UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Rehabilitación integral: Un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad

Diana Cristina Angarita Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia

Medicina, Maestría en discapacidad e inclusión Social

Bogotá, Colombia

2014

Rehabilitación integral: Un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad

Diana Cristina Angarita Rodríguez

Tesis presentada como requisito para optar al título de:

Magister en Discapacidad e Inclusión Social

Directora:

MSc. Karim Alvis Gómez

Universidad Nacional de Colombia

Medicina, Maestría en discapacidad e inclusión Social

Bogotá, Colombia

2014

“Si la perfección no fuera quimérica, no tendría tanto éxito.”

Napoleón Bonaparte (1769-1821).

A mi Amado esposo, quien siempre ha creído en mí.

A mis padres y hermanos.

Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos a:

Las profesoras Karim Alvis G. y Marisol Moreno Angarita por sus valiosas orientaciones y su apoyo incondicional para la consecución de este documento.

A las profesoras Nancy Molina y Sylvia Cristina Duarte T. por sus valiosas observaciones para enriquecer el presente texto.

A la profesora Carmen Aleida Fernández Moreno por el constante seguimiento y gestión realizada para la finalización exitosa de éste proceso.

Resumen

Objetivo: Analizar el concepto Rehabilitación Integral y su diálogo con el marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia. Materiales y métodos: El presente estudio es un análisis de contenido con enfoque cualitativo del marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia, donde el método se encaminó a interpretar objetivamente el concepto de rehabilitación emergente en las leyes vigentes que apoyan la discapacidad. Resultados: Se obtuvo un corpus de 25 documentos de los cuales se extrajeron 67 unidades de análisis, que muestran una tendencia significativa hacia el modelo individual, con ambigüedad en la terminología utilizada que tiende a ser peyorativa y reactiva, (más evidente en normas anteriores a 2009) donde contenidos latentes se inclinan hacia la exclusión a partir del reforzamiento de estereotipos con una fuerte propensión a fomentar la adaptación individual al medio y a situaciones vitales de las personas con discapacidad. Conclusiones: Al ser el modelo individual el imperante en el marco normativo de apoyo a la discapacidad, las respuestas se centraron en el aspecto capacidad de funcionar, siendo el aspecto de oportunidad de elección el menos percibido en las unidades de análisis estudiadas.

Palabras clave (DeCS): Rehabilitación, Servicios de Rehabilitación, Política, Personas con Discapacidad.

Abstract

Objective: Analyzing the Integral Rehabilitation concept and its dialogue with Colombia´s disability policy framework. Materials and methods: This study is a qualitative content analysis approach of Colombia´s disability policy framework, where the method focused on an objective interpretation of emerging concept of rehabilitation in current laws. Main Result: A 25 documents corpus which 67 units of analysis, showing a significant trend towards individual model with ambiguity in the terminology. Trends of use pejorative and reactive terms was identified (more evident in laws extracted before to 2009), where latent content lay towards exclusion reinforcing stereotypes to encourage individual adaptation to the environment and life situations of people with disabilities. Conclusions The findings of this study highlight that as the individual model prevailing on Colombia´s disability policy framework, the responses focused on the ability to function aspect, being the choose aspect the least perceived in the analysis units studied.

Keywords (DeCS): Rehabilitation, Rehabilitation Services, Policy, Disabled Persons.

Contenido

Pág.
Resumen IX
Lista de figuras XIII
Lista de tablas XIV
Lista de Gráficos XV
Introducción 1
1. Marco de Referencia 5
1.1. Antecedentes 5
1.1.1 Desde la estructuración teórica de la Rehabilitación 5
1.1.2 Desde el análisis de contenido de políticas en discapacidad y Rehabilitación 9
1.2 Descripción del problema 12
1.3 Justificación 17
1.4 Objetivos 19
1.4.1 Objetivo General 19
1.4.2 Objetivos específicos 19
2. Estrategia Metodológica 21
2.1 El análisis de contenido cualitativo como metodología para analizar legislación y normativa 22
2.2 Procedimientos realizados durante el estudio 24
2.2.1 Fuentes de los datos 24
2.3 Modelo de análisis de contenido del Marco Legal de Apoyo a la Discapacidad 25
2.3.1 Comunicación estudiada 25
2.3.2 Pre-análisis 26
2.3.3 Definición de la unidad de análisis 27
2.3.4 Reglas del análisis 27

2.3.5 Definición de las categorías 28
3. Modelos de discapacidad y sus implicaciones en la rehabilitación 31
3.1 Discapacidad: entre lo individual y lo social 32
3.2 Modelos relacionales de discapacidad: entre lo individual y lo social 36
3.3 Modelos Ampliados de discapacidad 38
3.4 El enfoque de capacidades: una oportunidad para entender la discapacidad 42
4. La rehabilitación, una respuesta a la discapacidad 51
4.1 La rehabilitación a través del tiempo 51
5. Los modelos de discapacidad y la rehabilitación en el marco normativo de apoyo a la discapacidad 61
5.1 El modelo individual de la discapacidad: Una barrera desde el punto de vista normativo 62
5.2 El enfoque de capacidades como dinamizador de los conceptos discapacidad y rehabilitación integral en el contexto colombiano 78
6. Conclusiones y recomendaciones 85
A. Anexo: Matriz de contingencia categoría concepto discapacidad 91
B. Anexo: Matriz de contingencia categoría rehabilitación 99
Bibliografía 113

Lista de figuras

Pág.

Figura 1-1: Rehabilitación y sus complejidades 12

Figura 2-1: Desarrollo deductivo del análisis de contenido propuesto para el estudio.. 25

Figura 3-1: Modelos de discapacidad 32

Figura 3-2: Campo de Estudios en Discapacidad e Inclusión Social en Colombia ... 39

Figura 3-3: Discapacidades emergentes..... 40

Figura 3-4: Noción “Conjunto capacidad para movilizarse de un lado a otro”..... 44

Figura 3-5: Relación “capacidad para funcionar” y enfoque de capacidades 46

Figura 3-6: Discapacidad potencial desde el enfoque de capacidades 47

Figura 4-1: Modelo de discapacidad de Nagi 53

Figura 4-2: Objetivo de la Rehabilitación 58

Figura 5-1: Características del contenido del Marco legal de apoyo a la discapacidad 78

Figura 5-2: Competencia simétrica progresiva en el contexto colombiano 81

Lista de tablas

Pág.

Tabla 2-1: Redes de información consultadas 24

Tabla 2-2: Comunicación estudiada..... 26

Tabla 2-3: Categorías y subcategorías del análisis de contenido..... 28

Tabla 2-4: Recolección de las categorías por unidad de análisis 29

Tabla 2-5: Matriz de contingencia categoría Discapacidad 29

Tabla 2-6: Matriz de contingencia categoría Rehabilitación aspectos que tiene en cuenta al formular la norma..... 29

Tabla 3-1: Factores contextuales que generan discapacidad 38

Tabla 3-2: Indicadores de calidad de vida..... 41

Tabla 3-3: Capacidades centrales propuestas por Martha Nussbaum 49

Tabla 4-1: Comparación de los modelos de discapacidad y sus metas de intervención 57

Tabla 5-1: Respuestas a la discapacidad en Colombia 80

Lista de Gráficos

Pág.

Gráfico 1-1: Porcentaje de personas, según razón por la cual no recibe Rehabilitación – 2010 14

Gráfico 5-1: Categoría discapacidad: modelo sobre el cual se fundamenta la norma.. 63

Gráfico 5-2: Rehabilitación: Aspectos que tiene en cuenta la norma 72

Introducción

Rehabilitación es un término usado frecuentemente cuando se habla del tema de Discapacidad. Históricamente, la rehabilitación se estableció como una necesidad de la sociedad para integrar a la persona con alteraciones físicas, sobre todo aquellas con deficiencias osteomusculares derivadas del trabajo o de la participación en las guerras mundiales.

En la actualidad es un término amplio, que según la perspectiva utilizada abarca un gran número de actividades; sin embargo, en sus inicios centró sus desarrollos en los agentes físicos, y estuvo de la mano con el auge de la fisioterapia y otras profesiones del ámbito terapéutico; a pesar de ello, fue adoptada por la medicina a principios del siglo XX y desde ese momento emergió como una estrategia que trataba con la mayor eficacia posible las secuelas de enfermedades crónicas y fomentaba el retorno a la vida digna de los soldados lisiados; desde aquel instante, la visión biomédica es la imperante en la rehabilitación, y a partir de ella se han dado los mayores desarrollos teóricos y empíricos de la misma.

Por lo anteriormente descrito, la rehabilitación desde su inicio ha confrontado una situación humana compleja y multidimensional tal y como es la discapacidad, la cual al ser analizada desde la academia, sale de los paradigmas mágico – religiosos y médicos, y se convierte en un interrogante sociocultural, que al incluir la sociedad, exige para su entendimiento la intersección de disciplinas que se interesen en confluir y desarrollar nuevos saberes, discursos y metodologías con pertinencia en el contexto analizado.

Y de allí parte esta investigación, la cual busca adentrarse en la noción de rehabilitación desde los marcos ampliados para entender la discapacidad, para así articularla al marco legislativo de apoyo a la discapacidad y generar planteamientos que permitan una apreciación amplia de dicho proceso, que no sólo se limite a una visión individual, sino que valore la relevancia de otros aspectos útiles para lograr la posibilidad de participación de la persona con discapacidad en el contexto colombiano.

En el presente documento muestra un análisis de la legislación colombiana que respalda los lineamientos de política de habilitación y rehabilitación integral planteados en el año 2004. Dicho análisis responde a la ratificación que Colombia hizo en 2011 del Protocolo

Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad propuesto por las Naciones Unidas a través de la ley 1346 de 2009 indagando la coherencia de la legislación colombiana con los derechos de las personas con discapacidad incluyendo, por supuesto el derecho a la rehabilitación.

En el primer capítulo el lector podrá contextualizarse en cuanto a los antecedentes, justificación, objetivo general y específicos del presente estudio. El segundo capítulo se centra en la metodología aplicada para desembocar en los apartados tercero y cuarto que exponen el desarrollo teórico que fundamenta el documento.

El tercer capítulo hace una contextualización a desarrollos teóricos hechos en discapacidad desde los modelos tradicionales, transitando por los relacionales y confluyendo en los denominados “marcos ampliados” (Gómez y Cuervo) planteando el enfoque de capacidades formulado por Amartya Sen y Martha Nussbaum como un modelo que se acerca a las particularidades de la noción discapacidad en el contexto colombiano.

El cuarto capítulo recuerda al lector que la rehabilitación es una “respuesta a la discapacidad” y retoma desde una perspectiva cronológica el concepto para posteriormente dinamizarlo con el contexto colombiano y el enfoque de capacidades y finalmente definirla como un conjunto de acciones que salen del ámbito clínico y deben responder a la disminución de la opresión y marginalización de la persona con discapacidad, más allá de la consecución de actividades de la vida diaria.

Finalmente, se toma el concepto de rehabilitación y se pone en diálogo con el marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia planteado en los lineamientos de política habilitación/rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad, por lo que el quinto capítulo muestra los resultados del análisis de contenido realizado al corpus documental identificando el modelo de discapacidad predominante en la legislación (entendiéndola como un elemento comunicativo) así como el tipo de respuesta propuesto desde la normativa al fenómeno denominado discapacidad.

Por último, el apartado final del presente estudio contiene las conclusiones y reflexiones a partir de los hallazgos junto con propuestas para nuevas investigaciones y orientaciones a política que respondan de manera más eficaz a las necesidades reales de las personas con discapacidad en Colombia, que entre otras, resuelve adecuadamente Martha Nussbaum al decir que las personas con discapacidad, al igual que cualquier persona “deberían tener la capacidad de desarrollar todo el espectro de capacidades humanas,

hasta el nivel que permita su condición, y disfrutar de tanta libertad e independencia como le sea posible” (Nussbaum, 2007)

1. Marco de Referencia

Este capítulo presenta al lector la problemática en la cual se enfoca el presente trabajo de investigación. Entre otros, presenta los antecedentes, la justificación y el planteamiento del problema elegido junto a los objetivos del estudio. Inicialmente se plantean los acercamientos investigativos y conceptuales que se han hecho, por un lado, hacia una estructuración teórica de la rehabilitación y por otro hacia el análisis de contenido de políticas relacionadas con la discapacidad; todo esto como preámbulo a los siguientes apartados que aclaran la orientación y el propósito del presente trabajo.

1.1. Antecedentes

1.1.1 Desde la estructuración teórica de la Rehabilitación

En el tema de rehabilitación diversos autores afirman que los mayores avances se han conseguido en cuanto a intervenciones basadas en la evidencia y en la prestación de servicios, mostrando que los acercamientos investigativos en dicho campo han sido orientados principalmente a tareas, funcionalidad y recuperación del déficit. Los siguientes párrafos presentan los planteamientos de algunos autores nacionales e internacionales que orientaron sus reflexiones y hallazgos hacia lo conceptual; pasando, entre otros, por Long y sus principios, Albrecht y la relación discapacidad rehabilitación, los interrogantes de Siegert en cuanto a la teorización en rehabilitación, los de Wade en cuanto a las características del proceso a la luz de las clasificaciones en salud y los de Seelman mostrando un modelo de integralidad. En lo que se refiere a Colombia se enunciarán los planteamientos de Trujillo y colaboradores, Boada, Céspedes y los posteriores desarrollos de Valero basados en Seelman.

De manera cronológica se hablará inicialmente de Long (1), quien en 1984 infiere que una intervención interdisciplinaria en la evaluación y tratamiento maximiza la recuperación de la funcionalidad de los pacientes; además, nomina cinco principios para la rehabilitación: educación, prevención de complicaciones, reentrenamiento físico, reentrenamiento

cognitivo, y reinserción a nivel vocacional. Todos se enfocan en proveer el ajuste necesario para la reinserción del individuo a la sociedad. En éste artículo se resalta la parte vocacional y la importancia de una consejería adecuada en pro de la persona con discapacidad, resaltando en su escrito la visión biologista de la época.

Por 1992, Albrecht condensa aspectos teóricos importantes acerca de la rehabilitación, entre otros realiza una afirmación que será destacada de ahora en adelante para efectos de esta investigación: la Rehabilitación es una respuesta al problema social de la discapacidad (2). Tal postulado muestra claramente la íntima relación que tiene el tema de discapacidad con los desarrollos teóricos que se hagan en rehabilitación y el carácter multidimensional de ambos conceptos.

Ya más adelante, específicamente en los años 2004 y 2005, se encuentran bastantes desarrollos teóricos interesantes. Por un lado, en el artículo publicado en 2005 denominado “Desarrollo de Teoría y Ciencia de la Rehabilitación” (3), Siegert hace los siguientes cuestionamientos: ¿Qué es esencial y único para la rehabilitación? ¿Cuál es el fenómeno de interés de la rehabilitación? ¿Qué unidades comprende una teoría en rehabilitación? En el escrito se relaciona la importancia de la aplicación del método científico y los desarrollos teóricos en rehabilitación con el fin de responder a estos interrogantes dando como resultado una propuesta epistemológica que, según los autores puede ser la base para formular una teoría en rehabilitación sólida y que responda a su carácter interdisciplinario.

Otro referente interesante es el artículo titulado “Recientes Avances en Rehabilitación” (4) donde se reitera el dominio de la medicina en la rehabilitación destacando la importancia de los modelos de discapacidad para explicar la naturaleza de ésta y como marco para la investigación y la planeación de la intervención junto con el entendimiento de casos; unido a esto, ratifica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como instrumento de medición de condiciones de discapacidad en el mundo. Sus afirmaciones podrían ser analizadas en el ámbito local para expresar cómo el entendimiento de la discapacidad en un país se refleja en la prestación de los servicios de Rehabilitación.

Y es que entender la discapacidad es importante para poder acercarse a la rehabilitación desde el punto de vista teórico. Esto lo muestra Seelman en su artículo “Tendencias en

rehabilitación y discapacidad: Transición de un modelo médico a un modelo integral" en el cual se hace una exploración de los modelos de discapacidad vigentes y su operacionalización en el contexto de los países que históricamente los han implantado (5); concluyendo su recorrido en la rehabilitación integral como un modelo que responde de mejor manera a las necesidades de las personas con discapacidad.

Según esta autora, la rehabilitación integral intenta disminuir la brecha entre profesiones, disciplinas y pacientes, argumentando que la persona con discapacidad desempeña diferentes roles en la sociedad incluyendo ciudadano y paciente, entre muchos otros. Tiene su base en la literatura médica que informa sobre la experiencia de las personas con discapacidad. Algunos desarrollos de este modelo se representan en la CIF (5)la cual es propuesta como una aproximación, que proporciona un inventario sistematizado y diverso que ofrece uniformidad sin llegar a simplificar demasiado la situación del individuo, (6) suministrando un lenguaje común para describir estados relacionados con la salud para mejorar la comunicación entre los actores del proceso rehabilitador, sectores públicos y las personas con discapacidades (7).

En este mismo sentido, la editorial del volumen 19 del Journal Clinical Rehabilitation de 2005 escrita por Derick Wade (8) hace un ejercicio a profundidad al describir las intervenciones en rehabilitación afirmando que la mayoría de las acciones tienen una procedencia empírica, no teórica. Reitera la relación existente entre la rehabilitación y el modelo de discapacidad, ya que es fundamental para definir unas categorías de prácticas en rehabilitación; sin embargo, propone el desarrollo de modelos complementarios de proceso de rehabilitación y de cambios de comportamiento a partir de la rehabilitación, quienes en conjunto definirían de una forma adecuada y fundamentada en la teoría, las múltiples acciones en rehabilitación que se llevan a cabo.

Finalmente, Kielhofner y Roush hacen un análisis desde sus disciplinas (Terapia Ocupacional y Fisioterapia) concluyendo que los profesionales en rehabilitación son agentes de cambio al intervenir en políticas y al impactar directamente en la identidad de la persona con discapacidad. También resaltan el papel de los estudios en discapacidad en el direccionamiento de las respuestas que se le da a la discapacidad, entre ellas, la rehabilitación (9) (10).

En lo que tiene que ver con Latinoamérica, la rehabilitación también ha tenido desarrollos teóricos interesantes. Es de resaltar el trabajo hecho por Fernando Sotelano, en donde se puede profundizar en cuanto a los hitos históricos que han permitido el auge de la Rehabilitación desde los años 40 en los países de Suramérica y América Central (11). En lo que tiene que ver con Colombia, el documento establece al país como uno de los iniciadores de la rehabilitación profesional en la década de los 70 y remarca la importancia de la misma al responder a una responsabilidad social.

Alicia Amate ha contribuido con el tema en diversos textos, sin embargo, en 2006 (12) resalta la importancia de la rehabilitación integral y puntualiza en que conceptualmente no hay unificación en su definición al ser abordada por diversos sectores y actores. Retoma el documento sobre normas para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad e identifica la necesidad de crear programas nacionales de rehabilitación. Al final de su escrito propone el siguiente concepto de rehabilitación integral:

“Es el orden coordinado e individualizado de los sistemas y servicios de la sociedad, y el medio para prevenir, minimizar o revertir las consecuencias de las pérdidas funcionales e incidir sobre los factores que impiden o dificultan la participación plena” (12).

En cuanto a desarrollos a nivel nacional, se destacan las publicaciones hechas en 1998 por Trujillo, Cuervo y Escobar, quienes relacionan la discapacidad con la rehabilitación y se basan en lo publicado por Albrecht para hablar de la rehabilitación como filosofía: la orientan a la formulación de política, a la industria de la rehabilitación, la formación de profesionales, entre otros. A partir de lo analizado, las autoras formularon un sistema para la práctica de la rehabilitación que finalmente analizan teóricamente mostrando aciertos y falencias en el contexto colombiano; no obstante, no se encuentran posteriores publicaciones que muestren desarrollos prácticos de lo sugerido.

En el año 2004, Boada retoma el ejercicio de reflexión en torno a la rehabilitación y hace un análisis a profundidad del concepto rehabilitación integral, donde expone que tal término tiene sus orígenes en la concepción biopsicosocial de los individuos; pese a que a lo largo del tiempo no ha perdido su connotación médica al partir del déficit. Sus consideraciones apuntan, al igual que Seelman y Wade a reflexionar sobre la discapacidad, más precisamente desde la perspectiva del enfoque de capacidades para dirigir las acciones hacia el logro de la inclusión. Su trabajo incluye las leyes vigentes en Colombia, afirmando

que la ley 100 de 1993 es una limitante para procesos reales de rehabilitación en el país (13).

Por otro lado en 2005, Céspedes afirma en su artículo “La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación” (14) que los modelos usados en rehabilitación a lo largo del tiempo no se acercan a la integralidad de las personas con discapacidad, y que, desde una perspectiva ecológica, el macrosistema (cultura, tendencias políticas, economía, etc.) es el dinamizador de una “nueva cultura de la rehabilitación” donde preponderen los espacios de participación.

Finalmente, Valero en su ponencia “Modelo de rehabilitación integral” realizada en el primer congreso internacional de rehabilitación integral, examina el planteamiento de Seelman, viendo la rehabilitación integral de las personas en condición de discapacidad como un sistema abierto con el objetivo principal de “integrar progresivamente a algunos de sus miembros a la vida productiva”. Sus desarrollos dividen la rehabilitación por procesos, separando el ámbito funcional, profesional y social (15).

El recuento de todos estos desarrollos y planteamientos lleva a finalmente a afirmar que teorizar en torno al tema de rehabilitación en el contexto colombiano es un ejercicio que no pierde vigencia tanto a nivel nacional como internacional, ya que su definición y finalidad han sido pensados por múltiples autores y son asuntos de frecuente debate desde hace 3 décadas al relacionarse directamente con el concepto de discapacidad y el modelo dominante en cada una de las sociedades (16) convirtiéndose en referente para dar respuestas efectivas a la discapacidad que no refuercen imaginarios de opresión y marginación a la persona con discapacidad.

1.1.2 Desde el análisis de contenido de políticas en discapacidad y Rehabilitación

El anterior apartado acercaba al lector a algunos autores que tratan el tema rehabilitación desde una perspectiva teórica; no obstante, esa no es la única base sobre la que se fundamenta el presente estudio. Otro aspecto sobre el cual es necesario profundizar es el del análisis de la legislación en rehabilitación, que para efectos de la presente investigación se hará a partir del estudio de las normas que según el documento “Lineamientos de política habilitación/rehabilitación integral” conforman el marco normativo de apoyo a la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido enfática en que la rehabilitación es una “buena inversión porque genera capacidad humana” (17). El concepto de capacidad humana es muy amplio, por lo que el enfoque utilizado para estudiar la rehabilitación sobrepasa la práctica clínica basada en la evidencia o desarrollos disciplinares aislados y debe observar otras variables como la capacidad de una Nación para promocionar la potenciación de la calidad de vida de las personas con discapacidad utilizando el marco legislativo como eje de sus acciones.

Muchos autores han identificado esa necesidad desde el término macro discapacidad, relacionándola con condiciones específicas, o situaciones de vulnerabilidad propias de cada contexto estudiado; sin embargo, el presente estudio se acerca a las normas entendiéndolas también como piezas de comunicación con contenidos manifiestos y latentes, que muestra la posición del escritor frente al tema y tiene influencia en la percepción del lector o lectores. Por ello, al hacer un recorrido por la literatura, se encuentran algunos estudios que se centran en este aspecto utilizando la metodología de análisis de contenido, técnica que también se contempla en este estudio.

Un antecedente de primera mano lo provee Marisol Moreno (18), quien analiza las políticas en discapacidad colombianas relacionadas con la primera infancia en la década previa al año 2007. Sus hallazgos fueron conseguidos a partir de la aplicación de los modelos para pensar la discapacidad, propuestos por Turnbull y Stowe en 2005 operacionalizando 20 principios nucleares. Para el presente documento resalta el modelo de estudio de las capacidades humanas que se centra en el aumento de la capacidad individual teniendo como referente la parte física, psicológica y educativa. En sus hallazgos encontró que en la normativa estudiada se fomenta en poca medida la provisión de servicios basados en capacidades, así como la autonomía de la persona con discapacidad.

A nivel nacional, también es importante mencionar el estudio realizado por la fundación Saldarriaga Concha denominado “La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico” en el cual, entre otros, se enumera la normativa que respalda la protección social de las personas con discapacidad; sin embargo, la tendencia de las políticas que nombra y los procedimientos que enumera se centran en la mitigación y a la prevención de la discapacidad en diversos niveles (19).

Por otro lado, Battams y Baum (20) hacen un estudio donde analizan las políticas y los procesos políticos que garantizarían el acceso a vivienda apropiada de las personas con discapacidad mental en Australia. Su punto de partida son los determinantes sociales de la salud, encontrando que la revisión de la política es esencial para conocer la historia, la narrativa y los temas clave del contexto político de un país. Los principales hallazgos de los autores están ligados a la poca integración intersectorial para dar respuestas concretas a la problemática planteada, aspecto mediado por procesos propios de cada sector que no permiten generar redes a largo plazo y adjudicación de viviendas apropiadas para una persona con discapacidad mental.

Finalmente es pertinente retomar a Moreno (21), ya que en 2011 desarrolla a mayor profundidad su análisis de la política en discapacidad en el contexto colombiano y lo relaciona directamente con la infancia y con la justicia vista desde Rawls, Sen y Nussbaum. El aporte de éste documento es la propuesta de un enfoque de capacidades adaptado para la población infantil con discapacidad en Colombia; por otro lado, enfatiza en la poca alusión que hace la normativa colombiana a aspectos como la autonomía, la libertad y la privacidad del niño y la familia de los niños con discapacidad; principios nucleares básicos para que una persona tenga un funcionamiento adecuado.

Estos antecedentes, muestran la importancia de analizar el texto de las normas vigentes para inferir las posiciones de una Nación frente a la discapacidad y las maneras de abordarla. El acercarse las normas probablemente no permita estudiar las realidades vividas por las personas con discapacidad, pero si muestran el punto de fabricación, determinación y reconstrucción de dichas realidades (18) en contextos determinados. Un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad desde la rehabilitación integral se hace necesario para entender de forma efectiva algunos de los “obstáculos de la rehabilitación” (17) que pueden existir en Colombia.

