



Universidad Nacional
de San Martín

ICRM

Instituto de Ciencias de la
Rehabilitación y el Movimiento

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento
Licenciatura en Terapia Ocupacional
Diseño de Trabajo Final

“Caracterización de los programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad y registros de la participación de Terapia Ocupacional en los Nodos Andes y Cono Sur antes y después de la Revisión Consulta Internacional de RBC en Helsinki, en el año 2003, en la bibliografía publicada sobre el tema”.

Equipo docente: Dra. To Mariela Nabergoi; Lic. To Luisa Rossi; Esp. TO Andrea Albino; Lic. Florencia Itovich; Lic. Juliana Presa; Lic. Daniela Cerri.

Docente supervisora: Dra. TO Mariela Nabergoi

Estudiantes:

Cymmerman Liliana - lilicymmerman@gmail.com - DNI 23.220.338

Griotto Agustina - agustinagriotto@gmail.com - DNI 39.244.697

Kazanski Florencia - florenciaa.kazanski@gmail.com - DNI 38.427.107

Grupo N°: 15

Año de cursada: 2020

Fecha de presentación: 23/02/2021

TEMA

Caracterización de los programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad y registros de la participación de Terapia Ocupacional en los Nodos Andes y Cono Sur antes y después de la Revisión Consulta Internacional de RBC en Helsinki, en el año 2003, en la bibliografía publicada sobre el tema.

PALABRAS CLAVES

Rehabilitación Basada en la Comunidad - Revisión Consulta Internacional de RBC
- Terapia ocupacional

ÍNDICE

TEMA	2
PALABRAS CLAVES	2
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
RELEVANCIA	10
SUPUESTOS	11
OBJETIVOS	12
DESARROLLO	13
MARCO TEÓRICO	13
ASPECTOS METODOLÓGICOS	26
Tipo de Diseño	26
Caracterización del Universo	27
Muestra	31
Matrices de Datos	34
Fuentes	37
Instrumentos de Recolección y Registro	38
Aspectos Éticos	39
Análisis de Datos	39
Sistematización y Procesamiento	41
Análisis y Presentación	42
RESULTADOS	43
Caracterización de la muestra	43
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXO	63

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente Trabajo Final Integrador (TFI), es una propuesta de las integrantes del equipo que surge a partir de conocimientos previos que fueron adquiridos durante la formación académica de Terapia Ocupacional y de interés personal de los temas que se abordaron en el desarrollo de la investigación.

Presentaremos brevemente los diferentes temas que se abordan en algunas materias de la carrera de grado de la Universidad Nacional de San Martín y que impulsaron los interrogantes para el trabajo. Por un lado, la materia Salud Pública, en la cual se aborda el término de salud, la evolución histórica y los diferentes paradigmas respecto al mismo. Así como, las estructuras teóricas en relación a las nociones sobre determinantes de la salud, accesibilidad, factor de riesgo y vulnerabilidad, políticas sanitarias y el papel de los organismos nacionales e internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Por el otro lado, Dinámica Ocupacionales en la Comunidad, permitió profundizar en los conocimientos del equipo respecto al campo comunitario de inserción profesional y las intervenciones de la disciplina respecto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sumado a nuevos conocimientos de nuevas estrategias como la Rehabilitación Basada en la Comunidad y con esto, conceptos que se unifican con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El interés de este trabajo por parte de las integrantes es dar a conocer a la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), caracterizar sus programas y registrar la participación y contribución de Terapia Ocupacional (TO) a este

movimiento para ampliar los campos de actuación tradicionales de nuestra profesión.

La RBC nace oficialmente en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en 1978 donde se aprobó la Declaración de Alma-Ata como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación de las personas con discapacidad en todo el mundo, pero especialmente en los llamados países en desarrollo (Hetty Fransen, 2006) y en el seno de su comunidad (Nabergoi y Bottinelli, 2007).

Durante los años 80 y 90 del siglo XX se realizaron numerosos proyectos piloto de RBC en África, Asia y Latinoamérica. Algunos programas siguieron los manuales desarrollados por la OMS, otros por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) o el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); y otros se desarrollaron a partir de organizaciones no gubernamentales (ONGs). Por la experiencia adquirida en el desarrollo de estos programas la OIT, la OMS y la UNESCO en 1994 desarrollaron un «Documento de Posición Conjunta sobre la RBC» para fomentar un enfoque común del desarrollo de programas de RBC.

De 2000 a 2002, la OMS procura una serie de reuniones sobre RBC que se identifican cuatro temas principales relevantes para fortalecer la RBC. La participación y propiedad de la comunidad, la colaboración multisectorial, el papel de las organizaciones de personas con discapacidad y la ampliación de los programas en RBC (WHO, 2003).

En el año 2003 se llevó a cabo en Helsinki, Finlandia una Reunión Internacional Consultiva con todos los actores implicados en proyectos de RBC para realizar una revisión de la estrategia y elaborar el Documento de Posición Conjunta sobre RBC de la OIT, UNESCO Y OMS en el siguiente año, 2004. Los retos que se identificaron en ese momento fueron que los programas de RBC debían trabajar para ser culturalmente relevantes y sostenibles en el tiempo, abordar la pobreza como

prioridad en los proyectos y por último, trabajar por una mayor participación de las personas con discapacidad en la gestión e implementación de los proyectos y en la toma de decisiones a nivel político. (OMS et al., 2004).

Oficialmente se reconoce la evolución de un modelo visto como médico hacia uno con foco principal en los derechos humanos de las personas con discapacidad dentro del contexto de sus comunidades y sociedades (OMS, 2003). Su documento final enfatiza también el rol de las organizaciones de personas con discapacidad (OPD) y la necesidad de acciones para su empoderamiento, el requerimiento de una fuerte participación del Estado para la implementación de la estrategia así como la necesidad de luchar por elevar la RBC en términos de su incorporación a nivel nacional (Nabergoi y Bottinelli, 2006).

Durante los últimos años, la OMS ha deliberado la elaboración de unas guías de RBC que brinden sugerencias prácticas de cómo desarrollar, implementar o fortalecer los programas de RBC. Estas guías promueven la RBC como una estrategia con un enfoque multisectorial cuya matriz comprende cinco principales componentes (salud, educación, subsistencia, asuntos sociales y fortalecimiento), que a su vez, se despliegan en 5 elementos de cada uno (WHO, 2012).

Actualmente la RBC es una estrategia para la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y tienen en común la promoción del ejercicio pleno y efectivo de los derechos humanos de las personas con discapacidad, a través de las prácticas de desarrollo inclusivo accesibles a todos. (García Ruíz et al., 2019).

En los últimos años y en América Latina los intentos de definir a la RBC han constituido un verdadero desafío, ya que su simplicidad y al mismo tiempo su complejidad han conducido a una cierta confusión en cuanto a su significado (Vásquez, 2005).

Por ejemplo, lo “Basado en Comunidad” significa avanzar en el reconocimiento de las personas con discapacidad como ciudadanos, en los contextos naturales de la vida cotidiana, de la familia, del vecindario y de la ciudad, ya sea en el mundo rural o en el urbano (García Ruíz, 2014). Por otra parte, Brasil pone énfasis en el territorio (Rehabilitación con énfasis en el Territorio) considerado como un lugar de posibilidades de vida para las personas reales que componen su vida cotidiana de una manera creativa y personal y no entenderse únicamente como un lugar de necesidades (Correa Oliver y Carvalho de Almeida, 2005).

Sin duda en la RBC convergen tensiones y diálogos, disputas, discusiones, convergencias y divergencias que dan cuenta de diversos intereses, políticos, culturales, discursivos, entre otros, que se materializan en aquello que se ha llamado RBC. Por esto mencionado, como praxis sigue siendo polémica y polisémica (García Ruíz, et al., 2019).

La Red de RBC de las Américas se inició en el año 2009. Se organiza en nodos conformado por países de todo el continente de América (Norte, América Central, Caribe Inglés, Caribe Hispano, Andes y Cono Sur). El presente trabajo abarca al Nodo Andes conformado por Colombia, Chile, Perú, Bolivia, Ecuador y Venezuela; y Nodo Cono Sur conformado por Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil (García Ruiz, 2013). Esta selección de países está dada por el recorrido paralelo que va de la mano de la historia misma de América Latina en el contexto de las reformas o ajustes constitucionales, los procesos de democratización, descentralización y participación comunitaria de la región.

La Organización Panamericana de la Salud en el año 2004 expresa que Latinoamérica impulsa esta estrategia en los países de la región, aún sin constituir una prioridad en los planes de salud, pero alcanzando a implementarla en la mayoría de los países. Sin embargo, como expresa Barnes, “la mayoría de los proyectos de RBC en el sur nunca han sido evaluados e incluso los pocos que lo han sido generalmente sólo han sido publicados en informes internos (y) la literatura de investigación en este campo es mínima” (Barnes, citado en Nabergoi y Bottinelli, 2007; 162).

En el año 2010, la OPS y OMS retoman los informes de trabajo que las delegaciones en los diferentes países obtienen, los recopilan y da a conocer los resultados luego de 20 años de desarrollo de la estrategia en América Latina en “Lecciones aprendidas en RBC en América Latina” (Vásquez, 2005). Aún así, luego del IV Congreso Continental de Rehabilitación Basada en la Comunidad, en Ecuador, 2017, Solangel expresa que continúa la escasa documentación sobre experiencias de RBC, así como la proliferación y diversidad de las mismas (García Ruiz, et al., en 2019).

Según el Informe Mundial Sobre La Discapacidad (2011) publicado por la Organización Mundial de la Salud:

- Se estima que el 15% de la población mundial vive con un tipo de discapacidad, más de 1.000 millones de personas.
- Las poblaciones vulnerables son aquellas en los países de ingresos más bajos países en desarrollo (400 millones, según el Banco Mundial).
- En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad.
- En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Discapacidad y envejecimiento en América Latina y Caribe.
- Sólo entre el 20% y el 30% de los niños discapacitados asisten a la escuela en la región uno de los motivos: falta de un transporte adecuado.
- En América Latina el tema de la discapacidad se cruza con el tema del envejecimiento de la población caracterizado por una alta incidencia de la pobreza y una baja cobertura de la seguridad social en previsión futura muchos adultos mayores se volverán personas con discapacidad.

En el año 2012, la WFOT modifica la definición de Terapia Ocupacional:

“La Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria centrada en el paciente que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la Terapia Ocupacional es permitir a las

personas participar en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales, logran este resultado a través del trabajo con las personas y las comunidades para mejorar su participación en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan; mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional” (WFOT, 2012; 1).

Esta definición toma el concepto de comunidad y reconoce la necesidad de que los terapeutas ocupacionales se involucren para dar respuesta ante la restricción de la participación de las poblaciones con las que la disciplina trabaja.

Aunque no se encuentra una estimación del número de terapeutas ocupacionales trabajando en programas de RBC la mayoría de ellos trabajan en puestos como formadores y educadores (del nivel medio), con el objetivo de facilitar y desarrollar programas y transmisión de conocimientos y habilidades a los miembros de la comunidad. Algunos trabajan de forma práctica en la comunidad, otros son accesibles por referencia o trabajar en el puesto de líderes del programa (Fransen, 2006).

Como menciona Solangel García Ruíz, la práctica de la RBC requiere reflexión permanente alrededor de ella, recrear ideas, conversar con otros sobre ellas, comprenderlas a profundidad, escribirlas y contarlas, es decir, sistematizarlas con el objetivo de transformarlas, de otra manera seguirán siendo solo eso, una experiencia más. Por lo tanto, es necesario romper los mitos según los cuales la única investigación es la de los investigadores. Ella nos invita a desarrollar el espíritu investigativo que todas las personas tienen como constructoras de ideas, de propuestas a partir de la vida propia y de la práctica cotidiana para construir el conocimiento y evidenciar el impacto de la RBC y de considerar a futuro la realización de estudios comparativos similares a los desarrollados en Asia-Pacífico (García Ruíz, et al., 2019, p 216).

Sabiendo que, como menciona Fransen (2006), las características del núcleo de la terapia ocupacional son esenciales para la práctica de RBC, que la necesidad de una RBC basada en la evidencia es urgente y que las actividades de la estrategia deben evaluarse para demostrar o refutar su eficacia y eficiencia, se cree importante realizar esta revisión bibliográfica sobre los programas de RBC en América Latina, tomando como referencia, el hito trascendental de la revisión de la misma en Helsinki y de esta manera preguntarnos:

*¿Cuáles son las características de los programas de RBC en los Nodos Andes y Cono Sur antes y después de la reunión Consultiva Internacional para la Revisión de RBC celebrada en Helsinki, Finlandia en 2003, en la bibliografía publicada sobre el tema?
¿Cuáles son los registros de la participación de la terapia ocupacional en los programas de RBC consultados?*

RELEVANCIA

Tomando en cuenta lo desarrollado por Bottinelli (2003), el presente trabajo final integrador se orienta a sistemas dinámicos y a la construcción de procesos, donde se permiten diferentes versiones de un mismo suceso, a reconstruir procesos de decisiones y estudiar condiciones en las que se desarrolló un fenómeno, en esta oportunidad, las experiencias de RBC en América Latina.

Tiene como propósito realizar una revisión bibliográfica de los programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad e identificar posibles rastros de Terapia Ocupacional en los mismos, en América Latina antes y después del encuentro de revisión de RBC en Helsinki, Filadelfia, 2003.

Atendiendo a los documentos de posición conjunta de la OIT, la OMS y la UNESCO, cuyo texto nodal ha sido el documento de Helsinki (2003) y considerando la Convención De Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad, se buscará recuperar y hacer análisis de programas de RBC en América Latina y dar cuenta de la participación de los terapeutas ocupacionales y de los posibles cambios producidos antes y después de 2003.

En cuanto a la relevancia teórica, este Trabajo Final Integrador pretende aportar conocimientos sobre los programas de RBC en América Latina permitiendo la comparación de los mismos a partir de la consulta de Helsinki 2003.

En relación a la relevancia práctica, este TFI podría aportar conceptos actualizados sobre la RBC que contribuyan a mejorar la práctica profesional de terapia ocupacional en el ámbito comunitario.

Y por último, en relación a la relevancia social, este TFI buscará producir un conocimiento que permitirá visibilizar los programas de RBC y con ellos las problemáticas de la población que atiende y a las cuales se les busca brindar una solución. A su vez, podría aportar una nueva conceptualización acerca de la participación de las personas con discapacidad en RBC, hacia la participación trascendental de la comunidad y de los terapeutas ocupacionales como actores idóneos en esta estrategia en función a las herramientas y conocimientos que poseen.

SUPUESTOS

Souza Minayo (1997), sostiene que en las investigaciones de tipo cualitativo “las hipótesis pierden su dinámica formal comprobatoria para servir de camino y de señalización en la confrontación con la realidad empírica. Por este motivo, se acostumbra a usar el término supuesto para hablar de algunos parámetros básicos que permiten encaminar la investigación (...)” (p. 37). Es por esta razón, como plantea Bottinelli (2003), que utilizamos el término supuesto en lugar de hipótesis.

En cuanto a nuestro TFI los supuestos planteados son:

- Se espera una participación activa de las personas con discapacidad en los programas de RBC a partir del año 2003.
- Se encuentre participación de terapia ocupacional en los programas de RBC

consultados en la bibliografía.

- Los programas de RBC presentan cambios a partir de la Consulta Internacional de revisión de la estrategia de RBC en Helsinki, en el año 2003.

OBJETIVOS

- **Generales**

- Caracterizar los programas de RBC en los Nodos Andes y Cono Sur antes y después de la Consulta Internacional de revisión de la estrategia de RBC en Helsinki año 2003, a través de la revisión bibliográfica.
- Registrar la participación de los terapeutas ocupacionales en los programas de RBC consultados.

