

## Características de acciones comunitarias por Terapeutas Ocupacionales en tres ámbitos de Latinoamérica

Conferencia presentada en el X Congreso Argentino y XIII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, IX Encuentro de Carreras y docentes Latinoamericanos y II Encuentro de la Red de Estudiantes de América Latina de Terapia Ocupacional, 23 al 27 de septiembre de 2019. San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Livet R. Cristancho González

### Livet R. Cristancho González

Livet Rocío Cristancho González, Terapeuta Ocupacional, Magister en Integración de Personas con Discapacidad. Magister en Salud Pública con Mención en Investigación de Sistemas y Servicios de Salud. Profesora de la carrera de Terapia Física, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

livet\_rocio@yahoo.com

livetcristancho@gmail.com

### Resumen

Las reflexiones presentadas en esta conferencia son resultado de trabajar en tres países de Latinoamérica, Colombia, México y Ecuador, donde se encontraron factores influyentes en desarrollo de acciones comunitarias por terapeutas ocupacionales. Se analiza la influencia de factores políticos y económicos en la organización de sectores sociales como el neoliberalismo, que marcó la organización y estructura de servicios sociales en cada país, asimismo, la aparición de la Atención Primaria en Salud desde Alma ATA, que buscó la universalización de la salud y acciones de promoción como marco para establecer las prioridades en salud y educación, ubicando la profesión como actividad intermedia con diversos campos de acción. En Colombia, las acciones comunitarias se desarrollan desde espacios de vida de la comunidad, involucrando la intersectorialidad, reconociendo las necesidades de la población y permitiendo la participación comunitaria. En México, las acciones están situadas desde la institucionalidad, son unisectoriales y se desarrollan como programas con poca participación comunitaria. En Ecuador existen experiencias en ámbitos de la vida, son unisectoriales y con poca participación de la comunidad. Esto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de ampliar campos de desempeño de la institucionalidad al ámbito social y avanzar en incluir en los currículos los postulados de la Organización Mundial de la Salud frente a erradicación de la pobreza como la Atención Primaria en Salud; reconocer en la participación social un elemento de trabajo en construcción de ciudadanía y en enfoque de derechos humanos.

**Palabras clave:** acción comunitaria, Terapia Ocupacional, participación social.

### Abstract

*The views presented are the result of our work in three Latin American countries, Colombia, Mexico and Ecuador, where influential factors were found in the development of community actions by occupational therapists. We analyzed the influence of political and economic factors in the organization of social sectors, such as neoliberalism, that marked the organization and structure of social services in each country, such as the appearance of Primary Health Care from Alma ATA, which sought the universalization of health and promotional actions as a framework to establish the priorities in health and education, placing the profession as an intermediate activity with various fields of action. In Colombia, community actions are developed from spaces of community life, involving intersectionality, recognizing the needs of the population and allowing community participation. In Mexico, the actions are located from the institutional framework, they are unisectorial and are developed as programs with little community participation. In Ecuador there are experiences in areas of life, they are unisectorial and with little community participation. This leads us to reflect on the need to expand fields of performance of the institutionality to the social sphere and to include in the curricula the postulates of the World Health Organization regarding the eradication of poverty, such as Primary Health Care; Recognize in social participation an element of work in the construction of citizenship and a human rights approach.*

**Key words:** community action, Occupational Therapy, social participations.

*Si todos fuéramos iguales, no podríamos ofrecernos nada unos a otros.*

Yehudi Menuhin

## Introducción

Las reflexiones que presentaré son producto de un análisis realizado durante estos últimos años, que la vida me ha permitido trabajar con terapeutas de diferentes países. Estudié la carrera en Bogotá, hacia los años 90, me desempeñé por siete años en la parte asistencial en el manejo de pacientes neurológicos, posteriormente en el sector público en un programa de “hospital de día” de salud mental y salud pública, tuve una linda experiencia de trabajo en Bogotá como referente del programa de Rehabilitación Basada en Comunidad por siete años más y después, por temas de familia aceptamos la oportunidad de trabajar fuera de mi país, lo que me ha dado la oportunidad de conocer el campo laboral de colegas en Ciudad del Carmen, Campeche - México y posteriormente en Quito, Ecuador y convivir con profesionales de otras disciplinas que también hacen parte de este trabajo. Todo este tiempo fuera de mi patria, he trabajado en el ámbito docente y de investigación.

