

# MODELOS TEÓRICOS EN DISCAPACIDAD

Theoretical models in disability

**Paula Andrea Peña Hernández**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9918-2910>

✉ [paula.pena00@usc.edu.co](mailto:paula.pena00@usc.edu.co)

Universidad Santiago de Cali

**Andrea Patricia Calvo Soto**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1723-9021>

✉ [andrea.calvo00@usc.edu.co](mailto:andrea.calvo00@usc.edu.co)

Universidad Santiago de Cali

**Esperanza Gómez Ramírez**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

✉ [egomezr@endeporte.edu.co](mailto:egomezr@endeporte.edu.co)

Universidad Santiago de Cali

# 6

Capítulo

## Cita este capítulo

Peña Hernández PA, Calvo Soto AP, Gómez Ramírez E. Modelos teóricos en discapacidad. En: Calvo Soto AP, Gómez Ramírez E, Daza Arana J, editores científicos. Modelos teóricos para fisioterapia. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 149-177.



## INTRODUCCIÓN

### I. Fisioterapia y discapacidad

Para encontrar una relación bidireccional entre fisioterapia y discapacidad, es necesario definir de manera precisa estos dos conceptos. Desde la normatividad vigente en Colombia, La Ley 528 de 1999 en su definición de la profesión, resalta que la Fisioterapia "... orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social..." (1). Lo anterior indica, que se pueden hacer intervenciones en varios estadios del movimiento, es decir, se puede potencializar el movimiento, se puede hacer prevención de alteraciones del movimiento, se puede recuperar el movimiento, entre otras.

Sin embargo, cuando se habla de discapacidad, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, resalta que "es un término que engloba las deficiencias en estructuras y funciones corporales, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación", es decir, que la discapacidad es la consecuencia de contar con problemas en la anatomía y fisiología corporal; sumado a las dificultades en el desempeño o realización de actividades; y a los problemas del individuo al involucrarse en situaciones consideradas como vitales (2).

Lo anterior permite hacer algunas interpretaciones en términos del quehacer profesional, pues es posible llevar a cabo acciones de prevención de discapacidades, pero no siempre es posible recuperar y/o rehabilitar en un cien por ciento el movimiento alterado, y es aquí, donde el profesional en fisioterapia también juega un papel fundamental, pues es el encargado de mantener y potencializar el movimiento conservado, pero además de cumplir con la optimización en la calidad de vida de las personas contribuyendo al desarrollo social.

Desde esta perspectiva, es importante que el profesional en fisioterapia conozca la evolución histórica de los modelos teóricos de discapacidad, ya que el saber identificarlos y clasificarlos, guiará su actuar profesional que impactará positiva o negativamente sus intervenciones; pero además, determinará el alcance de sus acciones, no solo desde los diferentes campos de actuación y competencias que exigen los entes gremiales; sino que también orientarán

sus actividades de investigación básica y aplicada, que por obligación deben contar con un sustento teórico argumentado.

## **II. Caracterización de la discapacidad**

Es importante identificar la magnitud de la discapacidad a nivel mundial y nacional, ya que existen diferentes desafíos de los profesionales no solo de la salud, sino de otras áreas del conocimiento en los procesos de rehabilitación, cuyo propósito consiste en el logro de la inclusión de las personas a las actividades que le corresponden como ciudadano, y más aún, el desafío de los profesionales relacionado con la prevención (3).

Según el Informe Mundial de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento (3). Para América Latina, es posible estimar que más de 70 millones de personas viven con alguna discapacidad, lo que equivale a un 12,6% de la población de América Latina y a un 6,1% de la población del Caribe (4).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social en 2017 presentó una sala situacional de las personas con discapacidad donde expresa que el país no tiene una cifra exacta de discapacidad (5). Sin embargo, el último Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de 2005 captó a 2.624.898 personas que refirieron tener alguna discapacidad, que corresponde al 6,1% del total de la población (6). Desde el año 2002 a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), se han identificado 1.342.222 personas, correspondiente al 2,6% (5).

Los datos anteriores dan cuenta de la necesidad de abordar la población con discapacidad, debido a que la tendencia de estas cifras es hacia el aumento (3), demandando que se le preste atención no solo desde el área de la salud, sino desde otras áreas del conocimiento, ya que el concepto de discapacidad y sus implicaciones requiere de un trabajo desde la lógica disciplinar, pero además desde la inter y transdisciplinariedad.

Estas nuevas lógicas de trabajo son las que pueden dar respuesta y solución a las necesidades propias de la población, ya que las personas con discapacidad tienen los más bajos resultados en aspectos de salud, educación, participación laboral, participación social, entre otras; lo que genera tasas muy altas de pobreza, marginación y mendicidad (3).

Es por esto que la discapacidad se ha convertido para la profesión de la Fisioterapia en un área de interés tanto de investigación como de intervención, no sólo desde el ámbito clínico, sino desde el ámbito social; lo que está obligando a la profesión a evolucionar en la forma en como ha visto históricamente la discapacidad pasando de situarla en la persona y en las deficiencias corporales, a la relación dinámica entre esas deficiencias corporales de un ser humano pensante, sintiente y actuante; con un entorno social que también contribuye a aumentar o disminuir la discapacidad (2).

### **III. Modelos teóricos en discapacidad aplicables a la Fisioterapia**

#### **A. Modelo de prescindencia o tradicional**

Según la Real Academia de la Lengua Española la palabra “prescindir” significa separar, desgarrar, evitar algo o pasarlo en silencio. En este aspecto, este modelo pretendía eliminar, acabar, esconder o desaparecer a las personas con discapacidad, a la vez que intentó dar una explicación a su origen desde las creencias religiosas.

Este modelo tradicional comprende la discapacidad como una consecuencia del pecado o de llevar una vida lejos de los propósitos del bien o resultado de la brujería (7). Es entendida como un castigo en el que, sobre todo los padres, debían enfrentar una carga, terminando en prácticas eugenésicas que buscaban la aplicación de leyes biológicas para llevar a cabo los “buenos nacimientos”. Con estas prácticas se llevaron a cabo muchos infanticidios de niños y niñas con discapacidad; y donde no se conseguía la prescindencia a través de los homicidios, entonces se optó por marginarlos y excluirlos (8).