- **Específicos:**

- Identificar los programas de RBC en la bibliografía relacionada con el tema.
- Describir los programas de RBC implementados en Nodo Andes y Nodo Cono Sur consultados en la bibliografía relacionada con el tema.
- Observar la participación de las personas con discapacidad en los programas de RBC antes y después del 2003 en la bibliografía relacionada con el tema.
- Identificar similitudes y diferencias en la implementación de los programas de RBC a partir de la reunión consultiva de revisión en Helsinki, 2003.
- Analizar posibles cambios en el desarrollo de los programas de RBC a partir de la reunión consultiva de revisión en Helsinki, 2003.
- Identificar si hay participación de terapeutas ocupacionales en los programas de RBC en la bibliografía relacionada con el tema .
- Caracterizar el accionar de los terapeutas ocupacionales en cada uno de los programas de RBC en la bibliografía relacionada con el tema.

DESARROLLO

MARCO TEÓRICO

Uno de los principios esenciales de la vida en comunidad lo constituye el derecho que tienen todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades, a desarrollar sus capacidades y autonomía para construir su destino utilizando todos los sistemas, servicios y apoyos dispuestos para tal efecto por la sociedad. Desafortunadamente la mayoría de las personas con discapacidad, tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo, tienen restringido o negado el acceso a servicios de rehabilitación integral y a una participación digna y significativa en su vida diaria. Una propuesta positiva a este desafío lo representa la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) (Cano Restrepo, 2008).

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud introduce de forma oficial el concepto de RBC en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), reunida en Alma Ata, al considerar la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, el personal de salud y la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo y declara a la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades sino como derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

El desarrollo económico y social, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir la grieta que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido.

Bajo la consigna, "Salud para todos en el año 2000" se enfoca la RBC, dándole un nuevo impulso. Es así, como la noción de rehabilitación, cobra un nuevo dinamismo, saliendo del tercer nivel de atención, como único lugar posible e integrándose a la atención primaria de la salud.

En 1994 la OIT, la UNESCO, y la OMS produjeron el “Documento conjunto sobre RBC”, para promover un enfoque común para el desarrollo de los programas de RBC y para que sirviera de estímulo a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales y se examinarán los logros no gubernamentales y se examinarán los logros obtenidos en el campo de la RBC, a fin de incorporar esta metodología en la política social y los programas relativos a la discapacidad, y, por ende, integrándola en los proyectos de desarrollo comunitario (Cano Restrepo, 2008).

De 2000 a 2002, la OMS procura una serie de reuniones sobre RBC que se identifican cuatro temas principales relevantes para fortalecer la RBC. La participación y propiedad de la comunidad, la colaboración multisectorial, el papel de las organizaciones de personas con discapacidad y la ampliación de los programas en RBC (WHO, 2003).

En el año 2003 sucede un hecho histórico para la RBC, porque si bien los programas de RBC se habían iniciado en varios países, nunca habían tenido oportunidad de reunirse a nivel internacional para discutir sobre lo que se estaba llevando a cabo y cómo podían proseguir con la estrategia para promover los derechos de todas las personas con discapacidad. Por este motivo es que se realiza en Helsinki, Finlandia la Reunión Consultiva Internacional para la Revisión del Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad organizada por la OMS donde participaron la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, sigla en inglés), algunas organizaciones de las Naciones Unidas, las ONG de y para personas con discapacidad (OMS, et al., 2003).

Se refiere a Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD), según el Documento de Posición Conjunta (2004), a las organizaciones preparadas para asumir funciones significativas en el inicio, la ejecución y evaluación de programas de RBC. Cuya misión es instruir a todas las personas con discapacidad sobre sus derechos, fomentar acciones para garantizarlos y colaborar con los asociados para ejercer el derecho al acceso, servicios y oportunidades, con frecuencia en el seno de los programas de RBC.

Los retos que se identificaron en ese momento fueron que los programas de RBC debían trabajar para ser culturalmente relevantes y sostenibles en el tiempo (las claves propuestas para ello eran el uso de recursos locales y la participación de la comunidad a través de procesos de facilitación y empoderamiento); abordar la pobreza como prioridad en los proyectos para que la comunidad reconozca la necesidad y se conciencie de que trabajar en favor de los derechos de las personas con discapacidad es trabajar para el desarrollo comunitario. Por último, se planteó trabajar por una mayor participación de las personas con discapacidad en la gestión e implementación de proyectos y en la toma de decisiones a nivel político (OMS 2004).

Para participar en esa reunión, la WFOT preparó por primera vez un documento sobre RBC que fue confeccionado por Frank Kronenberg como responsable en conjunto con unos 15 terapeutas ocupacionales de ocho países diferentes (ninguno latinoamericano). Luego fue sintetizado como Documento de Posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en Comunidad (OMS 2004).

La WFOT reconoce que existe una amplia diversidad de opiniones y filosofías sobre lo que realmente es o debería ser la RBC. La RBC cubre una gran variedad de intervenciones relacionadas con la discapacidad, facilita el acceso y la participación, a consumidores y proveedores, a los apropiados de servicios de salud, educación, servicios sociales, vocacionales y otros (OMS 2004).

Los principios fundamentales de la RBC, según Helander (1992), son: la igualdad, la justicia social, la solidaridad, la integración y la dignidad para las personas con discapacidad.

En 2004, la OMS, la OIT y la UNESCO retomaron las recomendaciones brindadas en la consulta internacional de revisión de RBC y emitieron el documento de posición conjunta denominado “Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con

discapacidad”. El documento conjunto reafirma los elementos planteados en el año 1994 y considera de esta manera a la RBC como una estrategia capaz de resolver las necesidades de las personas con discapacidad de todos los países en el seno de sus comunidades, la estrategia debe continuar promocionando el liderazgo comunitario y la plena participación de las personas con discapacidad y sus organizaciones. Impulsa la colaboración multisectorial para dar respuesta a las necesidades y las actividades comunitarias, así como la cooperación entre todos los grupos que puedan contribuir al logro de sus objetivos.

Los objetivos principales de la RBC son: asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarias y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general. A su vez, busca impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad. La RBC exige la participación de la comunidad y las Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD) y también requiere de políticas nacionales, estructura de gestión y apoyo de diversos ministerios, ONGs y otros interesados directos.

Entre 2005 y 2010, la OMS realizó un trabajo colaborativo con los interesados para producir nuevas guías sobre Rehabilitación Basada en Comunidad, las cuales fueron elaboradas bajo las recomendaciones fundamentales propuestas en 2003 por la Consulta para la revisión de la Rehabilitación Basada en Comunidad en Helsinki, y por el Documento de Posición Conjunta elaborado en 2004 por la OIT, UNESCO y la OMS.

El resultado de este trabajo en el que estuvieron involucradas más de 180 personas y cerca de 300 organizaciones, la mayoría de países de bajos ingresos de todo el mundo, fue la elaboración de siete nuevas guías para direccionar la estrategia, las cuales fueron publicadas en 2010.

Estas guías promueven la RBC como una estrategia con un enfoque multisectorial cuya matriz comprende cinco principales componentes, los primeros cuatro se relacionan con la implementación de acciones en sectores de desarrollo clave:

salud, educación, subsistencia y asuntos sociales. El 5° componente es el de fortalecimiento (empoderamiento) que se orienta a la importancia de fortalecer a las personas con discapacidad, sus familias y comunidades, para facilitar la inclusión de la discapacidad en cada sector y asegurar que todas las personas sean capaces de acceder a sus derechos y beneficios. (OIT, UNESCO, OMS 2004).

Por otra parte, no se espera que los programas de RBC puedan realizar todos los componentes y elementos de la Matriz de RBC. Más bien, la matriz se diseñó para permitir que los programas seleccionen las opciones que mejor satisfacen sus necesidades, locales, sus prioridades y recursos. (OMS, 2012)

Se considera de suma importancia describir en profundidad cada uno de los componentes de la matriz de RBC ya que posteriormente, serán analizados en cada uno de los programas de RBC seleccionados en la muestra del TFI:

- Componente de salud: Dada la dimensión del tema de la salud, este componente se enfoca principalmente en las actividades de la RBC que se llevan a cabo dentro del sector de la salud, cuya meta es que las personas con discapacidad logren su máximo grado de salud posible.

Los programas de la RBC apoyan a las personas con discapacidad para que alcancen el nivel más elevado de salud posible, trabajando en cinco áreas claves: Promoción de la salud, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia personal. (CNREE, 2011)

La RBC facilita la salud inclusiva trabajando con el sector de salud para asegurar el acceso a todas las personas con discapacidad, defendiendo que los servicios de salud se adapten según los derechos de las personas con discapacidad, y que esta salud sea receptiva, que se base en la comunidad y que permita la participación. (OMS, 2012)

- Componente de educación: El rol de la RBC es trabajar con el sector educativo para ayudar a hacer que la educación sea inclusiva en todos los niveles, y facilitar el acceso a la educación y al aprendizaje permanente para las personas con discapacidad. Es así como los programas de RBC junto con

las organizaciones de personas con discapacidad (OPD), pueden apoyar el fortalecimiento de las personas con discapacidad, asegurando su acceso a la información sobre los diferentes derechos que se relacionan con la educación y a su vez, pueden defender los derechos ante las autoridades que tienen obligación legal de brindar educación para todos. (CNREE, 2011)

La meta final de este componente es que las personas con discapacidades tengan acceso a la educación y al aprendizaje permanente, dando lugar al desarrollo de su potencial, un sentido de dignidad y autoestima, y la participación efectiva en la sociedad. (OMS, 2012)

En conclusión, la meta es la incorporación de las personas con discapacidad en todos los servicios, modalidades y programas educativos del sistema formal y de las iniciativas no formales e informales. Esto implica necesariamente, la modificación estructural, actitudinal, tecnológica y técnica de los centros educativos para garantizar la accesibilidad.

- Componente de subsistencia: Se refiere a las posibilidades y alternativas de generación de recursos de sobrevivencia, ya sea mediante la incorporación al medio laboral formal o a través de iniciativas privadas, familiares o comunitarias. También se relaciona con la protección social y la cobertura de las personas con discapacidad en estado de abandono y pobreza. (CNREE, 2011)

La subsistencia es parte de la RBC porque un programa de RBC que no abarque el desarrollo de destrezas y las necesidades de subsistencia de jóvenes y adultos con discapacidad en la comunidad, estará incompleto y limitará la sostenibilidad de otros esfuerzos.

Es por esto que dicho componente buscará que las personas con discapacidad logren medios de subsistencia, tengan acceso a medidas de protección social y puedan ganar ingresos suficientes para vivir una vida digna y contribuir económicamente con sus familias y comunidades. Para que esto se cumpla, la RBC debe facilitar el acceso de las personas con discapacidad y sus familias para que adquieran destrezas, oportunidades de subsistencia y una mayor participación en la vida de la comunidad y una mayor realización. (OMS, 2012)

- Componente Social: debido a que las personas con discapacidad enfrentan muchas barreras en la sociedad, ellas tienen menos oportunidades de participar en actividades sociales. Es por esto que la RBC busca tratar temas importantes como las relaciones, matrimonio, maternidad y paternidad, el acceso a actividades culturales, deportivas y de recreación, y también a la justicia. (CNREE, 2011)

La meta dentro de dicho componente es que las personas con discapacidad tengan roles sociales y responsabilidades significativas en sus familias y comunidades, y que sean tratados como miembros iguales de la sociedad.

Para esto, el rol de la RBC consiste en trabajar con las partes interesadas para asegurar la participación plena de las personas con discapacidad en la vida social de sus familias y comunidades. (OMS, 2012).

En síntesis, se espera que las personas con discapacidad, puedan participar activamente de la vida familiar y comunitaria, puedan ser reconocidas como personas que aportan y enriquecen a la comunidad. Lo cual implica un cambio en la percepción social de la discapacidad, de las potencialidades y el rol que las personas con discapacidad pueden desempeñar en la vida social y comunitaria. (CNREE, 2011)

- Componente de Fortalecimiento: si bien dicho componente se enfoca en fortalecer a las personas con discapacidad, sus familias y comunidades, y así facilitar su inclusión en cada sector, asegurando que todas las personas sean capaces de acceder a sus derechos y beneficios, la meta es que las personas con discapacidad y sus familias tomen sus propias decisiones y asuman responsabilidad al cambiar sus vidas y mejorar sus comunidades. Para esto, la RBC contribuye al proceso de fortalecimiento, promoviendo, apoyando y facilitando la participación activa de las personas con discapacidad y sus familias en los temas que afectan sus vidas. (OMS, 2012)

A su vez, el fortalecimiento o empoderamiento también tiene que ver con acciones de comunicación, información y movilización comunitaria cuyo objetivo fundamental es despertar en la comunidad la preocupación por la calidad de vida de todas las personas que la habitan. Otras acciones de

fortalecimiento están relacionadas con el establecimiento de grupos de apoyo o grupos de pares, que puedan fortalecer sus capacidades personales para enfrentar situaciones de discriminación diaria. (CNREE, 2011)

Por otra parte, en el año 2006, se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, formando parte del marco legal internacional de la RBC considerándola una herramienta eficaz para el cumplimiento del artículo N°19 que destaca el “Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad”. El cual, a su vez, incluye el derecho a elegir el lugar de residencia, el acceso a los servicios, la garantía de las instalaciones y los servicios de la comunidad a partir de prácticas comunitarias y políticas de inclusión social con la participación de las personas con discapacidad (García-Ruiz & Quintana, 2015).

La Convención es un tratado de derechos humanos elaborado por representantes de la comunidad internacional (entre ellos los mismos discapacitados, funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones no gubernamentales y otros) para cambiar la forma como son vistas y tratadas en sus sociedades las personas con discapacidad. En vez de considerar la discapacidad como un problema médico, caritativo o de dependencia, la Convención pretende que sea entendida en todo el mundo como un problema de derechos humanos.

Es a partir de la Convención que se produce un auge en relación a la RBC y con eso, se implementa el desarrollo de la Red de RBC de las Américas, considerada como una instancia de encuentro, coordinación, intercambio, solidaridad y cooperación entre los integrantes; aquellos que desarrollan y promueven la estrategia de RBC, cuyos objetivos fundamentales se centran en la contribución del buen posicionamiento de RBC en las Américas, la promoción de la inclusión social de las personas con discapacidad y la incorporación de la estrategia en políticas públicas que estén en concordancia con uno de los ejes centrales, que es la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (García Ruiz, 2013).

La Red se organizó en diferentes Nodos, siguiendo la misma organización de la Región. Nuestro TFI se focalizará específicamente en el desarrollo de programas de RBC dentro del el Nodo Andes conformado por Colombia, Chile, Perú, Bolivia, Ecuador y Venezuela; y el Nodo Cono Sur, conformado por Argentina, Uruguay, Paraguay y Brasil.

La red de las Américas conforma a su vez una red global de RBC que se configura como el espacio de articulación global de las iniciativas del mundo que se soporta en los principios de la Convención y trabaja con organizaciones de personas con discapacidad. (García Ruiz, 2013)

Bajo esta mirada, los objetivos que la RBC se plantea para garantizar el cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, según (WHO, 2009) son:

- Apoyar a las personas con discapacidad a maximizar sus capacidades físicas y mentales, acceder a las oportunidades y servicios regulares, y convertirse en colaboradores activos de la comunidad y sociedad en general.
- Activar a las comunidades para promover y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad, a través de cambios en la propia comunidad.
- Facilitar la creación de capacidad, empoderamiento y movilización comunal de las personas con discapacidad y sus familias.

Fransen, (2006) partiendo de la evolución del concepto de discapacidad sostiene que la RBC se sitúa en la perspectiva del desarrollo inclusivo, definiendo el desarrollo como “proceso mediante el cual los miembros de una sociedad aumentan sus capacidades personales e institucionales para movilizar y gestionar recursos y así producir mejoras sostenibles y distribuídas de manera justa en su calidad de vida y en consonancia con sus propias aspiraciones.” (p.174)

La RBC comparte la mayor parte de sus valores inherentes con los principios de la promoción de la salud que, básicamente, se resumen en empoderamiento,

capacitación, promoción de justicia social, estilo de vida activo y significativo y respeto hacia las diferencias culturales. Se ha demostrado que la implicación de la comunidad es una condición necesaria para el éxito.