## Contexto

Primero me gustaría describir el contexto que incluye algunos aspectos diferenciales en los tres países. Comenzando con un recuento histórico político en tres aspectos que para este análisis fueron considerados como factores influyentes en la definición de características de las acciones comunitarias por las terapeutas ocupacionales, como fueron: influencias del neoliberalismo y las reformas en las transformaciones sociales e institucionales, la Atención Primaria de la Salud (APS) como principal estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para disminuir las problemáticas sociales en los países y dentro de ésta como tercer aspecto, el principio de la Participación Comunitaria como la entrada de trabajo con la comunidad y base para construcción de organizaciones sociales.

### 1. La Influencia de factores políticos y económicos en la organización de los sectores sociales:

En el mundo han existido dos corrientes de producción: el capitalismo y el comunismo. En el primero se fundan los modelos *liberal* y *neoliberal* y en el segundo, el modelo de *bienestar* y *el socialismo*. Estos modelos han tenido influencia como proyectos políticos de los países de Latinoamérica, han definido su plataforma ideológica (Cristancho & Llanos, 2019), un cierto tipo de relación

del Estado con la sociedad, y las estrategias estatales de todo orden, incluyendo las de educación y salud (Dávalos, 2008). En la mayoría de países de la región, el liberalismo imperó hasta la década de los 70, pero la caída de la bolsa de valores marcó una búsqueda en cambiar los procesos de producción y la intervención del Fondo Monetario Internacional provocó un viraje hacia el Neoliberalismo (Dávalos, 2008).

Sectores conservadores que reclaman el libre juego del mercado, la apertura de las economías a la libre competencia y la flexibilización laboral; el desbarajuste y fractura de los modelos socialista y liberal dio la oportunidad para reclamar un nuevo aire para el liberalismo ortodoxo: el Neoliberalismo (Katz, 2014) mencionado por (Cristancho & Llanos, 2019) que marcó el inicio de profundas reformas o cambios estructurales en la región, que en muchos casos revolucionaron las profesiones y los ámbitos de desempeño (Laurell, 2013).

Para entender la trascendencia de los modelos en los roles del sector social y de sus competencias se comparan los modelos imperantes en nuestra región (tabla 1).

**Tabla 1. Comparación de Modelos Económicos - Políticos en Latinoamérica**

Estado de Bienestar	Liberalismo	Neoliberalismo
Estado paternalista	Poco control del estado, interventor	Estado regula pero débil, se reduce el tamaño del estado.
El estado regula y concentra	Libre mercado	Libre mercado y apoyo de FMI, acuerdos de países "Consenso de Washington", para superar la pobreza, TLC.
Disminuir descontento de clase obrera	Garantizar la propiedad privada y estado de bienestar	Privatización de empresas, pago de deuda externa.
Salud: programas prioritarios: Embarazadas, menores de 5 años.	Sobreoferta de servicios, libertad de mercado	Alma ATA, APS, APS selectiva en programas verticales.
Gratuidad	Cobro por medicina privada, pero movimiento obrero luchando por defender los derechos.	Descentralización en salud, seguros privados y reformas o estructuración del estado.
Regulación: Normativa a todo nivel		

Fuente: Adaptado de Dávalos (2008)