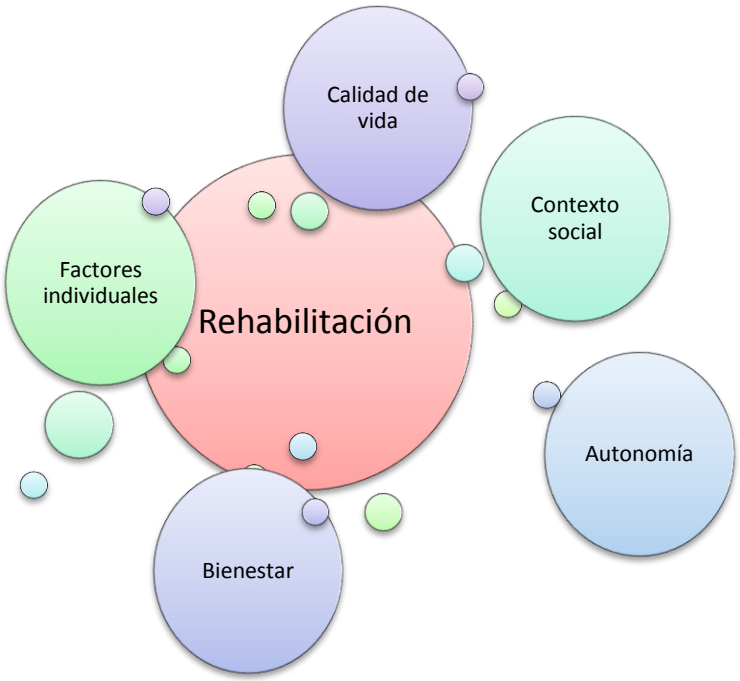
Finalmente, se concluye que las reflexiones de Derick Wade, el cual reafirma la postura que Albrecht propone desde 1992: “la rehabilitación es una respuesta a la discapacidad”; el postulado de Seelman donde resalta que la rehabilitación integral se consigue uniendo diferentes dimensiones, entre ellas las políticas; los de Roush y Kielhofner al mostrar al profesional de la rehabilitación como agente de cambio; la recomendación de Boada de orientar teóricamente dichos análisis hacia una perspectiva de las capacidades (algo que ratifica la OMS en 2011, pero limitado a las habilidades) y los hallazgos de Moreno

relacionando el concepto de discapacidad con la infancia, la política colombiana y el enfoque de capacidades provisto por Amartya Sen y Martha Nussbaum, son puntos de partida básicos para la presente investigación, la cual pretende analizar el marco de apoyo normativo alrededor de la discapacidad en Colombia, usando como eje de observación la rehabilitación integral y sus particularidades desde el contexto colombiano.

Para cerrar este apartado entonces, esta investigación parte del supuesto que la normativa vigente es en primera medida el facilitador o barrera del proceso de rehabilitación; ya que su contenido refleja la posición sobre el concepto de discapacidad de una Nación y da las pautas para las diferentes respuestas a la discapacidad, entre ellas, la rehabilitación.

1.2 Descripción del problema

Figura 1-1: Rehabilitación y sus complejidades



Al día de hoy, en Colombia existe gran variedad de información sobre las circunstancias y realidades de la discapacidad, así como desarrollos académicos y lineamientos de política que buscan tratar a la población con discapacidad desde perspectivas intersectoriales. Moreno, Rubio y Angarita en 2011 recopilan diferentes indicadores sociodemográficos relacionados con la discapacidad aplicables al análisis contextual de la rehabilitación.

Usando como fuente el “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad” se muestra que sólo el 72,7% de la población tiene alguna afiliación a salud. Se ha encontrado, que tener una afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, es una oportunidad de acceso a los servicios de rehabilitación, constituyéndose una clara dificultad del mismo para la población que pertenece al régimen subsidiado y para los no afilados, que en términos generales es la población de mayor vulnerabilidad (22). Esto puede representar mayor dependencia y aumento de barreras en la participación de las personas con discapacidad.

En relación al tratamiento, se encuentra que de las personas registradas al 78,2% del total le ordenaron servicios de rehabilitación distribuido de la siguiente manera: al 57,7% le ordenaron terapia con fármacos; al 21,9% fisioterapia; medicina física y rehabilitación al 16,3%; optometría al 9,6%; psicología y fonoaudiología al 9,7%; terapia ocupacional a 6,4 y con el valor de 11,1% están las órdenes a otro tipo de rehabilitación. Estas cifras muestran que la prioridad del tratamiento es la mejora de las funciones corporales desde el punto de vista orgánico y que otros aspectos, como el mental y el social son tomados en cuenta en menor medida sin ver la integralidad del individuo.

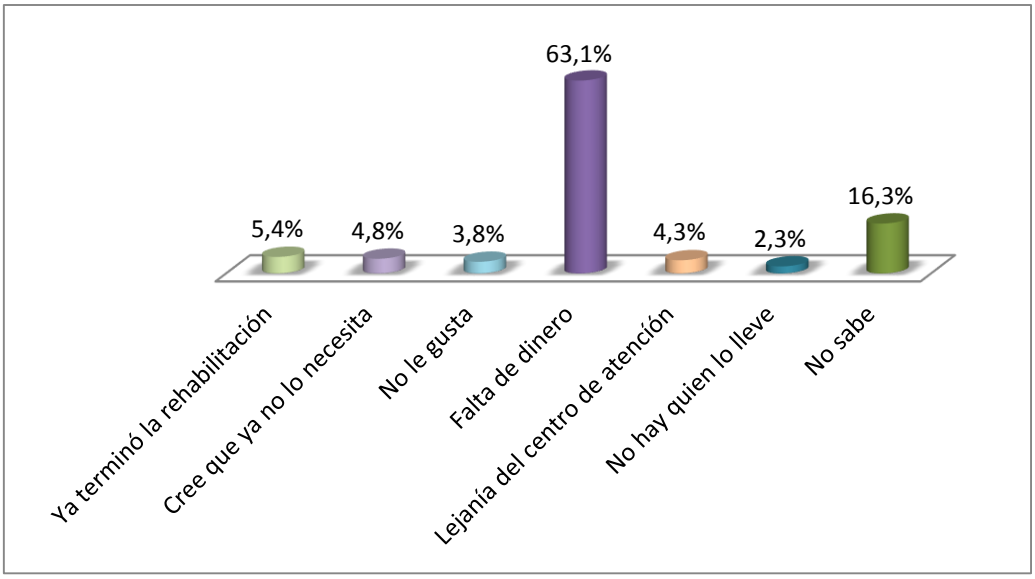
Esta última afirmación se corrobora en el “Estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación, Colombia 2003” (23); éste se llevó a cabo con el ánimo de identificar vacíos en el conocimiento de la realidad de la rehabilitación en Colombia, observándose como principales hallazgos que la mayoría de las intervenciones quedan cortas frente a la integración de las personas al entorno, pues los servicios se orientan fundamentalmente al mejoramiento de funciones y estructuras corporales; esto corrobora el predominio del saber médico en la práctica.

Dicho estudio, hace notar las grandes brechas en las instituciones en cuanto al proceso de rehabilitación se refiere, requiriéndose mayor atención sobre los modelos de rehabilitación establecidos. Esto ratifica la necesidad de hacer aportes académicamente informados que fundamenten la información adecuada para la toma de decisiones, tanto desde el ámbito operativo, como el institucional (infraestructura física y humana) y el político, visto desde la conformación de las instituciones y desde la formulación de política pública por parte del estado.

Volviendo al Registro de Localización y Caracterización, en lo que tiene que ver con la relación de órdenes para rehabilitación y la distribución por edades, el adulto mayor (36,2%) y las personas entre 15 a 44 años (29,3%) son los más remitidos a los servicios (22). La importancia del presente indicador está en la significación que tiene la rehabilitación para el último grupo de edad en relación con la incorporación a la vida productiva, sin restar significación a actividades vocacionales propias de cada grupo etario y sus implicaciones en la participación de las personas en los ámbitos propios de su edad.

Otros indicadores aún más llamativos son que del 100% de las personas con orden de rehabilitación, sólo el 25% asiste al proceso. El fenómeno permea a todos los grupos etarios y resalta la falta de recursos económicos como la principal causa de la deserción de los registrados. Las otras razones se pueden observar en el Gráfico 1-1. Finalmente, de los registrados, un porcentaje del 78,2% declara no haberse recuperado. Estos dos indicadores denotan problemas de fondo que están relacionados con el acceso y el conocimiento de las personas acerca de la finalidad de los procesos de rehabilitación.

Gráfico 1-1: Porcentaje de personas, según razón por la cual no recibe Rehabilitación – 2010



*Fuente: Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad.

Todo lo anterior fortalece la idea de adentrarse en la noción de rehabilitación, para unificar criterios de diseño e implementación de modelos efectivos aplicables al contexto

colombiano, enmarcado en un marco jurídico, que favorezca y reglamente la creación de procesos de rehabilitación; el conocimiento de la normatividad y de los sistemas podría beneficiar acciones conjuntas para fortalecer estudios actuales en dicho tema.

Pero, ¿cómo se logra esto? la OMS es clara en plantear que el primer paso es la incorporación del concepto en la legislación local a nivel general y en normativas específicas para la población con discapacidad incluyendo planes nacionales de rehabilitación, ya que a 2011, encuestas realizadas a 114 países muestran que casi la mitad no posee políticas de rehabilitación (42%) ni se han establecido lineamientos claros de procesos de rehabilitación (40%). (17)

En el caso colombiano, la Constitución Política de 1991, define una serie de derechos fundamentales, económicos y culturales que por su universalidad cubren a las personas con discapacidad; se hace una mención específica a la rehabilitación en el Artículo 47:

“El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran” (24)

Posteriormente se expide la Ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de Seguridad en Salud, basado en la premisa del “pluralismo estructurado”; que supone que la equidad se logra en proporción de la eficiencia en el uso de recursos. En esta ley se garantiza el derecho de todos los individuos, incluidos las personas en condición de discapacidad a obtener los servicios de salud, la protección de riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios.

Aparece finalmente la Ley 361 de 1997; esta Ley, puntualiza diversos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas discapacitadas; así pues, se ocupa de asuntos como la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social y la accesibilidad.

En otros documentos posteriores como los “Lineamientos de política Habilitación / Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad” del año 2004 se afirma lo anterior; además, muestra un acercamiento muy concreto a los planteamientos de rehabilitación integral y ofrece herramientas para una implementación del mismo. En sus líneas, plantea la rehabilitación más allá de la

prestación de servicios médicos. Este documento es un punto de partida, pues recoge aspectos desde actores que observan la rehabilitación como requisito para valorar y certificar la “invalidez” de una persona con discapacidad, esto con el fin de lograr el acceso a los beneficios que proporciona el Estado.

Por otro lado, en el año 2006 se realizó el primer congreso internacional de rehabilitación integral en la ciudad de Bogotá, Colombia. Los ponentes expusieron sus avances e inquietudes respecto al tema de la discapacidad desde la rehabilitación, mostrando entre otros aspectos que la integralidad es un eje fundamental para el éxito de un programa enfocado en el individuo, viéndolo desde una perspectiva global. También se hace claridad por algunos de los participantes, (especialmente de parte de Raúl Marín) la importancia de la vinculación de profesionales más allá del ámbito de la salud. Dentro de los planteamientos se encuentra el de Mercedes del Pilar Valero, quien propone un modelo de rehabilitación integral (15).

Al finalizar el evento, se deja claro el valor de diseñar, ejecutar y evaluar procesos integrales de rehabilitación capaces de traspasar la atención médica y la rehabilitación funcional para lograr mejorar la calidad de vida de los usuarios.

La respuesta a estas necesidades manifiestas tienen un punto de partida que antecede a la propuesta de reformas y cambios en los procesos de rehabilitación integral: la OMS en 2011, insiste que el inicio de los cambios debe darse desde el análisis de las políticas, los servicios y los mecanismos reglamentarios existentes (17). El presente trabajo quiere analizar la legislación colombiana que respalda los lineamientos de política de habilitación y rehabilitación integral planteados en el año 2004, dicho análisis responde además a la ratificación que Colombia hizo en 2011 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad propuesto por las Naciones Unidas a través de la ley 1346 de 2009; lo que quiere decir, que las leyes que se emitan de 2011 en adelante y la legislación en general deberá buscar coherencia con los derechos de las personas con discapacidad incluyendo, por supuesto el derecho a la rehabilitación.

1.3 Justificación

El presente apartado intenta aproximarse a la importancia del tema rehabilitación, partiendo de su significancia teórica y académica hasta la importancia que tiene para las personas con discapacidad, la familia, y la comunidad en general.

Iniciando por lo académico, el término rehabilitación connota diferentes significados; por ejemplo, desde el punto de vista del campo de la salud, surge desde las ciencias médicas, específicamente desde la necesidad de tratar las alteraciones a nivel motor. Su origen tiene fuertes bases biológicas, enfocando sus metas principalmente a la recuperación funcional de los individuos; si bien varias visiones han aparecido a través del tiempo, el modelo médico predomina en el desarrollo de la acción rehabilitadora (4).

Sin embargo, Albrecht liga el entendimiento de la rehabilitación a la discapacidad, lo que hace que el concepto de rehabilitación, al igual que el de discapacidad se dinamice de acuerdo a la visión que tenga la sociedad hacia la discapacidad. Por ejemplo, puede ser visto desde la biología y como respuesta entender la rehabilitación como la consecución de unas metas funcionales, o puede ser vista como un interrogante sociocultural, de tipo relacional, donde se abre las puertas a nuevos planteamientos que se reflejen en la ampliación de los conceptos inherentes a la rehabilitación, el cual podría analizarse como el proceso que tiene por meta el incremento de las posibilidades de participación y calidad de vida de la persona en situación de discapacidad.

Tras la emisión del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, rescatar elementos de coherencia en las acciones propuestas en la normativa de los países a favor de las personas con discapacidad se hace prioritario; por ello, conceptos como la rehabilitación (el cual es explícito en el artículo 26 de dicha convención) toman una vigencia no sólo académica, sino como eje de acciones que favorezcan la autonomía de las personas con discapacidad.

En ese sentido, Kielhofner hace un ejercicio de recopilación de las visiones contemporáneas de autores que se enfocan en los estudios en discapacidad y su relación con la rehabilitación y la práctica de profesiones como la terapia ocupacional. En su texto, el autor es contundente en afirmar que una perspectiva tradicional de la rehabilitación tergiversa la discapacidad y que puede generar consecuencias negativas innecesarias; entre otras, impacta sobre la identidad de la persona con discapacidad, quien se puede

quedar “prisionera” en un concepto erróneo y considerarse un anormal cuya meta es lograr la normalidad de acuerdo a un estándar establecido por los profesionales tratantes y la sociedad. Un segundo impacto negativo es el reforzamiento de la opresión social, ya que apunta a que la pérdida de funciones es la característica esencial de la discapacidad, esto fortalece el imaginario de la discapacidad como algo inherente al individuo (9).

Este trabajo tiene como interés principal ampliar la concepción de rehabilitación a un ámbito integral que sea generador de oportunidades reales para la inclusión de las personas en condición de discapacidad a sus roles en la sociedad colombiana. Muchos resultados de estudios en rehabilitación muestran enfoques interesados solamente en maximizar la funcionalidad y minimizar los costos del cuidado. Esto se refuerza cuando Schriner en el Handbook of Disability Studies hace una reflexión que finaliza proponiendo una práctica de rehabilitación transformadora, la cual está mediada, entre otros, por el constructo existente en discapacidad; las características de las intervenciones y las tradiciones disciplinares. (25) Por ejemplo, algunos países las actitudes y políticas relegan a la persona con discapacidad a los sectores marginales de la economía, ya que todavía existe la concepción individual y no hay propuestas de cambios estructurales a nivel social.

En éste orden de ideas, existe la necesidad de proporcionar coherencia al marco legal vigente en Colombia con la normativa internacional. El primer paso, es una evaluación de tal marco desde la mirada conceptual, donde algunas preguntas que pueden surgir son: ¿Qué características tiene el concepto de rehabilitación en Colombia? ¿Bajo qué modelo de discapacidad está concebido? ¿Lo propuesto en la normativa responde al fin último de la Rehabilitación?

El Informe Mundial sobre la Discapacidad publicado en 2011 resalta el hecho que la rehabilitación es una respuesta directa a la discapacidad y que reduce el impacto de una gran variedad de condiciones de salud. Sin embargo, lo que más destaca el informe es la afirmación

“La rehabilitación es una buena inversión porque genera capacidad humana. Debería incorporarse en la legislación general sobre salud, empleo, educación y servicios sociales y también en leyes específicas para las personas con discapacidad…” (17)

Tal afirmación denota la importancia, no solo de la rehabilitación, sino de la legislación como motor principal de la acción rehabilitadora en un país.

Aunque es claro que cada país tiene necesidades específicas, la OMS reitera que la legislación es el pilar de las acciones efectivas en rehabilitación. El gobierno por su parte, debe formular y procurar la aplicación de las normas, mientras que otros sectores deben propender la sensibilización de actores, proveedores y el mismo gobierno a partir de su participación como ente de control. La academia no se queda atrás, por eso trabajos como el presente contribuyen a la exploración académicamente informada de la situación actual y propone alternativas de reflexión y análisis que aportan a la construcción de posibilidades para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en el contexto colombiano.

Es claro que el concepto de discapacidad abarca más que la dimensión social o la biológica; por lo tanto, sería inadecuado pensar la rehabilitación desde una visión única, si ésta es entendida como una respuesta a la discapacidad. El objetivo de la investigación apunta más allá del individuo y retoma lo planteado por Wade, quien intenta dinamizar la práctica de la rehabilitación incorporando el modelo actual de discapacidad propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si se piensa la rehabilitación como el medio para lograr igualdad de oportunidades prácticas, el análisis de la misma deberá incluir categorías que permitan comprender el contexto de las personas con discapacidad y proponer pautas para contribuir a que las personas logren procesos reales de inclusión.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Analizar el concepto Rehabilitación Integral y su dialogo con el marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el modelo de discapacidad que emerge del marco legal de apoyo a la discapacidad en Colombia.

- Determinar el concepto de rehabilitación integral y sus categorías emergentes en el marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia.

- Relacionar la rehabilitación integral desde una perspectiva teórica con las características emergentes del concepto identificadas en el marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia.

- Generar planteamientos que permitan una apreciación amplia de la Rehabilitación integral y su relación con el contexto colombiano desde el aspecto normativo.

2. Estrategia Metodológica

Este apartado hace una descripción de la metodología que se utilizó para esta investigación. Se muestra la definición del tipo de estudio, procedimientos realizados durante éste e instrumentos para la recolección y análisis de los datos.

En resumen, el presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo, utilizando como método un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia propuesto en los Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad para inferir las características de la legislación que afectan la rehabilitación integral en el contexto de las personas con discapacidad en Colombia. Las categorías que se contemplaron en el análisis emergieron de los diversos autores que han desarrollado el tema de la discapacidad y la rehabilitación y permitieron formular conceptos abarcadores que se aproximan a la rehabilitación integral en el contexto colombiano.

2.1 El análisis de contenido cualitativo como metodología para analizar legislación y normativa

En términos generales, la investigación de los diferentes fenómenos de la naturaleza requiere procesos rigurosos, sistemáticos y empíricos para generar conocimiento válido en los contextos que se aplique. Para tal fin, los investigadores deben posicionarse dentro de un paradigma que responda a la realidad observada; si dicha realidad se puede interpretar desde una medición numérica, el paradigma se encuentra dentro de lo cuantitativo; sin embargo, si por el contrario, el problema a observar se encuentra inmerso en el mundo social y requiere para ser respondido procesos inductivos, el posicionamiento ideal será el paradigma cualitativo (26).

En ese sentido, el plan y la estructura de la presente investigación tienen como punto de partida una investigación de tipo documental, donde se realizó una revisión bibliográfica de los temas discapacidad y rehabilitación; ese proceso inicial de búsqueda de información fue la base para el planteamiento metodológico central: un análisis de contenido cualitativo del marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia.

Elegir la perspectiva cualitativa responde entonces a la generación de conocimiento “ajustado” al contexto; no obstante, dicha aseveración no implica menor rigor en las técnicas ni procedimientos aplicados; es más, las mismas técnicas tradicionalmente cuantitativas pueden traslaparse a la investigación cualitativa, aportando robustez y sistematizaciones objetivas de lo recolectado bajo el enfoque cualitativo. Un ejemplo son los análisis de contenido, los cuales surgen de la necesidad de analizar objetivamente los mensajes comunicativos (27) (28).

Dicha comunicación, la cual no es necesariamente del tipo escrito, puede ser estudiada para identificar determinados elementos componentes de los documentos: desde letras y sílabas a párrafos, medidas de tiempo, símbolos, etc. Por tener tan amplia gama de posibilidades, sus usos son también variados. No obstante, para efectos del presente trabajo, se puede decir que los análisis de contenido sirven para denotar los contenidos manifiestos y los latentes, ya sea para agruparlos o para hacer inferencias a partir de ellos, describiendo tendencias en el contenido de las comunicaciones escritas a analizar (29) (30). Desde el paradigma cualitativo, el análisis de contenido es definido entonces como

una técnica objetiva y sistemática destinada a formular inferencias aplicables a un contexto (28).

Los contenidos interpretados adecuadamente permiten a los investigadores identificar y explicar fenómenos de la vida social. Esta técnica recolecta una serie de datos y según la finalidad, la interpretación permite al investigador 1. Identificar las características del contenido (el contenido tal y como se comunica); 2. Inferir la naturaleza del contenido (el contexto del contenido) e 3. Interpretar el contenido (conocimiento sobre el "sujeto" productor de la comunicación) (30) (31).

El presente estudio es un análisis de contenido con enfoque cualitativo del marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia, donde el método se encaminó a interpretar objetivamente el concepto de rehabilitación emergente en las leyes vigentes que apoyan la discapacidad a partir de un proceso sistemático de clasificación y codificación de las categorías discapacidad y rehabilitación.

Se decidió usar como unidad de análisis artículos de la normativa vigente en Colombia, pues aunque presenta indirectamente la problemática de la rehabilitación, estos textos recogen y reflejan la visión que tienen las ramas ejecutiva y legislativa de la temática y cómo la proyectan a la población en general. Se propone destacar el sentido de los textos más allá de la frecuencia de aparición de determinados términos.

El estudio tuvo un primer momento que fue la recolección de datos, el cual a su vez tuvo un primer momento de exploración, donde se examinaron el concepto de discapacidad y el de rehabilitación, unido a la búsqueda de la legislación vigente sobre el tema en el contexto colombiano, lo que fue cimiento para la formulación del marco teórico. Tras ese acercamiento se procedió a la definición de las categorías de análisis preliminares.

El segundo momento pretendió conocer los aspectos que se tuvieron en cuenta al formular la norma, usando un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia que utilizó como insumo las conclusiones provistas en el marco teórico del presente trabajo.

Un tercer momento, fue la generación de los resultados que arrojó el análisis de las categorías que emergen con la respectiva valoración de los mismos; lo que finalmente

desembocó en la propuesta de conclusiones y posibles soluciones para profundizar en el entendimiento aspectos que inciden en la rehabilitación integral en el contexto colombiano.

2.2 Procedimientos realizados durante el estudio

2.2.1 Fuentes de los datos

- Fuentes de tipo teórico

Para el primer momento de esta investigación, se realizó una revisión de fuentes de tipo primario y secundario encontradas en la literatura nacional e internacional disponible en Colombia usando las bases de datos enunciadas en la tabla 2-1.

Las palabras clave utilizadas fueron:

Rehabilitation Models – Rehabilitation theory – Rehabilitation intervention – disability models

Tabla 2-1: Redes de información consultadas

RED
www.sciencedirect.com
Nacional Library of medicine
Hinari
Ebsco
Proquest
www.biomedcentral.com
Ovid
Medline
CINAHL
Jostor

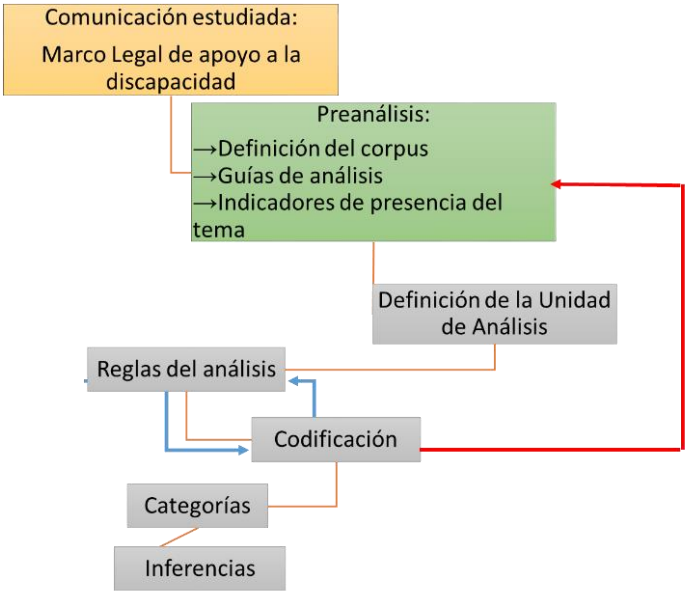
*Fuente: Autora 2013.

La importancia de éste momento está en que permitió dar inicio al análisis de contenido que se presentará a continuación, ya que éste se ciñó a los supuestos previos y permitió expresar al investigador el “paradigma de investigación” sobre el cual se hizo el pre-análisis de contenido.

2.3 Modelo de análisis de contenido del Marco Legal de Apoyo a la Discapacidad

La figura 2 -1 describe el desarrollo propuesto para el análisis de contenido y recopila los pasos que respondieron a inferir la orientación teórica en rehabilitación dentro de los productos de comunicación escogidos (29).

Figura 2-1: Desarrollo deductivo del análisis de contenido propuesto para el estudio



*Tomado y adaptado de Cáceres, 2002.

2.3.1 Comunicación estudiada

Como se dijo previamente, se realizó una indagación acerca del marco legal que en Colombia tiene injerencia en la rehabilitación integral. Sin embargo, tras la búsqueda, aparecen en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social registradas una gran cantidad de leyes, decretos y artículos relacionados, por lo que se tomó como referencia el “marco legal de apoyo a la discapacidad” enunciado en los lineamientos de política habilitación/rehabilitación integral emitido en el año 2004 por el Ministerio de Protección Social (32).

Se incorporan a éste corpus los lineamientos de política habilitación/rehabilitación para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad de 2004, el CONPES 81 de 2004 y la ley 1346 de 2009.

2.3.2 Pre-análisis

Al hacer una indagación acerca de la vigencia de las normas enunciadas se encontró 2 leyes derogadas, una de ellas reemplazada por una norma posterior, la cual fue incluida en el estudio; también se incluyeron en el análisis los incisos adicionados posteriormente en algunos de los artículos de la legislación enunciada y se incorporaron normas derivadas directamente de las enunciadas en el marco legal de apoyo a la discapacidad. Finalmente estas leyes se convirtieron en el corpus de contenido de donde se extrajeron las unidades de análisis. (Ver Tabla 2-2)

Tras la selección de la normativa a estudiar, se dispuso de ella asignándole un número ordinal para su identificación constante durante el proceso de análisis.

Como se describió anteriormente, la revisión teórica permitió establecer una posición respecto al tema rehabilitación integral y la unidad de análisis para el presente trabajo, llegando a un corpus de 25 normas. Tras la definición del corpus de contenido, se identificaron las unidades de análisis, las cuales son los extractos del contenido que fueron analizados usando un proceso de categorización, relación y establecimiento de inferencias a partir de ellas.

Tabla 2-2: Comunicación estudiada

DOC #	NOMBRE DEL DOCUMENTO
1	Constitución Política de Colombia: Enfatiza en los artículos 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54 y 64.
2	Ley 12 de 1987
3	Ley 82 de 1988
4	Ley 10 de 1990
5	Ley 715 de 2001
6	Ley 100 de 1993
7	Ley 119 de 1994
8	Ley 115 de 1994
9	Ley 163 de 1994
10	Ley 324 de 1996

DOC #	NOMBRE DEL DOCUMENTO
11	Ley 333 de 1996 (Derogada)
12	Ley 361 de 1997
13	Ley 582 de 2000
14	Ley 633 de 2000 (Reemplazada por la Ley 1607 de 2012)
15	Plan Nacional de atención a las Personas con Discapacidad 1999-2002
16	Ley 776 de 2002
17	CONPES social 80 de 1994
18	Lineamientos de política habilitación/rehabilitación para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad de 2004
19	Ley 982 de 2005
20	Decreto 2082 de 1996
21	Ley 1287 de 2009
22	Ley 1316 de 2009
23	Ley 1145 de 2007
24	Ley 1346 de 2009
25	Ley 1306 de 2009
26	Ley 1618 de 2013

2.3.3 Definición de la unidad de análisis

En el siguiente paso se designaron las unidades de análisis, las cuales se definen como el cuerpo de contenido más pequeño en el que se cuenta la unidad de registro a analizar (29) (30); la base escogida para este estudio fue gramatical y se definió que fueran los artículos de las normas.