En los últimos 30 años, la RBC se ha convertido en una estrategia multisectorial dirigida a satisfacer las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e integración en la sociedad y mejorando su calidad de vida. Este desarrollo está determinado por las tendencias ideológicas actuales sobre la discapacidad y los derechos humanos, especialmente impulsadas por las voces, cada vez más críticas y por fin escuchadas de las propias personas con discapacidad (Sanz Victoria, 2012).

En relación a esto, durante el Cuarto Congreso Continental de RBC en Quito, 2017 Solángel García realiza una síntesis del evento y expresa que en dicho Congreso comenzaron a reflexionar acerca la caída del concepto de rehabilitación, la "R" de RBC, dejando de lado ese concepto que buscaba la normalización y que ahora buscaba potenciar las capacidades de las personas, respetar las diversidades, y que ésta sea más acorde a los sueños de las personas.

Es por este motivo, que años más tarde, en todo el mundo se viene argumentando la necesidad de seguir hablando y comprendiendo la estrategia en términos de Desarrollo Inclusivo Basado en Comunidad (DIBC o IBC, en inglés) siendo que desde el enfoque de Derechos Humanos, la propuesta de la estrategia se dirige al desarrollo de las comunidades con un enfoque inclusivo; aunque se continúa manteniendo las siglas RBC como nomenclatura, dado su difundido manejo y conocimiento por parte tanto de las organizaciones de base y gobiernos, como por las agencias de cooperación internacional (García Ruíz, 2019).

Terapia Ocupacional y RBC

La necesidad de tener terapeutas ocupacionales como miembros participantes en los equipos de RBC se ha vuelto gradualmente evidente a partir de la participación

de la WFOT en la Consulta de revisión de RBC en 2003 (Correa Oliver y Carvalho de Almeida, 2005).

Esto se produce, ya que pueden contribuir significativamente a la creación de estrategias para evaluar las necesidades de las personas con discapacidad, sus familias y comunidades, un punto central en los programas de RBC (WFOT, 2004).

“Los terapeutas ocupacionales, Galheigo (2006) nos encontramos en la posición privilegiada de estar involucrados en el desarrollo y la implementación de proyectos con personas que tienen perspectivas de vida muy limitadas y tenemos la capacidad de fortalecerlos y empoderarlos, tanto individual como colectivamente, para buscar y encontrar modos más constructivos y menos socialmente violentos para abordar situaciones.” Esto se debe a que la filosofía del “hacer” de la TO y la RBC, descansan en los mismos principios: la facilitación y el empoderamiento. (Sanz Victoria, 2012).

La WFOT reconoce la participación de terapeutas ocupacionales en varios programas de RBC, principalmente como "formadores y educadores", con el objetivo de facilitar y desarrollar programas y transferir conocimientos y habilidades a los miembros de la comunidad. (WFOT, 2004). Algunos trabajan de forma práctica en la comunidad, otros están disponibles en centros de servicios sociales o trabajan como directores o gestores del programa. (Fransen, 2006)

Los papeles que desarrollan los terapeutas ocupacionales en la RBC propuestos por Fransen son los siguientes:

- “transmisión de técnicas de rehabilitación básica a los miembros de la comunidad (trabajadores y/o familias de la comunidad), creación de actitudes positivas y limitación de cargas (mediante formación, educación y supervisión),
- Realización de terapia, cuando sea necesario en la preparación para la participación (Rehabilitación básica, como estrategia de asistencia, silla de ruedas, ayudas y técnicas de interacción, trabajo de la autoestima y enseñanza de técnica de apoyo),

- provisión de centros de servicios sociales de línea y orientación para ayudar a las personas a encontrar su forma de integrarse en el sistema y convertirse en sus propios defensores (llenando el hueco entre la comunidad y el centro de asistencia social),
- favorecimiento de la implementación del programa, estableciendo el desarrollo del mismo tanto en el gobierno como en la comunidad,
- asegurar y facilitar una colaboración eficaz y eficiente entre los diversos sectores que contribuyen a la RBC como, por ejemplo, integrar servicios en la APS". (p. 172,173)

Fransen (2006) considera esencial la participación de terapeutas ocupacionales en los programas, presentando tanto la perspectiva ocupacional sobre el desarrollo comunitario como las posibilidades reales creadas por la terapia ocupacional para el desarrollo de procesos participativos.

Por otra parte, Sanz Victoria (2012) sostiene que "tenemos que ser capaces de trascender nuestro "hacer" y realizar nuestro trabajo desde el doble abordaje que propone esta estrategia; trabajar con las personas con discapacidad para que desarrollen al máximo sus capacidades y participen en actividades de la comunidad; y, trabajar con las comunidades en ese proceso continuo de transformación hacia el desarrollo inclusivo. Este es el aprendizaje que nos ofrece la estrategia de RBC. Es ahí hacia donde debemos apuntar"

En otras palabras, Fransen afirma que, el reto de la terapia ocupacional en la RBC es comprender las principales partes interesadas en la historia de cada comunidad y abarcar todos los intereses y necesidades de la misma. Los métodos de movilización deben inventar nuevas formas de implicar a las partes interesadas para que participen de forma activa en la RBC, que lleven finalmente a la participación y propiedad de la comunidad. Posibilitar la ocupación, facilitar la justicia ocupacional, y promover la sanidad ocupacional será el ámbito de preocupación y el campo de especialización de la terapia ocupacional.

Este TFI abordará, por un lado, la temática de caracterización de programas de RBC

principalmente en los países que conforman los Nodos Andes y Cono Sur de la Red de RBC de las Américas y por otro lado, abordará la temática de caracterización e identificación de la participación de la terapia ocupacional en dichos programas, si es que existen, ya que según García Ruiz, et al., (2019) quienes hacen RBC son innovadores por naturaleza, al usar los recursos propios, al transformar la realidad; pero eso no es suficiente, se requiere socializar, documentar, contar, reflexionar, reinterpretar las experiencias, comprenderlas en profundidad para transformarlas, de otra manera seguirán siendo sólo eso, una experiencia más.

Además, se considerará pertinente identificar la participación de la terapia ocupacional en los programas a modo de construcción del conocimiento de la disciplina, sabiendo que la investigación se puede convertir en un proceso natural de la práctica de la RBC, en la medida que se cuente con las notas o diarios de campo; se publiquen, conozcan e intercambien experiencias; especialmente, sistematizando las experiencias, entendiendo la sistematización como un proceso riguroso de construcción de conocimiento. (García Ruiz, et al., 2019).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de Diseño

En relación con los objetivos del trabajo, caracterizar los programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad y registrar la participación de Terapia Ocupacional, se trata de un diseño mixto siendo principalmente cualitativo ya que busca una comprensión del fenómeno investigado, está fundamentado en la realidad y orientado a los descubrimientos (Pawlowicz y Bottinelli, 2003). A su vez, se trabajó con datos reales, ricos y profundos obtenidos a través de los programas descritos en los diferentes textos analizados, teniendo una visión holística ya que piensa al actor social en su contexto, con su historia y experiencia. y contemplará al objeto de conocimiento como diverso, complejo y cambiante (Pawlowicz y Bottinelli, 2003).

Según el grado conocimiento del objeto es descriptivo, ya que, se buscó establecer las características generales de una población a partir de lo que se encuentra en una muestra (Samaja, 2002) , en este caso, en los textos que caracterizan los programas de RBC y den cuenta o no de los rastros de la participación de terapeutas ocupacionales en los mismos. Según el tipo de trabajo es bibliográfico, porque la información procede de documentos escritos (Sabino, 1992). El trabajo implicó reunir bibliografía existente con respecto a los temas de RBC que cumplan con determinadas características para posteriormente analizarlos en base a las variables presentadas.

El contexto en el que se realizó el Trabajo Final Integrador fue virtual, dada la situación mundial actual de pandemia por coronavirus (COVID-19), y el aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO) impuesto por el gobierno. Es por esta razón que para la confección del presente trabajo se utilizaron textos disponibles de manera digital. Los encuentros entre los participantes del diseño se llevaron a cabo a través de plataformas virtuales tales como zoom o meet.

En relación con la posición del investigador es observacional, debido a que no se pretendió realizar una experimentación, sino analizar y describir las características de las producciones literarias que relatan los programas de RBC en América Latina. Según el movimiento del objeto es transversal, porque se analizaron datos de variables recopiladas en un período de tiempo (antes y después de 2003) sobre una muestra predefinida.

Por último, en relación a la temporalidad de los datos es retrospectivo, debido a que es un análisis bibliográfico donde los datos son inmodificables, se recogen en un tiempo único.

Caracterización del Universo

El universo del presente TFI está conformado por los textos encontrados de manera virtual escritos entre los años 1978 y 2020 que describen programas de RBC.

Se entiende programa de RBC como un modelo para la vida común y el desarrollo de la comunidad que incluye: la creación de una actitud positiva hacia las personas con discapacidad, la provisión de servicios de rehabilitación y de instalaciones sanitarias, la aportación de oportunidades educativas y formativas, creación de oportunidades de generación de beneficios micro y macroeconómicos, prevención de las causas de la discapacidad y la gestión, el seguimiento y la evaluación del programa. (Fransen, 2006)

Se buscaron textos, artículos, documentos y congresos que relatan programas de RBC, a través de repositorios digitales de las Universidades disponibles, bibliotecas virtuales tal como SciELO (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea), páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, se revisó el índice de producción nacional para obtener información de trabajos previos al respecto y además revistas de terapia ocupacional de los países de América Latina. La búsqueda se realizó con palabras claves como "Rehabilitación basada en la comunidad", "Terapia Ocupacional Social", "Discapacidad", "Convención de los Derechos de las personas con discapacidad", "Alma-Ata" y "Participación comunitaria"; también se buscó por

nombre de profesionales que entendimos que encarnan una Terapia Ocupacional Social como la Lic. Liliana Paganizzi, Dra. en TO Mariela Nabergoi, la T.O Solangel Ruíz García, TO Alejandro Guajardo Córdoba, y Salvador Simó Algado.

Específicamente para Brasil por ejemplo, buscamos en <http://www.revistas.usp.br/rto/index> con la palabra clave “ Reabilitação com Ênfase no Território” y por nombre autores como Fátima Corrêa Oliver, Sandra Maria Galheigo. Además accedimos a <https://labreabenfaseterri.wixsite.com/labret> un sitio web de RBC de Brasil donde encontramos referencia de trabajos finales sobre el tema pero no logramos tener acceso a los mismos.

Por otra parte, usamos la estrategia de buscar en la bibliografía citada de los textos que íbamos leyendo.

Se registró la lectura en un esquema general (excel) que incluyó país, año de la experiencia y capítulos, links o página donde se menciona el programa presentado en el apartado de anexos. Esto facilitó enormemente el trabajo de clasificación y agrupamiento de la información recogida

A continuación se presentan los 33 textos hallados:

Correspondientes al libro “Lecciones Aprendidas”:

1. Programa de RBC provincia de Neuquén, Argentina.
2. Experiencia de la estrategia en Mendoza, Argentina.
3. Ampliación de cobertura del programa RBC en la costa pacífica, Colombia.
4. Programa de rehabilitación comunitaria de Antioquia, Colombia.
5. Proyecto de Ancud, Chile.
6. Estrategia de RBC en Esteli, Nicaragua.
7. Casa Base de RBC, Nicaragua.
8. Proyecto piloto de RBC, Santo Tomas, Chontales, Nicaragua.
9. Proyecto de RBC, Managua, Nicaragua.
10. Programa nacional de RBC, Paraguay.
11. Proyecto Apamap- gica, Paraguay.
12. Experiencia de Juliaca, Cajamarca, Chimbote y Carabayllo, Perú.
13. Minorías Étnicas, Perú.

14. Experiencia de Tacuarembó, Uruguay.
15. Estado de Lara, Venezuela.
16. Proyecto RBC- Parroquia Juan de Villegas en Barquisimeto, Venezuela.
17. Minorías Étnicas, Venezuela
18. Amazonas venezolanas, Venezuela

En relación al libro “Rehabilitación de base comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile”, de Alejandro Guajardo Córdoba, Eladio Recabarren Hernández y Vicky Parraguez Correa:

19. Construyendo realidades: reflexiones a la instalación a la RBC como estrategia en la política pública de Rehabilitación física en Chile. Análisis desde la comuna de La Pintana.
20. Centro comunitario de rehabilitación de Monte Patria.
21. Fundación amigos de Jesús: una experiencia de rehabilitación basada en la comunidad, la rehabilitación tiene rostro y una historia que contar.
22. Comunidad Cetram: una práctica de rehabilitación comunitaria.
23. Sistematización de la estrategia de RBC en Pedro Aguirre Cerda.

Del libro “Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía” de Solángel García-Ruiz, Armando Vásquez Barrios, Alejandro Guajardo Córdoba:

24. Los comienzos de la rbc: experiencia de La Rioja, Argentina.
25. Rehabilitación en el contexto territorial y comunitario: experiencias en los estados Sao Pablo, Rio de Janeiro y Rio grande del Sur.
26. Experiencia de incorporación de la estrategia RBC en el sector público de salud: El caso de Chile.
27. Experiencia de gestión en RBC: el caso de Nicaragua.
28. RBC, experiencia de sistematización en la República de Argentina.

Libro de Alejandro Guajardo Córdoba, Daniela Alburquerque González, Mónica Díaz Leiva “ Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia”:

29. Estrategias comunitarias para el acceso a derechos a través de la estrategia RBC: acompañamientos para el acceso a derechos, pro autonomía y participación comunitaria, Chile.

Artículo de la III Jornada de Extensión de Mercosur, UNICEM:

30. Programa de rehabilitación con base comunitaria, Misiones y Jujuy, Argentina.

Artículo digital en Scielo.br:

31. Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia.

Artículo digital de la Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de Sao Paulo:

32. Reabilitação com ênfase no território – Jardim D’Abril e Jardim Boa Vista, no município de São Paulo.

II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional:

33. Rehabilitación con base comunitaria para la atención de discapacitados en el área de Comallo, S.C de Bariloche, Argentina.

Muestra

Según Samaja (2002) la muestra es cualquier subconjunto de un universo bien definido lo cual significa que la cuestión tiene dos puertas de entrada por un lado, dado el universo, ¿cuál muestra? y por el otro, dada la muestra ¿cuál universo?. Dicho esto, surge entonces en algún momento de la investigación la pregunta acerca de cuáles y cuántos sujetos deberán ser tomados como materiales concretos de estudio. En este caso la muestra estará integrada por programas de RBC en América Latina que se describan en textos anteriores y posteriores a la declaración de Helsinki (2003).

De acuerdo a Padua 1994 la muestra utilizada para el trabajo final es de tipo no probabilística ya que se desconocen las probabilidades buscando profundidad y calidad en la muestra más que en cantidad y generalizar los resultados. El subtipo de la muestra según Sampieri (2006) es la muestras diversa o de máxima variación ya que documenta diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particulares.

El subtipo de la muestra fue intencional, ya que los programas han sido seleccionados de acuerdo con los criterios del TFI. “Una muestra intencional escoge sus unidades no en forma fortuita sino completamente arbitraria, designando a cada unidad según características que para el investigador resulten de relevancia” (Sabino, 1992, p.91).

La muestra se confeccionó a partir de programas de RBC implementados en los Nodos Andes y Nodo Cono Sur desarrollados en textos que cumplieran con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todos los textos que describen programas de RBC implementados en América Latina a partir del año 1978 que fuera posible acceder de manera digital, ya sean programas descritos en libros, congresos, revistas, trabajos

finales integradores, entre otros, dado el contexto actual de aislamiento que impide obtenerlos de otra manera.