Las actitudes de exclusión de la sociedad se debían a la concepción maligna del origen de la discapacidad, pues estar cerca de ellas podía considerarse peligroso o maleficioso. El miedo es la respuesta social hacia la discapacidad, pero la necesidad de sobrevivir hizo que fueran objeto de caridad. En este aspecto, se podría pensar que este modelo ya no es vigente en el mundo, sin embargo en varios países, incluido Colombia, aún continúan algunos rezagos, dado que existen padres que esconden a sus hijos con discapacidad (9), las personas con discapacidad siguen siendo objetos de caridad; pues en el país hay instituciones que promueven la lástima y la compasión pública para la recaudación de fondos; mientras que en otros países como Estados Unidos, se logró desde los años 70 la suspensión de estas prácticas asistencialistas (10), y, dentro del

aborto en Colombia, las malformaciones inviábiles con la vida de un feto, son una causal que despenaliza esta práctica (11).

Este modelo vulnera los derechos fundamentales en condiciones de igualdad para todos los seres humanos independiente de su condición, física, social, cultural, religiosa, entre otras. Además, ilegitima la discapacidad como una posibilidad más de ser humano, es decir, que cualquier persona desde su diversidad, esta propenso a padecerla, siendo este el sustento del modelo universal de la discapacidad. Por otra parte, también se transgrede la capacidad que tienen todas las personas de tomar decisiones por su propia voluntad al considerarlas interdictos, lo que implica que otra persona o personas, tienen la facultad de tomar decisiones por ellos sin que exista la obligación de consultarles, actuación protegida desde el marco jurídico colombiano, pero que desde el año 2017 se pretende eliminar a través de un proyecto de ley que busca devolverles la capacidad jurídica a las personas con discapacidad para que puedan decidir sobre los diferentes aspectos de sus vidas (12).

**Figura 1. Modelo de prescindencia o tradicional.**



**Fuente: Discapacidad y modelos. Fabián Benavides. 2015<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Intercede por acabar con las vidas de las personas con discapacidad o en el mejor de los casos marginarlas. Señala además que las personas con discapacidad no contribuyen a la vida de la comunidad, por lo tanto no son necesarias.

## B. Modelo médico o rehabilitador

Este modelo tiene bases científicas y productivas. La cantidad de soldados mutilados que dejaron las guerras obligaron a abandonar la idea de que la discapacidad se originaba por castigos divinos, y se entendió que la discapacidad responde a causas de tipo biológico. Se consideró la “enfermedad” o “ausencia de salud” como sinónimos de la discapacidad susceptibles de recibir tratamiento.

De este modo, las personas con discapacidad dejaron de marginarse, y se comprendió que estas personas podían aportar a la sociedad siempre y cuando estuvieran sometidas a un proceso de rehabilitación. Aquí nace el concepto de normalización, ya que una discapacidad se considera algo “anormal”, que con un proceso de rehabilitación conseguiría la “normalidad” (13).

Esta visión reducida de la discapacidad, no es consecuente con la realidad que viven muchas personas. La evaluación de los aspectos biológicos en las estructuras y funciones del cuerpo se hace en clínicas, hospitales y consultorios, donde se cuenta con diversidad de ayudas y tecnología para facilitar el logro de actividades, que como ejemplo son todos aquellos equipos, dispositivos, materiales y tecnología que se utilizan para la rehabilitación de la marcha. Esto hace que este modelo no dé respuesta completa a las necesidades y limitaciones de las personas, pues como se entiende que la discapacidad está en el “cuerpo físico”, la rehabilitación se centra en recuperar únicamente la alteración corporal (14, 15).

Es aquí, donde se ponen en práctica algunos de los modelos de atención en medicina como el “Modelo de atención centrada en la enfermedad” donde el médico rehabilitador únicamente se preocupa por “evaluar” y “curar” la enfermedad que aqueja a las personas, sin importar hechos aparentemente aislados que pudieran dar origen a los síntomas, es decir, se trata de dar una explicación orgánica a la aparición de enfermedades, sin tener en cuenta aspectos familiares, sociales o psicológicos.

Es por esto, que nacen nuevas teorías como el “Modelo de atención centrada en el paciente”, donde además de enfocarse en la enfermedad, se priorizan otros aspectos del entorno mediato de la persona que cuando se abordan, son coadyuvantes de los procesos de rehabilitación (16). Consecuentemente en el modelo médico rehabilitador de la discapacidad, no se tiene en cuenta el entorno familiar, social, ni las necesidades psicológicas, entre otros aspectos,

que hoy por hoy se reconocen también como elementos determinadores de la discapacidad.

Desde otra perspectiva y como base de un modelo científico, se entiende que es el médico el que tiene el conocimiento y el poder de decidir sobre la rehabilitación de las personas. Sin embargo, estas bases científicas tienen un origen éticamente discutible, ya que se llevaron a cabo diferentes experimentos en seres humanos poniendo en riesgo la integridad física y la vida de muchos de ellos. Dada la gravedad de los hechos, surgieron diversos marcos éticos médicos como Nuremberg, Helsinki, entre otros, que protegen la deformación ética de esta profesión (17).

Es por esto, que un individuo con discapacidad asume el rol de “paciente”, es decir que, es un sujeto pasivo quien solo espera resultados del proceso. Esto hace que, como consecuencia, se genere poco compromiso con la rehabilitación, una gran responsabilidad del equipo rehabilitador dado que el éxito o fracaso es únicamente su obligación, y favorece el trato deshumanizante ya que existe una relación de subordinación dada por el poder que genera la posesión del conocimiento científico, sobre quienes no lo tienen (18).

**Figura 2. Modelo médico o rehabilitador.**



**Fuente: Discapacidad y modelos. Fabián Benavides. 2015<sup>2</sup>.**

<sup>2</sup> La discapacidad es considerada un problema únicamente de salud, es consecuencia es un asunto médico y por lo tanto la solución está basada en expertos que lo que pretenden es normalizar las deficiencias.

