

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.63438>

Retos de la terapia ocupacional en salud pública

Challenges of Occupational Therapy in Public Health

Recibido: 21/03/2017. Aceptado: 01/08/2017.

Juan Manuel Arango-Soler¹ • Yerson Ali Correa-Moreno¹ • Jaime Alberto Méndez-Castillo¹¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Doctorado Interfacultades en Salud Pública - Bogotá D.C. - Colombia.

Correspondencia: Juan Manuel Arango-Soler. Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Calle 44 No. 45-67, Unidad Camilo Torres, módulo 2, bloque C, oficina 403. Teléfono: +57 1 3165683; celular: +57 3123893572. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: jmarangos@unal.edu.co.

| Resumen |

En el marco de la conmemoración de los 50 años de la institucionalización de la terapia ocupacional en el país, el presente escrito pretende reflexionar sobre algunos retos que deben enfrentar los profesionales del desempeño ocupacional en el futuro próximo; se pone énfasis en elementos que pueden aportar a la salud pública para repensar el saber y la práctica, tanto académica como profesional.

Al considerar la herencia del paradigma positivista y el modelo biomédico que ha inspirado el conocimiento y hacer de la terapia ocupacional alrededor de la rehabilitación, se plantea que parte de los desafíos involucran concebir la salud como algo más que el opuesto de enfermedad; estudiar y comprender el desempeño ocupacional de todos los seres humanos, no solo de aquellos con discapacidad en procesos de rehabilitación; posicionar la ocupación como determinante fundamental de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, tanto en individuos como en poblaciones sanas; participar de la formulación e implementación de políticas y programas de salud, y comprender la influencia que tiene la organización económica, política y social de la sociedad sobre el quehacer humano. Estas deudas pendientes se corresponden con oportunidades de una comunidad receptiva, dispuesta a crecer día a día para consolidarse socialmente.

Palabras clave: Terapia ocupacional; Salud pública; Salud; Promoción de la salud; Rehabilitación (DeCS).

| Abstract |

Within the framework of the commemoration of the 50th anniversary of Occupational Therapy in Colombia, this article aims to reflect on some challenges that occupational therapists may face in the near future, emphasizing on public health elements that may contribute to reconsider both academic and professional knowledge and practice.

Considering the legacy of positivism and the biomedical model that has inspired the knowledge and construction of Occupational Therapy around rehabilitation, some of said challenges involve conceiving health as something more than the opposite of illness; studying and understanding occupational performance in all human beings, not only in people with disabilities undergoing rehabilitation processes; positioning occupation as a fundamental determinant of health promotion and disease prevention, both in healthy individuals and populations; participating in the formulation and implementation of health policies and programs; and understanding the influence of the economic, political and social organization of society on human activity. These debts are opportunities for a receptive community, willing to grow and consolidate socially.

Keywords: Occupational Therapy; Public Health; Health; Health Promotion; Rehabilitation (MeSH).

Arango-Soler JM, Correa-Moreno YA, Méndez-Castillo JA. Retos de la terapia ocupacional en salud pública. Rev. Fac. Med. 2018;66(3):375-83. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.63438>.

Arango-Soler JM, Correa-Moreno YA, Méndez-Castillo JA. [Challenges of occupational therapy in Public Health]. Rev. Fac. Med. 2018;66(3):375-83. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.63438>.

Introducción

De cara a lo que ha sido casi un siglo de actividad profesional y con ocasión de la celebración de los 50 años de institucionalización de la terapia ocupacional (TO) en Colombia, se reconoce una profesión extendida en gran parte del globo y cuya naturaleza ha sido moldeada para cubrir las diferencias culturales y los recursos dentro de cada país (1). Por tanto, es necesario y pertinente un ejercicio que genere un balance histórico de lo que ha sido el accionar de los terapeutas

ocupacionales en el contexto de las sociedades contemporáneas en las que se ha enmarcado su hacer.

Dicho balance histórico pretende relevar los logros conseguidos en este trasiego por constituirse en un campo de conocimiento y práctica, dar cuenta del reconocimiento que han alcanzado estos expertos en diversos escenarios sociales en términos de la resolución de las necesidades ocupacionales que presentan diversos colectivos humanos, advertir el crecimiento nacional e internacional de esta comunidad científica y profesional y valorar los esfuerzos de colegas

que, alrededor del mundo, han edificado propuestas novedosas encaminadas a mejorar el desempeño ocupacional de aquellos con quienes tienen la oportunidad de entablar una relación terapéutica.

Dentro de estos ejercicios de balance también debe tener lugar una caracterización de los problemas que aún persisten para que esta profesión se posicione como práctica primordial en el proyecto de desarrollo de las sociedades del siglo XXI, una identificación de las limitaciones y obstáculos que aún son fundamentales de superar, un *mea culpa* sobre las fallas que subsisten en el quehacer y, con especial acento, una reflexión profunda que invite a meditar hacia dónde va, qué quiere lograr y cuáles serían esos retos y desafíos que tiene la TO en años venideros. De tal modo, este escrito pretende esbozar unas ideas sobre ciertos desafíos que deben enfrentar los terapeutas ocupacionales en el futuro próximo, dando énfasis a algunos elementos que puede aportar la salud pública para repensar el saber y hacer de la práctica académica y profesional.