- Que los programas tengan detallado 8 o más de los ejes de análisis y variables, es decir, de la matriz de datos.

Criterios de exclusión:

- Bibliografía anterior a la declaración a Alma Ata (1978).
- Programas de RBC que se implementen por fuera de América Latina.
- Textos relacionados con la estrategia de RBC pero que no describan programas implementados.
- Textos que describen programas de RBC en un idioma cuya traducción sea inaccesible.
- Programas que no detallen fecha de implementación en la redacción y no se encuentren en otras fuentes.

A partir de dicha selección, la muestra compuesta por 27 programas de la siguiente manera:

1	Experiencia Comallo
2	Ancud, integración de personas con mal de presión (buzos).
3	Proyecto Mendoza
4	Ampliación de cobertura del programa RBC en la costa pacífica
5	Rehabilitación comunitaria Antioquia
6	RBC Areguá
7	Manejo de la discapacidad. Bogotá
8	Evaluación del programa de Rehabilitación Basada en la comunidad a nivel Nacional.
9	Rehabilitación basada en la comunidad. Buscando un modelo de atención a comunidades indígenas.

10	La experiencia de Rehabilitación Basada en la comunidad en el departamento de Tacuarembó.
11	Evaluación de la estrategia RBC en Estado de Lara, Venezuela.
12	Proyecto Rehabilitación Basada en la Comunidad. Parroquia Juan de Villegas. Barquisimeto
13	Programa RBC. Amazonas.
14	Rehabilitación con énfasis en el territorio - Jardim D'Abril y Jardim Boa Vista, en la ciudad de São Paulo
15	Programa de RBC en La Rioja
16	Rehabilitación en el contexto territorial y comunitario: experiencias en los Estados de São Paulo.
17	Histórico del Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en la ciudad de Río de Janeiro
18	Histórico del Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en la ciudad de Río de Janeiro
19	Organización No Gubernamental; "AMA CONCKAICHU NOCKAMANTA" (No te olvides de mí). Departamento Atamisqui, provincia de Santiago del Estero, Argentina.
20	Dirección Provincial de Atención Integral de la Discapacidad (DPAID), Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut: implementación del la Estrategia de RBC para la integración de las Personas con Discapacidad y/o en situación de vulnerabilidad en la Provincia de Chubut.
21	Construyendo realidades: Reflexiones a la instalación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad como estrategia en la Política Pública de rehabilitación física en Chile. Análisis desde la comuna de La Pintana
22	FUNDACIÓN AMIGOS DE JESÚS Una experiencia de Rehabilitación Basada en la Comunidad: La Rehabilitación tiene Rostro y una Historia que contar
23	Comunidad Cetram: Una Práctica de Rehabilitación Comunitaria
24	Sistematización de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en Pedro Aguirre Cerda
25	Estrategias comunitarias para el acceso a derechos a través de la estrategia RBC: acompañamientos para el acceso a derechos, pro autonomía y participación comunitaria, Chile.
26	Programa RBC Ecuador.

27	Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia.
----	--

Matrices de Datos

Unidad de análisis

Cada uno de los programas de RBC implementados en América Latina entre la Declaración de Alma Ata en 1978 y la actualidad hallados en los textos bibliográficos relacionados con el tema.

Ejes de análisis

En la presente investigación se proponen ejes, que permitirán abordar las unidades de análisis. En este punto citamos a Bottinelli (2007) que propone que en los diseños cualitativos no es posible “identificar variables en el sentido formal de las mismas” (pp. 84).

Variable 1: Fuente

Corresponde al sitio donde se publicó el programa.

R: Libro, Revista, Congreso, Artículo y Trabajo Final.

Variable 2: Nodos

Hace referencia a los Nodos de la Red de las Américas.

R: Nodos Andes, Nodo Cono Sur.

Variable 3: País

Corresponde al país donde se llevó a cabo el programa.

R: Colombia, Chile, Perú, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil.

Variable 4: Año de inicio del programa de RBC

Se indica el año en el que fue llevado a cabo el programa de RBC.

R: 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993 (...), 2020.

Variable 5: Duración del programa de RBC:

Se indica la duración del programa implementado.

R: menos de un año, entre 1 y 2 años, 3 y 4 años, 5 años o más y No especifica.

Variable 6: Zona donde se desarrolló el programa de RBC

Se indica el contexto donde se realiza el programa de RBC.

R: Rural, urbano, ambas

Eje de análisis 1: Componentes de RBC

Son los cinco principales componentes que conforman la matriz de RBC.

Subeje 1: Salud, Educación, Fortalecimiento, Social y Subsistencia.

Categoría:

- Aparece

Eje de Análisis 2: Actores

Hacemos referencia a los participantes en las estrategias de RBC.

Subejes 2: Familia (de los destinatarios del programa)

Subejes 2.1: Profesionales

Categorías 2.1: Terapistas Ocupacionales, Médicos Clínicos, Kinesiólogos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Fonoaudiólogos, Psicopedagogos, Maestros, Otros.

Subejes 2.2:

- Persona/s con discapacidad

Categoría 2.2:

- Participación activa
- Participación pasiva

Se tomará en cuenta la participación activa si se considera a la persona con discapacidad como sujeto de derechos y se promueve activamente su participación

dentro del programa. La participación pasiva se considerará si la persona con discapacidad es sólo usuario del servicio prestado en el programa.

Subejos 2.3:

- Organismo responsable de la ejecución del programa

Se indicará qué organismo es el responsable de llevar a cabo el programa.

Categorías 2.3: Estado, ONG, ambos

Variable 7: Participación de Organizaciones de personas con discapacidad (OPD)

R: Sí, No.

Variable 8: Participación de TO

Se considerará la participación en el programa a partir de las incumbencias de la terapia ocupacional

R: Gestor, ejecutor, formador, educador.

Variable 9: Fuente de financiación

Se indicará de qué manera se financia el programa y/o quien aporta fondos.

R: Estado, Autogestionada, Internacional, Institución privada, mixta (Estat+privado)

Variable 10: Destinatarios del programa de RBC

Se indicará para quién/quienes fue destinado el programa de RBC

R: Persona con discapacidad, Familias, Profesionales, Comunidad, otros, no define.

Variable 11: Impedimentos en la implementación del programa

Se considerarán impedimentos a cualquier circunstancia que impida la culminación eficaz de los programas de RBC.

R: acción climática, falta de fondos, falta de apoyo y falta de articulación.

Fuentes

“En los diseños de campo los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, son llamados primarios” (Sabino, 1992, p 68). El presente TFI, consiste en una revisión bibliográfica de libros, artículos y documentos sobre programas de RBC, comprendidos entre 1978 y 2020 encontrados digitalmente de forma escrita. El mismo corresponde a una fuente primaria ya que, los datos brutos obtenidos partieron de la construcción realizada por el equipo de investigación y de los ejes de análisis que conformaron el instrumento confeccionado.

Samaja (2004) propone criterios que se pueden tomar en cuenta al momento de seleccionar las fuentes a utilizar.

En cuanto a la *riqueza* de la fuente, la misma fue seleccionada para obtener datos abundantes y eficaces en su contenido. Nuestra idea fue recabar la mayor cantidad de datos posibles por cada programa implementado para posteriormente analizar cada uno de ellos, poder vislumbrar similitudes o diferencias, observar las diferentes participaciones de los terapeutas ocupacionales y ver quizás cómo fueron variando los programas de RBC a lo largo del tiempo.

En cuanto a las *oportunidades*, fue muy útil la tecnología, el poder encontrar varios de los programas de manera digital y de fácil acceso hizo que posteriormente la lectura y el análisis sean fructíferos. El único inconveniente fue que no todos los programas desarrollados estaban disponibles de forma digital o en el idioma conveniente.

Con relación al costo de la fuente, el presente TFI resultó económico, ya que se accedió a los programas de RBC de manera digital debido a la situación de pandemia que atravesaba el país. Por lo tanto, el único costo para tener en cuenta fue el valor del servicio de internet.

Instrumentos de Recolección y Registro

Samaja (2002) define de manera específica a los instrumentos como aquellos dispositivos materiales que permiten ejecutar la operación de los indicadores en los contextos.

Mediante la elección de instrumentos de investigación adecuados, es como se obtienen datos útiles que responden a interrogantes de la investigación. (Sabino 1992).

Para la planificación de las actividades de recolección de datos debemos disponer de mecanismos de registro lo más amplios y fieles posibles de los acontecimientos ya que “únicamente observando, anotando, dibujando, dándose cuenta de lo mucho que uno no entiende y volviendo a observar y completando la descripción paso a paso, se puede alcanzar un grado de perfección y de razonable exactitud” (N. Tinbergen 1964. Cap. IX). Es por eso que para el presente TFI se diseñaron dos instrumentos:

Se confeccionó un primer instrumento para registrar los programas encontrados, asentando los datos relevantes en una primera lectura tales como el nombre del programa, fuente, el link de acceso, el país donde se desarrolla el programa y comentarios adicionales que enriquezcan la investigación (ver en Anexo).

La ventaja del mismo es la posibilidad de selección de las experiencias teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados anteriormente en el TFI.

Se confeccionó una grilla de datos con el objetivo de registrar la información de los ejes de análisis y las variables de la Unidad de Análisis, es decir, de los programas. La fuente donde se publicó el programa, los nodos, el país, el año de inicio del programa, las zonas donde se implementa, los componentes de RBC, los actores que participan en el programa, las Organizaciones de personas con Discapacidad, la participación de Terapia Ocupacional, la fuente de financiación, los destinatarios y los impedimentos en la implementación de los programas.

Aspectos Éticos

La investigación que se realiza en este TFI es sin riesgo ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos de textos disponibles de manera pública sin intervención alguna de o sobre individuos, razón por la cual no requerirá consentimiento escrito alguno.

Como equipo de trabajo siempre intentamos realizar fundamentaciones que tuvieran un sustento bibliográfico, empírico, manteniendo en todo momento la ética profesional que el trabajo requiere, evitando poner frases o conceptos que no sean pertinentes o bien cambiarlas para evitar plagios.

Se buscó además aportar nuevos conocimientos o bien, generar interés en cuanto a la temática de RBC, y la importancia que nuestra intervención tiene en ese ámbito.

Análisis de Datos

Siguiendo lo señalado por Patricia Schettin e Inés Cortazzo (2015) quienes sostienen que hay en la bibliografía metodológica de la investigación social un vacío en lo referente al análisis de datos cualitativos; (..) y donde la información que se presenta es infinita y por ello se debe almacenar, pre-codificar, codificar, cortar, agregar, examinar y considerar, es que nos propusimos llevar a cabo este TFI. De esta manera, buscamos analizar los datos obtenidos a través de la lectura de programas de RBC implementados en los Nodos Andes y Nodo Cono Sur entre 1978 y 2020 que se encontraran disponibles digitalmente.

Para estructurar el análisis de los datos, se tomó como hoja de ruta el trabajo realizado por Carengo, Chiodi, Cucullu, Freixes y Galetti sobre: "Producción de conocimiento de Terapia Ocupacional Comunitaria en Argentina. Perspectivas sobre la Atención Primaria de la Salud en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud" por ser

un trabajo que posee ciertas características similares al nuestro, ya sea por el ámbito de trabajo comunitario, por descripciones de programas o experiencias similares y por la estrecha relación entre la RBC y la APS.

Para llevar a cabo el análisis de los datos se realizó una selección y posterior lectura de textos, libros, documentos, y congresos que describieran programas de RBC implementados dentro de los Nodos Andes y Cono Sur entre 1978-2020. Todo el análisis se realizó de manera informática, influido principalmente por el contexto en el que se llevó a cabo el Trabajo Final Integrador.

Se procedió a realizar una lectura exhaustiva de los programas recolectados a través de textos, documentos y congresos digitales debido al contexto de aislamiento en el cual nos encontramos como sociedad.

Se organizó el material entre textos previos y posteriores a la declaración de Helsinki en el año 2003. En archivo aparte se registraron las actividades desarrolladas por cada integrante del TFI a modo de "bitácora".

Posteriormente, se enumeraron cada una de los programas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se transcribieron en un documento de Word, los conceptos centrales, observaciones o aspectos destacables que se consideraron de cada una de los programas leídos, que nos permitieran enriquecer nuestro trabajo de campo y servirnos de orientadores para el análisis. Esta información, se consignó en una carpeta a la cual llamamos "Otros datos".

Se diseñaron dos instrumentos con el objetivo de recolectar y sintetizar ordenadamente la información pertinente y relevante para el trabajo final integrador (TFI).

Los instrumentos permiten vislumbrar todos los datos específicos, bien detallados de cada una de las experiencias de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) recolectadas de textos, documentos y congresos para su posterior análisis.

Se pensaron en conjunto con el equipo de investigación del TFI y se probaron ambos instrumentos.

Sistematización y Procesamiento

En una primera instancia, se procedió a contabilizar la cantidad de programas encontrados en los libros “Lecciones Aprendidas”, “Rehabilitación de base comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile”, “Rehabilitación Basada en Comunidad: Una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía”, “ Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia”; además en artículos y trabajos presentado en el II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, que cumplieran todos los requisitos mencionados en los criterios de inclusión y exclusión.

Los textos que conformaron la muestra fueron seleccionados en base al siguiente criterio:

Todos los textos que describen programas de RBC implementados en América Latina (Cono Sur y Andes) a partir del año 1978 que fuera posible acceder de manera digital y que los programas tengan detallado 8 o más de los ejes de análisis y variables, es decir, de la matriz de datos.

Luego se confeccionó un excel con todos los programas seleccionados con los ejes de análisis y variables para obtener los objetivos propuestos: Identificar los programas de RBC en la bibliografía relacionada con el tema, describir los programas de RBC implementados en Nodo Andes y Nodo Cono Sur consultados en la bibliografía relacionada con el tema, observar la participación de las personas con discapacidad en los programas de RBC antes y después del 2003 en la bibliografía relacionada con el tema, identificar similitudes y diferencias en la implementación de los programas de RBC a partir de la reunión consultiva de revisión en Helsinki, 2003, analizar posibles cambios en el desarrollo de los programas de RBC, identificar si hay participación de terapeutas ocupacionales en los programas de RBC y caracterizar el accionar de los terapeutas ocupacionales en cada uno de los programas de RBC en la bibliografía relacionada con el tema.

La presencia de los datos se marcó con la información detallada de cada texto leído y una vez que se obtuvieron los datos respecto a la presencia de los ejes de análisis y variables se procedió a contar la cantidad de las mismas correspondientes.

Análisis y Presentación

El análisis de los datos fue de tipo cuantitativo y cualitativo. Análisis cuantitativo de los datos porque se analizaron cantidades de programas, de participantes de los programas, cantidad de componentes de la matriz dentro de los programas, y a su vez, se plasmaron los diferentes porcentajes en función de los datos que se querían analizar posteriormente.

Por otra parte, es cualitativo porque se analizaron datos referidos a conceptos centrales como los componentes de la matriz de RBC, el tipo de financiamiento de los programas, quiénes participaron de los mismos, de qué manera lo hicieron, cómo fue la participación de los terapeutas ocupacionales en dichos programas, cuáles fueron los impedimentos que aparecieron y que imposibilitaron la culminación de los programas, entre otros.

Citando a Samaja (2004), donde menciona que cada variable de la matriz de datos informa sobre el comportamiento de la muestra respecto de uno de los aspectos relevantes, consideramos que nuestro TFI está centrado en sus variables ya que el análisis de los datos recabados responde a cada una de las variables propuestas y dan significado a los resultados obtenidos.

Para cumplir con nuestros objetivos principales del TFI: Caracterizar los programas de RBC en los Nodos Andes y Cono Sur antes y después de la Consulta Internacional de revisión de la estrategia de RBC en Helsinki año 2003, a través de la revisión bibliográfica y registrar la participación de los terapeutas ocupacionales en los programas de RBC consultados, se seleccionaron de manera digital programas de RBC que cumplieran con los criterios de inclusión planteados anteriormente, y luego se les colocó un número a cada uno a fin de ordenarlos y contabilizarlos junto con

sus nombres. El total de programas de RBC obtenidos que responden a los Nodos Andes y Cono Sur entre 1978-2020 es de 27.