### C. Modelo social o constructivista

El modelo social nace como una crítica al modelo descrito anteriormente. Este modelo ubica la discapacidad dentro de la sociedad y no en el individuo, haciendo de la discapacidad un asunto colectivo y definiéndola como resultado de la opresión y la exclusión social. En este sentido, se caracteriza por mayor reconocimiento legal, aceptación a la diversidad e inclusión social. Además, por la comprensión de que las personas con discapacidad son útiles en la sociedad, siempre que la sociedad se enfoque en lograr la igualdad de las personas independientemente de sus características individuales (7, 14).

El no compartir la visión del modelo médico hace que no se consideren las patologías o enfermedades como origen de la discapacidad. Más bien, es el resultado de la imposibilidad de la sociedad de disponer de mecanismos que garanticen la plena inclusión de las personas. Por ello, la discapacidad se considera el resultado de un “ambiente discapacitado” (10). Esto movilizó que muchas instituciones a nivel internacional y varios países, crearan leyes generales y específicas para educación, empleo, derechos y accesibilidad (14).

La década de 1970, fue clave en la creación de normatividad a favor de la discapacidad como una forma de responder al principio de “normalización” que más que individual, se pretendía normalizar la sociedad, dejando claro que la participación de las personas es reducida no por las características del individuo, sino por el entorno. En este aspecto, se inicia la lucha en contra de la medicalización e institucionalización de las personas con discapacidad (19).

La medicina quien protagonizaba la determinación de la discapacidad en el modelo rehabilitador debe abandonar este rol, pues no es el médico el que debe decidir sobre la forma de vivir de las personas con discapacidad; son ellas mismas las que tienen el poder y la autodeterminación de elegir vivir libremente. Es así, como la medicina y la ciencia debe seguir su curso para encontrar soluciones frente a los aspectos biológicos de la discapacidad; mientras que las sociedades, deben continuar avanzando en garantizar los derechos y el acceso a oportunidades en condiciones de equidad de este colectivo que ha sido vulnerado históricamente (13).

Este modelo a pesar de ser más amplio que los anteriores, no se libró de críticas, pues es una perspectiva más amplia, pero a la vez reduccionista de la discapacidad, porque la ubica solo en el entorno y no en las características personales. Hoy en día se conoce que la discapacidad es multidimensional, es decir,

que su determinación no solo implica aspectos individuales, sino ambientales, culturales, sociales, psicológicos, físicos, entre muchos más (3, 13, 20).

**Figura 3. Modelo social o constructivista.**



*Fuente: Modelo social de la discapacidad basada en los derechos humanos. (s.f)<sup>3</sup>.*

#### **D. Modelo universal o universalizante**

El movimiento social generó una mirada universal de la discapacidad. Esta visión explica que las sociedades deben transformarse dado que la discapacidad es un fenómeno inherente al ser humano, es decir, que de manera aleatoria, cualquier persona independiente de su estrato, religión, etnia, género o edad, es susceptible de cursar con una discapacidad, ya sea por orígenes médicos, ambientales, hereditarios, laborales o del curso de vida, que obligan a las sociedades a estar preparadas para dar solución a las diferentes problemáticas que enfrente una persona que nace o adquiere una discapacidad (10). En este modelo, la discapacidad ya no es de minorías, sino que afecta a la sociedad en general (21).

<sup>3</sup> La discapacidad es considerada un problema del entorno o de la sociedad, es consecuencia de la falta de accesibilidad y de oportunidades y las personas con discapacidad son considerados como una minoría oprimida.

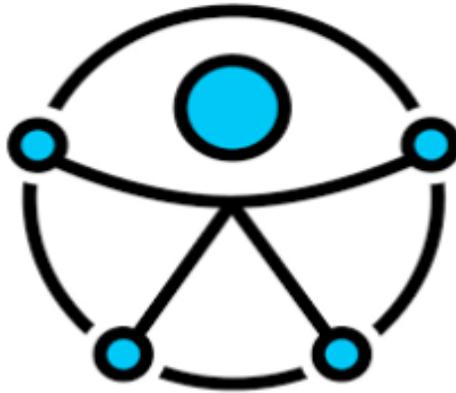
De aquí nace una perspectiva relacional propuesta por la Organización Mundial de la Salud, desde donde se concibe una correlación bidireccional entre el individuo y el entorno (3). Aquí, se concibe el cuerpo y la mente en constante riesgo. Es solo cuestión de tiempo para que la discapacidad haga su aparición, pues la llegada de la vejez es inevitable y es una etapa de la vida donde las probabilidades de padecerla son considerablemente elevadas.

Desde esta perspectiva, todo individuo durante en el transcurso de su vida experimentará una discapacidad ya sea temporal o permanente (22). Aquí se entiende que ser humano significa, en esencia, ser limitado per se, o, dicho de otra manera, ser relativamente incapaz; de forma que no hay ser humano que posee un total repertorio de habilidades que le permita enfrentarse a las múltiples y cambiantes demandas de la sociedad o del entorno (3).

El modelo universal también se ve reflejado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, específicamente en su artículo 9 donde describe la Accesibilidad (23). Este documento aborda el concepto e implicancias de una de las herramientas principales para garantizar que las personas con discapacidad puedan gozar y ejercer sus derechos en condiciones de igualdad y de no discriminación por motivo de discapacidad. Igualmente, desde una interpretación sistemática, se desarrollan algunos conceptos que forman parte del mismo contenido esencial del derecho a la accesibilidad, como lo son el diseño universal para todos y la adopción de ajustes razonables (24).

Los conceptos anteriores son aplicables al modelo universal de la discapacidad. Por ejemplo, el diseño universal es la simplificación en la manera más sencilla de hacer las tareas cotidianas mediante el diseño y construcción de productos, servicios, entornos y tecnología susceptible de uso por todas las personas sin importar su edad o habilidades; los ajustes razonables, en el mismo sentido, son modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para el goce y ejercicio de sus derechos. Estos elementos, van más allá de la discapacidad, incluyendo condiciones diferenciales de la humanidad como personas de muy baja o muy alta estatura, personas con alteraciones cardiovasculares, entre otros, que pretenden no segregar ni estigmatizar a ninguna persona independiente de su condición (25).