UNIDAD DE ANÁLISIS

UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	UNIDAD DE ENUMERACIÓN
Artículo	Marco Legal de Apoyo a la Discapacidad	- Sentido de la comunicación - Toma de posición

*Fuente: Autora 2013.

2.3.4 Reglas del análisis

Los artículos que se extrajeron para el análisis fueron aquellos que enuncian la discapacidad, la habilitación – rehabilitación – rehabilitación integral y otros que se refieren a la rehabilitación y sus categorías.

Se intentó encontrar mediante el presente análisis de contenido:

- Textos relativos al modelo de discapacidad que se refleja en la norma estudiada.
- Textos relativos a la respuesta a la discapacidad en Colombia, qué perspectiva muestra la normativa nacional vigente al respecto, características, fines, etc.
- Textos que definan la rehabilitación en Colombia.

2.3.5 Definición de las categorías

La generación de categorías fue mixta, y se pensaron con la finalidad de cumplir con los criterios de pertinencia, son exhaustivas, homogéneas y mutuamente excluyentes. Las otras categorías emergieron del momento de exploración, cuando se estableció una posición frente al tema discapacidad y rehabilitación integral.

Las unidades de análisis y las categorías se trataron en forma de cuadros y tablas para proceder al proceso de inferencia y comparación. A continuación se listan las tablas de recolección de las categorías y subcategorías.

Tabla 2-3: Categorías y subcategorías del análisis de contenido

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CODIGO
Discapacidad: Modelo sobre el cual se fundamenta la norma	Individual	MI
	Social	MS
	Modelos relacionales	MR
	Marcos Ampliados	MMA
Rehabilitación: Aspectos que tiene en cuenta al formular la norma	Propone un concepto de rehabilitación (13)	CONRH
	Propone estructuras que compongan la rehabilitación (8)	ESTRUC
	Propone metas de la rehabilitación (8)	METAS
	Tiene en cuenta capacidad para funcionar (33)	CAPFU
	Tiene en cuenta Factores Personales (33)	FCPER
	Tiene en cuenta Factores Ambientales	FCAMB
	Tiene en cuenta la elección de la persona	ELEC

*Fuente: Autora 2013.

Tabla 2-4: Recolección de las categorías por unidad de análisis

UNIDAD DE ANÁLISIS #						
DOCUMENTO #						
OBSERVACIONES (SI HUBIESE)						
UNIDAD DE CONTEXTO	Marco legal de apoyo a la discapacidad					
CATEGORÍA Concepto discapacidad	Unidad de enumeración	MI	MS	MR	MMA	Otra
	Sentido Comunicación					
	Toma de posición					
CATEGORÍA Rehabilitación: Aspectos que tiene en cuenta al formular la norma	Unidad de enumeración	MI	MS	MR	MMA	Otra
	Sentido Comunicación					
	Toma de posición					

*Fuente: Autora 2013.

2.3.6 Análisis de los resultados

Los resultados de la recolección de las unidades de análisis fueron llevados a una matriz de contingencia, la cual se planteó usando las categorías propuestas inicialmente e incorporando las categorías emergentes durante la recolección de los datos.

Tabla 2-5: Matriz de contingencia categoría Discapacidad

Matriz de recolección 1: Concepto de discapacidad							
DOC #	**ID**	Unidad de Análisis	MM	MS	MR	MA	Otra
		"…."					

*Adaptado de Bardin, 1996.

Tabla 2-6: Matriz de contingencia categoría Rehabilitación aspectos que tiene en cuenta al formular la norma

Matriz de recolección 2: Aspectos que tiene en cuenta al formular la norma										
DOC#	**ID #**	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	Otra
		"…."								

*Adaptado de Bardin, 1996.

La matriz de contingencia permitió encontrar contenidos “manifiestos” y relacionarlos; también permitió encontrar contenidos “latentes” infiriendo, en primer lugar, cuál es el

concepto de discapacidad encontrado en la legislación analizada y, en segundo lugar, si las categorías teóricas se expresaban en la normativa, cómo y bajo qué criterios. Por otro lado, como pudo observarse, la matriz de recolección de datos permitió recoger otras categorías emergentes, que también sirvieron para mantener la contextualización y conocer particularidades en el ámbito colombiano.

El proceso final correspondió entonces a la integración de la información, la cual no se limita a las frecuencias de aparición de las categorías, sino que contextualiza las inferencias desembocando en la elaboración teórica de la comprensión de las particularidades expresadas en marco legal de apoyo a la discapacidad.

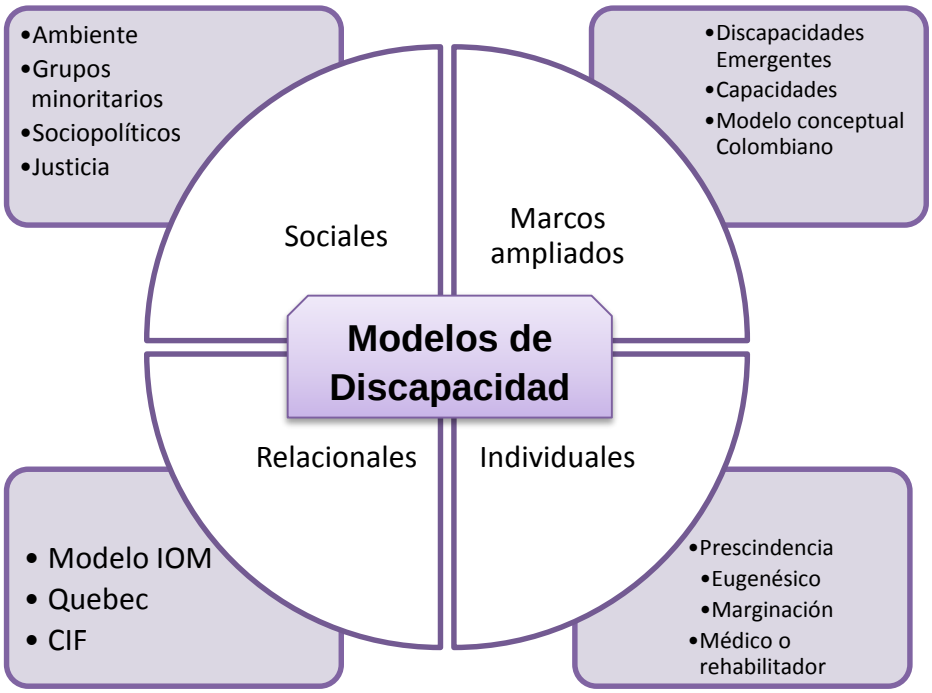
3. Modelos de discapacidad y sus implicaciones en la rehabilitación

Establecer una posición frente a la rehabilitación implica tener una posición sobre el concepto de discapacidad. Este apartado tiene como fin acercarse a la discapacidad partiendo de la dicotomía individuo – sociedad finalizando con modelos que rompen dicha dualidad desde diferentes perspectivas. Se centrará en los aportes que el enfoque de capacidades de Amartya Sen ofrece a los conceptos de discapacidad y por ende a la Rehabilitación a partir de una visión de igualdad y equidad en donde se tiene en cuenta los conceptos de bienestar, pobreza e inequidad para analizar la situación de grupos particulares en contextos específicos.

Existe una gran variedad de modelos para explicar la discapacidad, (Ver figura 3 -1) todos ellos conviven en cada una de las sociedades contemporáneas (34) y cada uno de ellos se acercan a la definición del contexto en el cual dicha situación es experimentada por la persona y ayudan a explicar cómo las personas con discapacidad son percibidas y tratadas por la sociedad (10).

Teniendo en cuenta este punto de partida, una revisión de las bases conceptuales de la rehabilitación es más compleja de lo que parece ya que implica establecer una posición sobre el concepto de discapacidad en un contexto y cómo tal posición teórica puede servir de base para la toma de decisiones a diferentes niveles, principalmente el político, donde los entendimientos conceptuales de la discapacidad e ideales de la inclusión social se traducen en igualdad de derechos para las personas “diferentes” (35).

Figura 3-1: Modelos de discapacidad



*Fuente: Autora 2013.

3.1 Discapacidad: entre lo individual y lo social

La discapacidad es una situación humana compleja y multidimensional; cada sociedad, ya desde los términos de las teorías causales, desde los principios de la lógica, o desde la visión de lo sobrenatural, han identificado, interpretado o respondido a la misma; según Albrecht, la rehabilitación es una de esas respuestas que la sociedad ha dado al "problema" de la discapacidad (2). Sin embargo, antes de llegar a esa conclusión, se debe iniciar hablando de los abordajes sobre los cuales se piensa la discapacidad, los cuales se pueden dividir inicialmente entre las posiciones que centralizan el problema en el individuo, enfocándose a estrategias de aceptación, curativas y rehabilitadoras para introducir al sujeto a la sociedad y las teorías sociales, que son una respuesta directa al modelo médico y ubican la discapacidad en la sociedad, al aislar y excluir al individuo, generando una pérdida o limitación de las posibilidades para formar parte de la vida en comunidad en igualdad de condiciones que los otros (36) (10) (37).

El primer modelo bajo el paradigma individual se denomina, según Palacios, el modelo de prescindencia (38), el cual, aunque carece de piso científico y es el resultado de una postura mágico – religiosa (5), permanece vigente en muchos países. El Instituto Interamericano del niño de la Organización de Estados Americanos (OEA) denominó este modelo como preformista o negativista ya que “las deficiencias se preformaban desde la concepción” considerando las discapacidades como un castigo o enseñanza divina causadas por lapsos de inmoralidad o pecado; (10) tal interpretación orienta las respuestas de segregación o en culturas antiguas la deificación de la persona con discapacidad (39) (40). Palacios profundiza en éste modelo identificando 2 submodelos: el eugenésico (la vida de una persona con discapacidad no vale la pena ser vivida) y el de marginación (38).

Ese segundo submodelo se relaciona directamente con el denominado en la clasificación de la OEA modelo predeterminado médico, donde se institucionalizó a la persona con discapacidad y quienes se encargaron del cuidado fueron las órdenes religiosas (39). En él, el bienestar de la persona con discapacidad se buscó a partir de la ayuda y compasión de los demás (36); de éstos dos primeros modelos se derivan prácticas lingüísticas y actitudinales como la cosificación del ser humano, la antropomorfización del género femenino, entre otros, que a lo largo de la historia han fomentado estereotipos y prejuicios en torno a la discapacidad (41). Sin embargo, la consecuencia directa más llamativa y que ha trascendido a través del tiempo es la exclusión, ya sea por el temor, el rechazo o el menosprecio, finalizando en respuestas del tipo caritativo (38); es por ello que algunos autores engloban los anteriores modelos y submodelos en lo que denominan modelo de caridad o moralista.

Como fue dicho previamente, algunas culturas explican la discapacidad desde el modelo de prescindencia; no obstante, cabe señalar que el modelo médico es el utilizado por la mayoría de culturas occidentales (9). Dicho modelo, que también hace parte del paradigma individual y considera la discapacidad como una manifestación externa de una alteración en el organismo; la perspectiva de la persona con discapacidad o los factores sociales no son explorados, considerando al ambiente algo fijo y neutral. El “problema” se localiza en el cuerpo de la persona y es causado por una interrupción de los procesos corporales considerados “normales”. El sujeto ocupa el papel de paciente a corto o a largo plazo, sin tener en cuenta sus derechos, pero tampoco sus deberes en los contextos cercanos (42) (15) (14) (5) (34).

Este modelo, que predominó en los siglos XIX y XX ve la causa de la discapacidad en términos de patologías y se liga al diagnóstico y tratamiento de las mismas (40). Allí el individuo tiene imposibilidad para desempeñar una serie de tareas que la sociedad espera que una persona realice y juzga la condición de discapacidad como una incapacidad del individuo para ocupar roles dentro de la sociedad, haciéndolo dependiente de los que tienen el cuerpo sano y pueden incluirse en el sistema productivo; esto se explica porque durante la mayoría del siglo XX, la sobrevaloración de la independencia, principalmente desde la esfera ocupacional, aumentó el estigma negativo hacia las personas con discapacidad (42).

Por lo anterior, la perspectiva biomédica es la base sobre la cual se erigen las distintas profesiones y disciplinas del campo de la salud, entre ellas las que hacen parte del proceso de rehabilitación (14) (15) (5) (9); la sociedad es quien considera oportuno entregar servicios de salud en variedad de instituciones a través de intervenciones médicas que se aproximan al sujeto desde una mirada tipo “tragedia personal”, reforzando la identificación de las personas con discapacidad como un conjunto de cuerpos y mentes imperfectas, convirtiéndolos en una carga para el resto de sociedad. (5) Este modelo transita, según la terminología de la OEA, del modelo predeterminado médico, al determinista funcional, de donde emerge formalmente la rehabilitación y la educación especial (39).

Al analizar esto, se puede afirmar que el modelo posee limitaciones del tipo teórico que restringen el entendimiento de la discapacidad. Entre otros, Terzi identifica tres: la individualización de la discapacidad, (“cambiar al individuo para adaptarlo a la sociedad” (43)); una subestimación de la diversidad dividiendo simplemente entre anormal y normal sin tener en cuenta otras variables como sexo, edad, condiciones físicas y mentales generales, etc. y, finalmente, la creación de una fuerte división entre lo que se considera sujetos “normales” y “anormales” (35). Kielhofner agrega otro limitante y es el reforzamiento de la opresión al subestimarse el rol de las barreras físicas, actitudinales y sociales que tiene el contexto para incluir a la persona con discapacidad (9) lo que hace al modelo médico insuficiente para explicar completamente el fenómeno de la discapacidad.

Una postura radicalmente dicotómica al modelo médico la proporciona el modelo social de la discapacidad propuesto por Oliver en la década de 1970, el cual no niega el problema de la discapacidad, pero lo sitúa de lleno dentro de la sociedad (35). Enfatiza en que el

ambiente social es la causa de la discapacidad, refutando la idea de la “tragedia personal”. Provee una manera de conceptualizar la desventaja experimentada por las personas con enfermedades y déficits en la cual se destacan las barreras sociales, económicas y ambientales para participar en la sociedad (43).

Surgió tras la declaración de la *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS) en 1976 (37) y define la discapacidad como una restricción en la actividad causada por la organización social, que no toma en cuenta a las personas con impedimentos, por lo que son excluidas de participar en las actividades sociales, donde la normalidad es una construcción impuesta por una sociedad donde solo hay diferencia. (35) Su esencia es el poco valor que se le da a la experiencia de las personas que viven con limitaciones y las actitudes de una sociedad que las considera “menos que” sus pares que no tienen discapacidades (10). Desde esa perspectiva, el modelo social y sus derivados aportan en primera medida una reflexión muy profunda acerca del papel de la sociedad en términos de generación de la discapacidad; por otro lado, sitúa a la persona con discapacidad como ciudadano con derechos, dando una nueva faceta al abordaje de la discapacidad y dando formalidad al campo de estudios en discapacidad (44).

Critica con vehemencia el papel de los profesionales de la rehabilitación y a los investigadores de la discapacidad que no tienen discapacidad al argumentar que tales actores refuerzan el modelo médico y contribuyen a la opresión y marginalización de las personas con discapacidad (45), propende que las personas tengan control sobre sus vidas sin que necesariamente lleven a cabo todas las actividades de la vida diaria: el ambiente define, amplifica o aminora los efectos de las deficiencias (10).

A pesar de ello, el modelo no deja de tener fallas significativas: Según Terzi, las principales deficiencias de este modelo se explicarían en el exceso de socialización de las fuentes de producción de la discapacidad, lo que hace que pase por alto las complejas dimensiones del déficit y sus efectos sobre las capacidades y las habilidades individuales, haciendo la propuesta poco viable desde el punto de vista teórico y político (35) a lo que autores como Marks en 1999 reaccionaron planteando, aunque de una manera incipiente, una aceptación del aporte de la “realidad psicosocial” del individuo a la concepción de lo social (46).

3.2 Modelos relacionales de discapacidad: entre lo individual y lo social

Como puede observarse, los anteriores modelos, no ofrecen una definición de discapacidad que permita la construcción adecuada de regímenes sociales e institucionales inclusivos; no obstante, son la estructura de desarrollos teóricos como los realizados por Brandt y Pope en 1997, planteamientos como el esquema del proceso de creación de la discapacidad propuesto en Quebec y la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la OEA en su clasificación los recoge en el que denomina modelo interaccionista o estructuralista (39).

En este paradigma se identifica la discapacidad como un resultado situacional o relacional, que varía en el tiempo dependiendo de la interacción entre factores personales (sistema orgánico del individuo, capacidades, identidad) y factores ambientales (sociales y físicos) (47) (46) que capacitan o dis-capacitan al sujeto para participar o desarrollar actividades en sus contextos, donde los estados de salud deben ser incluidos dentro de un enfoque biopsicosocial que implica una interacción entre factores biológicos y sociales (36).

Entre otros, el modelo biopsicosocial es el más aceptado y el preferido desde esta perspectiva conceptual para analizar la discapacidad, ya que reconoce la contribución de los determinantes psicológicos, médicos, sociales, económicos y personales de la discapacidad (40). Uno de los ejemplos de la aplicación del mismo la ofrece el cambio radical de la clasificación de estados de salud propuesta por la OMS en la Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) como complemento a la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (46). Con el concepto de funcionamiento, unido a los factores contextuales y personales, concibió un modelo donde la discapacidad no debe pensarse estrictamente desde dicotomías, sino como procesos continuos y cambiantes (44) que ocurren durante el ciclo vital, junto al hecho que se reafirma la premisa que la ausencia de enfermedad no es sinónimo de salud.

Por ejemplo, Maxwell en 2012 usa de modelos en las práctica inclusivas a nivel educativo uniendo los conceptos de capital social y educación inclusiva al identificar que la CIF niños y jóvenes es un marco conceptual que tiene en común con los anteriores los términos creencias y participación social; empero, es enfático al afirmar que sus supuestos teóricos son aplicables en el contexto específico: el europeo (48).

Estas últimas concepciones demuestran que teorizar en discapacidad es un ejercicio que debe ser hecho bajo la perspectiva de las características personales y el ambiente que rodea al individuo, considerando que las variables socioeconómicas constituyen factores contextuales que incluyen elementos de política y economía las cuales inciden en la vida de las personas con discapacidad y sus procesos de autonomía y participación social (36) ya que desde este marco relacional la discapacidad es un tema médico, social y político (37). A partir de esa reflexión es válido preguntarse ¿Cuál es entonces la respuesta al fenómeno de la discapacidad?

En respuesta a ello, Wade destaca la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la OMS (CIF) como modelo de discapacidad mundial (4) ya que como previamente se anotó, la CIF proporciona un inventario sistematizado y diverso que ofrece uniformidad sin llegar a simplificar demasiado la situación del individuo (6) suministrando un lenguaje común para describir estados relacionados con la salud con el fin mejorar la comunicación entre los actores del proceso rehabilitador, sectores públicos y las personas con limitaciones (7). Sin embargo, aunque incorporan el paradigma social de la discapacidad, ni los desarrollos de Brand y Pope que se aplican en las elaboraciones del modelo del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), ni los desarrollos del planteamiento teórico de la CIF examinan a profundidad los factores externos, sin que se pueda entender cómo estos afectan los procesos de discapacidad en contextos específicos.

Wang, Ginac y Badley, encuentran este vacío y enuncian 4 tipos de factores contextuales, que clasifican como moderadores, mediadores, distractores e independientes. Estos autores complementan los desarrollos de la CIF, de la IOM y la propuesta de Quebec, hacen un acercamiento teórico a las variables contextuales que rodean al sujeto (49).

Los factores contextuales que sugieren los autores y que se encuentran enunciados en la tabla 3-1, actúan de forma simultánea en una situación discapacitante, y pueden ser aplicables a las relaciones entre funciones, estructuras corporales, actividades y participación; por lo que son importantes al mirar de una manera más profunda la discapacidad de los individuos.

Tabla 3-1: Factores contextuales que generan discapacidad

Tipo de Factor	Definición
Moderador	Variable que interfiere directamente en la interacción entre la variable limitación de la actividad y la variable limitación de la participación
Mediador	Es el vinculado en una cadena causal y puede o no interferir en la interacción entre la variable limitación de la actividad y la variable limitación de la participación. (factores emocionales)
Distractor	Una variable que tiene un efecto independiente sobre la variable participación, se correlaciona con la variable limitación de actividad, pero ésta no siempre es la determinante.
Independiente	Una variable que tiene un impacto sobre la variable participación, independientemente de su asociación con la variable limitación de la actividad.

*Fuente: Wang, P., Badley, E. Y Gignac, M. (2006). Factores contextuales de los modelos de discapacidad.

3.3 Modelos Ampliados de discapacidad

El contexto es uno de los aspectos que mayor complejidad impone el querer conceptualizar la discapacidad. Los planteamientos anteriores reflejan la multidimensionalidad de la misma y muestran que cualquier análisis que se formule en torno a ese tema debe contemplar diferentes aristas y situaciones tanto particulares como del entorno. Pese a ello, es el momento de retomar lo planteado por Fox y Kim al afirmar que “El nuevo universo de la discapacidad puede resultar de causas tales como la pobreza, la violencia y abuso, el envejecimiento, el abuso de sustancias y el estrés” (50), entre otras. El contexto colombiano tiene indicadores que sugieren un alto índice de todas estas condiciones y muestra, entre otros un alto índice de exclusión económica, de oportunidades de empleo, ingresos y educación, causadas presumiblemente por la falta de cohesión social y restricciones en las oportunidades para el bienestar (51).

Para un contexto tan particular, se hacen necesarios modelos que consideren aspectos sustanciales de la sociedad; uno de ellos es provisto por el campo de Estudios en Discapacidad e Inclusión Social en Colombia (52), donde se estructura, desde las matrices analíticas del grupo de investigación del Beach Center de la universidad de Kansas, (USA) un modelo fundamentado en las publicaciones realizadas por Turnbull y Stowe. La propuesta original consta de 5 modelos; sin embargo, el grupo de estudios en discapacidad en Colombia lo adaptó retomando 4 de las 5 miradas que unidas contienen el concepto de discapacidad: los estudios en capacidad humana y de tecnología; estudios públicos; estudios culturales y los estudios ético – filosóficos.

Figura 3-2: Campo de Estudios en Discapacidad e Inclusión Social en Colombia

*Fuente: Trujillo, A.; Cuervo C.; Pérez L. (2008). Modelo de Estudios en Discapacidad e Inclusión Social en Colombia.

Estas áreas muestran una concepción plural de la persona humana que debe ser vista desde la lente particular del contexto (Colombia social, económica y política) y las tensiones producidas por la relación entre el individuo y su entorno unido al dilema de la diferencia. En suma, estos factores imprimen dinamismo al concepto de discapacidad, constituyéndolo como una realidad cambiante que debe ser reconocida, transformada o negada según las circunstancias contextuales. Su eje central es la diversificación del sujeto desde su esfera biológica, política, cultural, de su dignidad y su espiritualidad (52).

Con esto en mente, se puede decir que la rehabilitación se entiende como un proceso de extrema complejidad, cuyo desarrollo se deriva de las definiciones médicas y económicas concentradas en mejorar las capacidades del individuo con deficiencias; de ahí que el movimiento del concepto tenga lugar en los estudios en capacidad humana y tecnología, interesados por la forma como los individuos adquieren y potencian diferentes capacidades planteadas desde las áreas de la medicina, salud pública y psicología, junto con las profesiones que estudian el ambiente construido.

Otra perspectiva que debe considerarse al hablar de modelos ampliados de discapacidad (36) es la de Schalock, que en el año 2004 aporta el concepto de discapacidades emergentes. El concepto aborda las tensiones que se producen en la interacción individuo – ambiente teniendo como eje de análisis la calidad de vida, por ser uno de los elementos

que en la última parte del siglo XX se considera cambia el modo de entender la discapacidad, esto aparece tras considerar la discapacidad un producto de la marginalización y la discriminación (53).

Como se puede observar en la figura 3-3, Schalock establece cuatro características fundamentales en el paradigma de las discapacidades emergentes: las limitaciones funcionales, el bienestar personal, la competencia y adaptación y los soportes individualizados. En cuanto a la limitación funcional, el autor entiende por ésta las deficiencias corporales, que al ser influenciadas por el contexto se relacionan con la limitación en la realización de roles y tareas en un ambiente social (53).

El bienestar personal, es el producto de tres tendencias: del cómo las fuerzas políticas y sociales sobre los individuos ocupan un papel central para lograr el bienestar de las personas, su empoderamiento e inclusión; de la equidad y las oportunidades para llevar una vida productiva y digna; y de la "revolución" subjetiva del bienestar, categoría en la que se ubican el poder personal y la satisfacción.

Figura 3-3: Discapacidades emergentes

Fuente: Schalock, R. L. (2004). Paradigma de las discapacidades emergentes.

De tales tendencias emergen dos conceptos clave: la psicología positiva como fuente de construcción de cualidades positivas y no la reparación; y la calidad de vida. Según el autor, este concepto se ha usado de diferentes maneras, desde la perspectiva de una noción sensitiva, como un tema unificador y como un constructo social, por lo que se necesitan varias dimensiones para describirlo. Schalock enuncia 8 dominios que pueden observarse en la tabla 3-2. Sobre estos dominios deberían estar dirigidos los esfuerzos políticos tanto de financiación como de intervención, enfocándose en los resultados relacionados con incrementar la independencia, la productividad, la integración a la comunidad y el bienestar personal.

Tabla 3-2: Indicadores de calidad de vida

DOMINIO	INDICADOR Y DESCRIPTOR
Bienestar Emocional	Satisfacción (humor, disfrute). Auto concepto (Identidad, autovalidación) Perdida de stress (Predictibilidad y Control)
Relaciones interpersonales	Interacción (Redes de trabajo social, contacto social) Relaciones (Familia, amigos, pares) Soportes (Emocional, físico, financiero, de reacción)
Bienestar material	Estatus financiero (Ingreso, beneficios) Empleo (estatus laboral, ambiente laboral) Hogar (Tipo de residencia, propiedades)
Desarrollo personal	Educación (Logros, estatus educativo) Competencia Personal (cognitiva, social y práctica Rendimiento (Éxito, productividad, logros)
Bienestar físico	Salud (funcionamiento, sintonía, permanecer en buena forma, nutrición) Actividades de la vida diaria (Autocuidado, movilidad) Ocio (Recreación, hobbies)
Autodeterminación	Autonomía/control personal (Independencia) Metas y valores personales (Deseos, expectativas) Elecciones (oportunidades, opciones, preferencias)
Inclusión social	Integración y participación en comunidad Roles en la comunidad (participativo, voluntario) Soportes sociales (Servicio de redes de trabajo)
Derechos	Humanos (Respeto, dignidad, equidad) Legal (ciudadanía, acceso)

Fuente: Schalock, R. L. (2004). Dimensiones e indicadores de calidad de vida.