El quehacer de la terapia ocupacional

Sin querer describir con ligereza la labor desarrollada a lo largo de la historia por la TO, es preciso apuntar que su quehacer formal nació en las entrañas de los procesos de rehabilitación física y en la “tercera fase de la medicina”, aunque algunos citan antecedentes en la atención de la enfermedad mental en el siglo XIX, lo que igual seguiría apoyando el argumento de un origen en la rehabilitación (2). En esa medida, es posible ubicar, desde esos momentos iniciales, una tradición que se ha dirigido a la comprensión y respuesta a las limitaciones que afectan el desempeño ocupacional y la calidad de vida de individuos que se encuentran en riesgo o presentan una discapacidad (3).

Debido a su concepción filosófica y teórica y a sus propósitos de utilidad social, el ejercicio de la TO está vinculado a los campos de la salud, la educación, el trabajo, el bienestar social y la justicia (4). En ese sentido, se ha producido todo un acervo de conocimiento y aparataje técnico destinado a favorecer el hecho de que el sujeto afectado por una condición de salud pueda realizar de forma autónoma las rutinas de su vida diaria, las dinámicas de juego/esparcimiento o incluso comprometerse en una actividad productiva, siendo estas intervenciones que posibilitan la inclusión en su grupo social.

Si bien se han forjado avances conceptuales y metodológicos de gran relevancia en el entendimiento y abordaje de la discapacidad como un fenómeno complejo y aunque se reconoce que han sido bastante meritorias las contribuciones que se han desarrollado desde diferentes campos del saber y que los terapeutas ocupacionales han tenido un lugar de privilegio en el logro de trascendentales objetivos para este colectivo social, se advierte que esta construcción se ha edificado en la restricción, en la carencia, en lo que falta, en la disfunción, en lo que no está bien y en el cuerpo enfermo, como bien lo menciona Testa (5). De esa manera, se ha tendido a naturalizar las deficiencias corporales; así lo exaltan las investigadoras argentinas Ana Rosato y Alfonsina Angelino (6).

El anterior no es un rasgo propio ni específico de la TO, sino de todas las profesiones sanitarias cimentadas alrededor de la clínica, las cuales se han caracterizado por mantener una visión heredada del predominio del paradigma positivista y el modelo biomédico centrado en la enfermedad, en otras palabras, una perspectiva marcadamente biológica y medicalizada de la salud, la vida y la sociedad (7) que ha inspirado una concepción reduccionista y mecánica del ser humano y que otorga a los profesionales médicos y paramédicos la responsabilidad de controlar y reparar patologías clínicas cuando ya se ha configurado un daño (8).

Esta lógica funcionalista es lo que otras posturas epistemológicas denominan “pensamiento hegemónico en salud” (7), un pensamiento

que también le ha concedido un lugar particular a cada disciplina. En esa repartición de competencias, los terapeutas ocupacionales, los fonoaudiólogos, los fisioterapeutas, entre otros terapeutas, han sido encargados de parte de la labor de rehabilitación, donde se le ha dado una mayor prelación a la mirada curativa, individualista, asistencial y terapéutica (9). Para Galheigo & Simó-Algado (10), este arraigo de la TO a la tradición biomédica y a una concepción restrictiva de rehabilitación ha llevado a la edificación de verdaderas barreras epistemológicas, más cuando las profesiones se vuelven poco porosas a los cambios.

Este argumento no desea desestimar los desarrollos disciplinares que se han dado en la TO y en el campo de la rehabilitación en los últimos 50 años, pues al lado de esa preponderancia teórico-metodológica que ha conservado el paradigma positivista, las nociones biologicistas del ser humano, la idea liberal del sujeto, la medicalización de la salud, el individualismo metodológico y el pensamiento de la ocupación como expresión fenoménica de una interioridad naturalizada han emergido otras formas de comprensión que ponen en cuestionamiento las visiones dominantes de la TO, del campo de la salud, del mundo científico y de la sociedad en general (11). Es más, se comparte la visión de expertos como Nahr (12), quien explica la inclinación de los terapeutas ocupacionales a compartir principios humanistas en los que se procure una atención que vaya más allá del manejo clínico-institucional, permitiéndoles demostrar su contribución en el ámbito social al trabajar no solo con individuos, sino con comunidades.