**Figura 4. Símbolo internacional de accesibilidad universal para que el mundo sea diseñado y utilizado por todos.**



*Fuente: Unidad de Diseño Gráfico del Departamento de Información Pública de la Organización de las Naciones Unidas. 2015<sup>4</sup>.*

### **E. Modelo político activista o sociopolítico**

El modelo político activista es una derivación del modelo social y es una visión más política y organizativa de esta minoría. Este modelo, no comprende ni acepta como única definición de discapacidad la que proponen organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, centrada en el modelo médico rehabilitador, que considera a las personas como seres pasivos, receptores de una atención en salud, que como consecuencia, han generado una represión y negación del reconocimiento como seres sintientes y experienciales (26).

Este modelo es una crítica aguda al rol que desempeñaban los profesionales de la salud, y representa la defensa de una alternativa de carácter político más que científico. Esta última, de alguna manera refleja la insuficiente actuación de la salud ante la resolución de la rehabilitación de las personas con discapacidad. Los activistas con discapacidad afirman que las limitaciones que enfrentan día a día, no son el resultado de sus deficiencias médicas, sino del abandono socio político

<sup>4</sup> A fines de 2015 la Organización de las Naciones Unidas creó un nuevo logo para simbolizar la accesibilidad universal, cambiando el clásico símbolo del hombre en silla de ruedas por otro que parece estar en movimiento, porque, "el logo antiguo muestra a las personas con discapacidad como impotentes y desvalidos", en cambio esta nueva imagen quiere representar la inclusión y poner el foco en la accesibilidad en vez de en la discapacidad.

al que históricamente han sido expuestas. De ahí, que el actuar e incidencia de estos modelos, no se centre en el ámbito sanitario sino en el ámbito social (27).

Este modelo promueve los movimientos de los derechos civiles, con la finalidad de constituir un colectivo formado por personas que comparten las mismas características y una identidad construida que les permita crear unas condiciones positivas de vida y gozar de experiencias enriquecedoras. Los movimientos organizados aparecen con fuerza y se hace común encontrar grupos de “personas con discapacidad” o denominada también la “comunidad de personas con discapacidad” (26).

Un claro ejemplo de movimientos activistas fue el denominado “Vida Independiente”, propuesta que nace en la década de los 70 en Estados Unidos pero conjuntamente varios países ya reclamaban la independencia. Este movimiento estimuló a que las propias personas con discapacidad se emanciparan de su situación y se incluyeran en la investigación y solución a sus necesidades. La filosofía de este movimiento es “Nada de nosotros, sin nosotros” donde se hace alusión a que ninguna persona que no comprenda lo que se siente y vive con una discapacidad, podrá resolver sus inequidades (24).

**Figura 5. Modelo político activista o sociopolítico.**



**Fuente: Foro de vida independiente y diversidad. España, 2018<sup>5</sup>.**

<sup>5</sup> Es una expresión utilizada para comunicar la idea de que no puede decidirse una política sin contar con la participación completa y directa de los miembros del grupo afectado por dicha política. El término en inglés «Nothing about us without us» comienza a utilizarse en los años 1990. El activista James Charlton relata haber escuchado el término por parte de los activistas sudafricanos por los derechos de las personas con discapacidad, Michael Masutha y William Rowland, a partir de activistas del este europeo en conferencias sobre los derechos para las personas con discapacidad. En 1998, Charlton utiliza la frase como título de un libro sobre estos derechos.

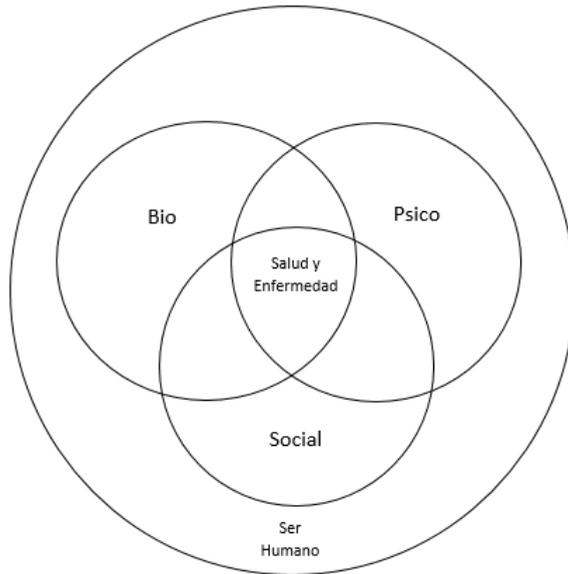
## **F. Modelo biopsicosocial**

Este modelo tiene sus inicios en 1977 por George Engel y cuenta con dos vertientes: a) un modelo de causación superador del modelo clásico de causa-efecto, y b) la apuesta por dar la palabra al paciente en el proceso asistencial, pasando de ser objeto a sujeto.

Engel criticaba constantemente a las ciencias biomédicas por aislar componentes de la vida de los seres humanos como los aspectos psicológicos y afirmó que se enmarca dentro de la teoría general de sistemas; así pues, es un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud. Uno de esos roles inicialmente puede ser el de paciente, pero a medida que completa su proceso de rehabilitación, ese papel cambia o se transforma en otro u otros que obedecen a lugares, contextos o entornos en donde la persona decida pertenecer (28).

En este sentido, se entiende que el estado del funcionamiento, discapacidad o salud de las personas, dependen de su estado físico, psicológico o social, y en este mismo sentido, la intervención del individuo debe abarcar estas tres esferas. El modelo es explícito en afirmar, que solo considerando a las personas en toda su magnitud, se puede garantizar un proceso de rehabilitación integral que cuyo fin último debe ser la inclusión social (29). El modelo biopsicosocial proporciona una amplia posibilidad de acercamiento a la comprensión del estado de funcionamiento, salud y discapacidad que carece de gran estructuración y límites entre estos sistemas y entre los profesionales que abordan y se especializan en dividir al ser humano. Pero que al mismo tiempo, es flexible en la comprensión de los diferentes determinantes de la salud de los seres humanos (29).