Los soportes individualizados son los “recursos y estrategias que buscan promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el

funcionamiento individual. Estas parten de las herramientas adaptativas y capacidades del individuo, los factores de riesgo que se posean y los requerimientos y demandas de los ambientes de participación, creando áreas específicas de soporte, con funciones de soporte determinadas para lograr como resultados la independencia, relacionamiento, contribuciones, participación escolar y comunitaria junto con el bienestar personal.

Finalmente, la última característica del paradigma de las discapacidades emergentes se refiere a la competencia y adaptación personal, en el cual se relaciona directamente la inteligencia dividida en práctica, conceptual y social con el comportamiento adaptativo que se traduce en capacidades motrices físicas, cognitivas y sociales; implicando una desaparición de un pensamiento tipológico entre los que son “discapacitados” y los que no.

Los anteriores planteamientos reflejan de nuevo la multidimensionalidad de la discapacidad y la muestra como el resultado de una variedad de intersección de variables en la relación individuo – ambiente, lo que Ueda resume eficientemente al definir la discapacidad como “el resultado de la interacción entre un sujeto que tiene una condición de salud determinada y el contexto en el que se desenvuelve” (54). Además, el concepto de bienestar siempre se encuentra presente en los desarrollos de los autores que anteriormente se han mencionado, llevando a la reflexión que una búsqueda de causas lineales y soluciones del mismo tipo, no son las apropiadas al aproximarse a una problemática como la discapacidad y la rehabilitación; la clave para cambiar y entender la rehabilitación de una persona en condición de discapacidad relacionar directamente los aportes del campo de estudios en discapacidad con la práctica (9).

3.4 El enfoque de capacidades: una oportunidad para entender la discapacidad

Según Leplege, los intereses básicos de una persona con discapacidad son argumentalmente los mismos que aquella sin discapacidad: vivir una vida buena y significativa y participar en las actividades sociales y ocupacionales de su elección (16). Desde esta perspectiva, la teoría de capacidades humanas formulada por Amartya Sen, la cual presupone un sujeto autónomo, cuyo énfasis esta puesto en un conjunto de capacidades desarrolladas en términos de mínimos destacando las condiciones para

diseñar la propia vida y no un tipo de vida particular (55), se constituye en un marco útil para complementar la definición de discapacidad en contextos como el colombiano (56).

Existen puntos que confluyen al tratar el tema de la discapacidad y las capacidades humanas, tales como la relación entre las barreras sociales y las limitaciones individuales, la importancia de la autonomía y el valor de la libertad. El enfoque de capacidades humanas provee una manera de conceptualizar la desventaja de algunos evidenciada en la sociedad, lo cual se observa en las barreras sociales, económicas y ambientales para la equidad (43).

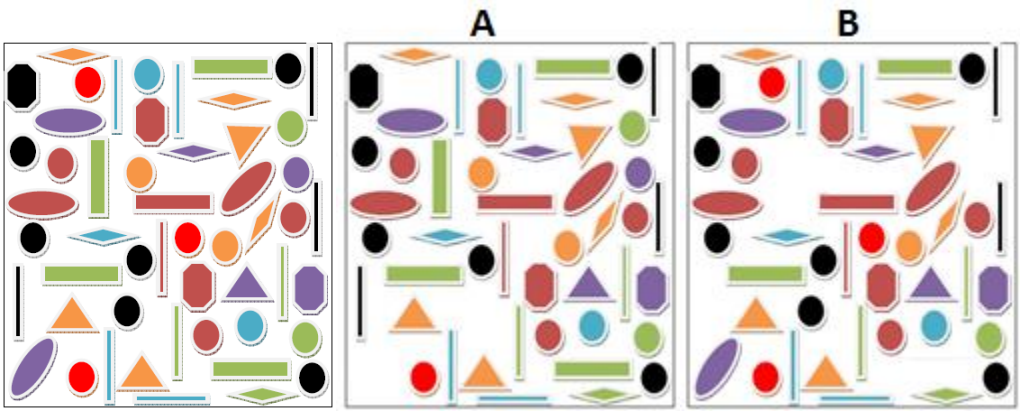
Su autor, el economista Amartya Sen, hace una aproximación a las capacidades humanas haciendo un marco teórico integral de la calidad de vida y el bienestar (56) y explora las expansiones complejas alrededor de las mediciones de la calidad de vida, yendo más allá del marco tradicional del bienestar relacionado con la salud o con el grado de productividad del individuo; destaca su naturaleza multivariada, entendiendo que la significación práctica para el bienestar humano depende de la relación empírica entre los estados de salud y otros aspectos que no tienen que ver con ésta (57); por otro lado, define que el fin del bienestar, la justicia y el desarrollo está en términos de las capacidades de las personas tengan para para funcionar.

Su planteamiento se fundamenta en el impacto de la pobreza, las inequidades y el bienestar cimentado en tres elementos principales que son los funcionamientos, los recursos y las capacidades indicando que las políticas deberían enfocarse en lo que las personas son capaces de ser y hacer, en su calidad de vida y en la remoción de obstáculos en sus vidas (58).

El primer elemento, los funcionamientos, son las cosas valorables que una persona puede hacer o ser, más allá de la felicidad que pueda generar. Son constitutivos del bienestar de una persona y se sitúan entre la sensación subjetiva de felicidad y la medición objetiva de los recursos para conseguirla (56). Los recursos son el segundo elemento y se usan para lograr funcionamientos. Varían entre la provisión de salud dada por el gobierno y el ingreso a los recursos naturales de las personas. Sen afirma que la calidad de vida no es medible en términos de recursos, es decir que la obtención de los mismos no es sinónimo de calidad de vida (56); ello desemboca en el aspecto central del desarrollo teórico del autor: las capacidades.

Desde este enfoque teórico las capacidades humanas van más allá de poder lograr efectivamente algo y se refieren a las diferentes combinaciones de funcionamientos que la persona puede lograr con los recursos que tenga y depende tanto de las características individuales como de los arreglos sociales, específicamente, las estructuras institucionalizadas de la sociedad (56). De allí surgen un conjunto de modos de ser y de hacer accesibles o posibles que tiene un ser humano. El sujeto es capaz de plantearse objetivos, obligaciones, fidelidades, etc. dependiendo de su situación, requiriendo para esto diferentes cantidades de los funcionamientos que hacen al ser humano, esas cosas que logra hacer y ser al vivir. Las capacidades de la gente de realizar las tareas valiosas que ha decidido llevar a cabo en su vida, son finalmente el conjunto de esos seres y quehaceres que se conjugan para lograr el bienestar (21) (38) (59) (60).

Figura 3-4: Noción "Conjunto capacidad para movilizarse de un lado a otro"



Tomado y adaptado de: http://orientacionandujar.files.wordpress.com/2008/12/que-figuras-faltan-en-el-otro-lado-2.pdf

Autores como Toboso llaman la atención sobre la clara diferenciación que en el español debe hacerse en el concepto de capacidad, el cual para efecto de este texto es el conjunto de funcionamientos que es capaz de lograr una persona. La figura 3-4 es un ejercicio que aparece en internet para mejorar la atención, sin embargo, ilustra adecuadamente los conceptos centrales del enfoque de capacidades: el conjunto inicial muestra el conjunto de funcionamientos que podrían requerirse para tener la capacidad de movilizarse de un lado a otro. Los conjuntos A y B son las representaciones de dos individuos que poseen dicha capacidad. Dentro de cada conjunto hay una serie de formas que serán los quehaceres y seres (funcionamientos) donde por ejemplo, los círculos pueden referirse a habilidades

físicas, mientras que los triángulos se orientan a circunstancias sociales, entre otras; al hacer un ejercicio de observación, se identifica que hay variaciones entre ambos sujetos, es decir que para movilizarse, un individuo logra y valora una serie de funcionamientos, probablemente diferente a la serie de funcionamientos que logra y valora el otro.

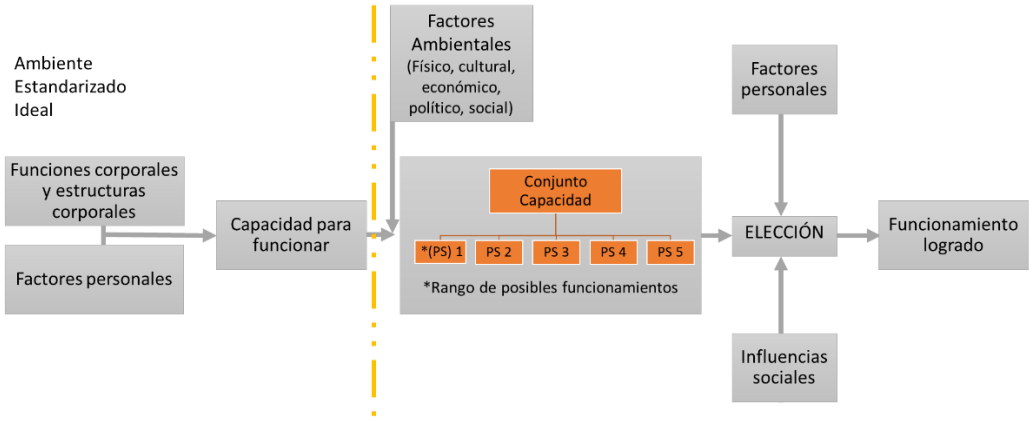
En conclusión, una capacidad como movilizarse de un lado a otro desde la posición teórica provista por Amartya Sen, no constituye la presencia de habilidad física o mental, sino se interpreta como la combinación e interrelación de una serie de funcionamientos valiosos logrados por el sujeto, lo cual está influenciado por las características individuales y por las circunstancias sociales (56). Desde este enfoque, la discapacidad es entonces una situación influenciada en gran medida por un ambiente lleno de complejidades; el enfoque de capacidades de Sen provee en un espacio de capacidades con una métrica para establecer comparaciones interpersonales de desigualdad a través de una decisión democrática, algo que ni el modelo individual, ni el social de discapacidad en sí mismos pueden ofrecer (35).

El enfoque de capacidades de Amartya Sen adiciona la dimensión económica de la discapacidad reconociendo que el ambiente económico tiene influencia en las oportunidades prácticas, en términos de empleo y autosuficiencia. Exceptuando el modelo social, los demás modelos no contemplan esta dimensión o la nominan desde una perspectiva de roles o participación. No obstante, según Mitra, los modelos como el social y el médico son finalmente restrictivos porque limitan la visión del individuo en condición de discapacidad. El modelo de la CIF sale de ese esquema y abarca un gran número de funcionamientos de la vida de la persona, sin que funcionamientos tenga el mismo significado para ambos modelos: en la CIF los funcionamientos se relacionan con la salud, (vista como Funciones corporales) así como actividades y participación en cierto rango de dominios de la vida (educación, autocuidado, trabajo); con lo propuesto por Sen, se pueden incluir actividades y estados deseables de la persona y estos pueden ser generales o particulares, por lo que se podría llegar a entender la CIF como una aplicación parcial del mismo enfoque de capacidades (56).

No obstante, modelos como el de la CIF o la IOM no llegan a considerar que la equidad y la justicia estén inmersas en el concepto de discapacidad, por otro lado, otras diferencias que el enfoque de capacidad tiene con otros modelos de discapacidad son que éste enfoque provee un marco de entendimiento de la discapacidad que tiene en cuenta la

diversidad humana a través de la inclusión de las características personales. Los modelos Social y el médico no proponen dicha caracterización. La CIF por otro lado, reconoce esto; pero en la práctica no cubre circunstancias que no estén relacionadas con la salud, tales como los factores socioeconómicos, por lo que Morris complementa el modelo propuesto por la OMS mostrando gráficamente su interrelación con el enfoque de capacidades.

Figura 3-5: Relación "capacidad para funcionar" y enfoque de capacidades



Tomado y adaptado de: Morris, C. 2009.

El aporte principal del planteamiento de Sen es considerar los mecanismos sociales para la igualdad. Según éste, dicha igualdad se logra en términos de capacidades, y la igualdad de capacidades debe ser un objetivo principal dentro de las políticas (35), a través de la relación entre recursos disponibles y los ambientes económicos de las personas, determinando condiciones de discapacidad (56). Para entender mejor este posicionamiento, autores como Mitra sugieren tener claridad sobre algunos conceptos:

Déficit o deterioro: pérdida fisiológica, mental o anatómica.

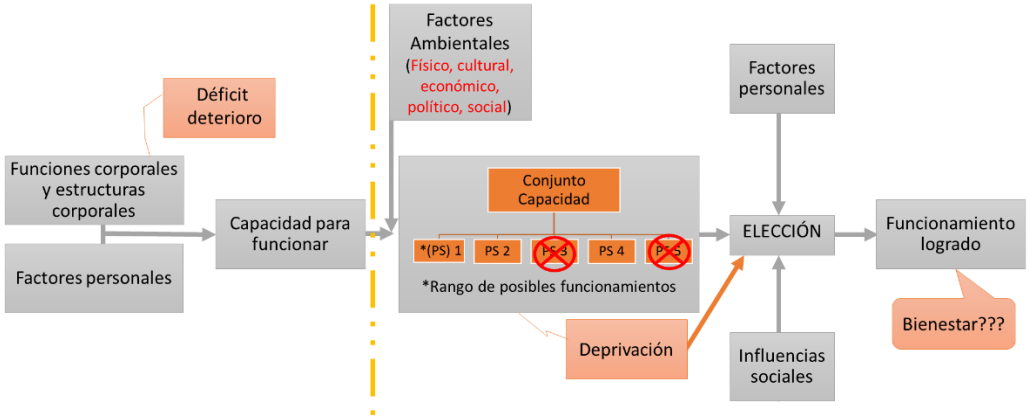
Deprivación: Alteración de la interacción entre recursos disponibles, características personales y ambiente.

Una discapacidad potencial entonces, podría definirse como una posible deprivación de oportunidades prácticas como resultado de un déficit.

Ese déficit, sería la única diferencia que habría entre un individuo y otro; este se referiría a una discapacidad potencial, y estaría en el nivel de deprivación de la capacidad. Cuando el déficit lleva a la restricción para ser o hacer las cosas que él o ella valoran ser o hacer, se estaría hablando del nivel de funcionamiento. Ese nivel no es estático y se ajusta a las

habilidades compensatorias del individuo, es decir, a cómo éste ajusta sus habilidades de cara a la deprivación. Cuando toda la capacidad para conseguir sus fines está comprometida, se convierte en un asunto de justicia (43).

Figura 3-6: Discapacidad potencial desde el enfoque de capacidades



Tomado y adaptado de: Morris, C. 2009.

Sin embargo, Amartya Sen nunca ha propuesto un listado de esas capacidades, pues se encuentra en contra de la universalización del concepto, justificando que esta tarea debe recaer en la comunidad, orientada para unos fines específicos. (55) Aunque es voluntariamente incompleto, tiene un gran valor a nivel conceptual, porque incluye todo tipo de funcionamientos desde los más básicos, hasta los más complejos (56); constituyéndose como marco para aplicarlos en problemas reales de injusticia e inequidad en las sociedades (43) evaluando el bienestar humano y la igualdad de libertades desde dos perspectivas: 1. El bienestar visto desde los funcionamientos valiosos alcanzados y 2. La libertad, observada desde las oportunidades reales que la persona tiene para llegar al bienestar (38).

Es importante valorar y medir la discapacidad dentro de éste paradigma y encontrar datos relacionados con las potencialidades y las oportunidades ofertadas por el ambiente. Martha Nussbaum es quien en el año 2000 se arriesga a enumerar 10 capacidades centrales que debe tener una persona. Esas 10 capacidades se registran en la tabla 3-3 y la discapacidad sería entendida entonces como la pérdida de una realización efectiva de alguna de esas capacidades centrales como resultado de limitaciones en la actividad o restricciones en el funcionamiento que no se compensan con adaptaciones en el nivel social. El entendimiento de tales capacidades puede constituir un objetivo para los

creadores de políticas en el orden de proveer un bienestar real a las personas con discapacidad (58).

Moreno en 2011 pone en diálogo dicho decálogo de capacidades con la discapacidad, enunciando 10 capacidades adaptadas, no solo para esta condición sino para la población infantil; tal y como la autora afirma, su postulado es un parafraseo de lo propuesto por Nussbaum (21) mas sin embargo, llaman la atención al concebir a la persona con discapacidad como ciudadano dotado de dignidad e igualdad simplemente por pertenecer a la especie humana que no se valora simplemente por la cantidad y calidad de desempeños, patrón habitual para analizar y dar respuestas a la discapacidad (61).

Tras estos desarrollos en cuanto a la noción de discapacidad, se puede concluir que hablar de rehabilitación no se trataría solamente de una serie de servicios organizados, coordinados y multidisciplinarios orientados al problema (4), sino que debe ser un proceso activo y dinámico por el cual la persona con un déficit (el cual debe considerarse como una forma de diversidad, no como un “problema”) es guiada para adquirir conocimiento y habilidades en el orden de maximizar las oportunidades reales que contribuyan al logro de funcionamientos.

Tabla 3-3: Capacidades centrales propuestas por Martha Nussbaum

CAPACIDAD	DESCRIPCIÓN
Vida	Ser capaces de vivir una vida humana de duración normal hasta su fin, sin morir prematuramente o antes de que la vida se reduzca a algo que no merezca la pena vivir.
Salud física	Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.
Integridad física	Ser capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos sexuales infantiles y la violencia de género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección en materia de reproducción.
Razón práctica	Ser capaces de formar un concepto del bien e iniciar una reflexión crítica respecto de la planificación de la vida. (Esto supone la protección de la libertad de conciencia).
Afiliación	A) Ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación del otro y tener compasión hacia esta situación; tener la capacidad tanto para la justicia como para la amistad. (Esto implica proteger instituciones que constituyen y alimentan tales formas de afiliación, así como la libertad de asamblea y de discurso político). B) Teniendo las bases sociales del amor propio y de la no humillación, ser capaces de ser tratados como seres dignos cuyo valor es idéntico al de los demás. Esto implica, como mínimo, la protección contra la discriminación por motivo de raza, sexo, orientación sexual, religión, casta, etnia u origen nacional. En el trabajo, poder trabajar como seres humanos, ejercitando la razón práctica y forjando relaciones significativas de mutuo reconocimiento con otros trabajadores.
Otras especies (animales, plantas, etc.)	Ser capaces de vivir interesados y en relación con los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza.
Emociones	Ser capaces de tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; amar a los que nos aman y nos cuidan y sentir pesar ante su ausencia; en general, amar, sentir pesar, añorar, agradecer y experimentar ira justificada. Poder desarrollarse emocionalmente sin las trabas de los miedos y ansiedades abrumadores, ni por casos traumáticos de abusos o negligencias. (Defender esto supone promover formas de asociación humana que pueden ser demostrablemente esenciales para su desarrollo).
Sensibilidad, imaginación y pensamiento	Ser capaces de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, y de poder hacer estas cosas de una forma realmente humana, es decir, informada y cultivada gracias a una educación adecuada, que incluye (pero no está limitada a) el alfabetismo y una formación básica matemática y científica. Ser capaces de hacer uso de la imaginación y el pensamiento para poder experimentar y producir obras auto-expresivas, además de participar en acontecimientos elegidos personalmente, que sean religiosos, literarios o músicos, entre otros. Ser capaces de utilizar la mente de maneras protegidas por las garantías a la libertad de expresión, con respeto a la expresión política, artística y de culto religioso. Ser capaces de buscar el sentido propio de la vida de forma individual. Ser capaces de disfrutar de experiencias placenteras y de evitar daños innecesarios.
Ocio	Ser capaces de reír, jugar y disfrutar de actividades de ocio.
Control sobre nuestro entorno	A) Político. Ser capaces de participar eficazmente en las decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas; tener el derecho de participación política junto con la protección de la libertad de expresión y de asociación. B) Material. Ser capaces de poseer propiedades (tanto tierras como bienes muebles) no sólo de manera formal, sino en términos de una oportunidad real; tener derechos sobre la propiedad en base de igualdad con otros; tener el derecho de buscar un empleo en condiciones de igualdad con otros, ser libres de registros y embargos injustificados.

Fuente: Nussbaum, M. (2001). Women and Human Development: The Capabilities Approach

4. La rehabilitación, una respuesta a la discapacidad

Como pudo observarse en el apartado anterior, se propusieron una serie de perspectivas sobre las cuales se analiza la discapacidad postulando el enfoque de las capacidades como uno de los más apropiados para responder a la misma en el contexto colombiano. Por otro lado, cabe recordar que varios autores definen la rehabilitación como una respuesta a la discapacidad; sin embargo, el presente estudio no puede obviar los desarrollos específicos en rehabilitación, los cuales serán el eje del presente capítulo, el cual culminará proponiendo la dinamización del concepto rehabilitación usando el enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen y Martha Nussbaum.

4.1 La rehabilitación a través del tiempo

Aunque algunas profesiones como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la fonoaudiología ya existían en el siglo XIX, (62) (3) y que desde siglos atrás se han efectuado procedimientos para restaurar la función física o la autosuficiencia vocacional, el término rehabilitación no aparece formalmente en la comunidad médica académica sino hasta después de la primera guerra mundial (62) con lo propuesto por Rusk (39) al dar un nombre al conjunto de acciones para suplir la necesidad de recuperar a las personas con la funcionalidad alterada y reducir la carga económica que constituían para la sociedad.

La literatura remite específicamente a la segunda guerra mundial, donde emerge como una rama de la medicina, creada a partir de una variedad de disciplinas y profesiones (3) con el fin de aplicar métodos físicos para tratar a las personas con alteraciones a nivel motor. Luego, estos métodos y técnicas extendieron sus indicaciones y aplicaciones a todo tipo de patologías, ubicando a la rehabilitación como una especialidad médica, fenómeno que se desarrolló en menos de 50 años (63).

Así pues, en la historia de muchos países industrializados, el desarrollo de la rehabilitación se representó de manera secuencial. Albrecht desde 1992 cataloga la rehabilitación como una respuesta a lo que denomina un problema social construido desde la perspectiva de condiciones consideradas como amenazantes o simplemente indeseables para la mayoría de ciudadanos o grupos poderosos; tal problema se denominó discapacidad (2).

La previa caracterización de los modelos de discapacidad permite un punto de partida hacia la reflexión acerca de la influencia de los mismos en la rehabilitación. Gzil llama la atención al concluir que el concepto de rehabilitación es sincrético al combinar varios paradigmas pertenecientes a la discapacidad y al manejo de las enfermedades crónicas, aunque más recientemente se argumenta con mayor contundencia que la rehabilitación tiene una concepción sesgada de la discapacidad, basándose en diagnósticos y tratamientos no necesariamente objetivos ni definidos desde lo cultural (10) (9).

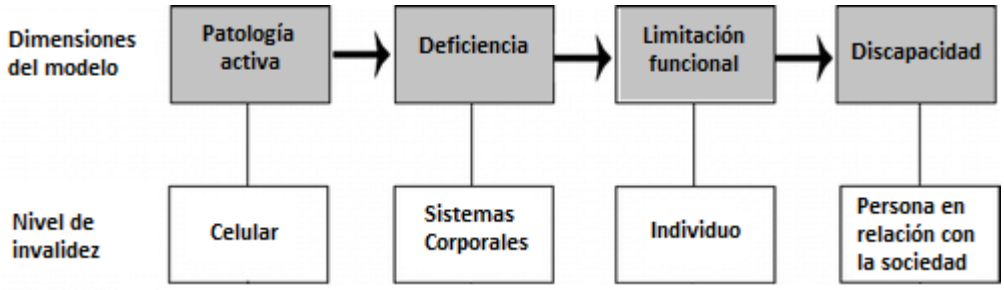
Esta última afirmación parte del arraigamiento del modelo individual sobre el cual se erigen las distintas profesiones y disciplinas del campo de la salud, entre ellas la rehabilitación. (5) (14) (15) En el modelo médico, como se explica en el apartado anterior, se considera la discapacidad como una manifestación externa de una alteración en el organismo localizando el “problema” en el cuerpo de la persona, que asume el papel de paciente a largo o a corto plazo, sin tener en cuenta sus derechos, pero tampoco sus deberes en los contextos cercanos.

En efecto, desde su gestación, producto de la búsqueda de métodos y técnicas para tratar las alteraciones en el nivel motor; los servicios, los equipos, las ideas y quienes coordinaban la acción rehabilitadora eran médicos (64), mientras que el papel del “paciente” era cooperar con el rehabilitador con el fin de alcanzar algún grado de “normalidad” (65). Esta visión, enmarcada en un enfoque organicista, disminuyó las posibilidades de desarrollar posiciones menos funcionalistas del ser humano, haciendo a la rehabilitación una especialidad caracterizada por el pragmatismo (64) y los juegos de poder tanto económico, como político y del conocimiento (66).

Amate circunscribe este tipo de respuesta dentro del modelo biomédico (39) y Gzil reconoce dentro de esta perspectiva dos submodelos: uno curativo o etiológico, que fue evidente en los inicios de la práctica rehabilitadora y se caracteriza por una relación lineal entre las causas de las deficiencias y la manifestación de la enfermedad, la cual se maneja a través de un tratamiento (67).

El segundo modelo está relacionado con la morbilidad y las secuelas de las enfermedades crónicas, lo que llevó al modelo curativo a evolucionar (sin ser suplantado) al modelo funcional o parsoniano (Amate lo denomina de discapacidad (39)), el cual separa la patología de la limitación funcional. El énfasis sale de la patología y se dirige a la limitación desde donde se pone como meta proveer mejores posibilidades funcionales. Nagi fue más allá y dividió las limitaciones funcionales y las discapacidades.

Figura 4-1: Modelo de discapacidad de Nagi



Adaptado de Snyder, A. (2008).

Específicamente aplicado a la rehabilitación, resalta un artículo de Phillips en 1980 (68), quien denomina el proceso de rehabilitación como un “paradigma” y lo reduce a una ecuación, donde las variables son la asistencia obtenida (servicios provistos + perseverancia de la persona) y la asistencia necesitada (servicios necesitados + habilidad + calidad de los servicios).

Fundamenta su ecuación en los planteamientos de Carrol sobre el proceso de aprendizaje y define rehabilitación como esa actividad requerida para asistir a un individuo en su paso de un estado de insuficiencia a uno de suficiencia. Esto se supedita, según el autor, a factores internos y externos que se relacionan dando especial importancia al planteamiento de metas como eje central del proceso. El autor resalta la preponderancia de la capacidad (habilidades medibles) sobre la subjetividad (aptitud).

Aunque desde los años cincuenta, en los países desarrollados se logra un cambio de estatus del paciente alejándolo de la posición de receptor pasivo de los servicios a considerarlo un sujeto legalmente responsable por sus propios actos y comportamientos (16), el pragmatismo sigue

dominando el paradigma del proceso de rehabilitación al ser influenciado por el modelo médico. En las prácticas predominan conceptos y criterios reduccionistas, lo cual debilita la rehabilitación vista como una disciplina; además, aumenta la brecha entre las diversas especialidades, profesionales de las ciencias de la salud (64) y los estudios en discapacidad, ya que malinterpretan la discapacidad y generan consecuencias innecesarias a las personas con discapacidad al tomar como punto de partida la suposición que la discapacidad es indeseable y que quien tenga una discapacidad sufre una tragedia personal; esto inclina la balanza hacia una perspectiva caritativa donde rehabilitar y reducir o eliminar las deficiencias, es incuestionablemente “bueno” (9).