No obstante, lo que sí se piensa es que algunas de estas conceptualizaciones y prácticas que aseguran trascender la clínica y la medicalización se encuentran basadas en modelos biopsicosociales que no representan una ruptura paradigmática profunda frente al modelo biomédico; de hecho, discusiones epistemológicas contemporáneas al respecto concluyen que los modelos biopsicosociales siguen estando enmarcados en la misma óptica del pensamiento hegemónico en salud (7). Entonces, ¿hasta qué punto se puede hablar de la superación de este predominio del paradigma positivista y el modelo biomédico en el conocimiento y la práctica de TO en Colombia y en la formación de nuevos profesionales?

La terapia ocupacional en la promoción de la salud

A pesar de que se puede argumentar que el accionar de los terapeutas colombianos se ha encaminado hacia individuos y comunidades que no necesariamente presentan una enfermedad identificable en los manuales diagnósticos o un problema de índole médico —lo que les ha permitido llegar a otros escenarios que trascienden la clínica—, se reflexiona que la idea de riesgo, disfunción, vulnerabilidad y carencia sigue teniendo un peso inmenso como prerrequisito para que se demanden sus servicios profesionales.

Aun cuando ya han sido reconocidas las problemáticas y limitaciones a intervenir, sigue predominando una respuesta planteada desde el ámbito biosocial y asistencial a tales situaciones en correspondencia con la formación recibida (13). Así, se considera que uno de los primeros retos es concebir la salud como algo más que el opuesto de enfermedad, como un proceso vital múltiple que incorpora dimensiones físicas, mentales y sociales; de esta manera, se puede hablar de bienestar, no desde aquella función o habilidad que se ha perdido, sino en el marco de estar bien y querer estar mejor: una salud en positivo (14).

En dicha intención de cambio de paradigma pueden recuperarse definiciones de salud como la de Yerxa (15), quien resalta las destrezas que facultan a los individuos para que alcancen sus objetivos primarios en su propio entorno. En ese razonamiento, vale la pena entender que

el aporte de la TO no puede solo aparecer cuando se produzca un padecimiento o discapacidad, pues los terapeutas ocupacionales tienen la posibilidad de analizar y comprender el desempeño ocupacional de todos los seres humanos y no solo de aquellos en procesos de rehabilitación. En este sentido, los terapeutas ocupacionales son profesionales expertos en la comprensión y abordaje de la actividad con sentido y significado que estudian la ocupación como expresión de la naturaleza activa del humano, motivo por el que se piensa que dentro de su arsenal terapéutico cuentan con herramientas o, por lo menos, con la potencialidad para optimizar la calidad de vida de todas las personas.

En consecuencia, se reivindica la ocupación del terapeuta ocupacional como promotor de salud, puesto que cuando un sujeto se desenvuelve en un trabajo que le gusta y en condiciones laborales adecuadas es capaz de llevar a cabo con éxito sus rutinas cotidianas de autocuidado o disfrutar del ocio y esparcimiento en la búsqueda del pretendido equilibrio ocupacional. Asimismo, se juzgaría que el profesional está muy cerca de la categoría de bienestar que destaca el concepto de salud que defiende, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16). Esta percepción se alinea con aquellos que sostienen que la ocupación es un elemento central y factor ontológico mediante el cual los seres humanos pueden fomentar sus potenciales biológicos, individuales y socioculturales para convertirse en sujetos, gestores y edificadores de su propio destino (17,18).

La reivindicación de la ocupación del terapeuta ocupacional también se conecta con el raciocinio de reconocidos investigadores del mundo de la ciencia ocupacional como Wilcock (18), quien argumenta en su teoría de la naturaleza humana que la ocupación proporciona mecanismos para suplir necesidades esenciales de supervivencia y salud (individual y pública), facilitando la adaptación al medio y promoviendo y ejercitando capacidades biológicas para mantener la salud y posibilitar la experimentación de bienestar físico, mental y social. Además, la misma autora alude a la noción de “ocupación para la salud”, una noción cercana al discurso de “salud para todos” impulsado por la OMS (19). En esa lógica, tal correspondencia entre el hacer, la salud (en su connotación de pública) y la justicia ocupacional provee mecanismos para la interrelación social, el desarrollo y el crecimiento de las sociedades (20).

La actividad con sentido y significado tiene el potencial de prevenir enfermedades y dolencias tanto físicas como malestares mentales, evitar la discapacidad y restaurar el bienestar de personas y colectividades para que participen en ocupaciones (21), por lo que el terapeuta ocupacional puede formular acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria; intervenir diferentes poblaciones, y ampliar sus campos de acción si hace conciencia de que la salud es más que la contracara de la enfermedad.

Pese a la afirmación del papel de la ocupación en la salud y el bienestar, todavía existe la prioridad de seguir indagando acerca de los vínculos entablados entre tales fenómenos. Lo que sí resulta claro es que el efecto de la ocupación en la salud está supeditado a las relaciones entre la persona, el ambiente y la ocupación, así como al balance entre las áreas ocupacionales de autocuidado, el juego/esparcimiento y la productividad (19).

