que los niños y jóvenes asistan a la escuela, los adultos participen a través de un empleo seguro, en lo posible, en la vida económica y social de un país y que los ancianos tengan una plena vida independiente.

CONCLUSIONES

- En la rehabilitación basada en la comunidad, los discapacitados pasan por un proceso de rehabilitación en sus comunidades y hogares. La comunidad participa en el proceso porque la integración social y la rehabilitación de los discapacitados conciernen a la misma.
- La rehabilitación de base comunitaria se relaciona con los cambios en los conceptos de salud, enfermedad y discapacidad, al plantearse la necesidad de un enfoque integral del problema dentro del marco de la comunidad.
- Las organizaciones de personas con discapacidad tienen el derecho y la responsabilidad de identificar las necesidades de los discapacitados para darlas a conocer y fomentar medidas encaminadas a satisfacerlas; de manera que puedan reinsertarse con el máximo desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales y vocacionales, siendo en definitiva, el objetivo fundamental del proceso rehabilitador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco A. Manual de Medicina Física y Rehabilitación para enfermería.1999 [citado 16 Mar 2013]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve>.
2. Pérez Álvarez L. La rehabilitación infantil comunitaria. 2002 [citado 16 Mar 2013]. Disponible en:
http://www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto_esperanza/articulos/rehabilitacion_infantil_comunitaria.htm.
3. Aguilar M L. Discapacidad: entre el estigma y la comunidad. Rev. de Inv. Educ. 2011 [citado 16 Mar 2013]; 4(2): 205-216. Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432011000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
4. Esquivel Lauzurique M. Departamento de crecimiento y desarrollo humano: más de cuatro décadas monitoreando el crecimiento de los niños cubanos. Rev haban cienc méd. 2013 [citado 16 Mar 2013]; 12(1). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_12_1_13/rhcm01113.htm
5. Herrera Alcázar V. Atención Integral de Salud. En: Sintes Álvarez R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2001; vol 1. p.195-201.
6. Rodríguez Vernal Y, Martínez Fontanilles AM, Álvarez Guerra OM, Socarrás Plutón A, Marrero Santos D. Estrategia para mejorar la calidad de la atención al niño con discapacidad. Rev Medisan. 2009 [citado 16 Mar 2013];13(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200006
7. Sánchez Santos L, Amaro Cano M. La salud pública en Cuba. En: Álvarez Sintes R, Báster Moro JC, Hernández Cabrera G, García Núñez RD. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2008; vol1. p.1-6.
8. Ortega Sánchez R. Alcántara Bumbiedro S. Rehabilitación en Atención Primaria. En: Martín Zurro. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica; tomo II. 5ta ed. Madrid: ed. Elsevier; 2003. Cap. 57, p. 1317-1341.
9. Otero Gestal J, Martínez Montes A. Minusvalías físicas, mentales y sensoriales. Invalidez. Rehabilitación. En: Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. 10ma ed. Barcelona. 2001. Cap. 65, p. 783-787.

10. Elena Lugo L, Alberto Ramírez L, Alberto Albeláiz J, Pagones Álvarez K. Rehabilitación en Artritis Reumatoidea. Guías de práctica clínica basadas en evidencia. 2004 [citado 16 Mar 2013] Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitación-oc/artritisreumatoidea.pdf>.
11. Deresa Gutierréz I. ¿Y qué con la rehabilitación social?. Editorial. Rev Mex Med Fis Rehab. 2005 [citado 02 Abr 2013]; 17 (4): 98. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com>.
12. Alvarado A, Moreno ME, Rodríguez MC. Inclusión social y participación comunitaria: una perspectiva de trabajo frente a la discapacidad. Rev. Cienc. Enferm. 2009 [citado 04 Abr 2013]; 15(1): 61-74. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07179553200900100008&script=sci_arttext
13. Cuervo C, Escobar M, Trujillo A. Más allá de una visión clínica de la discapacidad. Rev. Ocupación Humana. 2000 [citado 06 Abr 2013]; 8(4): 12-16.
14. Céspedes G. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Aquichan. 2005 [citado 06 Abr 2013]; 5(1): 108-113.
15. García Manzanares MD, Tornero D, Sunyer M, Plou MP, Limón R. Factores psicológicos y calidad de vida en la rehabilitación médica. Rev Mex Med Fis Rehab. 2006 [citado 06 Abr 2013]; 18(1): 11-17. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com>.
16. Radtke B. La rehabilitación basada en la comunidad, una propuesta de política nacional que fomente la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. 2006 [citado 06 Abr 2013] Disponible en:
<http://www.risolidaria.org.pe>.
17. Díaz Aristizabal U, Sanz Victoria S, Sahonero Daza M. Ledesma Ocampo S, Cachimuel Vinueza M. Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad: la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. Ciência & Saúde Coletiva. 2012 [citado 06 Abr 2013]; 17(1): 167-177.
18. Rodríguez Rodríguez P. La atención integral centrada en las personas. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención de discapacidad. Palabras Mayores 2012 [citado 06 Abr 2013]; 3(6).
19. Martínez, MA. Lecciones aprendidas. Rehabilitación con base comunitaria en América Latina. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. 2010.

20. Amores García MI, Nieto Castilla A, Cordero García C, Muñoz Mora S. Modelo de unidad de gestión clínica interniveles: Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Rehabilitación. 2011[citado 06 Abr 2013]; 45: 38-47. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004871201170007X>.
21. Organización Mundial de la Salud. RBC. Estrategia para la rehabilitación, igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta. 2005.
22. Hernández Tapia. S. Conceptos básicos en rehabilitación. 2008 [citado 08 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitación/temas.php>.
23. Arce Morera E, Castillo Núñez Y, Venero Rodríguez L, Rodríguez Urquiaga Y. Caracterización de personas con discapacidad física atendidas en el consultorio 3. Policlínico "Dr. Tomas Romay". Año 2009. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2010 [citado 08 Abr 2013]; 26(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252010000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Figueroa Cruz M, Medina Álvarez P, Marrero Pagola K, Delgado Sánchez O. Terapéuticas no farmacológicas en jóvenes y adultos con discapacidad, desde la Atención Primaria de Salud. Rev haban cienc méd. 2009 [citado 08 Abr 2013];8(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2009000100021&script=sci_arttext
25. ONU. Comité Especial. Octavo período de sesiones. 14-25 de agosto de 2006. La ONU y las personas con discapacidad. 2006 [citado 08 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/>
26. Pérez Álvarez L, Sánchez Lameda LE. Análisis de la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey. Rev Archivo Médico Camagüey. 2008 [citado 08 Abr 2013];12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000200006&lng=es.
27. Bethell CD, Read D, Brockwood K. Using existing population-based data sets to measure the American Academy of Pediatrics definition of medical home for all children and children with special health care needs. Pediatrics. 2004; 113(5): 1529-37.

28. Murchland S, Wake-Dyster W. Resource allocation for community-based therapy. *Disabil Rehabil.* 2006 [citado 12 Abr 2013];28(22):1425-32.
29. Bell Rodríguez R, López Machín R. *Convocados por la Diversidad.* Ciudad de La Habana: Ed. Pueblo y Educación. 2002 [citado 12 Abr 2013]; p. 15-23, 31-8, 43-8, 55-9, 114-120.
30. López Machín R. *Diversidad e Igualdad de Oportunidades en la Escuela. Selección de temas para los Docentes.* La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 2006 [citado 12 Abr 2013]; p. 1-16.
31. Vigotski S. *Obras Completas. Fundamentos de Defectología.* La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1995 [citado 12 Abr 2013]; p. 40.