## 2. La declaración de Alma ATA y la APS, estrategia para disminuir las problemáticas sociales

Un aspecto que coadyuvó la generación de cambios en la región fue la Declaración de Alma ATA, en el marco de la reunión de la OMS en Ginebra -Suiza (1978), propuso que toda la población del mundo tuviese acceso a los servicios de salud partiendo de la Atención Primaria en Salud declarándola clave para lograr la salud en todos los pueblos del mundo (Organización Mundial de la Salud, 1997), promoviendo el principio de la universalidad para el año 2000, acciones de promoción de la salud basados en la participación comunitaria para combatir la pobreza, desigualdad de salud, enfermedades graves y enfermedades crónicas en los países. En 1986 mediante la carta de Ottawa se dio el reconocimiento a la **promoción de la salud** como una práctica fundamental de la atención primaria en Alma A, esta conferencia reunió a trabajadores y políticos de la salud, para discutir la necesidad de cambiar el enfoque de las políticas nacionales e internacionales, que hasta entonces estaba puesto en la atención a la salud, a la promoción de la salud. La Carta de Ottawa (Salud, 1986, p.4) define a la promoción de la salud así:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, ¡sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana!

En el año 97, en el marco de la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud, en Yakarta, Indonesia, se determinaron los desafíos de la promoción de la salud en sectores y comunidades que no cuentan con servicios. Menciona los factores que determinan la salud de la población e invita a la elaboración de una política pública favorable a la salud, a la creación de espacios y/o ámbitos propicios, al reforzamiento de la acción comunitaria, al desarrollo de las aptitudes personales y a reorientar los servicios de salud. Un aspecto importante de esta conferencia que se desarrolló 20 años después de Alma ATA, fue la definición que la participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo de los países y lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones (Organización Mundial de la Salud, 1997). Además, se propuso ampliar la acción de las comunidades como:

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud. (Organización Mundial de la Salud, 1997, p.9)

A partir de estos dos elementos que marcaron transformaciones en los tres países observados: en **Colombia**, se dio la reforma al sistema de salud en el 1993 Ley 100 (*Ley 100 de 1993*, 1993); (González *et al.*, 2001), combinando dos subsistemas (Contributivo y Subsidiado), se crean las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) hoy llamadas de riesgos laborales (ARL), reorganizando el sistema en los niveles de atención y con mayor énfasis en la entrada al sistema a través del primer nivel. Así mismo en 1994 se reformó el sistema educativo, lo que permitió rediseños curriculares y apertura de nuevas facultades.

Esta reorganización incluyó la Terapia Ocupacional como una actividad adicional a la rehabilitación, se identificaron campos de desempeño como el laboral con la creación de las ARP, y el campo de trabajo comunitario por el principio de la **participación** desde APS, además de la formación de políticas inclusivas que permitieron el auge del ámbito comunitario en la profesión. Los terapeutas, fueron cambiando su rol, trascendiendo en la profesión como participantes de procesos meramente clínicos a participantes en procesos comunitarios y como sujetos en procesos políticos (García, 2016).

En **México**, en la década de los 80, debido a la crisis política y a la del petróleo, se inscribió la transformación del Estado y con ella la reforma de salud que fue conducida en el marco ideológico del **Consenso de Washington** y negociada entre actores institucionales de los sectores (Abrantes, 2011), donde la principal apuesta fue la reorganización del sector público y el ingreso del sector privado como actor importante en la prestación de los servicios de salud y tal como en la mayoría de los países de Latinoamérica, el individuo, en tanto usuario o cliente de un servicio, es el eje de la seguridad social, de acuerdo con su capacidad de pago (Laurell, 2013).

En **Ecuador** desde el año 2000, producto de la dolarización de la moneda, el país adaptó su curso económico y de innovación dinámica, lo cual ayudó a restablecer la confianza en el nuevo sistema que influyó en todas las áreas de la sociedad (Von Schoettler, 2016). Como todos los países de Latinoamérica, las políticas neoliberales calaron en los distintos sectores de la sociedad, se realizó la **transformación sectorial del sector salud** (MSP, 2008), orientada a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y al acceso universal y equitativo a la red de servicios públicos gratuitos (APS), la reorganización de los servicios incluyó dos subsistemas el público y el privado.