No se está de acuerdo con la idea de que la TO fue fundada a partir de premisas cercanas a la promoción de la salud y el bienestar derivado de la ocupación, en cambio se comparte la alusión que la filosofía subyacente de esta disciplina puede dialogar bien con los modelos de la promoción de la salud en principios como la participación social, la justicia ocupacional y social y el respeto por la diversidad al relacionarse con individuos y comunidades (1). Al respecto, son varios los expertos que han sugerido que el cumplimiento de las finalidades de promoción y prevención no es ajeno a las premisas,

las convicciones y la actuación de los terapeutas, defendiendo la ocupación como eje de la calidad de vida y bienestar de las personas al permitir el desarrollo de capacidades y aptitudes, más allá de no contar con deficiencias o discapacidades (4,19).

En 2002, Trujillo-Rojas (4) indicó que los terapeutas ocupacionales lideraban varios de los programas de promoción de salud y prevención de discapacidades del plan de atención básica (PAB) universal, obligatorio y gratuito que había contemplado la Ley 100 de 1993 (22); asimismo, resaltó las actividades efectuadas en el ámbito educativo (4). Sin embargo, la autora sostuvo que, para la fecha, el énfasis de la actuación profesional en las últimas décadas había privilegiado la atención de los problemas físicos, sensoriales y socioemocionales, relegando así la prevención de riesgos y la promoción del bienestar y la calidad de vida en aquellos que no se habían visto afectados por una enfermedad. La investigadora insistió que en Colombia existía un progreso incipiente en la realización de experiencias de promoción de la salud y del bienestar, así como de prevención primaria, pero rescató una serie de ejemplos en la esfera de la salud ocupacional, los programas de bienestar del trabajador, la orientación vocacional, la educación regular, la atención al adulto mayor sano, la recreación y el deporte (4) ¿esta situación ha cambiado en los últimos 16 años?

Ahora, unas cuestiones clave son, ¿cuál es la promoción de la salud a la que se hace referencia?, ¿son los mismos hábitos de vida saludable los que deberían caracterizar un autocuidado óptimo?, ¿la promoción de la salud es la misma prevención de enfermedades? Pues bien, atendiendo a la Carta de Ottawa (14), la promoción de la salud se concibe como las medidas encaminadas a garantizar que los pueblos cuenten con los medios necesarios para optimizar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Partiendo de tal definición, ¿cuál sería la labor del terapeuta ocupacional en promoción de la salud? Una eventual respuesta la provee Nahr (12) cuando argumenta que estos profesionales pueden favorecer que los sujetos reconozcan sus capacidades y destrezas individuales, así como el papel que tienen en el bienestar comunitario a través de la participación en ocupaciones. Dice la autora que es una obligación comprender que las acciones de los ocupacionales en el terreno social, aquel ámbito donde se deberían desarrollar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se corresponden con actos de justicia social al invocar el derecho a la salud. En ese sentido, se tendrían que identificar y abordar las formas de injusticia ocupacional para restringir su impacto, meditando acciones en presente y futuro (12).

Una investigación que resalta la relevancia de acoger un enfoque de salud pública para facilitar la adopción de las prácticas de promoción de la salud en TO es la de Mallinson *et al.* (23), un análisis dirigido a las personas con artritis. En este trabajo se insiste en la necesidad de centrar las estrategias de la TO en la prevención, más que en intervenciones compensatorias. Pese a que en este documento no se distingue con claridad la prevención de la enfermedad de la promoción de la salud, el mensaje de fondo es el de actuar antes de que se presenten síntomas más graves en quien padece esta enfermedad. Es justo esa una de las distinciones que los autores marcan entre la TO y la salud pública, pues en la segunda prevalecen las acciones preventivas (23).

El artículo de Gewurtz *et al.* (24) es un escrito en el que se propone un enfoque innovador de promoción de la salud que expanda el discurso de la vida saludable a través del análisis de los patrones de actividad diaria, es decir, ir más allá de los comportamientos generales que debe seguir la población para pasar a la consideración de cómo una serie de patrones y actividades diarias pueden contribuir a la salud y el bienestar. Entonces, se reflexiona sobre la posibilidad de ampliar la noción de promoción de la salud mediante diversas experiencias y patrones de actividad que configuran la salud y el bienestar de los

individuos y las comunidades. Se trata de un documento valioso por su tesis innovadora en cuanto a la promoción de la salud al comprenderla no solo como aquellas políticas macro de buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y ciudades saludables, sino teniendo en cuenta las dinámicas de la vida diaria como eje fundamental de la promoción de la salud de las personas y de las comunidades (24). Parte de la relevancia de este artículo es que se desarrolla en el contexto canadiense, allí donde se produjeron muchos de los planteamientos sobre promoción de la salud que todavía son referentes teóricos y prácticos para la salud pública.