Posteriormente, se prosiguió a leer cada uno de los programas de RBC encontrados y a destacar los datos relevantes que respondieran a las variables presentadas en el instrumento. Para representar los resultados respecto a todos los programas se realizaron gráficos de barras al 100%.

Rehabilitación basada en la comunidad																				
Número de Programa	Nombre del Programa	Fuente	Nodo	País donde se desarrolla el programa	Año de inicio del programa	Zona donde se desarrollo	Componente RBC					Actores			Organismo responsable de ejecutar el programa	Participación de OPD	Participación de TO	Fuente de financiación	Destinatarios del programa	Impedimentos en la implementación del programa
							Salud	Educa.	Fert.	Social	Subsist	Familia	Profesionales	PCD						

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

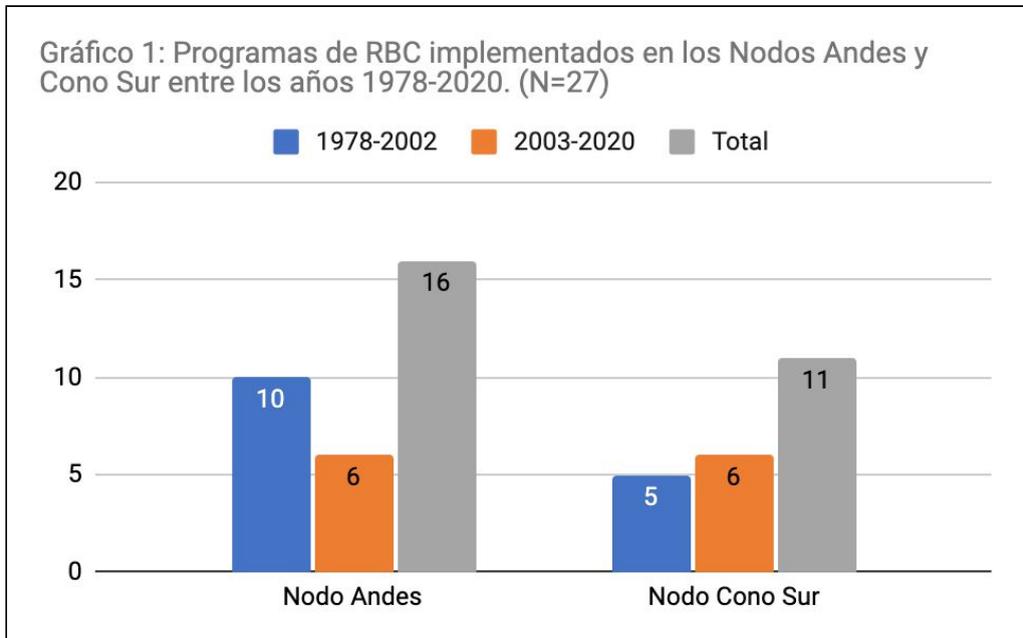
Conforme al criterio de selección se han identificado 27 programas de RBC implementados en los Nodos Andes y Cono Sur entre los años 1978 y 2020.

Se discriminan los programas agrupándolos según el nodo al que pertenecen. A su vez se procede a indicar cuántos corresponden al periodo, 1978-2002 y cuantos al periodo 2003-2020.

En relación a la cantidad de programas por nodos se encontró que 16 (59,25%) corresponden al nodo Andes, de los cuales 10 se incluyen en el periodo 1978-2002 y 6 al periodo 2003-2020. Con respecto a los programas del nodo Cono Sur, el total fue de 11 programas (40,74%), de los cuales 5 se incluyen en el período 1978-2002 y 6 en el periodo 2003-2020.

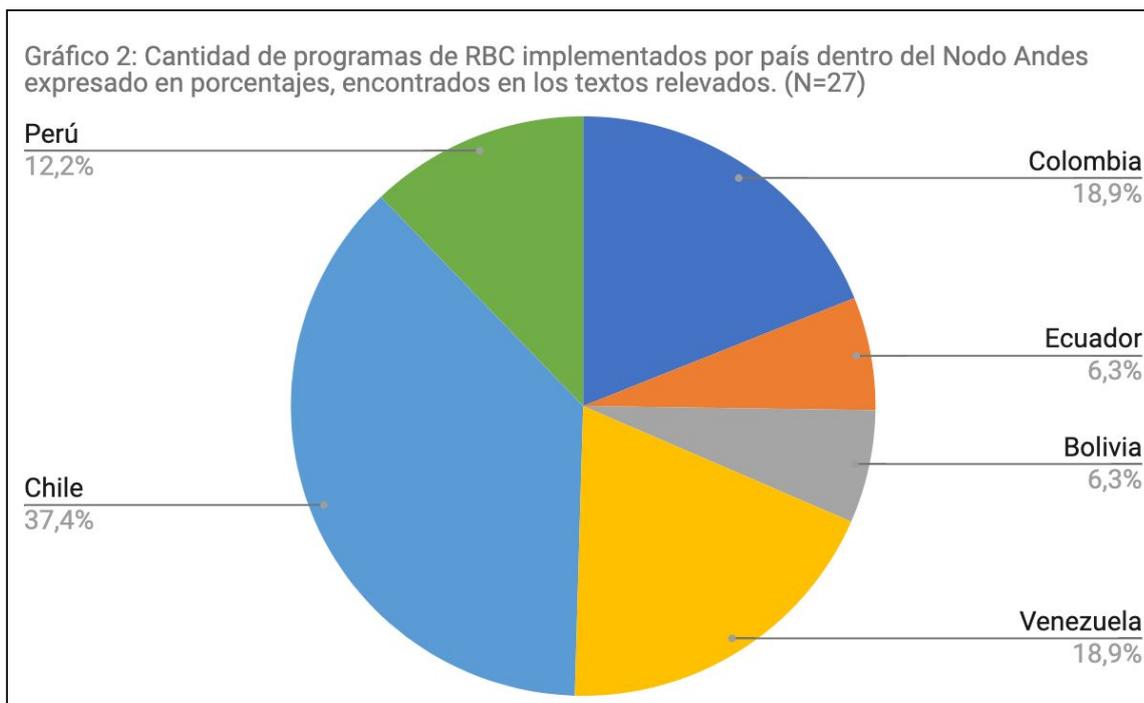
A partir del gráfico 1 se puede analizar que los programas de RBC implementados en el Nodo Andes disminuyeron con el correr del tiempo pero aumentaron aunque casi de manera imperceptible en el Nodo Cono Sur.

También se puede observar que los textos encontrados dan cuenta de más programas de RBC implementados en el Nodo Andes que en el Nodo Cono Sur.

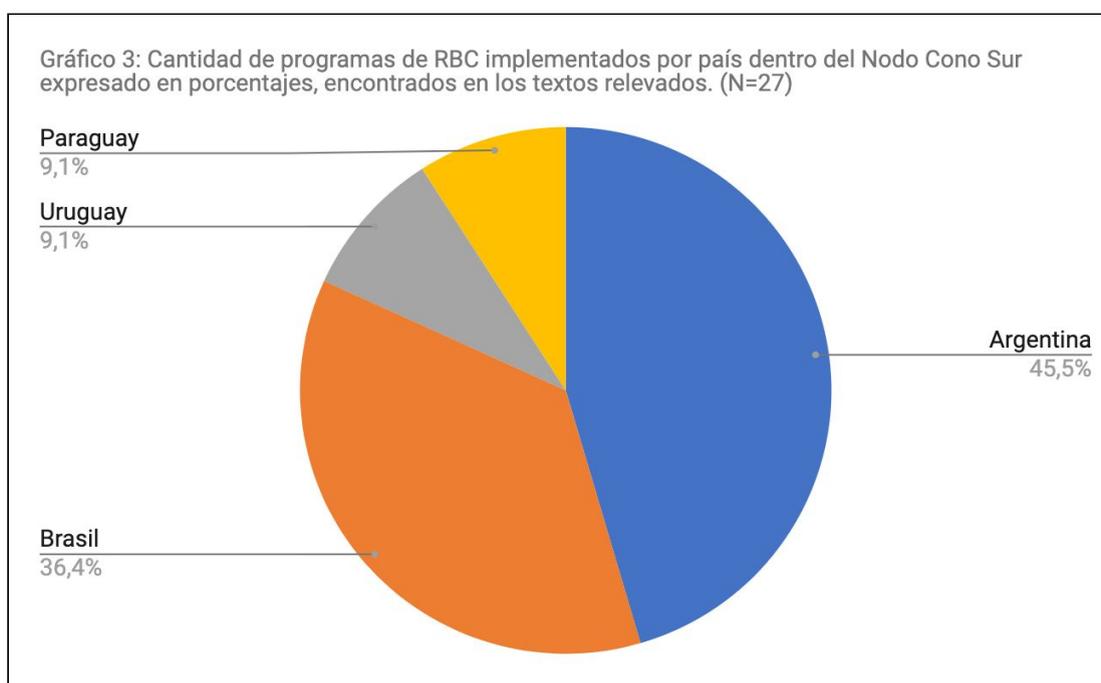


En el gráfico 2 se expresa la cantidad de programas hallados por país, correspondientes al Nodo Andes expresado en porcentajes.

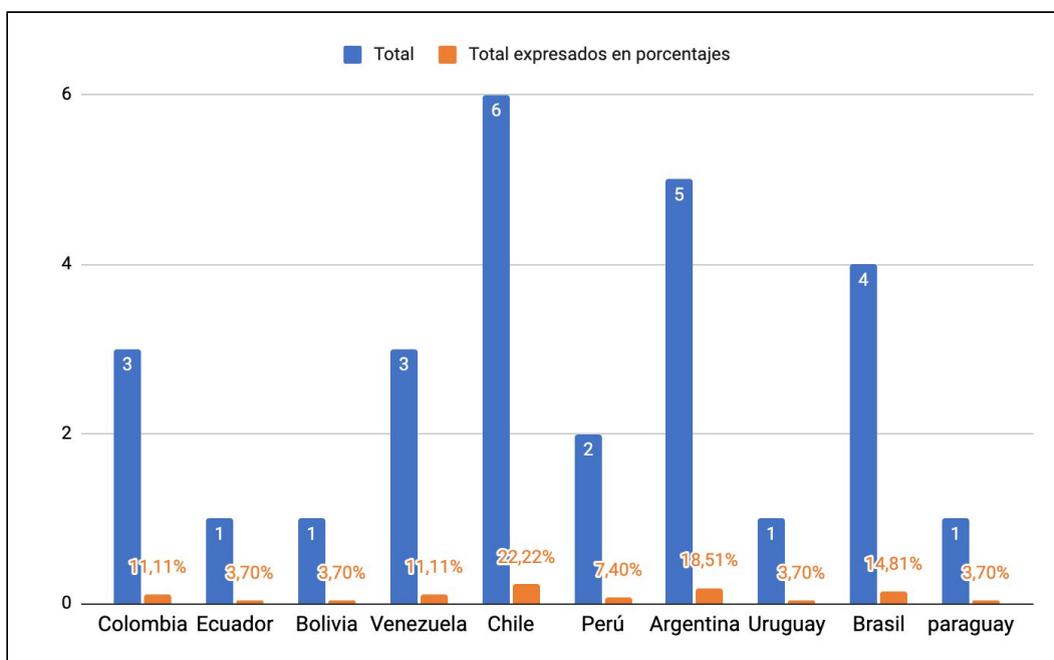
Determinamos de esta manera que Chile lideró la tabla con 6 programas (37,05%), Colombia 3 (18,75%), Venezuela 3 (18,75%), Perú 2 (12,05%), Ecuador 1 (6,25%) y Bolivia 1 (6,25%)



En el gráfico 3 se expresa la cantidad de programas hallados por país, correspondientes al Nodo Cono Sur. Se observa que Argentina ha sido el país que más programas desarrolló, es decir, 5 (45,45%), seguido por Brasil con 4 programas (36,36%), Uruguay (9,09%) y Paraguay (9,09%) ambos con 1 solo programa implementado cada uno.

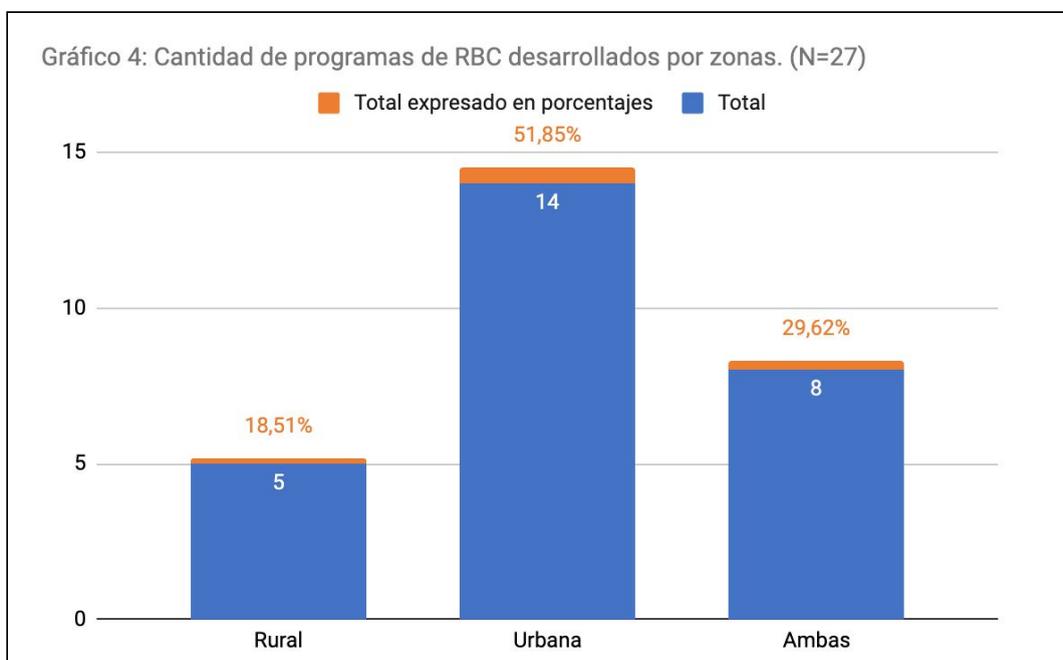


Del análisis de ambos gráficos (2 y 3) se puede destacar que el Nodo Andes, de acuerdo con las publicaciones relevadas, desarrolló más programas de RBC que el Nodo Cono Sur, que Chile es el país que más programas ha desarrollado (22,22%) seguido por Argentina (18,51%), Brasil (14,81%), Colombia y Venezuela (11,11% cada uno), Peru (7,40%), y por último Uruguay, Paraguay, Ecuador y Bolivia (3,70% cada uno).



El gráfico 4 indica la cantidad de programas desarrollados por zona, sea esta urbana, entendida como aquella zona que presenta mayor densidad de población y mayor dotación de todo tipo de infraestructuras; o rural, entendida como la zona que se caracteriza por tener menos cantidad de habitantes en comparación con las urbanas pero que su espacio geográfico es más extenso.

Del análisis del mismo podemos destacar que la mayoría de los programas de RBC de ambos Nodos se desarrollaron en zonas urbanas (51,85%), mientras que sólo el 18,51% se desarrollaron en zonas rurales. Por lo que podemos inferir que se beneficiaron más personas con los programas de RBC en zonas urbanas que en zonas rurales y que por otra parte, el 29,62% de los programas se desarrollaron en ambas zonas.