La reforma ha servido para rediseñar los currículos, incrementar el número de semestres de formación y abrir nuevos campos de desempeño en carreras del área de rehabilitación.

Terapia Ocupacional, que inició como tecnología, actualmente cuenta con ocho o nueve semestres y se convirtió en licenciatura. Los terapeutas se desempeñan en centros hospitalarios, fundaciones, ONG y en el área docente.

### 3. El principio de la participación social, base para la construcción de la organización social

La descentralización, propuesta de las reformas de salud, buscaron aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población, que éstos fuesen más receptivos a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración con la comunidad. En la década de los noventa, se produce un cambio fundamental en la orientación de las reformas de los sistemas de salud, en los que las políticas promotoras de la participación social han sido introducidas (Vázquez *et al.*, 2002).

En la década de los setenta, la participación era considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, así como el estímulo de iniciativas locales (Vázquez *et al.*, 2002). Además definen la participación social como: “La incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud” (p.4).

En este sentido, en los tres países se han desarrollado acciones para incluir a la población en el sector como actores de cambio, a groso modo, se crearon indistintamente los mecanismos de participación comunitaria en el sector salud incluyendo a la población para hacer parte de la corresponsabilidad en los procesos de desarrollo, los componentes incluidos fueron de participación individual y de control ciudadano, en los primeros se crearon los Consejos de salud, Comités de usuarios, organizaciones comunitarias en salud y comités de gestión participativa en salud. En cuanto al control ciudadano se crearon los grupos de veeduría y control (Anigstein, 2008).

En conclusión, el principio de la participación sirvió para comenzar a involucrar a la comunidad en las acciones y decisiones concernientes la sector salud, pero también fue un punto de inflexión importante en el involucramiento de la población en los programas de acciones comunitarias cuyo propósito ha sido buscar el desarrollo de la autonomía en las decisiones y búsqueda de alternativas de solución a las problemáticas personales o de su grupo social (Anigstein, 2008).

#### Experiencias de acciones comunitarias de Terapia Ocupacional

Se pueden describir algunos ejemplos de las experiencias de terapeutas ocupacionales en trabajo comunitario y sus características en la vivencia de los ámbitos de vida. Partimos de los siguientes conceptos sobre la Terapia Ocupacional comunitaria como “las acciones que se desarrollan en grupos específicos de personas que habitan un lugar geográfico específico, organizados como una estructura social” (OMS, 1998, p.234). Además, la definición de intervención comunitaria como “la estrategia que promueve la promoción de la salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria” (Chaparro *et al.*, 2005).

A través de las acciones comunitarias, los terapeutas ocupacionales ayudan a las personas a adquirir y potenciar habilidades para enfrentar mejor sus necesidades en el desempeño ocupacional (Chaparro & Ranka, 2008), el terapeuta además adquiere un rol de planificador, evaluador y entrenador personal en todos los ámbitos.

En **Colombia**, como ya hemos visto, la reorganización de la oferta de salud permitió a las terapeutas fortalecer los espacios de trabajo social desde los primeros niveles de atención, en el marco de la APS, en áreas de salud pública. Se alcanzaron espacios comunitarios acompañado de cambio de enfoque biomédico a uno bio-psico-social centrado en la persona con discapacidad, familia y comunidad (García, 2003; García & Quintana, 2015). Un ejemplo fue la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en las ciudades y poblaciones, por ejemplo, en el Pacífico Colombiano permitió crear espacios sociales, familiares e institucionales que facilitaran el acceso a rehabilitación y la integración de las personas, con diferentes tipos de discapacidad, utilizando para ello el trabajo de promotores de rehabilitación de la misma comunidad en el nivel de atención primaria de salud, y acciones de terapeutas como asesores y promotores de las acciones de rehabilitación mediante la orientación, acciones de capacitación a promotores y formación intersectorial, promoción y asesoría para la conformación de asociaciones de padres de familia, y servicios de entrega de tecnología. Este programa se lleva a cabo en los municipios de Tumaco, Guapi, Bahía Solano y Buenaventura.