**Figura 6. Modelo biopsicosocial.**



*Fuente: Influencia de la autoeficacia, las emociones negativas, la espiritualidad y el apoyo social sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Guerra y Vinaccia. 2014<sup>6</sup>.*

## **G. Modelo de rehabilitación basada en comunidad**

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) se creó en 1978 por la Organización Mundial de la Salud que la definió como “la estrategia que promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y demás ciudadanos, para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad” (30). Esta estrategia, cuenta con unos componentes que permiten la participación del colectivo con discapacidad en sectores como: salud, educación, social, subsistencia y fortalecimiento, que en conjunto generarán procesos comunitarios inclusivos. Nace con el propósito de “reducir la pobreza y propender por el desarrollo comunitario, la igualdad de oportunidades, la integración social, la atención sanitaria y la rehabilitación” (31).

<sup>6</sup> Se refiere al enfoque que atiende la salud de las personas a partir de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo entiende que el bienestar del hombre depende de las tres dimensiones: no alcanza con que el individuo esté sano físicamente desde el aspecto biológico.

La RBC en esencia, promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en una comunidad específica. Esto se da, gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros (30); y se compone de conjunto de sectores que busca mitigar las barreras en busca de la inclusión y la participación de las personas con discapacidad.

Los componentes que forman parte de la estrategia son: 1) Salud: se busca alcanzar excelentes servicios de salud basándose en cinco áreas claves como son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención médica, la rehabilitación y los dispositivos de asistencia personal (1). 2) Educación: se brinda desarrollo académico y social aplicando el aprendizaje de braile, lenguaje de señas, entre otros, para facilitar el acceso a ambientes educativos regulares. También se propende por llegar y permanecer con éxito en la educación superior desde la inclusión (31, 32). 3) Subsistencia: se brindan oportunidades mediante la capacitación y búsqueda de una actividad laboral para que obtengan un empleo y con ello satisfagan sus necesidades. Se facilita la consecución de ingresos suficientes para llevar una vida digna y económicamente independiente, aportando a sus familias y comunidades. 4) Social: brinda la oportunidad de participar en las actividades sociales como las recreativas, deportivas, culturales y judiciales, a la vez que permiten el desarrollo personal, influyendo en el fortalecimiento de la identidad, autoestima, calidad de vida y condición social de la persona con discapacidad. Finalmente, 5) Fortalecimiento: “se enfoca en la importancia de fortificar a las personas en situación de discapacidad, sus familias y comunidades facilitando la inclusión de la discapacidad en cada sector y asegurar que todas las personas son capaces de acceder a sus derechos y beneficios” (30). En este componente se promueven cambios con respecto al pensamiento tradicional, indicando un distanciamiento con el modelo médico, y mostrando un nuevo camino hacia un modelo inclusivo fundamentado en la comunidad.

**Figura 7. Matriz de Rehabilitación Basada en la Comunidad.**



**Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guías para la RBC. Folleto Introducción. 2012<sup>7</sup>.**

## H. Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad

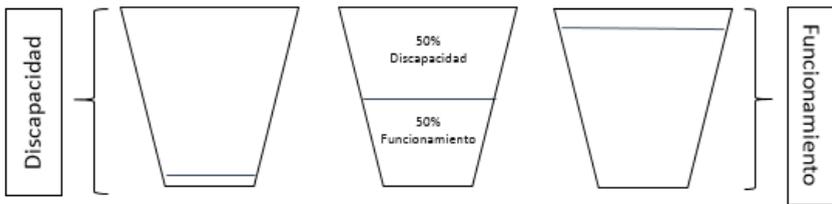
El Funcionamiento de un individuo se entiende como “una relación y/o interacción compleja entre la condición de salud y los factores contextuales”. Además, es un término genérico que incluye funciones y estructuras corporales, actividades y participación. Su nombre indica únicamente los aspectos positivos de la interacción entre el individuo con una determinada condición de salud y sus factores contextuales (ambientales y personales). Por su parte, la condición de salud es un término que incluye enfermedad, trastorno, traumatismo y lesión. Puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas (2).

Este modelo usa además como término contrario al funcionamiento, la discapacidad, y la define como término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, e indica únicamente los aspectos negativos de la interacción de un individuo con una condición de salud determinada y sus factores contextuales. En esta interacción dinámica entre

<sup>7</sup> La RBC es una estrategia multisectorial que nace del fracaso de los profesionales de la salud en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad gracias a la centralización de los servicios. Las personas con discapacidad de zonas apartadas no lograban tener estos beneficios por lo que en 1978 la Organización Mundial de la Salud creó el modelo integral de atención denominado Atención Primaria en Salud en donde nace la Rehabilitación Basada en Comunidad RBC.

ellos, se tiene el potencial de modificar uno o más de los otros componentes, que son específicos y no siempre se dan en una reacción predecible, puesto que impacta en más de una dirección. Por lo anterior, se puede presentar la situación en donde la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. En este modelo se entiende el funcionamiento y la discapacidad como un continuo (2).

**Figura 8. Funcionamiento y Discapacidad como un continuo.**



*Fuente: Centro Chileno de Referencia en Clasificaciones de Salud, 2012<sup>8</sup>.*

## I. Modelo ecológico de la discapacidad

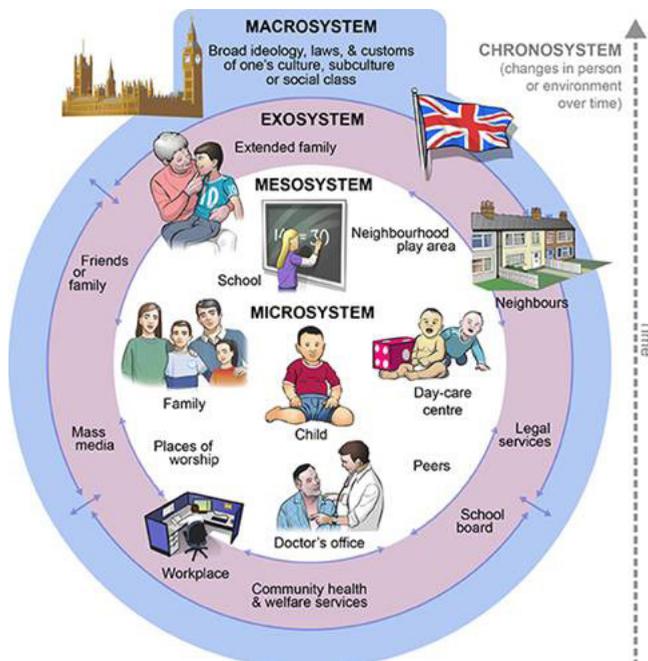
El otro modelo que se utilizó para el concepto de discapacidad fue el modelo ecológico creado por Bronfenbrenner en 1979. Es un modelo que nace desde la psicología, pero que gracias a la interdisciplinariedad se acoge a otras áreas del conocimiento, y que se considera útil para procesos de intervención en discapacidad no solo desde la visión de las ciencias de la salud, sino como una situación por la que puede atravesar un ser humano en cualquier etapa del curso de su vida con un origen en la condición de salud. En esta propuesta, se proporciona un marco general de comprensión de la discapacidad partiendo de la condición de salud, pero ampliándolo a otros sistemas de intervención que posibiliten el éxito en los procesos de rehabilitación (33).