Atendiendo a las experiencias descritas, es preciso establecer cuál es la promoción de la salud de la que se habla en TO, en qué medida los profesionales respaldan a los individuos y poblaciones para que ejerzan un mayor control sobre su salud (como se determinó en la Carta de Ottawa (14)) o tienden a culparlos si los terapeutas ocupacionales tienen hábitos poco sanos de autocuidado o si conciben la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como equivalentes; también se cuestiona cuál sería el papel de la ocupación en las actividades de promoción de la salud que se despliegan en salud pública. Al parecer, la literatura apoya el argumento que el terapeuta ocupacional tiene dentro de sus objetivos básicos la promoción de la salud y formula acciones en este ámbito, pero también hay varios autores que insisten que es requisito el impulsar estrategias que reconozcan el valor específico de la TO en la promoción de la salud para que dichos profesionales no terminen replicando los conceptos de otras disciplinas o haciendo funciones que no son coherentes con su objeto de estudio (4).

Sin embargo, no se está controvirtiendo que los terapeutas ocupacionales tengan atribuciones en promoción de la salud, ya que es uno de los propósitos de su hacer. La inquietud que se sugiere es si tal afirmación es tan evidente para un practicante de la rehabilitación que responde ante el daño suscitado, para quien la salud es el opuesto de la enfermedad y quien en sus intervenciones prioriza, en su mayoría, la compensación de los déficits del enfermo, pues esto es lo que el sistema sanitario le exige y en lo que ha sido principalmente formado en la academia. Entonces, ¿dónde queda la promoción de la salud en ese contexto?

Rescatar la promoción de la salud para todos no implica que se deje de lado la tradición en rehabilitación, ni que se desprecien estos escenarios en los que se ha alcanzado tanto reconocimiento; más bien, influye en que los terapeutas ocupacionales miren otras posibilidades de llevar importantes contribuciones a todo aquel que lo requiera. El punto de reflexión frente a este planteamiento es pensar la rehabilitación de una manera diferente a como se ha comprendido hasta hoy, un desafío que insta a distanciarse de las nociones de norma y normalidad que han traído consigo formas de categorizar y clasificar los cuerpos en sanos y enfermos (25), perfectos e imperfectos, funcionales y disfuncionales y productivos e improductivos (26) que deben ser restaurados o medicalizados a través de la rehabilitación (27) para de nuevo ser “productivos” y “útiles a la sociedad”.

Una rehabilitación que muestre los terapeutas no como quienes objetivan el funcionamiento de la máquina corporal para establecer su arreglo y desarreglo (28), sino como profesionales que investigan, que conocen los problemas sanitarios del país y que participan en sus propuestas de solución es un reto que requiere de múltiples esfuerzos que van desde la academia hasta los discursos y las prácticas profesionales de los terapeutas ocupacionales. De allí la relevancia de reivindicar la promoción de la salud como fundamento de una rehabilitación renovada.

Otro de los rasgos que a lo largo de la historia ha prevalecido en profesiones sanitarias como terapeutas ocupacionales es la

primacía que ha tenido la intervención individual en el escenario de una relación terapeuta-paciente, la cual reproduce el esquema de poder impuesto por los sistemas sanitarios. Esa, precisamente, es una de las diferencias que, por tradición, han separado las visiones de la TO y la salud pública, siendo que en esta última disciplina se maneja un enfoque de grupos poblacionales que contrasta con la clásica concentración en los individuos de la TO (23); un prototipo en el que los profesionales se erigen como poseedores del saber y experiencia para recuperar la salud mientras las personas se someten a estos designios sin avizorar su eventual participación en su propia recuperación. En lo que respecta a la TO, dicha tendencia se ve matizada en cuanto esta ocupación requiere que el sujeto se involucre en su ejecución, no obstante resultaría valioso cuestionarse qué se está entendiendo por participación, hasta dónde llega y quién concreta los límites.

Lo cierto es que se vislumbra que la actividad con sentido y significado tiene la posibilidad de emplearse en el abordaje de grupos y comunidades y no solo en el proceder uno a uno. En esa perspectiva, se aprecia que el terapeuta ocupacional puede trascender hacia colectivos y poblaciones de personas sanas y enfermas, no solo en el contexto de la clásica relación terapéutica individual. Es así que varios expertos hacen alusión al cambio de un paradigma que integre la salud individual y la de las comunidades, donde el terapeuta ocupacional extienda el alcance de su práctica y reconceptualice sus intervenciones y resultados esperados para aproximarse a la salud poblacional (23).

Ahora bien, el ejercicio profesional con grupos es una invitación para traspasar las barreras institucionales e ir a los lugares de la cotidianidad de los sujetos: el contexto en el que viven y trabajan. A tal intención se le ha denominado en el mundo salubrista “atención primaria de salud” (APS); esta es detallada como la asistencia sanitaria esencial, la cual es accesible para la totalidad de las personas de la comunidad de quienes se espera su participación, siendo una atención accesible para todos y a un costo que los países puedan costear (29). En esa medida, la Declaración de Alma-Ata dispuso la TO como núcleo primordial del sistema sanitario de una nación y eje fundamental del desarrollo socioeconómico, relevancia que suscita la inquietud de hasta qué punto el terapeuta ocupacional se ha comprometido en las actividades de APS.