En Antioquía, el Comité Regional desde 1986, lleva a cabo un programa de rehabilitación comunitaria, coordinado con el Servicio de Salud de dicho departamento, trabajando para siete municipios, con apoyo de terapeutas tanto físicos como ocupacionales. Las principales acciones que se desarrollan son la formación de agentes de cambio en rehabilitación en aspectos de prevención y asistencia, facilitando de esta manera el proceso de integración educativa, social y laboral de las personas con limitación de la actividad y restricciones de la participación. Atención integral a la persona con discapacidad, utilizando para ello la orientación acerca de las posibilidades, y enseñando a la familia a fin de que sean los principales promotores de su rehabilitación e integración.

Otro ejemplo, fue en el que yo trabajé directamente, el programa de RBC en Bogotá, realizado en una de 20 localidades con un terapeuta como referente de acciones de la RBC. Se definió como el conjunto de acciones o intervenciones que buscan el desarrollo social de las personas con discapacidad y su reconocimiento como ciudadanos, a través de la oportuna entrega de servicios, promoción de la equiparación de oportunidades y protección de los derechos humanos (García, 2003). Las acciones se definieron en ejes de formación a facilitadores y agentes de cambio; información, como talleres, jor-



nadas masivas y estrategias de radio o revistas; desarrollo de habilidades, tales como asesorías domiciliarias a personas con discapacidad, asesoría a instituciones de salud y bancos de ayudas técnicas; concertación y gestión con las personas con discapacidad, las familias, las comunidades, como los consejos distrital y locales los profesionales de salud, estos últimos trabajaron con mucha fuerza el principio de la participación hacia la movilización social de las personas con discapacidad, sus familias y la comunidad.

En síntesis, las características de las acciones comunitarias desarrolladas por terapeutas ocupacionales en Colombia son: Acciones situadas en el ámbito en donde se desarrolla la persona, se consideran la realidad de la comunidad o la situación que vive el grupo comunitario para realizar la intervención; estableciendo la situación y necesidades, así mismo se concertan acciones, existe un grado importante de participación comunitaria y a su vez se involucran practicas intersectoriales y se respeta la institucionalidad y el sector que la desarrolla (Cristancho & Llanos, 2019).

En **México, y Ecuador**, se observa una similitud en la poca participación de los terapeutas en acciones comunitarias; esto se debe a que la formación apunta hacia el área asistencial y centrada en el enfoque biomédico, lo cual hace que los recién egresados busquen su campo de desempeño en centros hospitalarios, fundaciones o consultorios privados con enfoque de asistencia. Sin embargo existen experiencias en el desarrollo de acciones comunitarias en donde participan terapeutas físicas u ocupacionales que datan de los momentos políticos y económicos de transformación del país, uno de ellos se desarrolló en el estado de Toluca, liderados por una fundación privada y desarrollada en comunidades rurales y consistió en la aplicación de técnicas básicas de rehabilitación a las personas con discapacidad en sus hogares, con el apoyo de su familia y su comunidad. Cuando el servicio de rehabilitación no estuvo a su alcance, el objetivo de este programa fue demostrar que, a través de la atención en el hogar con apoyo de su familia y comunidad, es posible ayudar a mejorar su calidad de vida, logrando en muchos casos su independencia física y económica, además de reducir significativamente el costo de su atención (PAHO, 2005).

Otro ejemplo de acción comunitaria fue el desarrollado por el doctor David Werner en los años 80s a principios de los 90s en Ajoaya, Estado de Sinaloa, experiencia que se desarrolló con el apoyo de voluntarios y profesionales de salud entre ellos algunas terapeutas ocupacionales. "Somos un grupo de promotores comunitarios de salud y rehabilitación que ha trabajado con familias campesinas en el occidente de México" (Werner, 1990, p.21). Adicionalmente, participaron en la publicación del libro "El Niño Campesino Deshabilitado" escrito por el Dr. Werner y publicado en el año 90.