Bronfenbrenner propuso en su teoría ecológica cuatro sistemas que operan en conjunto para impactar directa o indirectamente el comportamiento de una determinada situación, estos sistemas son: 1) Microsistema: es el nivel del entorno inmediato que incluye a la persona en desarrollo, las relaciones más

<sup>8</sup> El funcionamiento y la discapacidad son términos contrarios pero a la vez complementarios. Lo que pretende explicar este modelo en sentido figurado, es que un cuerpo humano sano tiene un funcionamiento del 100%. Cuando en ese cuerpo acontece una discapacidad, ese porcentaje de funcionamiento disminuye, ejemplo en un 50% dependiendo las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Sin embargo, el porcentaje restante que no está afectado por la discapacidad, es decir el otro 50%, es el funcionamiento restante.

próximas y la familia. Este contiene tanto el contexto efectivo y positivo del desarrollo humano, como el contexto destructivo o negativo para él; 2) Meso-sistema: en este nivel inicia la relación entre los microsistemas, se establece de forma bidireccional entre dos o más entornos, de acuerdo con la interacción entre la persona y el ambiente. Incluye la familia, el trabajo y la vida social; 3) Exosistema: comprende uno o más entornos que no incluyen a la persona como participante activo, pero que las consecuencias o hechos afectan el desarrollo y comportamiento de la persona. Encierra las actividades realizadas en el barrio, la comunidad, familia extensa o círculo de amigos; y finalmente, 4) Macrosistema: en este nivel la persona se ve afectada por hechos en los que no está presente. El ambiente es generado principalmente por la cultura, las costumbres de cada país, ciudad o región, el sistema económico y las normas que rigen a la sociedad.

Figura 9. Modelo ecológico de la discapacidad.



Fuente: *Relevancia del trabajo social en el nuevo paradigma de atención temprana. Universidad Internacional de Valencia. 2017<sup>9</sup>.*

<sup>9</sup> Expone que la discapacidad resulta de la interacción entre la persona y el ambiente en el que vive. Define el desarrollo de los individuos a través de diferentes ambientes en los que se mueve y que influyen consecuentemente en sus cambios y desarrollo cognitivo, moral y relacional.

## **J. Modelo de diversidad funcional**

Este término nace en el Foro de Vida Independiente que se llevó a cabo en el año 2005. Este foro comparte la filosofía del movimiento de Vida Independiente que nace en EE.UU a finales de los años 60 y que desde el año 2001, es una comunidad virtual de hombres y mujeres con diversidad funcional que trabaja por la reivindicación de las demás personas con su misma condición identitaria de España. El modelo de diversidad funcional es un nuevo término que nace posterior a la CIF, y se argumenta basado en que a pesar de que la OMS hace grandes esfuerzos por ubicar la discapacidad en el entorno más que en el individuo; aún hace acotación en aspectos negativos utilizando términos como déficit, limitaciones, restricciones, barreras y discapacidad. Esto hace que aún no se evidencie un aspecto tan siquiera neutro o deseablemente positivo de la diversidad funcional de las personas.

Este término busca un lugar intermedio, ni es bueno ni es malo, es decir, las personas con diversidad funcional son diferentes. En ese sentido, dadas las condiciones del entorno se ven obligados a realizar las mismas tareas, pero de manera diferente. Por ejemplo, una persona sorda se comunica a través de las señas y las otras personas a través de las palabras; sin embargo, la función es la misma, la comunicación.

Desde el año 2005 este término ha sido ampliamente utilizado y aceptado entre las personas con y sin diversidad. Se han incluido acrónimos para facilitar su uso y recordación como PDF (Persona con Diversidad Funcional). Carlos Egea hizo una crítica al término de diversidad funcional sugiriendo que se utilizará preferiblemente el término funcionalidad diversa, donde se da más peso en el sustantivo que al adjetivo, que sería lo diverso. Este cambio no fue aceptado por la comunidad, pues básicamente se entiende que es el primer término sin carácter negativo ni médico de la visión de la una realidad humana que hace énfasis en la diferencia y diversidad, donde finalmente caben todos los seres humanos (34, 35).

**Figura 10. Movimiento de vida independiente. EE.UU. Finales de los años 60.**



*Fuente: Movimiento de Vida Independiente: qué es y cómo ha transformado la sociedad. Grecia Guzmán. 2018<sup>10</sup>.*

## K. Enfoque de derechos

El enfoque de derechos es el resultado de un rediseño de la política pública de discapacidad en Colombia que se fundamentaba en el enfoque social del riesgo del pasado CONPES 80 de 2004. Ahora, en el actual CONPES 166 de 2013, las acciones y puesta en marcha de la política, se sustenta en el enfoque de derechos. Este ajuste nace como una manera de responder a las directrices mundiales articuladas con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, que promulga el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (36).

En el anterior abordaje de la discapacidad basado en el manejo social del riesgo, “se establecieron estrategias para la prevención del riesgo, mitigación y superación de la discapacidad para las personas, sus familias, organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones. El documento estableció intervenciones para evitar la discriminación, la exclusión, igualdad

<sup>10</sup> El Movimiento de Vida Independiente es el resultado de la organización de las personas con discapacidad y del fortalecimiento de sus organizaciones. Se sugieren cambios sociales para la plena participación de las personas con discapacidad.

de oportunidades, habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad” (36).