Afirmaciones como las de Wade (69) postulan que la práctica clínica no es la única en rehabilitación y que el problema está en el poco o ningún acuerdo sobre un marco de referencia que describa el rol de la rehabilitación. Divide la acción rehabilitadora en la intervención sobre los cuatro niveles del paradigma de la limitación funcional propuesto por Nagi: la patología, el déficit, la discapacidad y la desventaja postulando que dichas intervenciones se relacionan unas con otras y concluyendo que actuando sobre cualquiera de los cuatro niveles, la rehabilitación tiene como meta directa incrementar un sentido de bienestar del paciente.

Lo anteriormente planteado muestra una amplia tendencia hacia lo individual y denota un gran esfuerzo por convertir a la persona en un miembro productivo de la sociedad o propender la reducción del costo del cuidado.

Ahora bien, como se narró en el capítulo anterior, la postura individual tuvo por respuesta el modelo social de la discapacidad que invita repensar el tema. Como consecuencia de ello aparecen pronunciamientos como el de la Organización Mundial de la Salud al querer clasificar las consecuencias sociales de los problemas de salud: el primer ejercicio de tal clasificación realizado en 1980, fue criticado al enumerar las situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja social resultado de una enfermedad; (70) al continuar viendo la discapacidad desde una perspectiva multicausal, por la poca profundidad en los factores ambientales y políticos y por limitar las intervenciones al nivel individual (67).

Desde el punto de vista del modelo social, la discapacidad hace parte de la condición humana y es una forma de diversidad que no se debe valorar sino celebrar. En esta perspectiva la rehabilitación pierde su importancia al identificarse otros actores sociales como claves para

generar inclusión; empero, Silverstein (citado por Roush y Sharby) identifica a los profesionales de la rehabilitación como aliados al actuar como agentes políticos y de cambio. Por otro lado, las actitudes y comportamientos de los profesionales de la rehabilitación no solo tienen influencia en la concepción de la discapacidad de los “pacientes” sino que afectan el acceso de las mismas a los servicios e repercuten en la política pública y gubernamental generalmente reforzando la visión individual y obviando las barreras ambientales (10) (9).

Sin embargo, el aporte central de la aparición del modelo social de la discapacidad fue plantear formalmente el término desventaja; allí se inicia la exploración de los factores ambientales resultando un modelo que Amate llama situacional, en el que los factores ambientales dejan de ser ignorados (39). Como se puede ver, tal modelo es una respuesta específica desde los modelos relacionales de discapacidad.

Esta premisa hace pensar que la rehabilitación debe ser “menos médica” y que las profesiones de la rehabilitación no deben ser solo profesiones “médicas” basadas en el modelo causal enfermedad □ déficit □ discapacidad; sin tener en cuenta los factores ambientales y la dimensión política de la discapacidad, manteniendo una visión desde la perspectiva individual (67).

Planteamientos en ese sentido son los que se pueden encontrar con Doreen Bauer, quien postula que cuando se desarrolla una filosofía de Rehabilitación, se deben considerar 6 conceptos (71):

- Coordinación en los ámbitos clínico, psicosocial, educativo, profesional y recreativo.
- Restablecimiento de la función.
- Objeto de servicio múltiple, es decir que exista prevención de tipo primario, secundario y terciario.
- Orientación de la persona en su conjunto, como respuesta a la singularidad de cada persona, entendiendo al individuo como un complejo de sistemas físico, intelectual, psicológico y social.
- Orientación Ambiental
- Proceso activo y participativo donde no solo el juicio del profesional sea válido sino también el del paciente y su familia.

No obstante, en la literatura se pueden encontrar otros planteamientos hacia la rehabilitación afines con los modelos relacionales de la discapacidad. Por ejemplo, el modelo integrador, (planteado por Seelman) el cual, como su nombre lo indica, integra el modelo médico y el modelo social, abordando la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivo del

individuo. Da importancia a la expresión y participación plena de todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona en condición de discapacidad. Su manejo requiere la participación de elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales (5) (14) (15) (68).

Otra tendencia es el modelo de rehabilitación basado en la comunidad, donde la discapacidad no involucra solamente al individuo sino a la familia, la comunidad y la sociedad en general. Brinda atención integral, aprovechando los recursos personales, comunitarios y del Estado; se sale del tradicional paradigma diagnóstico - prescripción y es pensado sobre estrategias de integración comunitaria (14).

Otra visión desde el paradigma relacional la proporciona el modelo ecológico, basado en la perspectiva bioecológica formulada por Urie Bronfenbrenner; se fundamenta en que el ser humano es único y se relaciona con la percepción que tiene del ambiente, la cual está sujeta a las vivencias anteriores, sentimientos y costumbres; está constituido por 4 componentes: proceso, contexto, tiempo y persona y establece que la persona se ve influenciada por 3 sistemas (microsistema, mesosistema y macrosistema), cada uno incluido dentro del otro. (14)

Desde esta visión, las personas rigen su vida a partir de diferentes factores, estos pueden ser de tipo interno o externo y constituyen el ambiente físico, social y actitudinal; poseen entre sí, una relación estrecha que influye positiva o negativamente en las posibilidades de participación del individuo dentro de una sociedad. Allí, el ambiente adquiere una importancia que no se había explorado anteriormente y lleva a la reflexión que una búsqueda de causas lineales y soluciones del mismo tipo, no son las apropiadas al aproximarse a una problemática como la discapacidad y la rehabilitación; la clave para cambiar y entender la rehabilitación de una persona con discapacidad es pasar de un proceso meramente analítico a uno sistemático (14). La tabla 4-1 muestra un resumen de la relación que existe entre los modelos de discapacidad y sus diferentes tipos de respuesta, que se encarna en las actividades del proceso de rehabilitación.

Tabla 4-1: Comparación de los modelos de discapacidad y sus metas de intervención

PARADIGMA	MODELO	CONCEPTO DE DISCAPACIDAD	META DE LA INTERVENCIÓN - REHABILITACIÓN
INDIVIDUAL	**PRESCINDENCIA**	Alteración causada por un lapso de inmoralidad, pecado o mandato divino.	Aceptación.
	MÉDICO – CURATIVO	Anormalidad médica debida a un problema genético o malos hábitos.	Curación del enfermo.
	MÉDICO – FUNCIONAL	Una anormalidad médica genera limitaciones.	Proveer mayores posibilidades funcionales.
SOCIAL		La discapacidad es un constructo social.	Cambios en los sistemas políticos, económicos y sociales.
RELACIONAL	**BIOPSICOSOCIAL**	Integra componentes del modelo médico y el modelo social.	Optimizar la participación social y el bienestar de la persona con discapacidad.
	BASADO EN LA COMUNIDAD	La discapacidad no se limita a la persona, participa la familia, la comunidad y la sociedad.	Aprovechar los recursos personales, comunitarios y del Estado para la inclusión.
	ECOLÓGICO	Es producto de una relación de la persona con 3 sistemas que proporcionan una respuesta única.	Trabajo transdisciplinario que influencie cada uno de los sistemas.

*Fuente: Autora 2013.

Sin embargo, es pertinente retomar a Wade, que presenta la rehabilitación como una intervención compleja que no se resume en soluciones simples; sin embargo, identifica que la mayoría de la práctica en rehabilitación es pragmática o empírica, por lo que propone una estructuración de lo que deberían ser las intervenciones en rehabilitación con las siguientes premisas (8):

1. Posición frente a un modelo de discapacidad: responde a la aparición de la Clasificación del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propone como el modelo a seguir al pensar en acciones de rehabilitación.

2. Proponer un modelo de proceso de rehabilitación: Parte de una definición de rehabilitación que el autor es:

"*La rehabilitación es un proceso educativo y de resolución de problemas que se enfoca en las limitaciones de la actividad y cuyo fin es optimizar la participación social y el bienestar reduciendo el estrés del cuidador y la familia"* (8)

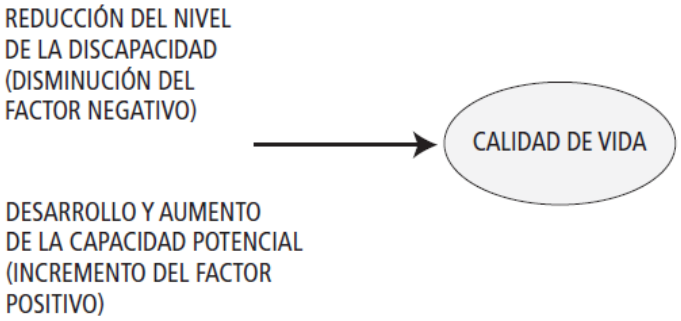
A partir de dicha definición, se puede enfocar las metas generales de las intervenciones. Wade afirma que la rehabilitación es una actividad de cuidado de la salud que se inicia reconociendo las necesidades de las personas, luego identificando las metas a corto y largo plazo y finalmente planteando una intervención que se relaciona con el numeral 3.

3. Las acciones y actividades llevadas a cabo, que se resume en una recolección continua de datos, la disposición de soporte para mantener el bienestar del paciente y la entrega de tratamientos encaminados a cambiar la historia natural del daño en el paciente.

Este autor, como otros, entre ellos King (72) y Young (73) enfatizan que el fin último de la rehabilitación es el bienestar de la persona; es más, Young afirma que la rehabilitación es más que actividades de la vida diaria.

Y es que afirmaciones como la anterior llevan a un último modelo denominado por Amate el de calidad de vida (Ver Figura 4-2). Su gran debilidad es la gran cantidad de definiciones del concepto calidad de vida, que tal como muestra Dijkers en 1999 abarca dominios de actividades de la vida diaria hasta salud social, siendo cada uno medido desde perspectivas objetivas y subjetivas de cómo reacciona el individuo a circunstancias vitales (74).

Figura 4-2: Objetivo de la Rehabilitación



*Fuente: Amate EA, Vásquez AJ. Discapacidad: Lo que todos debemos saber. 2006. p. 31.

Lo anterior es importante, porque trae un mensaje valioso sobre la finalidad de la rehabilitación, sin embargo, al leer a profundidad los planteamientos de los autores, sobresale aún la hegemonía del médico y profesionales de la salud para dar solución a las necesidades de la población con discapacidad; por otro lado, como puede verse en la figura, resalta la discapacidad como algo negativo y no como una particularidad del ser humano, lo que lleva a proponer otro tipo de base para pensar la rehabilitación que salga del modelo de prescindencia y resalte la discapacidad como particular e inherente al ser humano.

Como se puede concluir, la rehabilitación se ha entendido como un proceso de extrema complejidad, cuyo desarrollo se deriva de las definiciones médicas y económicas concentradas en mejorar las capacidades del individuo con deficiencias; de ahí que el movimiento del concepto da lugar en las disciplinas interesadas por la forma como los individuos adquieren y potencian diferentes habilidades planteadas desde las áreas de la medicina, salud pública y psicología, junto con las profesiones que estudian el ambiente construido.

Sin embargo, el sujeto en condición de discapacidad puede negar, reconocer o transformar su condición; de igual manera, el contexto puede, asumir la discapacidad como una manifestación de diversidad, o, un cuerpo – mente que hay que reparar. En estos puntos es donde debe confluir la rehabilitación siendo un proceso dinámico que vaya acorde a las demandas del sujeto, situándose en un modelo de discapacidad que permita diálogos entre posiciones.

5. Los modelos de discapacidad y la rehabilitación en el marco normativo de apoyo a la discapacidad

Luego de establecer la posición teórica del estudio, el presente apartado se centra en mostrar los resultados del análisis de contenido realizado al marco normativo de apoyo a la discapacidad en Colombia, denotando los contenidos manifiestos y los latentes de la ley llevando a concluir cuál es el modelo de discapacidad predominante en las normas y cuáles son las respuestas que en el ámbito legislativo predominan al hablar de discapacidad; finalmente dichos resultados se analizaron a la luz de lo propuesto en los capítulos anteriores con un apartado propositivo donde el enfoque de capacidades de Amartya Sen funciona como dinamizador de la rehabilitación integral en el contexto colombiano.

Como se expresó anteriormente, el presente estudio es un análisis de contenido cualitativo del marco legal de apoyo a la discapacidad propuesto en los lineamientos de política habilitación/rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad del año 2004. Al aplicar el procedimiento planteado en el segundo capítulo se encontraron los siguientes resultados:

Del corpus compuesto por 25 normas, se identificaron 67 unidades de análisis que respondían a los criterios de:

- Textos relativos al modelo de discapacidad que se refleja en la norma estudiada.

- Textos relativos a la respuesta a la discapacidad en Colombia, qué perspectiva muestra la normativa nacional vigente al respecto, características, fines, etc.

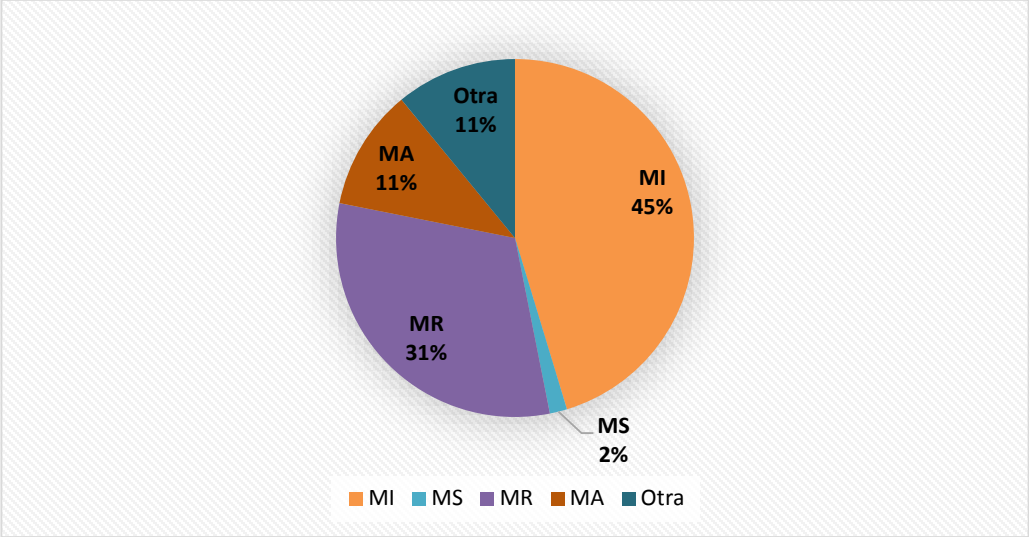
- Textos que definan la rehabilitación en Colombia.

Las unidades de análisis fueron incorporadas en tablas de recolección de categorías una a una y finalmente fueron insertadas en unas matrices de contingencia. (Anexo A y B) El presente capítulo mostrará los hallazgos profundizando en algunas unidades de análisis que se mostrarán a la luz de las unidades de enumeración utilizadas en la tabla de recolección y los contenidos manifiestos y latentes identificados.

5.1 El modelo individual de la discapacidad: Una barrera desde el punto de vista normativo

En el primer capítulo del presente estudio se muestra a la legislación como motor principal de la acción rehabilitadora en un país, ya que orienta las acciones hacia las personas con discapacidad en un contexto; como la rehabilitación es una respuesta directa a la discapacidad, lo primero que debe identificarse es el modelo de discapacidad que emerge del texto de las normas; esta es la razón por la cual la primera categoría a analizar del marco normativo de apoyo a la discapacidad se denominó Discapacidad: Modelo sobre el cual se fundamenta la norma. El Hallazgo fundamental fue que la mayoría de unidades de análisis (45%) tienen una tendencia hacia el modelo individual, principalmente el médico, aunque hay una transición marcada hacia el modelo relacional en la legislación posterior a 2004. (Ver gráfico 5-1)

Gráfico 5-1: Categoría discapacidad: modelo sobre el cual se fundamenta la norma



*Fuente: Autora, 2013.

En los contenidos manifiestos de las unidades de análisis, la tendencia al modelo individual es evidente desde la misma terminología, ya que es llamativo que en algunos apartados del marco legal vigente, se utiliza terminología denominada "reactiva" (41), la cual tiene connotaciones de descalificación hacia la persona con discapacidad; tal es el caso específico de las palabras demente, minusválido, inválido e incapaz:

> DOC#6 – ID12: *"Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o más. Esta misma edad se aplicará para dementes y minusválidos."*
>
> DOC#1 – ID3: *"El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud."*
>
> DOC#6 – ID9: *"Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral."*

> DOC#25 – ID61: *"ARTÍCULO 15. Capacidad jurídica de los sujetos con discapacidad: Quienes padezcan discapacidad mental absoluta son incapaces absolutos. Los sujetos con discapacidad mental relativa, inhabilitados conforme a esta ley, se consideran incapaces relativos respecto de aquellos actos y negocios sobre los cuales recae la inhabilitación. En lo demás se estará a las reglas generales de capacidad."*

El lenguaje nunca es neutral, ya que muestra la posición del escritor y tiene influencia en los puntos de vista de los lectores; en el caso específico de las personas con discapacidad, los términos usados en las normas pautan la manera de percibir y tratar a las personas. Probablemente el contenido latente de las anteriores comunicaciones expresan la intención de focalizar algunas acciones hacia las personas con discapacidad, sin embargo, el lenguaje se convierte en una barrera actitudinal al reforzar el estigma de anormalidad mediada por una condición de salud, lo que puede determinar su exclusión como ciudadano de derecho dentro de una sociedad.

En las unidades de análisis de normas posteriores a 2004 se observa ciertos cambios en la terminología y algunos esfuerzos por mitigar la influencia de la legislación anterior; tal es el caso de la unidad de análisis ID60:

> *DOC 25 – ID60: "...PARÁGRAFO: El término "demente" que aparece actualmente en las demás leyes* ***se entenderá sustituido*** *por "persona con discapacidad mental" y en la valoración de sus actos se aplicará lo dispuesto por la presente Ley, en lo pertinente."*

A pesar de lo anterior, el uso indiscriminado de términos dentro del marco legal, denota que aunque en el ámbito académico y en la sociedad colombiana misma se reconoce la evolución de los términos usados hacia la población con discapacidad y el reconocimiento de dichas personas como parte de la sociedad, no se asume la diversidad humana como algo neutral y la valoración del individuo no se hace por su aporte como ciudadano dentro de un contexto.

Un ejemplo claro es la unidad de análisis ID3 donde se puede observar que el sentido de la comunicación es “favorable” a procesos de integración laboral; no

obstante, en la toma de posición del escrito se establece una clara tendencia hacia un modelo individual al condicionar derechos, explícitamente, el derecho al trabajo con condiciones de salud del individuo.

Un análisis parecido del uso indiscriminado de la terminología se puede hacer con las palabras readaptación e integración:

> DOC#8 – ID14: *"INTEGRACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA: Por el cual esta población se incorpora al servicio público educativo del país, para recibir la atención que requiere, dentro de los servicios que regularmente se ofrecen, brindando los apoyos especiales de carácter pedagógico, terapéutico y tecnológico que sean necesarios."*
>
> DOC#7 – ID13: *"Organizar programas de formación profesional integral para personas desempleadas y subempleadas y programas de readaptación profesional para personas discapacitadas."*
>
> DOC#12 – ID18: *"El Estado Colombiano inspira esta ley para la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación..."*
>
> DOC#19 – ID50: *"Artículo 2°. La Lengua de Señas en Colombia que necesariamente la utilizan quienes no pueden desarrollar lenguaje oral, se entiende y se acepta como idioma necesario de comunicación de las personas con pérdidas profundas de audición y, las sordociegas, que no pueden consiguientemente por la gravedad de la lesión desarrollar lenguaje oral, necesarios para el desarrollo del pensamiento y de la inteligencia de la persona, por lo que debe ser reconocida por el Estado y fortalecida por la lectura y la escritura del castellano, convirtiéndolos propositivamente en bilinguales."*
>
> DOC#25 – *ID59: "ARTÍCULO 1°. Objeto de la presente ley: la presente Ley tiene por objeto la protección e inclusión social de toda persona natural con discapacidad mental o que adopte conductas que la inhabiliten para su normal desempeño en la sociedad. La protección de la persona con discapacidad mental y de sus derechos fundamentales será la directriz de interpretación y aplicación de estas normas, El ejercicio de las guardas y consejerías y de los sistemas de administración patrimonial, tendrán como objetivo principal la rehabilitación y el bienestar del afectado."*

Aunque dentro de las anteriores unidades de análisis no se observa en el contenido manifiesto terminología que entra en la categoría de términos reactivos, el contenido latente muestra una tendencia marcada hacia lo

individual; donde el apoyo es terapéutico tecnológico y de readaptación; acá se aplica la perspectiva médica donde el ambiente es neutral y el individuo es quien debe amoldarse a él, si no, se hace explícito, como ocurre en la unidad ID50, el hecho que la persono “no puede”. La unidad de análisis ID18 es aún más explícita al respecto al utilizar el término normalización social, junto a la ID59 que usa el término normal desempeño en la sociedad, a pesar de contener una clara perspectiva de derechos.

Los anteriores ejemplos muestran la inclinación de prevalecer la integración; sin embargo, análisis como el de García y Fernández muestran que dicho término no se acerca a verdaderos procesos de reivindicación y justicia para las personas con discapacidad; (75) así que su uso dentro del marco legal vigente y la inclinación de las acciones hacia dicho proceso no permite que se generen cambios destinados a la equiparación real de oportunidades de las personas con discapacidad en Colombia, por lo mismo, los procesos de rehabilitación se han centrado en aspectos meramente médicos y enfocados en la capacidad de funcionar sin tener en cuenta los funcionamientos verdaderamente valiosos para el individuo a corto y largo plazo.

Por otro lado, se identificaron otras unidades de análisis que denotan ambigüedades aún mayores en lo que respecta a los términos, lo que desvirtúa el sentido de la comunicación:

> DOC#9 – ID16: *“Acompañante para votar. Los ciudadanos que padezcan limitaciones y dolencias físicas que les impidan valerse por sí mismos, podrán ejercer el derecho al sufragio “acompañados” hasta el interior del cubículo de votación. Así mismo los mayores de ochenta (80) Años o quienes padezcan problemas avanzados de la visión.”*

En esta unidad de análisis, la toma de decisión tiene una tendencia hacia favorecer el derecho al voto; el contenido latente muestra que el modelo sobre el cual se basa es el individual, no obstante, el contenido manifiesto evidencia términos peyorativos y reactivos que favorecen la exclusión y reforzamiento de

estereotipos. Se puede identificar sin lugar a dudas, que aunque la persona tiene derecho al voto, no se favorece la autonomía para ejercer el mismo; el lenguaje muestra, utilizando juicios de valor, una posición peyorativa hacia la capacidad diferente de funcionar del individuo (Modelo de marginación).

Se puede concluir entonces, que el modelo predominante en los contenidos latentes y manifiestos de las unidades analizadas es el modelo individual ya que se centra en la capacidad para funcionar de los individuos; sin embargo, los contenidos latentes muestran una fuerte tendencia hacia la marginación al usar términos peyorativos y reactivos, lo que muestra una falta de responsabilidad social al dar continuidad a etiquetas y estereotipos hacia las personas con discapacidad que cierran las puertas a la equidad y justicia desde la diversidad.

Por otro lado, otro hallazgo en la categoría Modelo de discapacidad, tiene que ver con que el 31% de las unidades de análisis tienen una tendencia hacia modelos relacionales de la discapacidad.

> DOC#10 – ID17: *"La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar."*
>
> DOC#18 – ID24: *"…Posición conceptual enmarcada en un modelo ecológico (ser humano-entorno)..."*
>
> DOC#17 – ID25: *"El problema de discapacidad no es una enfermedad o atributo de la persona, esta condición **incluye** elementos que se relacionan con la presencia de prácticas, factores sociales y culturales negativos que limitan la integración social de las personas, que afectan el reconocimiento, el desarrollo de las capacidades y funcionalidades como individuos pertenecientes a la sociedad. Esta situación menoscaba la capacidad económica de la familia (aumentando la vulnerabilidad de la misma) al tener ésta que disponer de mayores recursos en la manutención y cuidados de una persona potencialmente productiva, que no lo es debido a factores sociales y culturales."*

> DOC#23 – ID55: *"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."*

Estos conceptos muestran claramente la incorporación de la esfera social al concepto discapacidad, llamando la atención en la importancia de la relación con el entorno físico y social, es llamativo que dichas unidades se encuentran solamente en documentos centrados en las personas con discapacidad, la focalización implicó cierto grado de profundidad en la parte conceptual, sin embargo, la legislación que respalda y reglamenta las propuestas se devuelve al modelo individual con las características ya citadas.

Es importante destacar que éste modelo se hace evidente en la legislación más reciente, mostrando la influencia que han ejercido los pronunciamientos internacionales, específicamente los de la Organización Mundial de la Salud y los de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad en 1999 y ratificada en 2002 mediante la Ley 762.

Otro documento que ha marcado cambios significativos fue la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” aprobada por las Naciones Unidas en 2006 y su ratificación en Colombia mediante la Ley 1346 de 2009. Las unidades de análisis que se encuentran en las normas paralelas o posteriores a dicho proceso, muestran una apertura a los modelos ampliados, al incluir términos como inclusión, discriminación por motivos de discapacidad y género:

> DOC#24 – ID56: *"Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. "*

> DOC#26 – ID65: *"...2. Inclusión social: Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad..."*

Sin embargo, aún se encuentran confusiones, como la siguiente:

> DOC#26 – ID66: *"...6. Rehabilitación funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes. 7. Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la* ***plena integración*** *de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad..."*

De nuevo se observa la utilización del término integración, en este caso llamativo, en el mismo documento donde se define la inclusión social.

Finalmente existen unidades de análisis que responden a otra perspectiva: la de derechos.

> DOC#5 – ID8: *"Dirigir, planificar y prestar el servicio educativo en los niveles de preescolar, básica y media, en condiciones de equidad, eficiencia y calidad, en los términos definidos en la presente ley."*

Esta unidad de análisis tiene una significancia específica en cuanto a que derechos como el acceso a educación no debe ser estrictamente focalizado, sino que debe responder a unos principios universales propuestos por la legislación y que responda a las necesidades de la población en general.

Finalmente, complementa adecuadamente la perspectiva de derechos la siguiente unidad de análisis:

> DOC#1 – ID1: *"Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos,*

> *libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica."*

Esta unidad de análisis es fundamental, ya que fomenta el principio de no discriminación y de inclusión para la universalidad; a pesar de su brevedad, incorpora derechos de grupos sociales como los de las personas con discapacidad que por otros modelos predominantes han estado excluidos o marginados. Es la base para poder proponer normativas que procuren la equidad y la justicia, más que la integración escolar o laboral de las personas con discapacidad.