Al analizar los componentes de la matriz de RBC presentes en los programas desde 1978- 2002 podemos observar que de los 27 programas seleccionados en la muestra:

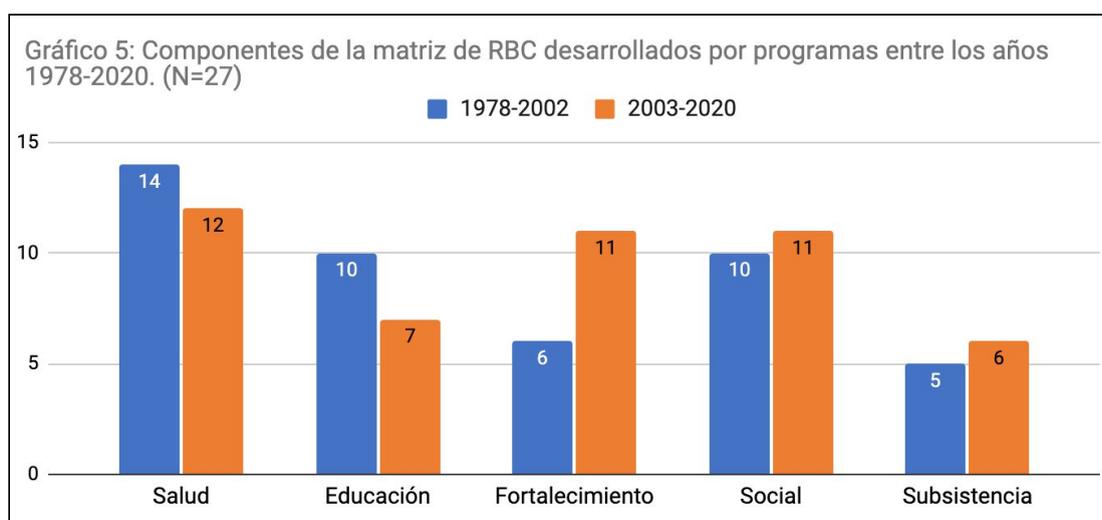
- 26 programas de RBC corresponden al componente salud, es decir, se busca mediante el programa brindar atención médica, rehabilitación, capacitar al personal de salud y a su vez, detectar casos de discapacidad y a partir de ahí realizar la intervención.
- 17 programas de RBC corresponden al componente educación, es decir, se busca mediante los programas, capacitar a los docentes y equipos interdisciplinarios para que logren incluir socialmente a las personas con discapacidad encontradas.
- 17 programas de RBC corresponden al componente Fortalecimiento, es decir, se busca mediante los programas que todos los derechos de las personas con discapacidad sean valorados y ejecutados, que sean tenidos en cuenta. De esta manera, se forman años más tarde, las organizaciones de personas con discapacidad (OPD).

- 21 programas de RBC corresponden al componente social, es decir, se busca formar agentes sanitarios dentro de la comunidad para contribuir a la difusión, prevención y atención de personas con discapacidad.
- 11 programas de RBC corresponden al componente subsistencia, es decir, se busca brindar talleres laborales para personas con discapacidad favoreciendo su inclusión dentro de la comunidad.

En el gráfico 5 se muestran los componentes principales de RBC anteriormente descritos, presentes en los programas de los nodos seleccionados. A su vez se puede observar la presencia de cada componente hasta el año 2002 y desde el año 2003 hasta el 2020.

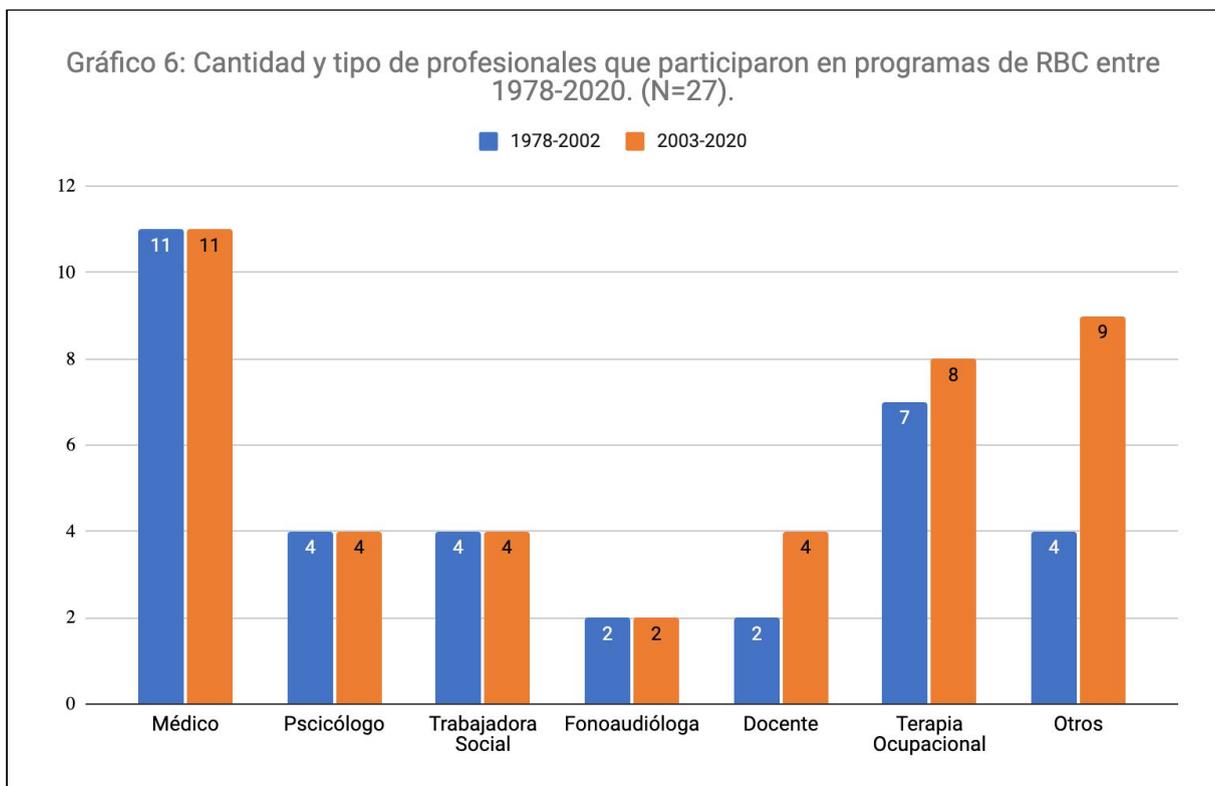
Del análisis del mismo surge que en el período 1978-2002 hay una fuerte presencia del componente salud, presente en 14 programas, seguido de los componentes Social y educación (ambos en 10 programas). Mientras que los componentes de Fortalecimiento y subsistencia apenas fueron incluidos en 6 y 5 programas dentro de un total de 27.

A partir del año 2003 se observa que, si bien el componente salud continúa con una fuerte presencia dentro de los programas (incluido en 11), el componente de Fortalecimiento ha ido en aumento hasta igualarlo en número, junto al componente social. El componente subsistencia por el contrario, no ha sufrido cambios significativos.



En cuanto a la cantidad de programas de RBC entre 1978-2020. (N=27) y los tipos de profesionales que participaron en cada uno de ellos, se pudo determinar que:

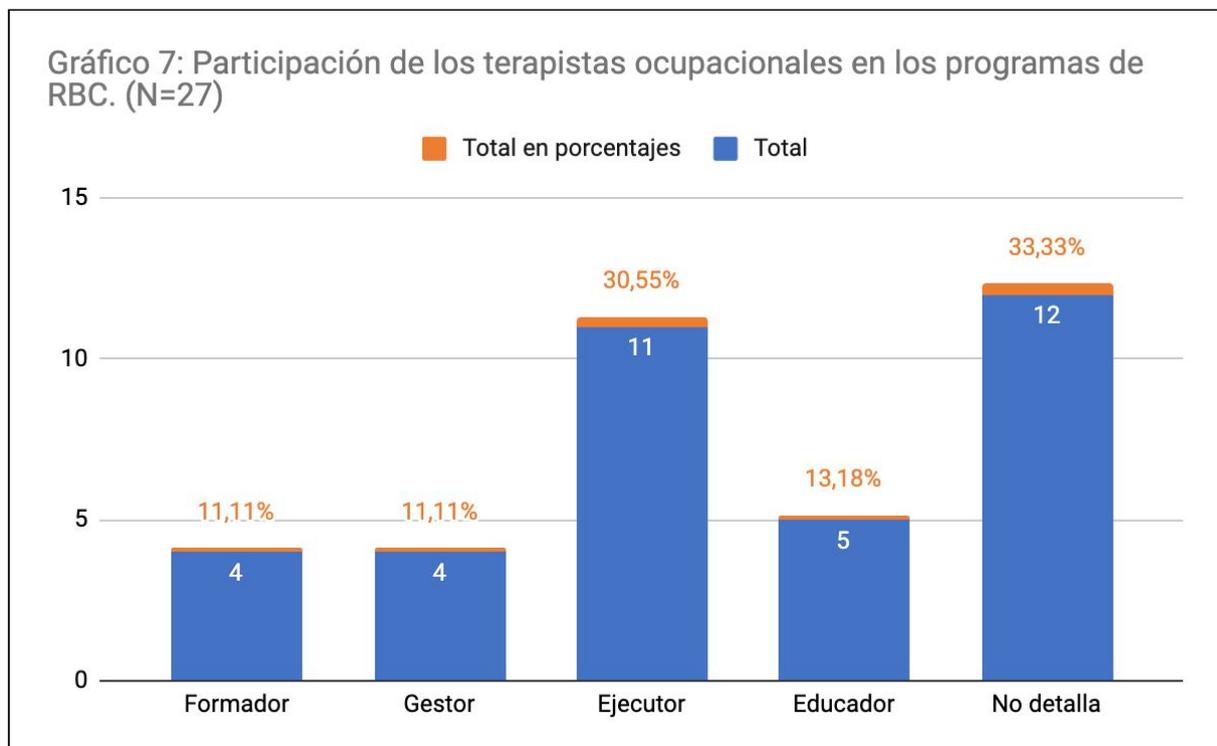
- 22 programas incluyeron médicos de distintas especialidades
- 8 programas incluyeron psicólogos
- 8 programas incluyeron trabajador social
- 4 programas incluyeron fonoaudiólogos
- 6 programas incluyeron docentes
- 15 programas incluyeron terapeuta ocupacionales
- 13 programas incluyeron otros profesionales entre los que se encuentran enfermeros, ortesistas y promotores comunitarios. Estas tres últimas categorías sufren un leve incremento a partir del año 2003, lo cual puede observarse en el gráfico 6.



El gráfico 7 hace referencia a la participación de los terapeutas ocupacionales en los programas de RBC. Es pertinente aclarar, para la interpretación de los mismos que,

en un mismo programa un terapeuta ocupacional puede participar en más de una forma.

Respecto de la participación de los terapeutas ocupacionales, podemos observar que en la gran mayoría de los programas de RBC (33,33%) no se detalla de qué manera participa el terapeuta ocupacional, simplemente aparece mencionado o se puede inferir su participación al observar la realización de actividades propias de su incumbencia.



De la observación de las tareas halladas y descritas en los programas, obtenemos que:

- en el 30,55% de los programas, el terapeuta ocupacional es mencionado como ejecutor, es decir, formaba parte de un equipo interdisciplinario ejerciendo su rol de terapeuta ocupacional, interviniendo con los pacientes, evaluando la capacidad funcional biopsicosocial de las personas, efectuando tratamiento de las disfunciones ocupacionales como medio de integración personal, laboral, educativa y social.

- en el 13,18% de los programas es mencionado como educador, es decir, asesora a instituciones, familias y personas en lo referente a la autonomía personal y social de las personas con discapacidad, a fin de promover su integración y mejorar su calidad de vida.
- el 11,11% de los programas es mencionado como gestor, es decir, aquél que planifica, organiza, dirige, y evalúa los programas de salud y sociales dentro del ámbito de sus incumbencias.
- el 11,11% de los programas es mencionado como formador, es decir, participa en la formación de agentes comunitarios y de otros profesionales dentro de los programas.

Tabla 7.1 Cantidad de roles desempeñados por terapeutas ocupacionales en los programas de RBC entre 1978-2020. (N=27)

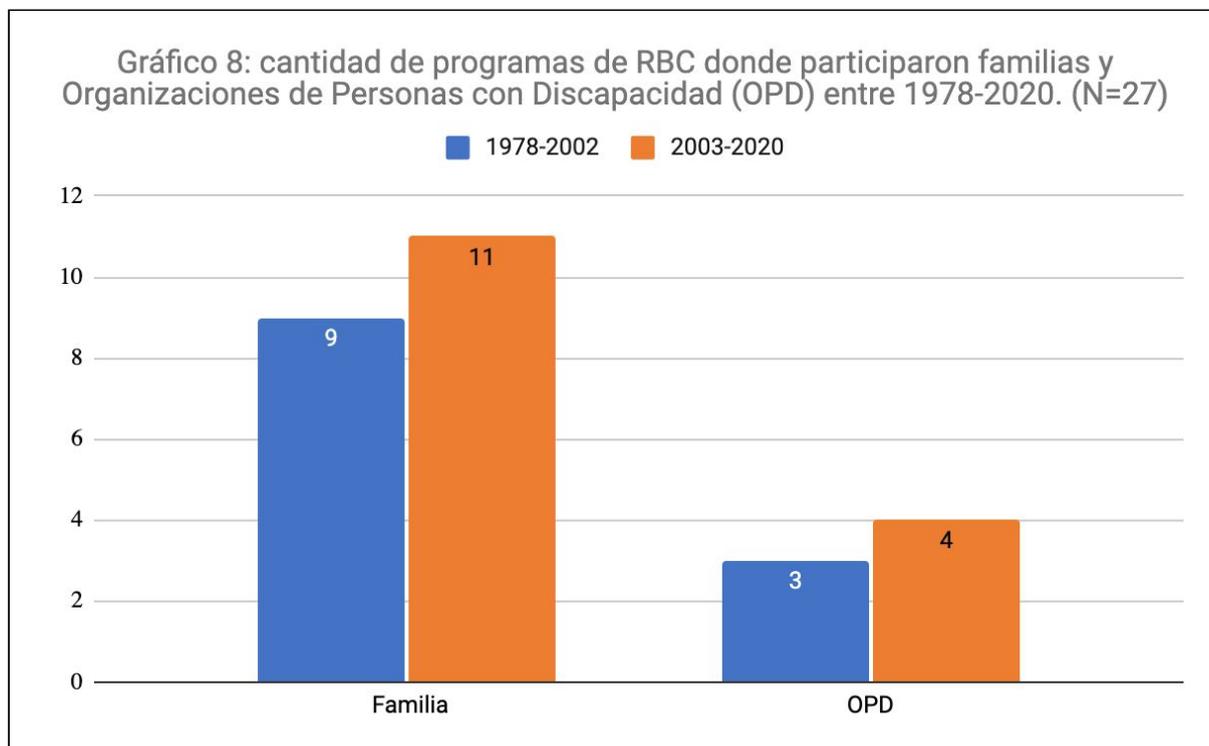
Participación de TO	Total	Total en porcentajes
1 rol	7	11,11%
2 roles	5	11,11%
3 roles	3	30,55%
no detalla	12	44,44%
Total	27	100,00%

En referencia a la participación de familias y organizaciones de personas con discapacidad en programas de RBC, se observa que durante el periodo 1978-2020:

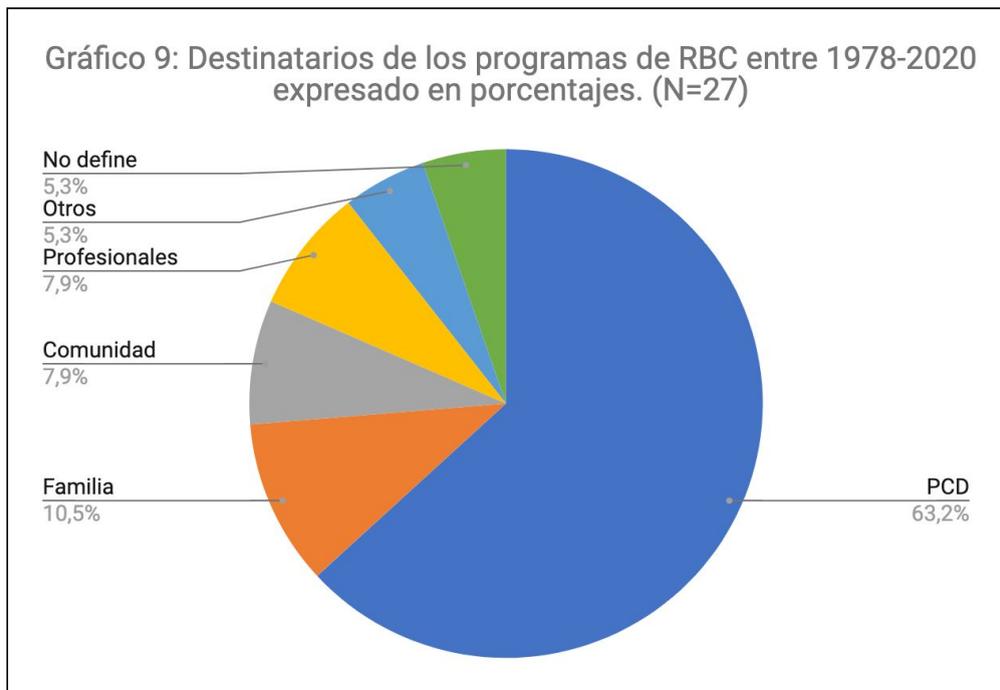
- 20 programas contaron con la participación de familias de personas con discapacidad.
- 7 programas incluyeron la participación de organizaciones de personas con discapacidad.