Por el contrario, en el actual enfoque de derechos, primero se trasciende el asistencialismo y paternalismo del Estado en la resolución de problemáticas en torno a la discapacidad, hacia políticas de desarrollo humano centrada en el goce pleno de derechos. De esta forma, la política facilita el desarrollo, la seguridad y el ejercicio de los derechos humanos basados en un enfoque diferencial. Ésta política incluye “el acceso a bienes y servicios con criterios de pertinencia, calidad y disponibilidad; procesos de elección colectiva, la garantía plena de los derechos de los ciudadanos y la eliminación de prácticas que conlleven a la marginación y segregación de cualquier tipo” (36).

**Figura 11.** *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas. 2006.*



**Fuente:** *Junta de Andalucía. Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad. 2008<sup>11</sup>.*

<sup>11</sup> La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es muy importante dado que pretende que la discapacidad sea entendida en todo el mundo como un problema de derechos humanos. Es un instrumento para garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a los mismos derechos y oportunidades que los demás.

**Tabla 1. Modelos teóricos en discapacidad.**

Nombre	Autor	Año	Definición del problema	Localización del problema	Solución al problema
<b>Modelo médico o rehabilitador</b>	Nagi	1965	El problema es la deficiencia física, sensorial o mental de la persona y en su falta de capacidad para ser productivo	Está en el cuerpo del individuo con discapacidad	Está en el proceso de rehabilitación que lleven a cabo los profesionales de la salud.
<b>Modelo social o constructivista</b>	Unión de discapacitados físicos contra la segregación	1976	El problema es la sociedad que no está preparada para brindar libertad y disfrute de derechos a las personas con discapacidad	Está en la sociedad y en el entorno que rodea las personas con discapacidad	Está en cambiar el foco de atención en la persona una sociedad que incluye el ambiente, la cultura, el aspecto político y social.
<b>Modelo biopsicosocial</b>	Engel	1977	El problema es el aislamiento por parte de los profesionales de los componentes de la vida de los seres humanos como los aspectos psicológicos	En los pensamientos clásicos de ver la salud y enfermedad/ discapacidad como efectos de una causa, explicándola de manera lineal	Esta tanto en los profesionales de salud al superar la mirada tradicional de los estados de salud y en las personas con discapacidad al asumir un rol más activo que pasivo en la rehabilitación
<b>Modelo de rehabilitación basada en comunidad</b>	Organización Mundial de la Salud	1978	El problema es la centralización de los servicios sanitarios, educativos, sociales de empleo, entre otros de difícil acceso para las personas con discapacidad	En el poco acceso a los servicios de rehabilitación de las personas con discapacidad, específicamente en los países de bajos y medianos ingresos	Está en los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales

Nombre	Autor	Año	Definición del problema	Localización del problema	Solución al problema
<b>Modelo ecológico de la discapacidad</b>	Bronfenbrenner	1987	El problema es la poca comprensión de que la capacidad de formación de un sistema, depende de la existencia de las inter-conexiones sociales entre ese sistema y los otros.	En la experiencia tanto objetiva como subjetiva de las personas que viven en un determinado ambiente o con una determinada condición. Esta experiencia determinará la conducta del individuo	Está en la participación del individuo en los diferentes sistemas y en la mirada de la comunidad como un agente educativo susceptible de influir en el desarrollo de una persona con discapacidad
<b>Modelo político activista</b>	Oliver	1990	El problema está en el rol que desempeñaban los profesionales de la salud y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico	En la sociedad y en la falta de emancipación de las personas con discapacidad para solucionar las dificultades	Está en el empoderamiento de las personas con discapacidad para actuar con incidencia en ambientes más que sanitarios, políticos
<b>Modelo de prescindencia o tradicional</b>	Casado	1991	El problema es la existencia de personas con discapacidad porque se consideran una carga para la sociedad	Está en el pecado, maleficio o brujería de los padres de la personas con discapacidad	La prescindencia, las prácticas eugenésicas, la marginación, la caridad y la exclusión.
<b>Modelo del funcionamiento y de la discapacidad</b>	Organización Mundial de la Salud	2001	El problema es tanto una mirada positiva en el funcionamiento y negativa en la discapacidad que son un continuo y están determinados por la condición de salud y su interacción con los factores contextuales	En la mirada frecuentemente pesimista y negativa de la discapacidad enfáticamente de los profesionales de la salud	Está en el cambio de paradigma de una mirada únicamente negativa de la discapacidad a una mirada neutra y positiva incluyendo el término funcionamiento como un continuo de la primera

Nombre	Autor	Año	Definición del problema	Localización del problema	Solución al problema
<b>Modelo de diversidad funcional</b>	Foro de vida independiente	2005	El problema es que personas ajenas a la discapacidad siguen estudiándola y nominándola sin tener en cuenta la opinión de las mismas personas que la viven	En el uso de términos negativos para referirse a la discapacidad, lo que refuerza en la comunidad la idea de que una discapacidad es negativamente una situación “no normal” e “infrecuente”	Está en la propuesta del uso de una terminología novedosa, que nace de las mismas personas con discapacidad donde la connotación negativa deja de existir y se vuelve neutra con tendencia al positivismo
<b>Enfoque de derechos</b>	República de Colombia basada en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006)	2013	El problema es el poco reconocimiento a los derechos de las personas con discapacidad como pilar fundamental para los procesos de inclusión social	En el tratamiento paternalista de la discapacidad basado en modelos que refuerzan el asistencialismo y la falta de autonomía y autodeterminación	Está en el reconocimiento de las personas con discapacidad como seres humanos equiparados a personas sin discapacidad expectantes del goce pleno de derechos

*Fuente: Elaboración propia basada en las revisiones de la literatura expuestas en las referencias bibliográficas.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Congreso de la República. Ley 361 de 1997. Diario Oficial 42978 del 11 de febrero de 1997.
2. Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
3. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. “Informe mundial sobre la discapacidad.” OMS 2011. Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/index.html](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html) [Consulta: ago. 2011].
4. Alméras D y Milosavljevic V. Informe Regional Sobre La Medición de La Discapacidad. Una Mirada a los Procedimientos de Medición de La Discapacidad en América Latina y El Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [internet]. 2014 [citado 14 mar 2019]. Disponible en: <https://www.cepal.org/>