Este principio esencial responde a lo que podría ser un marco ampliado para responder a la discapacidad. La unidad de análisis refleja la universalidad de las libertades y de la oportunidad (ser – hacer) que tiene un colombiano para vivir; esta es una unidad de análisis que se acerca al enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen, y es un punto de partida adecuado para afirmar que dicho enfoque es avalado como principio fundamental del marco legal de apoyo a la discapacidad, tema que se hace explícito desde 2009:

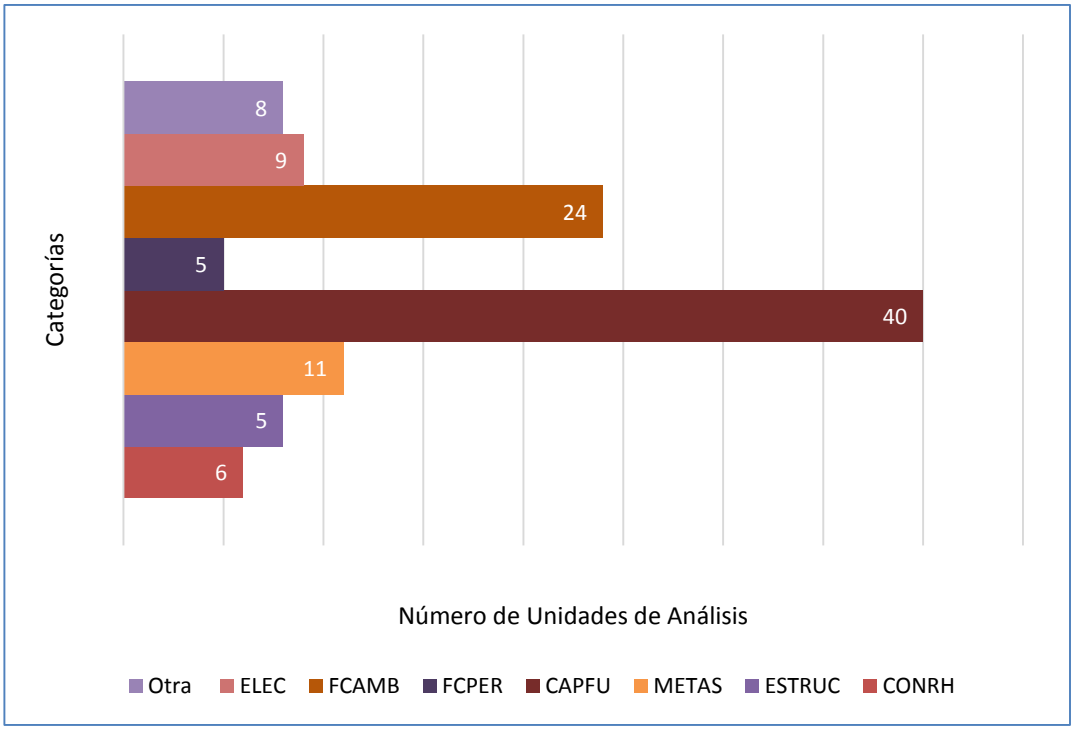
> DOC#24 – ID57: *"Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales..."*
>
> DOC#24 – ID58: *"Artículo 1°. Apruébase la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006."*

Bajo la primera categoría, en resumen, el análisis de contenido del marco legal de apoyo a la discapacidad vigente arroja una tendencia significativa hacia el modelo individual, con ambigüedad en la terminología utilizada que tiende a ser reactiva y cuyos contenidos latentes se inclinan hacia la exclusión a partir del

reforzamiento de estereotipos con una fuerte propensión a fomentar la adaptación individual al medio y a situaciones vitales. Sin embargo, se identifica una tendencia significativa hacia el modelo relacional de la discapacidad a partir de la Ley 1346 de 2009 unido a hacer explícita la perspectiva de derechos de las personas con discapacidad.

Ahora bien, la segunda categoría se enfoca en los aspectos que tiene en cuenta la norma al plantear la rehabilitación. Vale la pena introducir con lo que en apartados anteriores se afirmó y es que las respuestas a la discapacidad están ligadas al modelo imperante en el contexto. De los documentos que hacen parte del corpus de contenido, pocos hacen explícito en el tema de rehabilitación, por lo que las unidades de análisis fueron observadas desde la toma de posición y en los contenidos latentes de la comunicación frente a si se centran en optimizar la capacidad funcional del individuo, se realizan acciones para evitar barreras físicas y actitudinales o se tiene en cuenta la posibilidad de elegir del individuo, entre otros.

Gráfico 5-2: Rehabilitación: Aspectos que tiene en cuenta la norma



*Fuente: Autora, 2013.

Dentro de las 67 unidades de análisis examinadas aparecen 6 conceptos de rehabilitación; siendo el de la Ley 1618 de 2013 el más actualizado, unido a que utiliza el término rehabilitación integral:

> DOC#26 – ID66: *"...6. Rehabilitación funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes. 7. Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad..."*

En la anterior unidad de análisis se hace explícito un modelo relacional de la discapacidad, mostrando entonces una tendencia hacia el manejo de las necesidades individuales desde el punto de vista de la deficiencia que está mediado por el medio ambiente inmediato. No obstante, llama la atención el uso del término integración en la conceptualización de rehabilitación integral, unido a ello, no contempla de manera manifiesta el aspecto vocacional así como muestra una toma de posición hacia las acciones de asistencia, sin hacer explícitos términos como la autonomía, la libertad o equiparación de oportunidades.

Por otro lado, en otras unidades de análisis, se observa cierta complementariedad al hablar de principios generales y específicos de la rehabilitación, dentro de los cuales se citan:

DOC#17 – ID46:
"Principios Generales
Diversidad:…
Equidad:…
Equiparación de oportunidades:…
Igualdad:…
Solidaridad:…
Universalidad:…"

DOC#17 – ID47:
"Principios específicos
Calidad de servicio:...
Corresponsabilidad:...
Desinstitucionalización:...
Eficiencia:...
Flexibilidad:...
Normalización:...
Participación:…"

Pese a esos principios, la superación y mitigación se refleja en otras unidades de análisis que responden más a la estructura de la rehabilitación. Los aspectos subrayados muestran que la propuesta en acciones de rehabilitación se centra en actividades en la esfera individual, una parte del modelo relacional que se propone en el concepto.

DOC#17 – ID37: *"el agregado de todas las actividades diseñadas con el propósito de mejorar la salud personal y pública a través de una combinación de estrategias, que incluyen la implementación competente de acciones que conduzcan a cambios de comportamiento, educación en la salud, medidas de protección de la salud, detección de factores de riesgo, aumento y mantenimiento de la salud"*

Lo cual se complementa con la visión del entorno, que se observa en la siguiente unidad de análisis:

> DOC#17 – ID38: *"La h/r integral orienta y apoya medidas para la equiparación de* ***oportunidades*** *en la persona con discapacidad, con objeto de lograr que el sistema general de la sociedad (como son el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, la educación y el trabajo, la comunicación, en la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo)"*

A pesar las definiciones desde el punto de vista relacional, al analizar las unidades de análisis es bastante significativa la tendencia a fomentar acciones en el ámbito individual para aumentar la capacidad para funcionar de los individuos, encontrándose dicha característica en el 60% de las unidades de análisis estudiadas. Aspectos personales como la edad y el género se encontraron en 5 unidades de análisis, donde se contempla al adulto mayor y la etnia para acceso a apoyo económico, así como los valores individuales para mejorar los procesos educativos.

En cuanto a los factores ambientales, fueron identificados en el 36% de las unidades de análisis observadas y enfatizan específicamente en las actitudes hacia la discapacidad; 11 de las unidades de análisis identificadas dentro de la categoría de los factores ambientales contienen dentro de su texto aspectos de capacidades funcionales simultáneamente. Un ejemplo de ello se observa en:

> DOC#8 – ID14: *"La población en situación de discapacidad desarrollará sus potencialidades para superar las desventajas dadas por dicha situación, a través del acceso oportuno a servicios de Habilitación/Rehabilitación que respondan a estándares de calidad y a las características y necesidades específicas de cada individuo y su entorno."*

> DOC#21 – ID53: *"Movilidad reducida: Es la restricción para desplazarse que presentan algunas personas debido a una discapacidad o que sin ser discapacitadas presentan algún tipo de limitación en su capacidad de relacionarse con el entorno al tener que acceder a un espacio o moverse dentro del mismo, salvar desniveles, alcanzar objetos situados en alturas normales."*

En cuanto a los contenidos manifiestos, se observa la misma tendencia que en la característica Modelo de discapacidad al observarse ambigüedad en la terminología, que aunque en los textos ajustados a la población con discapacidad responden a un modelo relacional, se respaldan en normativa con contenidos latentes de marginalización y estigmatización de la persona con discapacidad.

En cuanto a los contenidos latentes, la legislación muestra una tendencia a mostrar como fin último de las acciones relacionadas a la discapacidad la integración laboral o educativa o la entrega de ayudas económicas a partir de las posibilidades ocupacionales que permita su capacidad para funcionar.

Es de resaltar que 2 unidades de análisis tienen contenido latente donde se identificó la importancia de la elección del individuo al nombrar aspectos como la autonomía y el disfrute de los bienes, servicios o ambientes sin restricciones:

> DOC#26 – ID67: *"Artículo 9°. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación, se implementarán las siguientes acciones:*
>
> *1. La Comisión de Regulación en Salud (CRES), definirá...*
>
> *2. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces,..."*
>
> DOC#26 – ID65: *"...2. Inclusión social: Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad..."*

Sin embargo, las pocas unidades de análisis con estos contenidos manifiestos y latentes confirman lo encontrado por Moreno en 2007, donde la tendencia en cuanto a la respuesta a la discapacidad está en el plano de la prevención, la integración – readaptación y el manejo de la actitudes frente al fenómeno. (18) Pérez y Forero identifican como explicación esa tendencia lo que es manifiesto en el documento Conpes Social 80 de 2004 y es el predominio del enfoque de manejo social del riesgo (61) y lo que se observa en la unidad ID67, que los responsables de las acciones son los entes relacionados directamente con el sector salud,.

El enfoque manejo social del riesgo también es el marco para la Ley 100 de 1993, donde se enfatiza en que la protección social para la persona con discapacidad la proporciona el sector salud a través de diferentes planes de beneficios. Se profundiza un poco desde la perspectiva de la promoción de la salud al emitirse el Plan Nacional de Salud pública en

2007, al incluir los enfoques poblacional y de determinantes de la salud. (19) No obstante, las acciones tienen su eje en logro de la mejora funcional y superación de daños; lo mismo ocurre cuando la discapacidad es provocada por una enfermedad laboral, en donde el acceso a beneficios económicos es permeado tanto por beneficiarios como instancias gubernamentales.

> DOC#12 – ID20: *"Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social."*

La anterior unidad de análisis muestra lo anteriormente ilustrado. Se entiende la capacidad como una mejora funcional relacionado a parámetros de "normalidad" donde la diversidad funcional debe ser "normalizada" y llevada a niveles óptimos.

A pesar de lo que se identifica en la mayoría de unidades de análisis, es importante retomar las siguientes:

> DOC#1 – ID1: *"Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica."*

> DOC#8 – ID15: *"DESARROLLO HUMANO: Por el cual se reconoce que deben crearse condiciones de pedagogía para que las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, puedan desarrollar íntegramente sus potencialidades, satisfacer sus intereses y alcanzar el logro de valores humanos, éticos, intelectuales, culturales, ambientales y sociales."*

> DOC#9 – ID16 *"Acompañante para votar. Los ciudadanos que padezcan limitaciones y dolencias físicas que les impidan valerse por sí mismos, podrán ejercer el derecho al sufragio "acompañados" hasta el interior del cubículo de votación. Así mismo los mayores de ochenta (80) Años o quienes padezcan problemas avanzados de la visión."*

> *DOC#24 – ID56 "Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud."*

> *DOC#26 – ID63 " Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y*

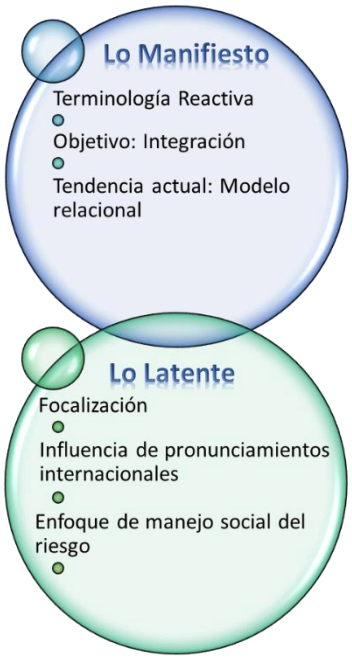
> *eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009."*
>
> *DOC#26 – ID63 "Artículo 9°. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación..."*

Estas últimas unidades de análisis sirven de sustento para dinamizar el proceso de rehabilitación desde el enfoque de capacidades. La rehabilitación debe responder al objetivo de conseguir el desarrollo humano, que entre otros se manifiesta en el logro de valores humanos, éticos, intelectuales, culturales, ambientales y sociales; unido a que su fin es brindar la posibilidad a la persona con discapacidad de modificar su vida teniendo en cuenta las características individuales y del entorno.

No obstante, tal fin no se puede conseguir sin un marco normativo coherente y que funcione en sincronía con lo expuesto a nivel internacional en torno a la rehabilitación, en donde para la Organización Mundial de la Salud el término no solo responde a la optimización de funciones y estructuras, sino que puede abarcar medidas que promuevan la inclusión (17), todo esto sustentado por el artículo 26 de la Convención de Derechos de las personas con Discapacidad:

> *"Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida…"* (76)

Figura 5-1: Características del contenido del Marco legal de apoyo a la discapacidad



Y es que participar plenamente en todos los aspectos de la vida tiene su base en la legislación. La normativa de un país debe, desde la esfera más sencilla como es su contenido manifiesto, estar en la capacidad de permitir a cualquier ciudadano participar en los aspectos que considere importantes en su vida, las cuales, no siempre están relacionadas con estar en el ambiente laboral o escolar, sino con la satisfacción de necesidades y obtener la sensación de bienestar utilizando un lenguaje proactivo, que no fomente estereotipos ni barreras actitudinales hacia las personas con discapacidad.

5.2 El enfoque de capacidades como dinamizador de los conceptos discapacidad y rehabilitación integral en el contexto colombiano

Como se observó en el capítulo anterior, teóricamente existen diferentes modelos para entender la rehabilitación y dichos modelos se relacionan directamente con los modelos de discapacidad; sin embargo, “El estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de Rehabilitación, Colombia 2003” muestra el predominio de la visión médica de la acción rehabilitadora en Colombia.

El modelo individual, se acerca a los factores personales, pero el ambiente también puede ser un facilitador o un obstáculo para la consecución de la rehabilitación pues permite o no el acoplamiento del individuo a las actividades diarias y roles sociales; el documento afirma entonces que en general en Colombia se ignora dicha relación. (77)Esto es respaldado ahora con el análisis de contenido, que evidentemente muestra una tendencia significativa hacia el modelo individual de la discapacidad.

Ahora bien, tras este panorama corresponde preguntarse si los criterios hasta ahora explorados son suficientes para analizar la rehabilitación inmersa en un contexto como el colombiano, en donde existe un modelo de salud que valora la eficiencia sobre la equidad y donde el mercado es quien resuelve las diferencias en la distribución (78). Unido a esto, Hernández afirma que el contexto colombiano restringe las oportunidades para el bienestar ya que se observa una fuerte exclusión económica, una pobre oportunidad de formación y poca cualificación laboral de las personas con discapacidad (51) (61) sumado a la mínima remisión a servicios de rehabilitación y la pobre asistencia a los mismos (22).

Y es allí es donde otros autores y definiciones no deben ser ignorados, ya que, como Schalock denota en sus postulados, la discapacidad se relaciona con otros aspectos más allá de la visión biopsicosocial: se relaciona directamente con la calidad de vida. (53) Retomando a Leplege, la rehabilitación debe tener en cuenta lo que la persona valora como vida buena y significativa (16) enunciado que Forhan hace más explícito al definir la rehabilitación como “la búsqueda de intervenciones y soluciones para los individuos con una o más condiciones al incluirse en actividades significativas en los ambientes en los cuales tales actividades deben ser realizadas” (37) por lo que de nuevo aparece el enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen como un dinamizador de la relación pobreza – desventaja - discapacidad (43) (36). Ya hubo una exploración al marco legal de apoyo a la discapacidad; sin embargo, para analizar de manera más objetiva la aplicación del enfoque de capacidades, vale la pena profundizar en el contexto colombiano y sus particularidades.

Tabla 5-1: Respuestas a la discapacidad en Colombia

Década	Características
Cincuenta	Enfoque médico Funcional. Rehabilitación médica.
Sesenta	Desarrollos tecnológicos en lo funcional. Formación de profesionales en fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología.
Setenta	Énfasis en capacidades. Auge de la rehabilitación profesional. Aparición de asociaciones en toma de decisiones.
Ochenta	Sistema Nacional de Rehabilitación. Declaración Alma Ata. Rehabilitación basada en la comunidad.
Noventa	Políticas sociales – "Por ejemplo: educación para todos" Persona con discapacidad: Sujeto de derechos. Ley 361 de 1997.
2000	Planes nacionales de Atención. Políticas públicas en discapacidad.

*Tomado y adaptado de: Moreno, M. et al. Inclusión social de las personas con discapacidad: reflexiones, realidades, retos p. 81.

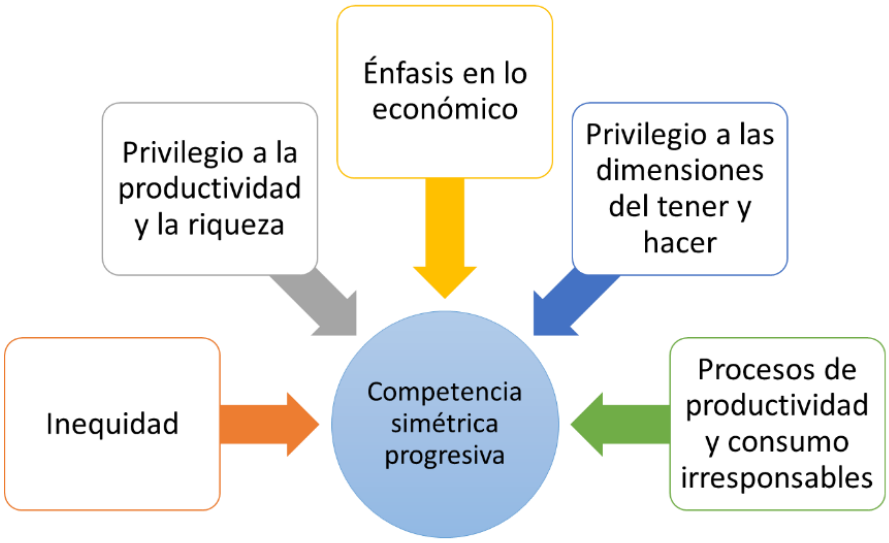
Como se puede observar en la tabla 5-1, los hitos en cuanto a las respuestas a la discapacidad en Colombia se han dado a partir de los actores que se han abanderado del tema en cada década, iniciando por los profesionales en rehabilitación quienes impulsaron la respuesta al mejoramiento de la funcionalidad, hasta la perspectiva de derechos, que presupone procesos participativos de los actores a los cuales les interesa el tema de la discapacidad y las respuestas a la misma. No obstante, es válido preguntarse por qué la persona con discapacidad entonces permanece con desventajas en un contexto como el colombiano.

Pérez y Forero hacen un análisis a profundidad de dicha inquietud, haciendo énfasis que aunque es importante que "se haga referencia a la magnitud del fenómeno de la discapacidad en Colombia, no se recomienda que el eje de las conclusiones y definiciones de política y gestión social giren en torno a ésta" (61) ya que las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación en sí mismas no ponen en desventaja real a la persona con discapacidad, sino patrones relacionales que movilizan y permean la sociedad, llevando a ciertos comportamientos, vulnerabilidades y respuestas específicas de los Estados, instituciones e individuos a diferentes situaciones. Las acciones efectivas deberían centrarse entonces, en dichos patrones y no en cuestiones relativamente superficiales o demasiado focalizadas (61).

Los autores identifican, por ejemplo, que el patrón relacional universal de las respuestas a la discapacidad es la percepción dominante del valor desempeño (61) donde una persona que no es productiva o que no realiza las actividades o participa dentro de los patrones

determinados “normales” es excluida. Sin embargo, en Colombia los autores encuentran un patrón particular que vulnera, no solo a las personas con discapacidad sino a grupos específicos: la competencia simétrica progresiva que en Colombia está relacionada con que los individuos, las familias, organizaciones y sociedades locales tengan como meta su propio progreso a expensas de la competencia (61). La figura 5-2 muestra los aspectos específicos que en Colombia perpetúan dicho patrón.

Figura 5-2: Competencia simétrica progresiva en el contexto colombiano



*Fuente: MPS. 2008.

La reiteración en diversas esferas de la sociedad de los aspectos mostrados en la figura, unida al patrón relacional genérico de la discapacidad genera exclusión en Colombia del tipo económico, de ingresos, del mercado laboral, de activos y especialmente exclusión de capital humano, social, político y de derechos civiles (79) que en cifras es evidente al demostrar que las personas con discapacidad tienen los niveles más bajos de educación, de ingresos, de capacidad de ahorro y otros con respecto al resto de la población. También llama la atención las oportunidades de educación, con marcadas diferencias en la distribución por cabecera y área rural, con mayores porcentajes para esta última (22); promoviendo en conjunto un perfil de la persona con discapacidad en Colombia caracterizado por poseer un bajo nivel de educación, con ingreso menor a un salario

mínimo legal vigente, estar desempleado, pertenecer a los estratos uno y dos, ser hombre y vivir en el área rural (80).

Tales particularidades pasan por alto al momento de proponer respuestas efectivas ante fenómenos como la discapacidad, ya que se analizan como datos y no como resultado de repetición de patrones a pequeñas y grandes escalas, lo que se traduce en acciones focalizadas que priorizan aspectos operativos y metodológicos sobre quién y dónde recibe el bien o servicio social, más que en políticas públicas y gubernamentales universales que fomenten el desarrollo de las personas pertenecientes a un contexto.

En el año 2009 Colin Barnes hace un llamado de atención bastante explícito en su ensayo titulado “un chiste malo ¿Rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita?”; finaliza su texto proponiendo que la rehabilitación expresa las formas de concebir la discapacidad y que se hace necesario un enfoque más social, que se centre en las múltiples, y muy reales situaciones que viven las personas cuyas particularidades biológicas las hacen considerar socialmente inaceptables (81).

Este argumento, la breve caracterización del contexto y el análisis de contenido del marco legal de apoyo a la discapacidad fortalece la idea de proponer el enfoque de capacidades para dinamizar las respuestas a la discapacidad, ya que, citando a Mitra, la discapacidad ocurre cuando un individuo con una deficiencia sufre una deprivación de oportunidades resultante de la interacción entre los recursos disponibles para la persona, las características personales y el ambiente (82). El constructo de capacidades representa el predicamento de los individuos en la vida que lleva, teniendo en cuenta su capacidad y sus recursos disponibles junto al ambiente físico y social (33).

Ahora bien, a partir del enfoque de capacidades ¿qué es lo importante para una persona con discapacidad? Según Ana Fascioli la meta que propone el enfoque de capacidades es permitirle al sujeto ser autónomo en términos de mínimos y no en términos de resultados; esto se puede ilustrar con el ejemplo del uso de un computador: para una mujer con una discapacidad de tipo intelectual, es válido preguntarse si dentro de sus habilidades tiene la capacidad de usar el dispositivo. Si no tiene la capacidad cognitiva, sus capacidades para funcionar y su conjunto “capacidad para usar computador” son los mismos. Sin embargo, otra mujer con una discapacidad del mismo tipo, que tiene la capacidad para funcionar intacta, pero no posee computador, no podrá completar su conjunto “capacidad

para usar computador". Lo mismo ocurriría si el computador, a pesar de estar en casa, no estuviese a su alcance.

La rehabilitación entonces se convierte en un proceso facilitador, donde a la persona tenga la capacidad de funcionar, y tener la oportunidad real y la libertad de completar el conjunto capacidad "X" en las situaciones que considere valiosas.

La OMS no desconoce esta meta, y define la participación social como una de los fines de los servicios sociales y de salud. No obstante, la participación propuesta desde la OMS no es consistente con las elecciones de la persona, ya que la decisión personal se considera un factor personal que se encuentra supuestamente implícito en la CIF mas nunca se ha hecho explícito en el texto. (33) Sen postula que un funcionamiento se logra si se hace en el campo de la elección personal, así que el enfoque de capacidades aporta a conceptos como el de la OMS que la medición no debe darse solo desde la capacidad para funcionar y los grados de realización de las actividades, sino en términos de preguntarse si el sujeto puede lograr funcionamientos cuando quiera.

Los servicios en rehabilitación deberían centrar sus esfuerzos en equiparar la serie de capacidades trabajando, no solo desde las estructuras, funciones y actividades, sino removiendo las restricciones en la participación, favoreciendo la autonomía de los individuos ya que establecer metas solo en la capacidad para funcionar, sin evaluar las capacidades obvia la oportunidad de proporcionar un enfoque de derechos al acto de rehabilitar, caso específico el derecho fundamental de vivir la vida que se quiere llevar (33).

El papel de la rehabilitación y los profesionales que la conforman comienza en lo institucional, pero no para allí. Las personas que han profundizado en los estudios en discapacidad han identificado que la rehabilitación posee en sí misma perspectivas y creencias tradicionales que no aportan a un cambio de paradigma frente a las respuestas que se deben dar a la discapacidad; los teóricos argumentan que en cierta medida la rehabilitación tiene efectos negativos para las personas con discapacidad.

El más llamativo es que los profesionales de la rehabilitación interactúan con las personas con el imaginario inicial que la discapacidad es "indeseable", reproduciendo modelos de marginación y por lo tanto actitudes de exclusión hacia las personas con discapacidad. Tales actitudes de rechazo parten del mismo paciente, ya que impacta directamente sobre

el entendimiento que el individuo tiene sobre su deficiencia, sus limitaciones o restricciones, al mantener la concepción de discapacidad = anormalidad, se refuerza involuntariamente la opresión hacia las personas con discapacidad (9).

A partir de esas reflexiones es válido que el concepto de rehabilitación formulado por el marco legal de apoyo a la discapacidad en Colombia, específicamente los lineamientos de política habilitación/rehabilitación integral sea complementado, aplicando lo propuesto por Mitra, Morris y Terzi:

> *"La Habilitación/Rehabilitación integral se basa en la consideración del ser humano como un ser bio-psico-social, que, como sistema abierto, busca ser dinámico, satisfacer sus necesidades de seguridad y supervivencia, a través de la interacción con el medio ambiente en el cual está inmerso."* (32)
>
> *La rehabilitación debe ser un proceso que amplíe el "conjunto capacidades" de una persona en término de habilidades compensatorias de cara a la deprivación propendiendo, no solo desde la perspectiva de la salud, sino mediante la incorporación de otros actores, igualdad de libertad para el logro de funcionamientos valiosos para el individuo.*

Por otro lado vale la pena pensar en la incorporación de los estudios en discapacidad en la rehabilitación y que haya un diálogo de saberes que permita que modelos ampliados cambien imaginarios y representaciones y se rompa con patrones relacionales que siguen vulnerando la identidad y los derechos de las personas con discapacidad.

6. Conclusiones y recomendaciones

Este último apartado contiene las conclusiones y recomendaciones que surgen a partir del presente estudio.