En síntesis, las acciones comunitarias presentan estas características: acciones situadas en la institución de salud para su planeación, establecen la situación de salud de la población a la que se piensa intervenir: son acciones en su mayoría solicitadas a la institución por lo tanto aún persiste baja participación comunitaria y son unisectoriales es decir, principalmente realizadas por el sector salud.

En **Ecuador**, desde la transformación del sector salud, los centros de salud se convirtieron en la puerta de entrada o de contacto de los usuarios con los servicios proponiendo la implementación de la APS de manera progresiva, sin embargo, no se han implementado aún acciones comunitarias desarrolladas por terapeutas ocupacionales desde este nivel. Los terapeutas físicos y ocupacionales se concentran en su accionar desde el segundo nivel para atención en la prevención secundaria y centrados en el enfoque biomédico.

Las acciones comunitarias son lideradas por el sector público, Ministerio de Salud Pública, a través de Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), cuyo desarrollo se enfoca en programas de población con enfermedades crónicas, a través de visitas mensuales al domicilio, pero son pocos los reportes donde se haga presente un terapeuta ocupacional. Dichas visitas son enfocadas a realizar seguimiento y entregar medicamentos a los pacientes y quienes las realizan son médicos, enfermera, psicólogo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). Otros proyectos comunitarios, han sido liderados por la Vicepresidencia de la República, lideradas por el CONADIS, para la identificación de personas con discapacidad en sus hogares caracterizando a la persona y otro programa fue el de entrega de ayudas técnicas igualmente en el domicilio. Estos dos programas tuvieron poca cobertura y no contaron con la participación de terapeutas ocupacionales.

Un ejemplo de programa comunitario fue desarrollado en la universidad en donde yo trabajé, la cual involucraba todas las carreras a través del programa de **Responsabilidad Social Universitaria** (RSU) con la filosofía de formar al individuo en el compromiso hacia el otro, desarrollado a través de acciones colectivas y comunitarias y con un imperativo ético del **ejercicio como miembros de la colectividad** (AUSJAL, 2012); (Ugalde, L., 2012; Solarte, 2017). Esto permitió que la carrera de Terapia Ocupacional modificara el currículo involucrando las materias de Gestión social y Prácticas comunitarias desde sexto nivel (semestre), lo cual obligó a los nuevos graduados al desempeño de acciones comunitarias.

Se desarrolló el proyecto en el contexto social de un orfanato de niños entre cero y seis años, para la realización de práctica profesional de acciones comunitarias. Se involucraron estudiantes del último año de carrera con actividades de juego terapéutico, actividades de información a la comunidad sobre los objetivos del programa, tipo charlas y ferias, desarrollo de

habilidades de gestión como visitas, reuniones con líderes y con representantes de las juntas municipales en la obtención de recursos necesarios para el funcionamiento del hogar, actividades de formación a las cuidadoras de los niños para generación de habilidades, esencialmente de detección de alteraciones del desarrollo y aprendizaje, y sesiones de manejo de estimulación temprana.

En resumen, las acciones comunitarias en Ecuador son acciones situadas en algunos ámbitos, están dirigidas a comunidades vulnerables y establece la situación o el punto de partida, sin embargo, presentan baja participación comunitaria y también involucran prácticas intersectoriales (salud y educación).

En el análisis realizado en los tres países, fueron visibles las diferencias en los enfoques y en la formación de las terapeutas ocupacionales, con distintos desarrollos en sus campos de acción. A pesar de que la transformación del estado y del sector salud en cada país dió inicio a la generación de nuevos campos de desempeño por la influencia de la organización del sistema de salud, el fortalecimiento de los primeros niveles de atención en salud y la Atención Primaria de la Salud como marco rector del accionar, basado en la **promoción de la salud**, los terapeutas ocupacionales no alcanzaron el involucramiento en espacios de trabajo comunitario.