Frente a tal inquietud se pueden citar estudios como los de Dahl-Popolizio *et al.* (30), quienes buscaron determinar si los proveedores de atención primaria eran receptivos ante la presencia de terapeutas ocupacionales como participantes de los equipos interprofesionales. Allí se hizo patente que los profesionales en TO tienen la capacidad de desempeñarse como miembros primordiales de los equipos de APS, asumiendo un rol clave en la intervención de los problemas que impiden las actividades diarias (30). Una exploración con una corte similar fue llevada a cabo por Donnelly *et al.* (31) en 2013, quienes indagaron acerca de cómo se estaban integrando los servicios de TO en los equipos de atención primaria para entender las estructuras que apoyaban dicha incorporación. Analizando los equipos de salud familiar que contaban con terapeutas ocupacionales, este estudio identificó algunos elementos claves como la comunicación, la confianza y la comprensión de lo que es TO, esto con el fin de posibilitar la inclusión de los expertos en el desempeño ocupacional dentro de tales brigadas de salud familiar. El estudio concluyó que es perentorio establecer estrategias y estructuras explícitas para facilitar la integración de la terapia ocupacional en equipos de atención primaria (31).

Lo que hasta el momento dejan ver estas investigaciones es que la aproximación de los terapeutas ocupacionales a las dinámicas de atención primaria todavía sigue siendo un tema inquietante para los

académicos y practicantes alrededor del mundo, existiendo un largo camino para posicionar la ocupación como determinante primario de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y para que el actuar del terapeuta ocupacional no se reduzca al componente asistencial centrado en la recuperación de las habilidades para ejecutar las actividades de la vida diaria.

El reto del vínculo entre terapia ocupacional y salud pública

Hablar de población no es lo mismo que referirse al trabajo con grupos específicos o tomar la vulnerabilidad como criterio para definir quiénes necesitan de la intervención terapéutica; por el contrario, significa comprender que esta forma de concebir la realidad, que tiene a la ocupación humana como principal libreto y herramienta, se puede traducir en políticas públicas y programas dirigidos a individuos sanos y enfermos, no solo en temáticas relacionadas con discapacidad. Por ejemplo, contemplar el peso que tienen las enfermedades crónicas en el perfil epidemiológico de las poblaciones contemporáneas, visualizando que una parte del desarrollo de estos padecimientos se asocia con los estilos de vida y los hábitos que incorpora un sujeto a su diario vivir, tiene que ver con prácticas en las áreas del desempeño ocupacional de autocuidado, ocio/esparcimiento y trabajo/productividad y se vinculan con las decisiones en salud que toma este ser humano.

La idea no es sugerir que la decisión individual y los estilos de vida sean la única determinación ni el único elemento explicativo para comprender los problemas de salud de una persona o una población, tampoco se quiere entrar en la atribución de culpas hacia el individuo sin identificar las realidades sociales que lo conducen a tomar ciertas resoluciones poco saludables; sin embargo, sí se admite que los terapeutas ocupacionales pueden apoyar la gestión personal de individuos libres para elegir y ser en el mundo a través de la ocupación (19). Ello significaría construir, junto y con el protagonismo de las personas, hábitos que promuevan la salud y prevengan este tipo de enfermedades y sería una muestra de que es posible llegar a otras poblaciones con las acciones de la TO, inclusive hasta el nivel de las políticas públicas donde se piensa en el terapeuta ocupacional no solo como rehabilitador, sino como profesional de salud pública y actor social de vital importancia en cualquier proyecto de sociedad.

De hecho, una de las cuestiones a las que invitaría la salud pública es a vislumbrar la salud como un proceso vital determinado socialmente con una trayectoria que no depende solo de los hábitos aceptados o del autocuidado, sino que lleva a hacer conciencia de que esas decisiones en salud presentan un contexto social, económico y político en el que se despliegan y no son casuales. Frente a tal exigencia, Simó-Algado (32) manifiesta que siente que los terapeutas ocupacionales todavía son bastante ingenuos en términos de dilucidar cómo las estructuras políticas y económicas determinan la vida de los sujetos y comunidades con los que trabajan, pero también sus propias vidas, todo porque en su formación predomina un enfoque miope ante los condicionantes sociopolíticos y ecológicos (32).

Más adelante, Galheigo & Simó-Algado (10) determinan que es necesario marcar una diferencia entre los países del Norte y del Sur global, planteando que los profesionales y estudiantes de las regiones periféricas poseen una conciencia clara de las repercusiones que tienen los determinantes económicos, políticos y sociales en el desempeño ocupacional y ello se expresa en propuestas desde la realidad del sur como la de la terapia ocupacional social, la rehabilitación basada en la comunidad, las prácticas de salud mental comunitaria y el trabajo en atención primaria; mientras tanto, hasta ahora las naciones industrializadas están comenzando a percibir la

fragilidad y el impacto de las políticas neoliberales en la calidad de vida de sus ciudadanos (10).