■ La revisión bibliográfica posibilitó entender la existencia simultánea de diferentes modelos de discapacidad en un contexto específico; sin embargo, permitió considerar los marcos ampliados para pensar la discapacidad propuesto por Gómez y Cuervo en 2007 como una alternativa para analizar la discapacidad en el contexto colombiano, el cual se caracteriza por tener un alto índice de pobreza y situaciones de vulnerabilidad adyacentes producto de la "competencia simétrica progresiva" patrón relacional identificado por Pérez y Forero en 2008 y que se distingue por dar un gran valor y escalonamiento a la competencia entre individuos y grupos de individuos en los entornos familiares, comunitarios, políticos y empresariales; tal situación genera desventajas adicionales a la población vulnerable, específicamente las personas con discapacidad.

Dentro de tales marcos ampliados, se determinó que el enfoque de capacidades de Amartya Sen responde a las características particulares del contexto colombiano al permitir relacionar, no solo las particularidades de la capacidad para funcionar, sino el bienestar desde una perspectiva de libertad de acción, al dinamizar el concepto de discapacidad y analizar las respuestas hacia ésta desde la mirada de derechos teniendo en cuenta la capacidad de funcionar, los funcionamientos y las posibilidades que proporciona el entorno para conseguir capacidades, llegando a la conclusión que el fin último de la rehabilitación es permitir a la persona que se encuentra en el proceso conocer y realizar los funcionamientos que considera valiosos para vivir; en pocas palabras, posibilidad de elección.

■ Se realizó una revisión documental exhaustiva que resultó en la categorización, tanto del concepto discapacidad, al considerar que en el modelo predominante de discapacidad en un contexto determinado genera pautas en las respuestas que se den

hacia ésta; como del concepto rehabilitación donde se consideraron aspectos operativos como conceptuales basados en el enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen.

Esto quiere decir, que la legislación de un país debe ser coherente desde la perspectiva conceptual para que las respuestas hacia las personas con discapacidad sean integrales y se articulen tanto al marco legislativo local como al internacional, que incluya las voces de la academia y, sobre todo las voces de las personas con discapacidad.

El lenguaje no es neutral: muestra la posición del escritor e influencia la percepción de los lectores. Esta afirmación legitima el uso de un análisis de contenido de las normas buscando en sus contenidos manifiestos y latentes el modelo emergente de discapacidad y el tipo de respuestas que se dan a la misma.

■ A partir del análisis de contenido realizado al marco legal de apoyo a la discapacidad, se obtuvo un corpus de 25 documentos, de los cuales se extrajeron 67 unidades de análisis, que tras ser aplicada la matriz de recolección de categorías y la matriz de contingencia correspondiente muestran que el modelo de discapacidad que emerge de la normativa, tanto desde el sentido de las comunicaciones revisadas, como desde los contenidos manifiestos y latentes de las mismas es el modelo individual de la discapacidad. Los contenidos manifiestos tienden a mostrar un modelo médico de la discapacidad, centrado en observar, y dar respuesta a las funciones y capacidades para funcionar del individuo; por otro lado, se hace explícito en la mayoría de unidades de análisis que el fin de las respuestas a la discapacidad es la integración de las personas, siendo éste un término que se aleja de procesos de reivindicación y justicia. Finalmente, se manifiesta en las normas analizadas más recientes, la tendencia al modelo relacional de la discapacidad; no obstante, en una sola unidad de análisis encontrada se hace la aclaración respecto a la actualización de terminología peyorativa a proactiva, otras unidades con terminología de ese tipo continúan vigentes.

En algunas unidades analizadas se encontraron términos reactivos y afirmaciones con juicios de valor que mostraban la discapacidad como un problema; unido a ello se evidenció que no hay consenso en la terminología usada en los documentos normativos y que en algunos casos no es coherente el término usado con la finalidad del artículo analizado.

Por el lado de los contenidos latentes se observa una inclinación hacia el modelo de marginación al reforzar estereotipos desde etiquetas que disminuyen la posibilidad de equidad de las personas con discapacidad, lo que desemboca en reiteración de prácticas excluyentes predominio de acciones hacia la “normalización” del individuo, se evidencia una fuerte tendencia a la focalización y de acciones desde el enfoque del manejo social del riesgo que reitera actividades centradas en el individuo.

En resumen, el análisis de contenido del marco legal de apoyo a la discapacidad arroja una tendencia significativa hacia el modelo individual, con ambigüedad en la terminología utilizada que tiende a ser peyorativa y reactiva, (más evidente en normas anteriores a 2009) donde contenidos latentes se inclinan hacia la exclusión a partir del reforzamiento de estereotipos con una fuerte propensión a fomentar la adaptación individual al medio y a situaciones vitales de las personas con discapacidad.

■ Dentro de la normativa analizada se identificaron seis definiciones de rehabilitación, siendo la más actualizada la proporcionada por la Ley 1618 de 2013, la cual está dentro del paradigma relacional y de derechos, aunque enfatiza en aspectos como integración, que reducen de nuevo la perspectiva hacia un plano individual al responder al enfoque de manejo social del riesgo, el cual da prelación a las relaciones costo/beneficio sobre el impacto real y a largo plazo de las acciones en la población.

Por otro lado, se identifica que los lineamientos y la normativa focalizada hacia la población con discapacidad mantiene cierta coherencia y tiene en cuenta el modelo relacional de la discapacidad; no obstante, la normativa de apoyo no tiene dicho enfoque, lo que desvirtúa los planteamientos y deja en un limbo la orientación de las acciones y respuestas hacia la discapacidad, obligando a mantener una tendencia a la focalización.

■ Los hallazgos de la presente investigación, resaltan que al ser el modelo individual el imperante en el marco normativo de apoyo a la discapacidad, las respuestas se centraron en el aspecto capacidad de funcionar, siendo el aspecto de oportunidad de elección el menos percibido en las unidades de análisis estudiadas, lo que avala la perspectiva de Albrecht, Wade, Seelman y Valero acerca considerar la rehabilitación una respuesta a la discapacidad.

Sin embargo, la unidad de análisis "Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos,

libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica." Permite repensar las respuestas hacia la discapacidad como un asunto de derechos, que debe ser coherente desde la constitución política de Colombia en adelante para conseguir impactos reales desde la legislación hacia las acciones relacionadas con la rehabilitación en Colombia.

Al ratificar la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Colombia dio un gran paso, que se evidencia en la inclinación hacia un cambio de paradigma en los contenidos manifiestos de las normas, así como el énfasis a una perspectiva de derechos.

- El presente estudio permitió cuestionar el concepto actual de rehabilitación integral y propone que se piense como un proceso que amplíe el “conjunto capacidades” de una persona en término de habilidades compensatorias de cara a la deprivación propendiendo, no solo desde la perspectiva de la salud, sino mediante la incorporación de otros actores, igualdad de libertad para el logro de funcionamientos valiosos para el individuo; donde la oportunidad de elegir sea el eje de las acciones de las políticas en rehabilitación integral y de los profesionales de la rehabilitación funcional. Esto permitiría una verdadera emancipación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos donde interactúa, empezando desde el asistencial.

- Finalmente, el presente estudio permite sugerir, en primera medida, la necesidad de proponer e implementar un plan nacional de rehabilitación, que debe tener como base articulados con contenido manifiesto y latente, unido al estudio de las necesidades reales de la población con discapacidad; en Colombia se encuentran unos lineamientos para la habilitación/rehabilitación y una ley aprobada recientemente que estable la rehabilitación como derecho; sin embargo, deben estar acompañadas de normas que permitan la atención de las personas con discapacidad que sean coherentes de manera manifiesta con dichos lineamientos y con el marco internacional, específicamente con la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, acogida por el país desde 2009.

En segunda medida, que la normativa de apoyo a la discapacidad en Colombia debe ser evaluada constantemente desde una perspectiva de marcos ampliados de discapacidad, que permita incluir aspectos como pobreza e inequidades propias del contexto colombiano para determinar las acciones que tengan verdadero impacto en la población con discapacidad, esto permitirá incluir aspectos como el acceso, la perspectiva cultural y

mecanismos de financiamiento real a procesos de rehabilitación acordes a cada uno de los individuos.

En tercera medida, no debe desconocerse el papel de la academia que fortalezca la coherencia desde la terminología y los contenidos manifiestos de la normativa. El campo de estudio de discapacidad en Colombia debe convertirse en un referente que permita reetiquetar, no solo desde medios de difusión como artículos y textos, sino desde la legislación, procesos reales de inclusión de las personas con discapacidad en Colombia.

A. **Anexo: Matriz de contingencia categoría concepto discapacidad**

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
1	1	"Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica."				**X**	
1	2	"El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran."	**X**				
1	3	"El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud."	**X**				
2	4	"Los lugares de los edificios públicos y privados que permiten el acceso al público en general deberán diseñarse y construirse de manera tal que faciliten el ingreso y tránsito de personas cuya capacidad motora o de orientación esté disminuida por la edad, la incapacidad o la enfermedad."	**X**				
3	5	"se entiende por "persona inválida" toda personas cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden substancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida."	**X**				
4	6	"Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso"	**X**				
5	7	"Vigilar el cumplimiento de las políticas nacionales y las normas del sector en los distritos, departamentos, municipios, resguardos indígenas y/o entidades territoriales indígenas. Esta facultad la podrá delegar en los departamentos, con respecto a los municipios no certificados."				**X**	
5	8	"Dirigir, planificar y prestar el servicio educativo en los niveles de preescolar, básica y media, en condiciones de equidad, eficiencia y calidad, en los términos definidos en la presente ley."					**X**
6	9	"Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral."	**X**				
6	10	"Tendrán derecho a la pensión de invalidez, los afiliados que conforme a lo dispuesto en el artículo anterior sean declarados inválidos"	**X**				
6	11	"Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales..."	**X**				

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
6	12	"Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o más. Esta misma edad se aplicará para dementes y minusválidos."	X				
7	13	"Organizar programas de formación profesional integral para personas desempleadas y subempleadas y programas de readaptación profesional para personas discapacitadas."	X				
8	14	"INTEGRACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA: Por el cual esta población se incorpora al servicio público educativo del país, para recibir la atención que requiere, dentro de los servicios que regularmente se ofrecen, brindando los apoyos especiales de carácter pedagógico, terapéutico y tecnológico que sean necesarios."	X				
8	15	"DESARROLLO HUMANO: Por el cual se reconoce que deben crearse condiciones de pedagogía para que las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, puedan desarrollar íntegramente sus potencialidades, satisfacer sus intereses y alcanzar el logro de valores humanos, éticos, intelectuales, culturales, ambientales y sociales."				X	
9	16	"Acompañante para votar. Los ciudadanos que padezcan limitaciones y dolencias físicas que les impidan valerse por sí mismos, podrán ejercer el derecho al sufragio "acompañados" hasta el interior del cubículo de votación. Así mismo los mayores de ochenta (80) Años o quienes padezcan problemas avanzados de la visión."	X				
10	17	"La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar."			X		
12	18	"El Estado Colombiano inspira esta ley para la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación..."	X				
12	19	"el Gobierno Nacional deberá establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación, que garanticen el ambiente menos restrictivo para la formación integral de las personas con limitación."	X				
12	20	"Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social."	X				
13	21	"Entiéndese por deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, el desarrollo de un conjunto de actividades que tienen como finalidad contribuir por medio del deporte a la normalización integral de toda persona que sufra una limitación física, sensorial y/o mental"	X				
14	22	"Recursos invalidez"	X				
16	23	"Para los efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales, se considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su capacidad laboral de acuerdo con el manual Unico de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación."	X				

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
17	24	"…Posición conceptual enmarcada en un modelo ecológico (ser humano-entorno)..."			**X**		
17	25	"El problema de discapacidad no es una enfermedad o atributo de la persona, esta condición incluye elementos que se relacionan con la presencia de prácticas, factores sociales y culturales negativos que limitan la integración social de las personas, que afectan el reconocimiento, el desarrollo de las capacidades y funcionalidades como individuos pertenecientes a la sociedad. Esta situación menoscaba la capacidad económica de la familia (aumentando la vulnerabilidad de la misma) al tener ésta que disponer de mayores recursos en la manutención y cuidados de una persona potencialmente productiva, que no lo es debido a factores sociales y culturales."			**x**		
17	26	"Acciones que se han venido adelantando de acuerdo a las estrategias del MSR Prevención Mitigación Superación…"	**x**				
17	27	"Ante la falta de dimensionamiento de la oferta pública y privada, la experiencia, aunque aislada, sugiere que estrategias de rehabilitación con base comunitaria (RBC), podrían tener resultados exitosos en la medida en que pueden contribuir a visualizar el problema en el colectivo, estimulando la solidaridad, introduciendo cambios en su imaginario y en sus actitudes frente a la discapacidad, creando condiciones sociales y económicas para que las familias en situación de discapacidad puedan tomar mayores riesgos y así poder tener mayores oportunidades, y posiblemente, a menores costos."	**x**				
17	28	"El Ministerio de Salud y actual Ministerio de la Protección Social, durante las vigencias 1999-2003, ha invertido un total de $12.454 millones de pesos del Presupuesto General de la Nación, con el fin de apoyar acciones encaminadas al mejoramiento de los servicios de rehabilitación para la población con discapacidad, de los niveles 1 y 2 del SISBEN no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que estando afiliada al régimen subsidiado de salud tiene exclusiones en el Plan de Beneficios para su rehabilitación funcional."	**x**				
17	29	"Los proyectos ejecutados por las Secretarías de Salud han desarrollado actividades para: i) fortalecer las Redes de Apoyo a la Discapacidad, ii) conformar los Bancos de Ayudas Técnicas, iii) acondicionar y mejorar el acceso físico en instituciones que prestan servicios de rehabilitación, y iv)implementar proyectos de Rehabilitación con Base comunitaria, RBC. Los recursos asignados a los hospitales tuvieron como finalidad fortalecer las Unidades de rehabilitación, a través de la dotación de equipos y elementos necesarios para una mejor prestación de los servicios."	**x**				
17	30	"En la sociedad se presenta una percepción negativa de la discapacidad, además de las barreras tradicionales como el acceso a los servicios y la accesibilidad a los espacios."		**x**			
17	31	"La presente política se enmarca en el contexto de la protección y el manejo social del riesgo. Por tanto, contempla estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones, puedan prevenir el riesgo, mitigar y superar la materialización del mismo, como también reducir la vulnerabilidad a la discapacidad, protegiendo el bienestar de la población y su capital humano. Para ello, bajo un marco de corresponsabilidad, es necesario identificar los riesgos, diseñar e implementar intervenciones para evitar la discriminación y exclusión social."	**x**				
17	32	"Se hacen necesarias estrategias que: (i) promuevan comportamientos favorables en la sociedad que generen actitudes positivas respecto a la			**x**		

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
		discapacidad y la igualdad de oportunidades, la inclusión e integración social (acceso a bienes y servicios, al mercado laboral, seguridad social, protejan los derechos humanos, entre otros); y, (ii) fomenten la participación de la comunidad en la prevención, mitigación y superación (habilitación y rehabilitación integral) de la situación de discapacidad."					
17	33	"las estrategias en forma general se articulan y superponen, y que pueden a su vez vislumbrarse de la siguiente forma: (i) Reducción (Prevención), (ii) Reducción-Mitigación (Promoción y Prevención, por ejemplo vinculada a Empresas Promotoras de Salud, Administradoras Régimen Subsidiado y Administradoras Riesgos Profesionales), (iii) Reducción-Superación (Equiparación de Oportunidades), (iv) Mitigación (Aseguramiento de la población ante riesgos), (v) Mitigación-Superación (Rehabilitación de Base Comunitaria y Preparación de cuidadores), (vi) Superación (Recuperación ante el impacto)."			x		
18	34	"La población en situación de discapacidad desarrollará sus potencialidades para superar las desventajas dadas por dicha situación, a través del acceso oportuno a servicios de Habilitación/Rehabilitación que respondan a estándares de calidad y a las características y necesidades específicas de cada individuo y su entorno."			X		
18	35	"Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitación en las actividades y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales)."			x		
18	36	"La Habilitación/Rehabilitación integral se basa en la consideración del ser humano como un ser bio-psico-social, que, como sistema abierto, busca ser dinámico, satisfacer sus necesidades de seguridad y supervivencia, a través de la interacción con el medio ambiente en el cual está inmerso."			x		
18	37	""“el agregado de todas las actividades diseñadas con el propósito de mejorar la salud personal y pública a través de una combinación de estrategias, que incluyen la implementación competente de acciones que conduzcan a cambios de comportamiento, educación en la salud, medidas de protección de la salud, detección de factores de riesgo, aumento y mantenimiento de la salud”"	x				
18	38	"La h/r integral orienta y apoya medidas para la equiparación de oportunidades en la persona con discapacidad, con objeto de lograr que el sistema general de la sociedad (como son el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, la educación y el trabajo, la comunicación, en la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo)"			x		
18	39	"Con el propósito de eliminar o reducir las secuelas de deficiencias o limitaciones en la capacidad de ejecución de actividades, se promueve la aplicación de medidas terapéuticas y la utilización de tecnología para el desarrollo o mejoramiento de funciones físicas, mentales y/o sensoriales y apoyo a la integración, familiar, ocupacional y social."					
18	40	"la Habilitación/Rehabilitación integral debe preparar al individuo con discapacidad para su integración en el medio socioocupacional; desarrollar acciones que orienten a la sociedad en esta labor y apoyen a los diferentes sectores para el cumplimiento de sus responsabilidades frente a esta."	x				
18	41	"La Habilitación/Rehabilitación para la integración socioocupacional desarrolla acciones que permiten a la persona compensar en el mayor grado posible las desventajas ocupacionales ocasionadas por una discapacidad y que afectan su desempeño, dificultándole o impidiéndole su integración a este medio."	x				

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
18	42	sus acciones se desarrollan en varios frentes simultáneos e interrelacionados: Hacia la preparación para el desarrollo del potencial ocupacional de la persona con discapacidad Hacia la sensibilización, orientación, asesoría y apoyo del sector educativo, de formación y laboral, que generen oportunidades de integración para las personas con discapacidad Hacia la comunidad, ofreciendo orientación y apoyo necesario en el desarrollo de procesos de Habilitación/Rehabilitación para la integración socioocupacional de sus miembros con discapacidad Hacia los legisladores, promoviendo, asesorando y apoyando el establecimiento de políticas, planes, programas, proyectos y acciones que favorezcan la inserción ocupacional de la persona con discapacidad, en todas las áreas y niveles ocupacionales posibles.			**x**		
18	43	"Desarrolla habilidades y capacidades para…"	**x**				
18	44	"Aunque en la integración educativa, laboral u ocupacional en general, el aspecto social es relevante, esta categoría se refiere a todos los procesos que incluyen la realización de actividades recreativas, culturales, deportivas y de vida en comunidad, los cuales son parte indispensable en el desarrollo del ser humano."					
18	45	"Por lo tanto, para el logro de su objetivo, requiere la participación activa de: La persona con discapacidad y su familia, como sujetos de los procesos de Habilitación/Rehabilitación. Profesionales de las diferentes disciplinas de la Habilitación/Rehabilitación que aúnen sus esfuerzos en torno a una meta. Actores no tradicionales de la Habilitación/Rehabilitación pertenecientes a sectores de la economía, la educación, el trabajo y la salud, entre otros, y la comunidad en general, que faciliten la integración de la persona con discapacidad."			**x**		
	46	"Principios Generales Diversidad:… Equidad:… Equiparación de oportunidades:… Igualdad:… Solidaridad:… Universalidad:…"				**x**	
18	47	"Principios específicos Calidad de servicio:... Corresponsabilidad:... Desinstitucionalización:... Eficiencia:... Flexibilidad:... Normalización:... Participación:…"			**x**		
19	48	“La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y			**x**		

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
		actividades, como: Rehabilitación básica y general, actividades de orientación específica, y otras que tengan como objetivo la rehabilitación profesional."					
19	49	""Integración escolar". Es un proceso complejo e inherente a toda propuesta educativa, en tanto reconozca las diferencias, así como los valores básicos compartidos entre las personas y posibilite un espacio de participación y desarrollo."				**x**	
19	50	"Artículo 2°. La Lengua de Señas en Colombia que necesariamente la utilizan quienes no pueden desarrollar lenguaje oral, se entiende y se acepta como idioma necesario de comunicación de las personas con pérdidas profundas de audición y, las sordociegas, que no pueden consiguientemente por la gravedad de la lesión desarrollar lenguaje oral, necesarios para el desarrollo del pensamiento y de la inteligencia de la persona, por lo que debe ser reconocida por el Estado y fortalecida por la lectura y la escritura del castellano, convirtiéndolos propositivamente en bilinguales."	**x**				
20	51	"La educación de las personas con limitaciones ya sea de orden físico, sensorial, psíquico, cognoscitivo o emocional y para las personas con capacidades o talentos excepcionales, hace parte del servicio público educativo y se atenderá de acuerdo con la Ley..."					**x**
20	52	"Artículo 3º.- La atención educativa para las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, se fundamentan particularmente en los siguientes principios: INTEGRACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA: Por el cual esta población se incorpora al servicio público educativo del país, para recibir la atención que requiere, dentro de los servicios que regularmente se ofrecen, brindando los apoyos especiales de carácter pedagógico, terapéutico y tecnológico que sean necesarios. DESARROLLO HUMANO: Por el cual se reconoce que deben crearse condiciones de pedagogía para que las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, puedan desarrollar íntegramente sus potencialidades, satisfacer sus intereses y alcanzar el logro de valores humanos, éticos, intelectuales, culturales, ambientales y sociales. OPORTUNIDAD Y EQUILIBRIO: Según el cual el servicio educativo se debe organizar y brindar de tal manera que se facilite el acceso, la permanencia y el adecuado cubrimiento de las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales. SOPORTE ESPECÍFICO: Por el cual esta población pueda recibir atención específica y en determinados casos, individual y calificada, dentro del servicio público educativo, según la naturaleza de la limitación o de la excepcionalidad y las propias condiciones de accesibilidad, para efectos de la permanencia en el mismo y de su promoción personal, cultural y social."				**x**	
21	53	"Movilidad reducida: Es la restricción para desplazarse que presentan algunas personas debido a una discapacidad o que sin ser discapacitadas presentan algún tipo de limitación en su capacidad de relacionarse con el entorno al tener que acceder a un espacio o moverse dentro del mismo, salvar desniveles, alcanzar objetos situados en alturas normales."			**x**		
22	54	"Artículo 56. Toda persona natural o jurídica, pública o privada, que organice un espectáculo o tenga sitios abiertos al público, de carácter recreacional o cultural, como teatros y cines, deberá reservar un espacio del cinco por ciento (5%) del aforo, para que sea ocupado exclusivamente por personas con discapacidad y un acompañante."			**x**		
23	55	"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con			**x**		

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
		diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."					
24	56	"Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. "				x	
24	57	"Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales..."					x
24	58	"Artículo 1°. Apruébase la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006."					x
25	59	"ARTÍCULO 1°. Objeto de la presente ley: la presente Ley tiene por objeto la protección e inclusión social de toda persona natural con discapacidad mental o que adopte conductas que la inhabiliten para su normal desempeño en la sociedad. La protección de la persona con discapacidad mental y de sus derechos fundamentales será la directriz de interpretación y aplicación de estas normas, El ejercicio de las guardas y consejerías y de los sistemas de administración patrimonial, tendrán como objetivo principal la rehabilitación y el bienestar del afectado."	x				
25	60	"...PARÁGRAFO: El término "demente" que aparece actualmente en las demás leyes se entenderá sustituido por "persona con discapacidad mental" y en la valoración de sus actos se aplicará lo dispuesto por la presente Ley, en lo pertinente."			x		
25	61	"ARTÍCULO 15. Capacidad jurídica de los sujetos con discapacidad: Quienes padezcan discapacidad mental absoluta son incapaces absolutos.Los sujetos con discapacidad mental relativa, inhabilitados conforme a esta ley, se consideran incapaces relativos respecto de aquellos actos y negocios sobre los cuales recae la inhabilitación. En lo demás se estará a las reglas generales de capacidad."	x				
25	62	"ARTÍCULO 11. Salud, educación y rehabilitación: Ningún sujeto con discapacidad mental podrá ser privado de su derecho a recibir tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico, adiestramiento, educación y rehabilitación física o psicológica, proporcionales a su nivel de deficiencia, a efecto de que puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, de acuerdo con los lineamientos y programas científicos diseñados o aprobados por el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación de que trata la Ley 361 de 1997. La organización encargada de prestar el servicio de salud y de educación en Colombia adoptará las medidas necesarias para obtener que ninguna persona con discapacidad mental sea privada del acceso a estos servicios desde la temprana edad. La recreación, el deporte, las actividades lúdicas y en general cualquier actividad			x		

DOC #	ID	Unidad de Análisis	MI	MS	MR	MA	Otra
		dirigida a estimular el potencial físico, creativo, artístico e intelectual son inherentes a las prestaciones de salud, educación y rehabilitación. En el cálculo de las prestaciones alimentarías, congruas o necesarias, se incluirán los costos que demanden las actividades de salud, educación y rehabilitación aquí previstas."					
26	63	"Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009."					**x**
26	64	"...1. Personas con y/o en situación de discapacidad: Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás..."			**x**		
26	65	"...2. Inclusión social: Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad..."				**x**	
26	66	"...6. Rehabilitación funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes. 7. Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad..."			**x**		
26	67	"Artículo 9°. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación, se implementarán las siguientes acciones: 1. La Comisión de Regulación en Salud (CRES), definirá... 2. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces,..."					**x**

B. **Anexo: Matriz de contingencia categoría rehabilitación**

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
1	1	"Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica."							**X**	**X**
1	2	"El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran."						**X**		
1	3	"El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud."				**X**				
2	4	"Los lugares de los edificios públicos y privados que permiten el acceso al público en general deberán diseñarse y construirse de manera tal que faciliten el ingreso y tránsito de personas cuya capacidad motora o de orientación esté disminuida por la edad, la incapacidad o la enfermedad."						**X**		
3	5	"se entiende por "persona inválida" toda personas cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden substancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida."				**X**				

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
4	6	"Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso"		X				X		
5	7	"Vigilar el cumplimiento de las políticas nacionales y las normas del sector en los distritos, departamentos, municipios, resguardos indígenas y/o entidades territoriales indígenas. Esta facultad la podrá delegar en los departamentos, con respecto a los municipios no certificados."						X		
5	8	"Dirigir, planificar y prestar el servicio educativo en los niveles de preescolar, básica y media, en condiciones de equidad, eficiencia y calidad, en los términos definidos en la presente ley."				X				
6	9	"Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral."				X				
6	10	"Tendrán derecho a la pensión de invalidez, los afiliados que conforme a lo dispuesto en el artículo anterior sean declarados inválidos"								X
6	11	"Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales..."		X		X				
6	12	"Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o más. Esta misma edad se aplicará para dementes y minusválidos."					X			X
7	13	"Organizar programas de formación profesional integral para personas desempleadas y subempleadas y programas de readaptación profesional para personas discapacitadas."				X				
8	14	"INTEGRACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA: Por el cual esta población se incorpora al servicio público educativo del país, para recibir la atención que requiere, dentro de los servicios que regularmente se ofrecen, brindando los apoyos especiales de carácter pedagógico, terapéutico y tecnológico que sean necesarios."				X				