### Conclusiones y reflexiones finales

La influencia del modelo Neoliberal caló en los países de América Latina en las últimas tres décadas, generando un reordenamiento social reflejado en algunos casos en reformas que desfavorecieron a los sectores sociales menos desarrollados y poniendo al individuo como centro y actor de los sistemas. En los tres países se dio la reorganización en salud y educación; en el caso de salud nacieron hospitales y fundaciones privadas, así como Centros de Rehabilitación; en el sector educativo se produjo una diversificación de la oferta académica, surgieron universidades privadas y se dio el paso de algunas profesiones de niveles técnico o tecnológico a un nivel profesional en los tres países visitados.

Han pasado más de seis décadas desde el nacimiento de la carrera de Terapia Ocupacional en Latinoamérica, en muchos casos la realidad social, económica y política forzaron la diversificación y crecimiento de la carrera, generando una visión de trabajo amplia, pasando de un enfoque biomédico, centrado en la funcionalidad a uno bio-psico-social centrado en el trabajo de la persona, la familia, la comunidad y el entorno social. El nacimiento de la carrera se dio con un fuerte enfoque clínico/asistencial en áreas motora, mental y cognitiva, visualizada en los tres países; posteriormente, con la influencia de factores políticos, económicos y ajustes del orden social como la descolonización generada por diversos actores, se amplían campos de desempeño como el administrativo,

laboral, judicial, educativo y social, en el caso colombiano y educativo y social en los casos de México y Ecuador, con poco auge y no como políticas de país pero con algunos programas concentrados esencialmente en las regiones donde la carrera tiene presencia.

Es importante conocer el alcance de la APS, su desarrollo y su implementación, por tanto, debería ser una materia obligada en la formación de nuestro recurso profesional, que permita a las terapeutas ocupacionales visualizar las acciones en el marco de la **promoción de la Salud** pues ésta funciona mediante acciones comunitarias concretas y efectivas en el logro de la salud y la calidad de vida. En este marco los terapeutas tenemos mucho por hacer en la prevención Primaria (factor de riesgo), Secundaria (prevención de la discapacidad) y Terciaria (prevención de las complicaciones y secuelas cuando ya se tiene una discapacidad), todo ello se afianza en el campo de desempeño social o comunitario que ya muchos países incluyen en sus planes curriculares.

Una herramienta muy potente para nuestra profesión es el principio de la participación, en dos sentidos, el primero mediante la movilización en la exigencia de los derechos con los mecanismos establecidos en cada país y el segundo sentido es en cuanto a involucrar la población en todas las acciones desarrolladas. Esto debe ser realizado teniendo en cuenta la descentralización, es decir, en el lugar donde habita, trabaja o se desarrolla la persona. El terapeuta participa como planificador, orientador o formador de la persona con discapacidad, la familia y la comunidad, buscando desarrollar habilidades, generar de programas en la autogestión y organizar la población para la movilización en caso de ser necesario.

Finalmente, se observó la necesidad de involucrar al gremio de nuestra profesión en las discusiones de política donde se logra que la carrera haga presencia en los escenarios mencionados con acciones comunitarias, así como aprovechar el rediseño curricular en las universidades para incluir las materias que fortalecen el tema de trabajo comunitario en el enfoque de APS, con la visión de trascender del enfoque biomédico al enfoque bio-psico-social o meramente social.

### Agradecimientos

Las opiniones fueron parte de la oportunidad la autora de vivir y trabajar con colegas de Terapia Ocupacional y Terapia Física en los tres países, en las regiones descritas, permitiendo reflexionar en el desempeño propio de las terapeutas en cada país. Fue importante entender el significado de cómo se desarrollan las acciones y en muchos casos, cambiando los paradigmas adquiridos en el país de origen.