- es/publicaciones/36906-informe-regional-la-medicion-la-discapacidad-mirada-procedimientos-medicion-la.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de las personas con discapacidad. Oficina de Promoción Social. 2017. Bogotá DC, Colombia.
  6. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2005-2006. Bogotá DC, Colombia.
  7. Sandoval Hugo, Pérez-Neri Iván, Martínez-Flores Francisco, Valle-Cabrera Martha Griselda del, Pineda Carlos. Disability in Mexico: a comparative analysis between descriptive models and historical periods using a timeline. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2017 Ago [citado 2019 Ene 24] ; 59 (4): 429-436. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342017000400012&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000400012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.21149/8048>.
  8. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Madrid, Ediciones CINCA [internet] 2008. [Citado 14 mar 2019]. Disponible en: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>.
  9. Ramírez Valbuena WÁ. La inclusión: una historia de exclusión en el proceso de enseñanza aprendizaje. *Cuadernos de Lingüística Hispánica* [revista en la Internet]. 2017. [citado 2019 ene 24]; (30), 211-230. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/clin/n30/0121-053X-clin-30-00211.pdf> <https://doi.org/10.19053/0121053X.n30.0.6195>
  10. Peñas Felizzola Olga. Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina* [revista en la Internet]. 2013 [citado 14 mar. 2019] 61. (2): 205-212. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39696/0>.
  11. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández; 2006 [visitado 2018 ene 12]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>.
  12. Puerto MC y León ER. Un debate entre lo personal y lo público: la interdicción como pretexto. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)* [revista en la Internet]. 2018 [citado 14 mar. 2019] 6(1), 75-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6450109>.

13. Toboso Martín M y Arnau Ripollés MS. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades [Internet]. 2008; 10(20):64-94. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28212043004>.
14. Seelman, Catherine. Tendencias en la rehabilitación y la discapacidad: transición desde un modelo médico a un modelo de integración”. *Disability world* Impreso. 2004.
15. Velarde-Lizama V. Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. Revista Empresa y Humanismo [intenet] 2012; VOL XV / N° 1 / 2012 / 115-136. Disponible en: <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/empresa-y-humanismo/article/view/4179/3572>.
16. Cuba-Fuentes María, Contreras Samamé Janet Angelina, Ravello Ríos Paúl Steve, Castillo Narro Miriam Aydeé, Coayla Flores Saúl Alan. La medicina centrada en el paciente como método clínico. Rev Med Hered [Internet]. 2016 ene [citado 2019 Mar 14]; 27(1):50-59. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100009&lng=es).
17. Riquelme U., H. La Medicina Bajo El Nazismo: Una Aproximación Histórico-Cultural. Tercera parte. Medicina U.P.B. [Internet]. 2004; 23(2):117-141. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159026103003>
18. Cabello Morales, E. (2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Revista médica herediana*, 12(3), 96-99.
18. Albarrán, A. Algunas Perspectivas y Modelos de Comprensión de la Discapacidad. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura [Internet]. 2015; XXI(2):127-165. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36448438007>
19. Hernández Ríos MI. El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *rev.ces derecho* [online]. 2015, vol.6, n.2 [citado 2019-03-14], pp.46-59. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-77192015000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192015000200004&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 2145-7719.
20. Cortes Reyes E; Riveros LT; Pineda Ortíz GA. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia. Revista de Salud Pública, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 129-137, ene. 2013. ISSN 2539-3596. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu>

- co/index.php/revsaludpublica/article/view/38196/62077>. Fecha de acceso: 14 mar. 2019.
21. Gómez Acosta CA y Cuervo Echeverri C. *Conceptualización de discapacidad: reflexiones para Colombia*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Bogotá. 2007 ISBN 9789587018523. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/2532/>.
  22. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.
  23. Victoria Maldonado JA. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Bol. Mex. Der. Comp.* [online]. 2013, vol.46, n.138 [citado 2019-03-14], pp.1093-1109. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 2448-4873.
  24. Arjona G. La accesibilidad y el diseño universal entendido por todos. De cómo Stephen Hawking viajó por el espacio. 2015. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4655>.
  25. Miguel Ángel Verdugo-Alonso, Carmen Vicent, Maribel Campo, Francisco de Borja Jordán de Urríes-Vega, Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante (en línea) 2001. Disponible en <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.4.1-5021/8.4.1-5021.PDF>.
  26. Vázquez JL. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. 2003.
  27. Céspedes Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Aquichán [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Nov 04]; 5(1):108-113. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100011&lng=en).
  28. Juárez, F. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research* [Internet]. 2011; 4(1):70-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299022819009>.
  29. Organización Mundial de la Salud. Guía para la rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Ginebra: OMS; 2012 [cited 2015 Jul]. Available from: <http://goo.gl/Eya6E9>.

30. Díaz-Aristizabal, U, Sanz-Victoria, S, Sahonero-Daza, M, Ledesma-Ocampo, S, Cachimuel-Vinueza, M, Torrico, M. Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012; 17(1):167-177. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622018>.
31. Velasco K, Sánchez M y Segovia P. Discapacidad e inclusión en la educación universitaria. Universidad Santiago de Cali; 2018.
32. Muñoz P, González M, Vásquez C, Velasco L, Arenas B, González L. Exclusión y Otredad: Prácticas de Convivencia en la Universidad. Universidad Santiago de Cali. 2018: p 173-184.
33. Pisonero S. La discapacidad social, un modelo para la comprensión de los procesos de exclusión. 2011. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/2879>.
34. Romañach J y Lobato M. Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de vida independiente*, 2005; 5, 1-8. Disponible en: [http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad\\_funcional.pdf](http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf).
35. González-Estrada, C, Sánchez-Rodríguez, M, González-Osorio, MF, Vásquez, CA, González-Restrepo, L. Educación y Estrategias didácticas para la educación inclusiva. En: Velasco-Vargas K, Sánchez-Rodríguez, SM, Segovia, P. Discapacidad e Inclusión en la Educación Universitaria. Primera edición. Cali Colombia. Editorial Universidad Santiago de Cali; 2018. p. 16-39.
36. Social Conpes. 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. Bogotá. 2013; Tomado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/CONP ES166. pdf>.