En la entrevista de Simó-Algado a Galheigo (10), esta forma diferente en la que se ha construido la TO en las regiones periféricas tiene que ver con el hecho de que las necesidades individuales y colectivas del sur y del norte son distintas, por lo que los profesionales de países como Colombia han debido responder a conflictos e inequidades sociales, gobiernos despóticos, procesos de democratización, entre otros. Por eso, se insiste que tales acontecimientos sociales han puesto en entredicho el paradigma de poner la responsabilidad de la salud solo en el individuo (10).

Sin embargo, el énfasis en el componente individual sigue primando en muchos escenarios, además es el que ha conducido a culpabilizar a la víctima por las acciones que realiza en contra de su bienestar, llevando al profesional a observar los datos sociodemográficos de esa persona como simples requerimientos a diligenciar en una historia clínica, sin ligarlos con su condición de salud; se formulan entonces recomendaciones al sujeto sin tener en cuenta su entorno social y su historia sociocultural, por lo que no trascienden al ámbito familiar o comunitario. Tal disposición desconoce los orígenes sociales del malestar, catalogando a la persona como winner o loser y acometiendo ciertas consecuencias, más no las causas, sin considerar que este ser humano haya sido despojado de sus derechos fundamentales (10,33).

Todo esto representa una contradicción con los principios de ver el ser humano desde la integralidad que, supuestamente, defienden los terapeutas ocupacionales. Por tal motivo, se comparte con quienes argumentan que es perentorio enfrentar las desigualdades, inequidades e injusticias que a diario experimentan las personas para seleccionar, ejecutar y vivir sus ocupaciones (33), pensando en la ocupación como vía que contribuye a la optimización de las condiciones socioeconómicas, políticas, culturales, interpersonales y de emancipación humana (19).

Galheigo & Simó-Algado (10) aseguran que el problema no es tanto que el profesional no entienda los efectos de los determinantes sociopolíticos y estructurales, sino que crea que estas circunstancias nada tienen que ver con su ejercicio. Estos autores también postulan que el modelo anglosajón fundacional se ha parado sobre el precepto liberal de que el terapeuta apoya la adquisición individual de ciertas habilidades, pero que la adaptación e inclusión social recaen en las personas y su voluntad, siendo una tendencia evidenciada en modelos como el de la ocupación humana o el canadiense del desempeño ocupacional. Es este el individualismo plasmado en el emprendimiento y la capacidad de autogestión para asumir la vida cotidiana al que se refieren autores como Guajardo (11). En esa perspectiva, el objetivo de las intervenciones sería motivar la atemperación del individuo desviado a la sociedad, pero sin cuestionar si la que requería modificaciones era la esfera social. Dentro de esa visión se concibe la sociedad como consensual y libre de conflictos de clase, género, religión y étnicos (10).

El análisis de ese enfoque anglosajón incita a Galheigo & Simó-Algado (10) a razonar que las terapias centradas en el cliente no lograrían vencer las problemáticas asociadas a la exclusión social, pues la voluntad, el deseo y las buenas intenciones no alcanzan para romper con la negación de derechos a la que se ven sometidas las poblaciones vulnerables. Inclusive, una terapia centrada en el sujeto puede desempoderarlo, ya que la mayoría de estas cuestiones son de carácter colectivo y poseen causas estructurales. Por eso, urge una ruptura en relación con la colonización del modelo científico anglosajón que posiciona una práctica basada en evidencias que suprime la comprensión compleja de los problemas y restringe la diversidad de la vida y del humano. No obstante, no sería suficiente con un cambio paradigmático de la TO, sino que se necesitaría una transformación en las políticas de

salud, educación, cultura, trabajo y asistencia y seguridad social para garantizar el acceso a los derechos por parte de los ciudadanos (10).

En esa óptica, cuando a los servicios llegue un individuo y cuando el quehacer de la TO se requiera para abordar las problemáticas de una comunidad, lo social debe ser un aspecto fundamental y obligatorio a incorporar, más cuando se entiende que no solo la salud se encuentra determinada socialmente, sino también la ocupación u ocupaciones que las personas eligen desarrollar. Estas ocupaciones son seleccionadas a partir de la ubicación de ese individuo en el grupo social al que pertenece, siendo dicho hacer un elemento primordial de la identidad ocupacional. Por el contrario, la sociedad enmarca sus juicios respecto al sujeto de acuerdo a las actividades que este realiza, dado que en la adjudicación que efectúa el orden social de valores, sentidos y significados a las experiencias ocupacionales (20) valora ciertas ocupaciones como positivas o negativas (19).