Un agradecimiento especial a todas las personas participantes con conversaciones y entrevistas abiertas que sirvieron para desarrollar las ideas de este artículo; A todos ellos cole-

gas y amigos de Ecuador y México, muchas gracias y seguimos creciendo como profesión. ■

[Recibido: 10/09/2020 - Aprobado: 04/04/2021]

## Referencias

- Abrantes, R. (2011). La reforma del sector salud en Mexico. *Revista Científica de America Latina*, 10(21), 5–8.
- Anigstein, M. S. (2008). Participación comunitaria en salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista MAD*, 19, 77–88.
- Chaparro, R., Fuentes, J., & Morán, D. (2005). La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria. *Auroradechile.Uchile.Cl*, 5(1), 1–10.
- Chapparo, C., & Ranka, Y. (2008). Hacia un modelo de desempeño ocupacional: Desarrollo del modelo. *Revista En Internet*, 5(1), 1–44. <http://www.revistatog.com/num7/pdfs/modelos.1.pdf>
- Cristancho, L., & Llanos, M. (2019). Reflexiones sobre el desarrollo de la Terapia Ocupacional y el rol profesional en tres países de Latinoamérica. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 75(2), 98–104. <https://doi.org/10.1080/14473828.2019.1647988>
- Dávalos, P. (2008). Neoliberalismo político y Estado social de derecho. *América Latina En Movimiento*. <http://www.puce.edu.ec/documentos/NeoliberalismoyEstadosocialdederecho.pdf>
- García, S. (2016). Terapeuta ocupacional: sujeto político. *Revista Ocupación Humana*, 16(1), 84–90. <https://doi.org/10.25214/25907816.16>
- García, S. (2003). Construyendo rehabilitación comunitaria en grandes ciudades. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 3. <https://doi.org/10.5354/0717-5346.2003.147>
- García, S., & Quintana, P. (2015). Las redes de los afectos: aprendizajes en la Red de Rehabilitación Basada en Comunidad de las Américas. *Rev. Fac. Med*, 63(1), 161–168. <https://doi.org/10.15446>
- González, M., Bermeo, A., Morales, S., & Ruilova, D. (2001). *Celebrando 100 años de Salud. OPS OMS*. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/gestionservicios.pdf>
- Laurell, A. C. (2013). *Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos*. Ley 100 De 1993, 0 132 (1993). (Testimony of Congreso de la República). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004> Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral De Salud MAIS - Lineamientos operativos para la implementación del MAIS. *Msp*, 1, 219.
- MSP. (2008). *Transformación sectorial de salud en el Ecuador*.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.
- Organización Mundial de la Salud, (1997). *Declaración de Yakarta*.
- PAHO. (2005). *Lecciones aprendidas de RBC en América Latina*. 151. [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category\\_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=317-rehabilitacion-base-comunitaria&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235)
- Solarte, R. (2017). *René Girard, una introducción a su pensamiento*. 83.
- Ugalde, L. (2012). Cómo Formamos en Responsabilidad Social Universitaria. *AUSJAL, Responsabilidad Social Universitaria*, 11.
- Vázquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., & Leite, I. C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 16(1), 30–38. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71630-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71630-0)
- Von Schoettler, R. (2016). Incidencia De La Dolarización En La Resiliencia Organizacional: El Caso Ecuatoriano. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 1–19.
- Werner, D. (1996). *El niño campesino deshabilitado*. [https://doccdn.simplesite.com/d/4e/cd/285134157104008526/6d8b3ac2-9bf6-40e6-9a90-b38a0628f573/El niño campesino con discapacidad 2013\\_Libro Hesperian2.pdf](https://doccdn.simplesite.com/d/4e/cd/285134157104008526/6d8b3ac2-9bf6-40e6-9a90-b38a0628f573/El niño campesino con discapacidad 2013_Libro Hesperian2.pdf)

## Cómo citar esta conferencia:

Cristancho González, L. R. (2021). Características de acciones comunitarias por Terapeutas Ocupacionales en tres ámbitos de Latinoamérica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(1), 116-122.