Analizando el gráfico 8 podemos observar que se produjo un leve incremento en la participación tanto de las familias como de las organizaciones de personas con discapacidad, a partir del año 2003.

Nos referimos a la participación de las familias en los programas cuando hablamos de un compromiso de las mismas en el tratamiento de las personas con discapacidad, formando parte de organizaciones, talleres, charlas, entre otros. Hablamos de participación de Organizaciones de personas con discapacidad cuando éstas se agrupan para hacer valer sus derechos, favoreciendo sus aportes a los diferentes programas.



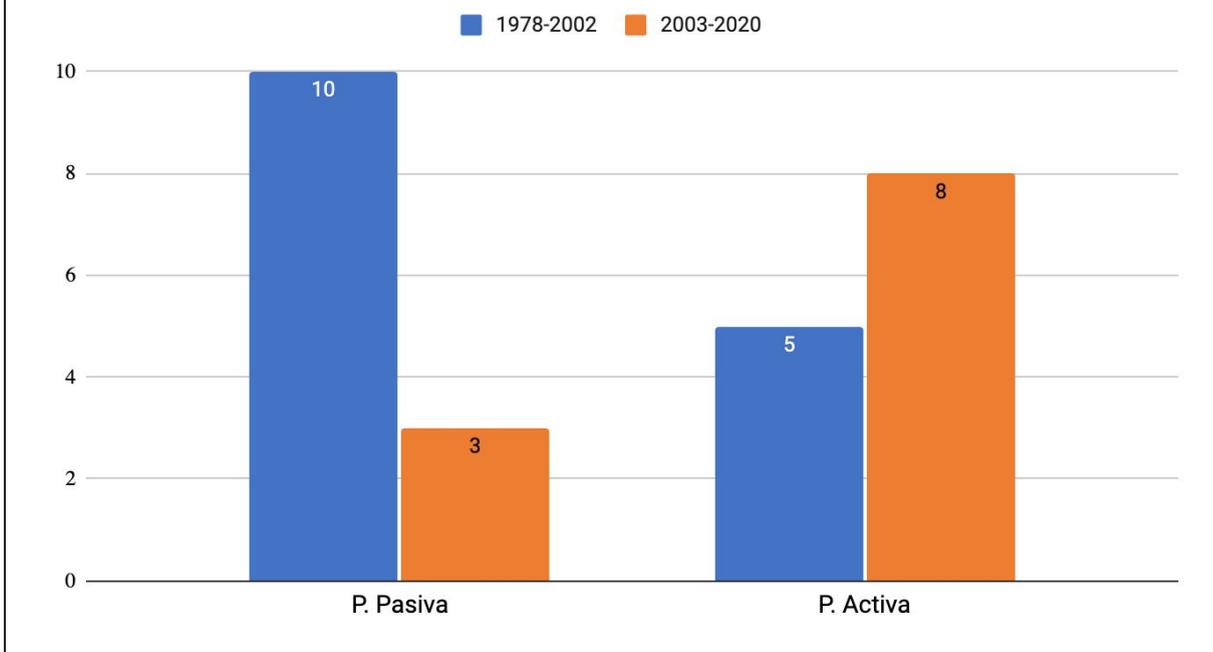
Respecto de los destinatarios de los programas de RBC, tomando como referencia los 27 programas hallados correspondientes a los nodos seleccionados entre 1978-2020 podemos observar que el destinatario persona con discapacidad predomina ampliamente (63,20%) por sobre el destinatario familia (10,50%), seguido por los componentes comunidad y profesionales (ambos con el 7,90% cada uno) y en último lugar la categoría otros incluyendo niños en situación de violencia y madres gestantes (5,30%) y, sin definir (5,30%).



Los resultados obtenidos en cuanto a la participación de las personas con discapacidad, indican que en 10 programas de RBC entre 1978-2002 la participación de las personas con discapacidad fue pasiva, es decir, las personas fueron centralmente destinatarias de servicios, mientras que en 5 programas su participación fue activa incluyendo no solo a las personas en los programas sino dándoles oportunidades de tomar decisiones y ser gestores del programa.

Por el contrario y como era de esperarse, a partir del año 2003 los números indican que la participación pasiva de las personas con discapacidad disminuyó a 3 programas, mientras que la participación activa de las personas con discapacidad se incrementó al número de 8 programas. Es decir, que las personas con discapacidad tomaron la iniciativa de agruparse en organizaciones con el fin de promover sus derechos, brindar asesoramientos a partir de sus experiencias a otras personas, promover su inclusión en sociedad a partir de una modificación en la forma en que participaban de los programas.

Gráfico 10: Cantidad y tipo de participación de Personas con Discapacidad en los programas de RBC entre 1978-2020. (N=27)



En relación al organismo responsable de ejecución de los programas, podemos concluir que el Estado es, en la mayoría de los programas analizados, el mayor responsable de llevar adelante los programas de RBC (66,70%), ya sea Estado nacional, provincial o municipal, en segundo lugar se trata de proyectos impulsados individualmente (18,50%) y por último se encuentran las ONG (14,80%).

Con respecto a las fuentes de financiación (tabla 12) es el estado una vez más quien se encuentra al frente de la misma ya sea solo (59,25%), acompañado por un organismo privado (18,51%), por una ONG (3,70%) o sumando a un organismo internacional (3,70%).

Las ONG de manera individual financian el 3,70% de los programas analizados, es decir, un sólo programa. Se autogestionan en 3,70% y no detalla la forma de financiamiento el 3,70%.

Gráfico 11: Tipo de organismo responsable de ejecutar el programa de RBC expresado en porcentajes . (N=27)

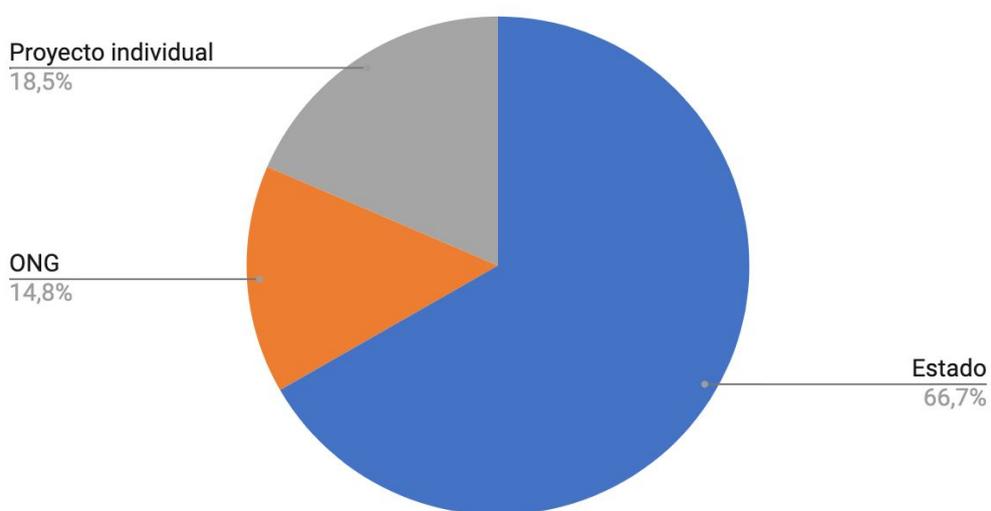
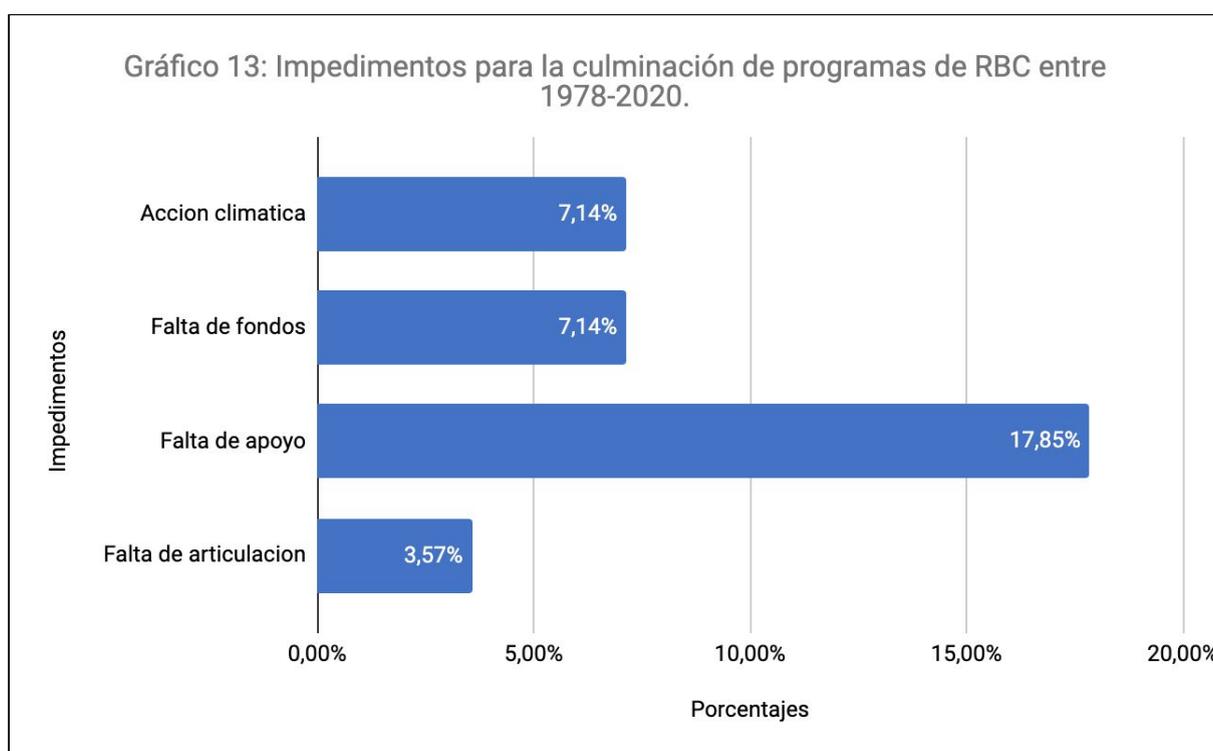


Tabla 12: Fuente de financiación de programas de RBC. (N=27)

Fuente de Financiación	Total	Porcentaje
Estatad	16	59,25%
Estatad y Privado	5	18,51%
Estatad y autogestionada	1	3,70%
Estatad y ONG	1	3,70%
Estatad e Internacional	1	3,70%
ONG	1	3,70%
Autogestionada	1	3,70%
No Detalla	1	3,70%
Total	27	100,00%

Dada la dificultad referida en el bibliografía sobre el tema, interesó también conocer los impedimentos para la culminación de los programas, si bien en el 57.14% de los mismos no se detallan, la falta de apoyo tanto de la comunidad como de los gobernantes es el principal impedimento identificado, en el 17,85% de los casos. Esto se puede observar por ejemplo, en la resistencia al cambio acerca de la mirada sobre la discapacidad, la poca participación en los programas, altos niveles de deserción en los mismos, falta de continuidad del apoyo de gobernantes dentro de los programas, falta de trabajo en red, etc. Seguido de la falta de fondos, es decir, la falta de recursos financieros dificulta la implementación de la estrategia y proporciona falta de apoyo logístico. La acción climática desfavorable con el 7,14% cada uno, y en último lugar la falta de articulación, representado por el 3.57% de los programas, es decir, falta de intersectorialidad.



CONCLUSIONES

El presente TFI partió del interrogante sobre cuáles eran las caracterizaciones de programas de RBC implementados en los Nodos Andes y Cono Sur entre 1978-2020 y cuál era la participación de los terapeutas ocupacionales en los mismos. Para responder al mismo, fue imprescindible definir la RBC y remitirnos a sus inicios buscando entenderla en profundidad para luego interpretarla a lo largo del tiempo.

El equipo decidió abordar dicha temática para dar a conocer a la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), caracterizar sus programas y registrar la participación y contribución de la Terapia Ocupacional a este movimiento para ampliar los campos de actuación tradicionales de nuestra profesión.

El equipo eligió utilizar un diseño de revisión bibliográfica como medio para poder investigar los supuestos planteados y se concluyó lo siguiente:

De los tres supuestos planteados, se confirmó que la participación de las personas con discapacidad no solo fue incrementando a partir del año 2003 sino que pasó de ser una mera participación como destinatarios a tener una mayor participación en los programas de RBC, considerablemente.

Con esto se comprueba lo propuesto por Sanz Victoria (2012), donde sostiene que el desarrollo de la RBC está determinado por las tendencias ideológicas actuales sobre la discapacidad y los derechos humanos, especialmente impulsadas por las voces, cada vez más críticas y por fin escuchadas de las propias personas con discapacidad.

Por otra parte, en relación al segundo supuesto, si bien los terapeutas ocupacionales participaron de programas de RBC en ambos Nodos en la mayoría de los programas, su función no estaba definida exactamente aunque en otros sí lo estaba explícitamente ya sea como gestores, es decir, planificando, organizando, dirigiendo, y evaluando los programas de salud y sociales dentro del ámbito de sus

incumbencias; como formadores, participando en la formación de agentes comunitarios y de otros profesionales dentro de los programas de RBC; como educadores, asesorando a instituciones, familias y personas en lo referente a la autonomía personal y social de las personas con discapacidad, a fin de promover su integración y mejorar su calidad de vida; o como ejecutores, es decir, formando parte del equipo interdisciplinario ejerciendo su rol de terapeuta ocupacional, interviniendo con los pacientes, evaluando la capacidad funcional biopsicosocial de las personas, efectuando tratamiento de las disfunciones ocupacionales como medio de integración personal, laboral, educativa y social.

A partir de lo mencionado anteriormente, creemos importante destacar que todos los terapeutas ocupacionales deberían conocer la estrategia de RBC en profundidad, y debería ser tratada, abordada e informada no sólo como una estrategia o herramienta más de trabajo sino como un medio para transformar realidades de personas que quizás no fueron o no son tenidas en cuenta a través de la visión holística que tenemos como terapeutas ocupacionales, proveyendo de herramientas que permitan empoderarse, y de esta manera, haciendo crecer nuestro alcance como profesionales.