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
8	15	"DESARROLLO HUMANO: Por el cual se reconoce que deben crearse condiciones de pedagogía para que las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, puedan desarrollar íntegramente sus potencialidades, satisfacer sus intereses y alcanzar el logro de valores humanos, éticos, intelectuales, culturales, ambientales y sociales."				X			X	
9	16	"Acompañante para votar. Los ciudadanos que padezcan limitaciones y dolencias físicas que les impidan valerse por sí mismos, podrán ejercer el derecho al sufragio "acompañados" hasta el interior del cubículo de votación. Así mismo los mayores de ochenta (80) Años o quienes padezcan problemas avanzados de la visión."							X	
10	17	"La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar."	X		X	X			X	
12	18	"El Estado Colombiano inspira esta ley para la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación..."				X				
12	19	"el Gobierno Nacional deberá establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación, que garanticen el ambiente menos restrictivo para la formación integral de las personas con limitación."				X				
12	20	"Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social."				X				

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
13	21	"Entiéndese por deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, el desarrollo de un conjunto de actividades que tienen como finalidad contribuir por medio del deporte a la normalización integral de toda persona que sufra una limitación física, sensorial y/o mental"				X				
14	22	"Recursos invalidez"						X		
16	23	"Para los efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales, se considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su capacidad laboral de acuerdo con el manual Unico de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación."				X				
17	24	"…Posición conceptual enmarcada en un modelo ecológico (ser humano-entorno)..."						X		
17	25	"El problema de discapacidad no es una enfermedad o atributo de la persona, esta condición incluye elementos que se relacionan con la presencia de prácticas, factores sociales y culturales negativos que limitan la integración social de las personas, que afectan el reconocimiento, el desarrollo de las capacidades y funcionalidades como individuos pertenecientes a la sociedad. Esta situación menoscaba la capacidad económica de la familia (aumentando la vulnerabilidad de la misma) al tener ésta que disponer de mayores recursos en la manutención y cuidados de una persona potencialmente productiva, que no lo es debido a factores sociales y culturales."				X		X		
17	26	"Acciones que se han venido adelantando de acuerdo a las estrategias del MSR Prevención Mitigación Superación…"				X		X		
17	27	"Ante la falta de dimensionamiento de la oferta pública y privada, la experiencia, aunque aislada, sugiere que estrategias de rehabilitación con base comunitaria (RBC), podrían tener resultados exitosos en la medida en que pueden contribuir a visualizar el problema en el colectivo,						X		

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		estimulando la solidaridad, introduciendo cambios en su imaginario y en sus actitudes frente a la discapacidad, creando condiciones sociales y económicas para que las familias en situación de discapacidad puedan tomar mayores riesgos y así poder tener mayores oportunidades, y posiblemente, a menores costos."								
17	28	"El Ministerio de Salud y actual Ministerio de la Protección Social, durante las vigencias 1999-2003, ha invertido un total de $12.454 millones de pesos del Presupuesto General de la Nación, con el fin de apoyar acciones encaminadas al mejoramiento de los servicios de rehabilitación para la población con discapacidad, de los niveles 1 y 2 del SISBEN no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que estando afiliada al régimen subsidiado de salud tiene exclusiones en el Plan de Beneficios para su rehabilitación funcional."				X				
17	29	"Los proyectos ejecutados por las Secretarías de Salud han desarrollado actividades para: i) fortalecer las Redes de Apoyo a la Discapacidad, ii) conformar los Bancos de Ayudas Técnicas, iii) acondicionar y mejorar el acceso físico en instituciones que prestan servicios de rehabilitación, y iv)implementar proyectos de Rehabilitación con Base comunitaria, RBC. Los recursos asignados a los hospitales tuvieron como finalidad fortalecer las Unidades de rehabilitación, a través de la dotación de equipos y elementos necesarios para una mejor prestación de los servicios."		X		X				
17	30	"En la sociedad se presenta una percepción negativa de la discapacidad, además de las barreras tradicionales como el acceso a los servicios y la accesibilidad a los espacios."						X		
17	31	"La presente política se enmarca en el contexto de la protección y el manejo social del riesgo. Por tanto, contempla estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones, puedan prevenir el riesgo, mitigar y superar la materialización del mismo, como también reducir la		X				X		

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		vulnerabilidad a la discapacidad, protegiendo el bienestar de la población y su capital humano. Para ello, bajo un marco de corresponsabilidad, es necesario identificar los riesgos, diseñar e implementar intervenciones para evitar la discriminación y exclusión social."								
17	32	"Se hacen necesarias estrategias que: (i) promuevan comportamientos favorables en la sociedad que generen actitudes positivas respecto a la discapacidad y la igualdad de oportunidades, la inclusión e integración social (acceso a bienes y servicios, al mercado laboral, seguridad social, protejan los derechos humanos, entre otros); y, (ii) fomenten la participación de la comunidad en la prevención, mitigación y superación (habilitación y rehabilitación integral) de la situación de discapacidad."			X			X		
17	33	"las estrategias en forma general se articulan y superponen, y que pueden a su vez vislumbrarse de la siguiente forma: (i) Reducción (Prevención), (ii) Reducción-Mitigación (Promoción y Prevención, por ejemplo vinculada a Empresas Promotoras de Salud, Administradoras Régimen Subsidiado y Administradoras Riesgos Profesionales), (iii) Reducción-Superación (Equiparación de Oportunidades), (iv) Mitigación (Aseguramiento de la población ante riesgos), (v) Mitigación-Superación (Rehabilitación de Base Comunitaria y Preparación de cuidadores), (vi) Superación (Recuperación ante el impacto)."		X	X					
18	34	"La población en situación de discapacidad desarrollará sus potencialidades para superar las desventajas dadas por dicha situación, a través del acceso oportuno a servicios de Habilitación/Rehabilitación que respondan a estándares de calidad y a las características y necesidades específicas de cada individuo y su entorno."				X		X		
18	35	"Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitación en las actividades y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo								

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		(con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales)."								
18	36	"La Habilitación/Rehabilitación integral se basa en la consideración del ser humano como un ser bio-psico-social, que, como sistema abierto, busca ser dinámico, satisfacer sus necesidades de seguridad y supervivencia, a través de la interacción con el medio ambiente en el cual está inmerso."	X							
18	37	"el agregado de todas las actividades diseñadas con el propósito de mejorar la salud personal y pública a través de una combinación de estrategias, que incluyen la implementación competente de acciones que conduzcan a cambios de comportamiento, educación en la salud, medidas de protección de la salud, detección de factores de riesgo, aumento y mantenimiento de la salud”"				X				
18	38	"La h/r integral orienta y apoya medidas para la equiparación de oportunidades en la persona con discapacidad, con objeto de lograr que el sistema general de la sociedad (como son el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, la educación y el trabajo, la comunicación, en la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo)"			X					
18	39	"Con el propósito de eliminar o reducir las secuelas de deficiencias o limitaciones en la capacidad de ejecución de actividades, se promueve la aplicación de medidas terapéuticas y la utilización de tecnología para el desarrollo o mejoramiento de funciones físicas, mentales y/o sensoriales y apoyo a la integración, familiar, ocupacional y social."			X	X				
18	40	"la Habilitación/Rehabilitación integral debe preparar al individuo con discapacidad para su integración en el medio socioocupacional; desarrollar acciones que orienten a la sociedad en esta labor y apoyen a los diferentes sectores para el cumplimiento de sus responsabilidades frente a esta."			X			X		
18	41	"La Habilitación/Rehabilitación para la integración socioocupacional desarrolla acciones que permiten a la persona			X	X				

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		compensar en el mayor grado posible las desventajas ocupacionales ocasionadas por una discapacidad y que afectan su desempeño, dificultándole o impidiéndole su integración a este medio."								
18	42	sus acciones se desarrollan en varios frentes simultáneos e interrelacionados: Hacia la preparación para el desarrollo del potencial ocupacional de la persona con discapacidad Hacia la sensibilización, orientación, asesoría y apoyo del sector educativo, de formación y laboral, que generen oportunidades de integración para las personas con discapacidad Hacia la comunidad, ofreciendo orientación y apoyo necesario en el desarrollo de procesos de Habilitación/Rehabilitación para la integración socioocupacional de sus miembros con discapacidad Hacia los legisladores, promoviendo, asesorando y apoyando el establecimiento de políticas, planes, programas, proyectos y acciones que favorezcan la inserción ocupacional de la persona con discapacidad, en todas las áreas y niveles ocupacionales posibles.		**X**	**X**	**X**				
18	43	"Desarrolla habilidades y capacidades para…"				**X**				
18	44	"Aunque en la integración educativa, laboral u ocupacional en general, el aspecto social es relevante, esta categoría se refiere a todos los procesos que incluyen la realización de actividades recreativas, culturales, deportivas y de vida en comunidad, los cuales son parte indispensable en el desarrollo del ser humano."			**X**					
18	45	"Por lo tanto, para el logro de su objetivo, requiere la participación activa de: La persona con discapacidad y su familia, como sujetos de los procesos de Habilitación/Rehabilitación. Profesionales de las diferentes disciplinas de la Habilitación/Rehabilitación que aúnen sus esfuerzos en torno a una meta. Actores no tradicionales de la Habilitación/Rehabilitación pertenecientes a sectores de la economía, la educación,		**X**				**X**		

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		el trabajo y la salud, entre otros, y la comunidad en general, que faciliten la integración de la persona con discapacidad."								
	46	"Principios Generales Diversidad:… Equidad:… Equiparación de oportunidades:… Igualdad:… Solidaridad:… Universalidad:…"	X							
18	47	"Principios específicos Calidad de servicio:... Corresponsabilidad:... Desinstitucionalización:... Eficiencia:... Flexibilidad:... Normalización:... Participación:…"	X							
19	48	"La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, como: Rehabilitación básica y general, actividades de orientación específica, y otras que tengan como objetivo la rehabilitación profesional."	X		X	X			X	
19	49	""Integración escolar". Es un proceso complejo e inherente a toda propuesta educativa, en tanto reconozca las diferencias, así como los valores básicos compartidos entre las personas y posibilite un espacio de participación y desarrollo."				X	X			
19	50	"Artículo 2°. La Lengua de Señas en Colombia que necesariamente la utilizan quienes no pueden desarrollar lenguaje oral, se entiende y se acepta como idioma necesario de comunicación de las personas con pérdidas profundas de audición y, las sordociegas, que no				X	X			

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		pueden consiguientemente por la gravedad de la lesión desarrollar lenguaje oral, necesarios para el desarrollo del pensamiento y de la inteligencia de la persona, por lo que debe ser reconocida por el Estado y fortalecida por la lectura y la escritura del castellano, convirtiéndolos propositivamente en bilinguales."								
20	51	"La educación de las personas con limitaciones ya sea de orden físico, sensorial, psíquico, cognoscitivo o emocional y para las personas con capacidades o talentos excepcionales, hace parte del servicio público educativo y se atenderá de acuerdo con la Ley..."				**X**				
20	52	"Artículo 3º.- La atención educativa para las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, se fundamentan particularmente en los siguientes principios: INTEGRACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA: Por el cual esta población se incorpora al servicio público educativo del país, para recibir la atención que requiere, dentro de los servicios que regularmente se ofrecen, brindando los apoyos especiales de carácter pedagógico, terapéutico y tecnológico que sean necesarios. DESARROLLO HUMANO: Por el cual se reconoce que deben crearse condiciones de pedagogía para que las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, puedan desarrollar íntegramente sus potencialidades, satisfacer sus intereses y alcanzar el logro de valores humanos, éticos, intelectuales, culturales, ambientales y sociales. OPORTUNIDAD Y EQUILIBRIO: Según el cual el servicio educativo se debe organizar y brindar de tal manera que se facilite el acceso, la permanencia y el adecuado cubrimiento de las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales. SOPORTE ESPECÍFICO: Por el cual esta población pueda recibir atención específica y en determinados casos, individual y calificada, dentro del servicio público educativo, según la naturaleza de la limitación o de la excepcionalidad y las propias condiciones de accesibilidad, para				**X**	**X**	**X**	**X**	

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		efectos de la permanencia en el mismo y de su promoción personal, cultural y social."								
21	53	"Movilidad reducida: Es la restricción para desplazarse que presentan algunas personas debido a una discapacidad o que sin ser discapacitadas presentan algún tipo de limitación en su capacidad de relacionarse con el entorno al tener que acceder a un espacio o moverse dentro del mismo, salvar desniveles, alcanzar objetos situados en alturas normales."				X		X		
22	54	"Artículo 56. Toda persona natural o jurídica, pública o privada, que organice un espectáculo o tenga sitios abiertos al público, de carácter recreacional o cultural, como teatros y cines, deberá reservar un espacio del cinco por ciento (5%) del aforo, para que sea ocupado exclusivamente por personas con discapacidad y un acompañante."						X		
23	55	"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."				X		X		
24	56	"Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. "				X	X	X		X
24	57	"Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y				X	X	X	X	X

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales..."								
24	58	"Artículo 1°. Apruébase la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006."								X
25	59	"ARTÍCULO 1°. Objeto de la presente ley: la presente Ley tiene por objeto la protección e inclusión social de toda persona natural con discapacidad mental o que adopte conductas que la inhabiliten para su normal desempeño en la sociedad. La protección de la persona con discapacidad mental y de sus derechos fundamentales será la directriz de interpretación y aplicación de estas normas, El ejercicio de las guardas y consejerías y de los sistemas de administración patrimonial, tendrán como objetivo principal la rehabilitación y el bienestar del afectado."				X				X
25	60	"...PARÁGRAFO: El término "demente" que aparece actualmente en las demás leyes se entenderá sustituido por "persona con discapacidad mental" y en la valoración de sus actos se aplicará lo dispuesto por la presente Ley, en lo pertinente."				X				
25	61	"ARTÍCULO 15. Capacidad jurídica de los sujetos con discapacidad: Quienes padezcan discapacidad mental absoluta son incapaces absolutos.Los sujetos con discapacidad mental relativa, inhabilitados conforme a esta ley, se consideran incapaces relativos respecto de aquellos actos y negocios sobre los cuales recae la inhabilitación. En lo demás se estará a las reglas generales de capacidad."				X				
25	62	"ARTÍCULO 11. Salud, educación y rehabilitación: Ningún sujeto con discapacidad mental podrá ser privado de su derecho a recibir tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico, adiestramiento, educación y rehabilitación física o psicológica, proporcionales a su nivel de deficiencia, a efecto de que puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y				X		X		

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, de acuerdo con los lineamientos y programas científicos diseñados o aprobados por el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación de que trata la Ley 361 de 1997. La organización encargada de prestar el servicio de salud y de educación en Colombia adoptará las medidas necesarias para obtener que ninguna persona con discapacidad mental sea privada del acceso a estos servicios desde la temprana edad. La recreación, el deporte, las actividades lúdicas y en general cualquier actividad dirigida a estimular el potencial físico, creativo, artístico e intelectual son inherentes a las prestaciones de salud, educación y rehabilitación. En el cálculo de las prestaciones alimentarías, congruas o necesarias, se incluirán los costos que demanden las actividades de salud, educación y rehabilitación aquí previstas."								
26	63	"Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009."								**X**
26	64	"...1. Personas con y/o en situación de discapacidad: Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás..."				**X**		**X**		
26	65	"...2. Inclusión social: Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad,							**X**	

DOC#	ID #	Unidad de Análisis	CONRH	ESTRUC	METAS	CAPFU	FCPER	FCAMB	ELEC	OTRA
		mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad..."								
26	66	"...6. Rehabilitación funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes. 7. Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad..."	**X**			**X**		**X**		
26	67	"Artículo 9°. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación, se implementarán las siguientes acciones: 1. La Comisión de Regulación en Salud (CRES), definirá... 2. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces,..."		**X**	**X**	**X**			**X**	

Bibliografía

1. Long C, Gouvier D, Cole JC. A Model of Recovery for the Total Rehabilitation of Individuals with Head Trauma. Journal of Rehabilitation. 1984; 50(1): p. 39 – 45.
2. Albrecht G. The disability business: Rehabilitation in America. Hunter JL, editor. Newbury Park: Sage Publications; 1992.
3. Siegert R. Theory development and a science of rehabilitation: Autors´ response to commentaries. Disability & Rehabilitation. 2005; 27(24): p. 1493 - 1501.1517 – 1519.
4. Wade D, de Jong B. Recent advances in rehabilitation. BMJ. 2000 Mayo; 320(20): p. 1385-1388.
5. Seelman K. Trends in Rehabilitation and disability: transition from a medical model to an integrative model. Shogaisha Shisaku no Kikaru. 2004 Enero - Marzo; 22.
6. DeLisa J. Shaping the future of medical rehabilitation research: using the interdisciplinary research model. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2004 Abril; 85(4): p. 531-537.
7. Nieuwenhuijsen E, Zemper E, Miner K, Epstein M. Health behavior change models and theories: contributions to rehabilitation. Disability and Rehabilitation. 2006; 28(5): p. 245-256.
8. Wade D. Describing rehabilitation interventions. Clinicla Rehabilitation. 2005; 19: p. 811-818.
9. Kielhofner G. Rethinking Disability and What to do about it: Disability Studies and its implications for Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy. 2005; 59(5): p. 487- 496.
10. Roush S, Sharby N. Disability reconsidered: The paradox of Physical Therapy. Physical Therapy. 2011 Diciembre; 91(12): p. 1715 - 1727.
11. Sotelano F. History of rehabilitation in Latin America. American journal of physical medicine & rehabilitation. 2012 Abril; 91(4): p. 368-373.

12. Amate A. Importancia de la rehabilitación integral. In Amate EA, Vásquez AJ. Discapacidad: Lo que todos debemos saber. Washington D.C.: Salud, Organización Panamericana de la; 2006. p. 25-28.

13. Boada J. Rehabilitación integral: Un concepto de ayer es una necesidad hoy. Revista Fundamentos. 2004;: p. 36-39.

14. Céspedes G. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. AQUICHAN. 2005 Octubre; 5(1).

15. Valero M. Modelo de Rehabilitación Integral. Revista Colombiana de Rehabilitación. 2006 Octubre; 5(5): p. 35-42.

16. Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefeve C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: conceptual and historical perspectives. Disability and Rehabilitation. 2007 Octubre; 29(20-21): p. 1555-1565.

17. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la discapacidad Ginebra; 2011.

18. Moreno M. Políticas y concepciones en discapacidad: Un binomio por explorar. 1st ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.

19. Fundación Saldarriaga Concha; Fundación Santafe de Bogotá. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico Bogotá: EC SANFRANCISCO; 2009.

20. Battams S, Baum F. What policies and policy processes are needed to ensure that people with psychiatric disabilities have access to appropriate housing? Social Science & Medicine. 2010 Enero; 70.

21. Moreno M. Infancias, Políticas y discapacidad. 1st ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

22. Moreno M, Rubio X, Angarita D. Valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia: Antecedentes, Realidades y perspectivas de actualización. 1st ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

23. Gómez L, Valencia M. Resumen del estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación en Colombia. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2004.

24. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991..

25. Schiriner K. A disability Studies Perspective on employment Issues and policies for disabled people. An international view. In Janke R, editor. Handbook of disability Studies. California: Sage Publications; 2001. p. 642-662.

26. Hernandez R, Fernandez-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta ed. Iztapalapa, México: McGraw - Hill Interamericana; 2006.

27. Piñuel J. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. Estudios de Sociolingüística. 2002; 3(1): p. 1-42.

28. Abela JA. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada..

29. Cáceres P. Análisis Cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. 2003; II: p. 53-82.

30. Fernandez F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para al investigación. Ciencias sociales. 2002; II(96): p. 35-54.

31. Porta L, Silva M. La investigación cualitativa: El análisis de contenido en la investigación educativa. Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa; 2003.

32. Republica de colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política Habilitación/Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. 2004..

33. Morris C. Measuring participation in childhood disability: How does the capability approach improve our understanding? Developmental Medicine & Child Neurology. 2009; 51: p. 92-94.

34. Peñas-Felizzola O. Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. Revista de la Facultad de Medicina. 2013; 61(2): p. 205-212.

35. Terzi L. A capability perspective on impairment, disability and special needs: Towards social justice in education. Theory and Research in Education. 2006 Mayo; 3(2): p. 197-223.

36. Gomez C, Cuervo C. Conceptualización de discapacidad, reflexiones para Colombia. 1st ed. Bogotá: UNIBIBLOS; 2007.

37. Forhan M. An analysis of disability moels and the aplication of the ICF to obesity. Disability and Rehabilitation. 2009; 31(16): p. 1382-1388.

38. Toboso M, Arnau M. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Araucaria: Revista Iberoamericana de filosofía, política y humanidades. 2008;(20): p. 64-94.

39. Amate A. Evolución del concepto de discapacidad. In Amate EA, Vásquez AJ. Discapacidad: Lo que todos debemos saber. Washington D.C.: Salud, Organización Panamericana de la; 2006. p. 3-7.

40. Rondinelli R. Changes for the new AMA Guides to impairment Ratings, 6th Edition: Implications and Aplications for Physician Disability Evaluations. The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. 2009 Julio; 1(7): p. 643-656.

41. Luna R. La terminología de la discapacidad: entre la resemantización y la reetiquetación. Boletín de la Academia Peruana de la Lengua. 2008.

42. Barner C, Mercer G. Disability (Key Conceps). 1st ed. Malden, USA: MPG Books; 2003.

43. Burchard T. Capabilities and disability: The capabilities framework and the social model of disability. Disability and Society. 2004 Diciembre; 19(7).

44. Schalock R. Hacia una nueva concepción de discapacidad. In II Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad; 1999; Universidad de Salamanca.

45. Bricher G. Disabled people, health professionals and the social model of disability: can there be a research relatioship? Disability & Society. 2000 Agosto; 15(5): p. 781-793.

46. Verdugo M. La concepción de la discapacidad en los modelos sociales. In ¡Qué significa la discapacidad hoy? Cambios conceptuales.

47. Brandt E, Pope A, editors. Enabling America: Assessing the role of rehabilitation Science and Engineering. Washington D.C.: National Academy Press; 1997.

48. Maxwell G, Koutsogeorgou E. Using Social Capital to Construct a Conceptual International Clasification of Functioning, Disability, and Health Children and Youth Version - Based Framework for Stronger Inclusive Education Polices in Europe. American Journal of Physical Medicina and Rehabilitation. 2012 Febrero; 91(Suplemento 2): p. S118-S123.

49. Wang P, Badley E, Gignac M. Exploring the role of contextual factors in disability models. Disability and Rehabilitation. 2006 Enero; 28(2): p. 135-140.

50. Fox M, Kim K. Understanding emerging disabilities. Disability and Society. 2004; 19(4): p. 323-337.

51. Hernandez J. Marco de referencia para la política económica de la discapacidad en Colombia. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Discapacidad e Inclusión Social; 2004.

52. Cuervo C, Pérez L, Trujillo A. Modelo conceptual colombiano de Discapacidad e Inclusión Social. 1st ed. Ortiz M, editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.

53. Schalock R. The Emerging Disability Paradigm and Its Implications for Policy and Practice. Journal of Disability Policy Studies. 2004; 14(4): p. 204-215.

54. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: What is it and What is it for? Disability & Rehabilitation. 2003; 25(11-12): p. 526-601.

55. Fascioli A. Capacidades, perfeccionismo y autonomía del sujeto en el pensamiento de Amartya Sen. Actio. 2004 Marzo;(2).

56. Mitra S. The Capability Approach and Disability. Journal of Disability Policy Studies. 2006; 16(4): p. 236-247.

57. Verkerk MA, Busschbach JJV, Karssing ED. Health-related quality of live research and the capability approach of Amartya Sen. Quality of Life Research. 2001; 10(1): p. 49-55.

58. Dubois JL, Trani JF. Extending the capability paradigm to address the complexity of disability. European Journal of Disability. 2009 Junio; 3.

59. Camargo M. Calidad de Vida y Capacidad Humana. Revista Geográfica Venezolana. 1999; 40(2): p. 247-258.

60. Sen A. Capital humano y Capacidad Humana. 1996..

61. Ministerio de Protección Social. RIESGO, PREVENCION Y DISCAPACIDAD EN COLOMBIA- Metodología de Mapa de Riesgos Para la Prevención de las Limitaciones, las Situaciones de Discapacidad y la Promoción de la Inclusión Social de Personas en Situación de Discapacidad. Primera ed. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2008.

62. Groce N. The U.S. Role in international disability activities: A history and a look towards the future USA: Rehabilitation International.; 1992.

63. Ueda S. Rehabilitation research and development in physical medicine in Japan: a historical and state-of-the-art review. Journal of rehabilitation research & development. 1995; 32(2).

64. Parra C. La protección jurídico internacional de las personas con discapacidad. 2003. Documento de trabajo. Bogotá: Universidad del Rosario.

65. Barnes C, G. M. Disability (Key Concepts) USA: MPG Books.; 2003.

66. French S&SJ. The Relationship between disable people and health and welfare professionals. En: Handbook of disability studies London: Sage Publications; 2001.

67. Gzil F, Lefeve C, Cammelli M, Pachoud B, Ravaud J, Leplege A. Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? Disability & Rehabilitation. 2007 Octubre; 29(20-21).

68. Phillips S. A rehabilitation process model. Journal of Rehabilitation. 1980; 46(1): p. 42 – 45.

69. Wade D. A framework for considering rehabilitation interventions. Clinical Rehabilitation. 1998 Octubre; 12(5).

70. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del RPD. ; 2001. Report No.: 50.

71. Bauer D. Rehabilitación, enfoque integral principios prácticos Barcelona: Ed. Masson; 1992.

72. King G. The meaning of life experiences: Aplication of a Meta-model to rehabilitation Sciences and Services. American Journal of Orthopsychiatry. 2004; 74(1): p. 72-88.

73. Young S. Rehabilitation: More than Activities of Daily living. Nursing Older People. 2004 Noviembre; 16(8): p. 22-24.

74. Dijkers M. Measuring Quality of life: Methodological Issues. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 1999 Mayo-Junio; 78(3): p. 286-300.

75. García S, Fernández A. La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y la diferencia. Revista de Ciencias de la Salud. 2005 julio-diciembre; 3(2): p. 235-246.

76. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2008..

77. Vincent C, Deaudelin I, Robichaud L, Rousseau J, Viscogliosi C, Talbot L, et al. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. BMC Geriatrics. 2007 Agosto; 7(20).

78. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cadernos de Saúde Pública. 2002 Julio-Agosto; 18(4): p. 991-1001.

79. Contraloría General de la República. Colombia entre la exclusión y el desarrollo: propuestas para la transición al Estado social de derecho. Primera ed. Bogotá: Alfaomega Colombiana S.A.; 2002.

80. Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Revista de Salud Pública. 2005 Julio; 7(2): p. 130-144.

81. Barnes C. Un chiste malo: rehabilitar a las personas con discapacidad en uma sociedad que discapacita. In Brogna P. Visiones y revisiones de la discapacidad. México: Fondo de Cultura Económica; 2009. p. 101-122.

82. Mitra S. Disability and Social Safety nets in developing countries Washington, DC. : © World Bank; 2005.

83. Siegert R. Theoretical aspects of goal-setting and motivation in Rehabilitation. Disability & Rehabilitation. 2004; 26(1): p. 1-8.

84. Miangolarra J. Rehabilitacion clínica integral: funcionamiento y discapacidad Barcelona: Ed. Masson.; 2003.

85. Bardot A, A. T. European physical and rehabilitation medicine organisms – origins and developments. Europa Medicophysica. 2007;(43): p. 185-194.