Por último, y en relación al tercer supuesto, si bien los programas de RBC presentaron cambios a partir de la Consulta Internacional de revisión de la estrategia de RBC en Helsinki, en el año 2003, éstos no fueron tantos como se esperaba encontrar. Ya que, si bien varios países participaron de la Consulta y se comprometieron a adherirse a los lineamientos de la estrategia incluso desarrollándolos en sus páginas oficiales, la realidad es que al buscar estos programas implementados, no se encuentran digitalmente, por lo tanto, no se puede comprobar su verdadera implementación.

Esto nos remite a las palabras de Guajardo (2014) donde menciona que es interesante darnos cuenta, con el paso de los años, cómo la Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) no ha sufrido fuertes cambios desde sus inicios sino que se ha ido potenciando con el pasar de los años y cómo esta estrategia sigue basando sus pilares en la confianza entre los diferentes actores multisectoriales, en la

preeminencia del paciente y su familia en la participación activa de ésta en los tratamientos y en el enfoque de derecho de igualdad de acceso a las oportunidades ya sea en salud, educación, cultura, etc.

Como equipo, estamos conformes con el TFI realizado pero no con los resultados obtenidos debido a que considerábamos que a partir de la Revisión de la estrategia de RBC en el año 2003, se incrementarían aún más los programas de RBC, habría diversidad de programas en función a las diferentes necesidades y sin embargo, esto no fue así. Por otra parte, no podemos dejar de lado que el mismo fue realizado en un contexto de pandemia, lo cual impidió el acceso a consultas publicadas no digitalizadas, dejando abierta la puerta para que en un futuro se retome la investigación a fin de confirmar los resultados hallados y enriquecerlos o revertirlos.

Consideramos que se establecen varios niveles de tensión en la conceptualización de la estrategia y que es necesario clarificar. Porque como dice también Solángel García Rúiz, no es lo mismo desarrollar la estrategia desde la R, B o C, ya que, tienen diversas formas de ser comprendidas y diferentes modelos operativos. Es por esto que nos unimos al pensamiento de Solángel y creemos que la práctica de la RBC requiere *reflexión permanente* alrededor de ella, recrear ideas, conversar con otros sobre ellas, comprenderlas en profundidad, escribirlas y contarlas, es decir, sistematizarlas con el objetivo de transformarlas, de otra manera seguirán siendo solo eso, una experiencia más.

Creemos que al realizar esta revisión bibliográfica pudimos vislumbrar lo inacabada, profunda, y poderosa que es la RBC y cómo ésta puede contribuir a una verdadera transformación social, ya que como dice esa frase, *“Sólo cuando podemos ver un problema convertido en oportunidad, somos capaces de realizar una transformación social”*. (Guajardo, 2014)

BIBLIOGRAFÍA

Cano Restrepo B.C. (2008). Rehabilitación Basada en la Comunidad. En F.S. Durán, L.H. Lugo Agudo y R. Restrepo Arbelaez (Ed.). *Rehabilitación en salud* (pp.14-25). Editorial Universidad de Antioquia.

Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (2011). *Desarrollo Inclusivo con Base Comunitaria: Una estrategia para la inclusión social de las personas con discapacidad y el desarrollo de las comunidades desde el enfoque de Derechos Humanos*. Heredia Costa Rica: JICA.

Correa Oliver F. y Carvalho de Almeida M. (2005) Rehabilitación comunitaria (RBC) e inclusión social de personas con discapacidad: la experiencia brasileña, *Boletín de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales*, 52: 1, 45-52. DOI: [10.1179 / otb.2005.52.1.009](https://doi.org/10.1179/otb.2005.52.1.009)

Díaz-Aristizabal, Urko, Sanz-Victoria, Silvia, Sahonero-Daza, Milton, Ledesma-Ocampo, Sandra, Cachimuel-Vinueza, Mesías, & Torrico, Marisabel. (2012). Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 167-177. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100019>

Dias Barros, D. Garcez Ghirardi, M.I. Lopes,R.E. (2006). Terapia ocupacional social: una perspectiva sociohistórica. En Kronenberg, F., Algado, S. S., & Pollard, N. (Coord). *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivencia*, (pp. 141-153). Editorial Médica Panamericana.

García-Ruiz, S. (2014). La RBC donde la pobreza, la riqueza y el desarrollo local se encuentran En Guajardo A., Recabarren, E. y Parraguez, V. (Ed.). *Rehabilitación de Base Comunitaria Diálogos, Reflexiones y Prácticas en Chile*, (pp. 20-29) Universidad Andres Bello.

García-Ruiz, Solángel, & Quintana, Patricia. (2015). Las redes de los afectos: aprendizajes en la Red de Rehabilitación Basada en Comunidad de las Américas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(Supl. 1), 161-168. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.50569>

García Ruiz, S.,Vasquez Barrios A.,Guajardo Cordoba A (2019) Prefacio. En García Ruiz, S. et. (Ed.). *Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para*

el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía. Lecturas latinoamericanas, (pp. 33-35). Editorial USACH.

García Ruiz, S. (2019) Investigar en Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC: Construyendo Caminos para Alcanzar los Objetivos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En García Ruiz, S. Vasquez Barrios A. Guajardo Cordoba A (Ed.). *Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía. Lecturas latinoamericanas*, (pp. 201-221). Editorial USACH.

Galheigo, S.M. (2006). Terapia ocupacional en el ámbito social: Aclarando conceptos e ideas. En Kronenberg, F., Algado, S. S., & Pollard, N. (Coord). *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivencia*, (pp. 85-97). Editorial Médica Panamericana.

Guajardo, A., Albuquerque, D., & Díaz, M. (2016). Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia. *Santiago de Chile*. (pp. 201-119). Editorial USACH.

Hetty, Fransen. (2006). Los desafíos de la terapia ocupacional en la rehabilitación basada en la comunidad: ocupación centrada en las comunidad de los discapacitados de países en desarrollo. En Kronenberg, F., Algado, S. S., & Pollard, N. (Coord). *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivencia*, (pp. 168-184). Editorial Médica Panamericana.

Kronenberg, F., & World Federation of Occupational Therapists. (2003). *Position paper on CBR for the International Consultation on Reviewing CBR. World Federation of Occupational Therapists*.

Minayo, M. C. de Souza (1997). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Nabergoi, M., & Bottinelli, M. M. (2007). Discapacidad, pobreza y sus abordajes. Revisión de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC). *Anuario de investigaciones*, 14, 159-165.

Oliver, FC, Aoki, M., Tissi, MC y Nicolau, SM (2003). Rehabilitación con énfasis en el territorio: Jardim D'Abril y Jardim Boa Vista, en el municipio de São Paulo. *Revista de Terapia Ocupacional, Universidad de São Paulo* , 14 (3), 141-146. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p141-146>

- Pawlowicz, M.P. y Bottinelli, M. M. (2003). Introducción a los métodos cualitativos. En Bottinelli, M.M. y cols. *Metodología de la Investigación. Herramientas para un pensamiento complejo*. 1ra edición.(pp. 77-130)Buenos Aires: Grafika Hels.
- Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. Caracas: Panapo.
- Vásquez, A. M. (2005). Lecciones Aprendidas: Rehabilitación de Base Comunitaria en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Vásquez, A. (2006). La discapacidad en América Latina. Discapacidad. Lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud.
- Sanz, V. S. (2012). Reflexiones y aprendizajes en torno a la rehabilitación basada en la comunidad. *TOG (A Coruña)*, 9, 206-226. <http://www.revistatog.com>
- WFOT (2012). Definition of Occupational Therapy [Definición de Terapia Ocupacional]. Recuperado de <https://wfot.org/about-occupational-therapy>
- World Health Organization (2003b): *Theme Paper. International Consultation on Reviewing Community Based Rehabilitation (CBR)*. WHO/DAR/R4/87/24/CBR
- World Health Organization. (2004). RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.
- World Health Organization. (2005). CBR: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad: documento conjunto de posición.
- World Health Organization, & International Disability Development Consortium. (2012). Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Disponible en: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>
- Ynoub, R. (2009). El diseño de la investigación: una cuestión de estrategia. Material de cátedra. UBA. UNMdP

ANEXO

Instrumento N1

Fuentes	Detalle	Link de acceso	Pág	País	Nodo	Comentarios
II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional	Programa	https://drive.google.com/file/d/1IMMzglEXncoSV7hnyVpsbMJx_bzrHUSD/view	1-11	Argentina	Cono Sur	Experiencia detallada. Completa.
Revista TO Brasil	Reabilitação com ênfase no território – Jardim D’Abril e Jardim Boa Vista, no município de São Paulo.	https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13929	141-146	Brasil	Cono Sur	Experiencia detallada. Completa.
Artículo de SCIELO BR	Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia.	https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100019&lng=en&nrm=iso&lng=es	167-177	Bolivia	Andes	Experiencia completa. No detalla impedimentos.
Artículo de la III Jornada de Extensión de Mercosur, UNICEM:	Programa de rehabilitación con base comunitaria, Misiones y Jujuy, Argentina.	http://extension.unicen.edu.ar/jem/completas/281.pdf	1-15	Argentina	Cono Sur	Excluyente. No detalla datos relevantes
Libro de Alejandro Guajardo Córdoba Daniela Albuquerque González Mónica Díaz Leiva “ Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia”	Estrategias comunitarias para el acceso a derechos a través de la estrategia RBC: acompañamientos para el acceso a derechos, pro autonomía y participación comunitaria, Chile.	https://www.upla.cl/inclusion/wp-content/uploads/2016/07/Dialogos-Colectivos-pdf-final.pdf	201-219	Chile	Andes	Completa, no detalla impedimentos.
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Programa de RBC provincia de Neuquén, Argentina.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-ba-se-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid	14-21	Argentina	Cono Sur	Excluyente

		d=235				
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Experiencia de la estrategia en Mendoza, Argentina.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=236	21-24	Argentina	Cono Sur	Completa, no detalla impedimentos.
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Ampliación de cobertura del programa RBC en la costa pacífica, Colombia.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=237	22-24	Colombia	Andes	Completa
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Programa de rehabilitación comunitaria de Antioquia, Colombia.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=238	22-24	Colombia	Andes	Completa
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Proyecto de Ancud, Chile.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=239	42-47	Chile	Andes	Completa
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Estrategia de RBC en Esteli, Nicaragua.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=240	80-93	Nicaragua	-	Excluyente

Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Casa Base de RBC, Nicaragua.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=241	80-93	Nicaragua	-	Excluyente
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Proyecto piloto de RBC, Santo Tomas, Chontales, Nicaragua.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=242	80-93	Nicaragua	-	Excluyente
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Proyecto de RBC, Managua, Nicaragua.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=243	80-93	Nicaragua	-	Excluyente
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Programa nacional de RBC, Paraguay.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=244	94-102	Paraguay	Cono Sur	Completa
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Proyecto Apamap-gica, Paraguay.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=245	94-102	Paraguay	Cono Sur	Excluyente
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Experiencia de Juliaca, Cajamarca, Chimbote y Carabayllo, Perú.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=246	103-105	Perú	Andes	Completa

		nes-anteriores&Itemid=246				
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Minorías Étnicas, Perú.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=247	103-105	Perú	Andes	Completa
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Experiencia de Tacuarembó, Uruguay.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=248	111-122	Uruguay	Cono sur	Completa
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Estado de Lara, Venezuela.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=249	123-139	Venezuela	Andes	Si
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Proyecto RBC-Parroquia Juan de Villegas en Barquisimeto, Venezuela.	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=250	123-139	Venezuela	Andes	Si
Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Minorías Étnicas, Venezuela	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=251	123-139	Venezuela	Andes	Si

Libro "Lecciones aprendidas RBC en América Latina"	Amazones venezolanas, Venezuela	https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=252	123-139	Venezuela	Andes	Si
"Rehabilitación de base comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile", de Alejandro Guajardo Córdoba, Eladio Recabarren Hernández y Vicky Parraguez Correa	Construyendo realidades: reflexiones a la instalación a la RBC como estrategia en la política pública de Rehabilitación física en Chile. Análisis desde la comuna de La Pintana.	https://www.docsity.com/es/rehabilitacion-de-base-comunitaria-rbc/3809792/	49- 59	Chile	Andes	Completa
"Rehabilitación de base comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile", de Alejandro Guajardo Córdoba, Eladio Recabarren Hernández y Vicky Parraguez Correa	Centro comunitario de rehabilitación de Monte Patria.	https://www.docsity.com/es/rehabilitacion-de-base-comunitaria-rbc/3809792/	226-248	Chile	Andes	Completa
"Rehabilitación de base comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile", de Alejandro Guajardo Córdoba, Eladio Recabarren Hernández y Vicky Parraguez Correa	Fundación amigos de Jesús: una experiencia de rehabilitación basada en la comunidad, la rehabilitación tiene rostro y una historia que contar.	https://www.docsity.com/es/rehabilitacion-de-base-comunitaria-rbc/3809792/	249-262	Chile	Andes	Completa

<p>"Rehabilitación de base comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile", de Alejandro Guajardo Córdoba, Eladio Recabarren Hernández y Vicky Parraguez Correa</p>	<p>Comunidad Cetram: una práctica de rehabilitación comunitaria.</p>	<p>https://www.docsity.com/es/rehabilitacion-de-base-comunitaria-rbc/3809792/</p>	<p>263-274</p>	<p>Chile</p>	<p>Andes</p>	<p>Completa</p>
<p>"Rehabilitación de base comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile", de Alejandro Guajardo Córdoba, Eladio Recabarren Hernández y Vicky Parraguez Correa</p>	<p>Sistematización de la estrategia de RBC en Pedro Aguirre Cerda.</p>	<p>https://www.docsity.com/es/rehabilitacion-de-base-comunitaria-rbc/3809792/</p>	<p>275-288</p>	<p>Chile</p>	<p>Andes</p>	<p>Completa</p>
<p>"Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía" de Solángel García-Ruiz, Armando Vásquez Barrios, Alejandro Guajardo Córdoba</p>	<p>Los comienzos de la rbc: experiencia de La Rioja, Argentina.</p>	<p>Descargado en PDF</p>	<p>57-74</p>	<p>Argentina</p>	<p>Cono sur</p>	<p>Completa</p>
<p>"Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía" de Solángel</p>	<p>Rehabilitación en el contexto territorial y comunitario: experiencias en los estados Sao Pablo, Rio de Janeiro y Rio grande del Sur.</p>	<p>Descargado en PDF</p>	<p>97-112</p>	<p>Brasil</p>	<p>Cono sur</p>	<p>Completa</p>

García-Ruiz, Armando Vásquez Barrios, Alejandro Guajardo Córdoba						
"Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía" de Solángel García-Ruiz, Armando Vásquez Barrios, Alejandro Guajardo Córdoba	Experiencia de incorporación de la estrategia RBC en el sector público de salud: El caso de Chile.	Descargado en PDF	271-284	Chile	Andes	Completa
"Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía" de Solángel García-Ruiz, Armando Vásquez Barrios, Alejandro Guajardo Córdoba	Experiencia de gestión en RBC: el caso de Nicaragua.	Descargado en PDF	285-298	Nicaragua	-	Excluyente
"Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía" de Solángel García-Ruiz, Armando Vásquez Barrios, Alejandro	RBC, experiencia de sistematización en la República de Argentina.	Descargado en PDF	475-498	Argentina	Cono sur	-

Guajardo Córdoba						
---------------------	--	--	--	--	--	--

Instrumento N2

Rehabilitación basada en la comunidad																				
Número de Programa	Nombre del Programa	Fuente	Nodo	País donde se desarrolla el programa	Año de inicio del programa	Zona donde se desarrolla	Componente RBC					Actores			Organismo responsable de ejecutar el programa	Participación de OPD	Participación de TO	Fuente de financiación	Destinatarios del programa	Impedimentos en la implementación del programa
							Salud	Educac	Fort.	Social	Subsist	Familia	Profesionales	PCD						