Por su lado, Peñas-Felizzola (13) señala que la TO estudia el desempeño ocupacional de la persona, pero no como un ser aislado ni solitario, sino en relación con su grupo social y el contexto local, regional y global. Este razonamiento se encuadra en una visión relacional y procesual de la ocupación que es influenciada por circunstancias socioculturales y ecológicas, pero, al tiempo, recrea esas condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales (17). Si se acepta que el desempeño ocupacional está condicionado por el contexto social, económico, político, cultural, etc., se admite que la ocupación no es estática, sino que se trata de un proceso dinámico (11).

Por lo anterior, algunos autores hacen referencia a una TO social, no con el ánimo de desvirtuar el aspecto social y la perspectiva ocupacional colectiva que existe en todos los escenarios de actuación profesional y en todas las cuestiones humanas (11), sino en el sentido de reivindicar el espacio social como zona de intervención de situaciones como la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Galheigo & Simó-Algado (10) explican que este interés trasciende las políticas de salud y rehabilitación, lo que le ha permitido al terapeuta participar de acciones intersectoriales en ámbitos como la asistencia social, la cultura, la educación y el trabajo. En esa medida, el objetivo de la TO social sería el de fomentar la reducción de las inequidades, las contradicciones sociales y los conflictos individuales, procurando el acceso de los sujetos a sus derechos sociales por medio de actividades individuales y colectivas cimentadas en sus necesidades sociales y realidades locales (10).

El terapeuta ocupacional en el sistema de salud colombiano

Se discute que el accionar de los terapeutas ocupacionales está determinado por las características y particularidades de la organización de los sistemas sanitarios, un modelo de prestación de servicios de salud que los tiene destinados al lugar de la rehabilitación funcional, el cual han ocupado con mayor frecuencia tradicional e históricamente; esto es mucho más visible en el plano internacional. De ese modo, y a pesar de que se resalten con gran entusiasmo los campos de acción conquistados, las poblaciones a las que se han aproximado y las técnicas que se han implementado, el sistema sanitario se convierte en el esquema que define la manera cómo se otorga la asistencia por parte de los profesionales de la salud y, en gran proporción, condiciona la actuación del terapeuta y sus posibilidades de generar un impacto significativo en la calidad de vida, más cuando los sistemas sanitarios contemporáneos se mueven bajo una lógica de acumulación de capital, de mercado y de negocio (7), preceptos que incluso priman sobre el bienestar de la población.

El problema con los terapeutas ocupacionales es que no se han embarcado en una reflexión profunda sobre las implicaciones que

tiene el régimen de salud en su actividad profesional, para el caso colombiano el sistema implantado por la Ley 100 de 1993 (22), sino que se ha dependido del análisis de otros colectivos profesionales acerca de los perjuicios que produce ese modelo en el ejercicio médico digno. Esta reflexión no ha tenido una lectura específica de cuál es la posición de la TO respecto al esquema de seguridad social que se ha consolidado en Colombia (34).

En términos de vislumbrar cómo el sistema sanitario condiciona el hacer de los terapeutas ocupacionales y les confiere otros escenarios de acción, podrían admirarse experiencias como las de Brasil, donde la reforma sanitaria de finales de los años ochenta, que llevó a la configuración del Sistema Único de Salud (SUS), demandó que todos los profesionales sanitarios hicieran una inmersión en la realidad social de las personas y colectivos atendidos para que las intervenciones se basaran en sus necesidades. Esto no siempre fue así en ese país, ya que las áreas de rehabilitación física y salud mental fueron las primeras en incursionar al mismo a partir de la influencia extranjera en la formación de los pioneros; hoy en día estas son las arenas profesionales que más profesionales congregan (10).

Con la territorialización de la asistencia derivada de la reestructuración de las políticas sociales a principios de la década del noventa se constituyeron equipos locales de salud en los que el terapeuta ocupacional consiguió incorporarse e interactuar con múltiples profesionales. La idea de estos equipos era la de materializar la asistencia sanitaria gratuita y universal instaurada por el SUS, una tentativa que se enmarca dentro de un movimiento de democratización de la sociedad brasilera con el cual se intentó garantizar estatalmente otros derechos sociales como la educación. Es evidente que estas reformas en la perspectiva de salud pública se vieron reflejadas en la formación de los terapeutas ocupacionales y buscaron deconstrucción del modelo biomédico predominante (10).

Parte del silencio manifestado como comunidad profesional colombiana tiene que ver con el desconocimiento que persiste entre muchos profesionales del modo en que funciona el sistema de salud, ingenuidad que se liga, entre otras cosas, con la falta de abordaje de estas temáticas de salud pública en los currículos de la mayoría de las escuelas de TO en el país. El resultado es que no se ha resuelto de manera efectiva cuál es la perspectiva asumida como grupo gremial frente al régimen de salud, pero tampoco se ha establecido ante el modelo de aseguramiento si se van a emprender actividades de crítica y denuncia por los atropellos cometidos o si los profesionales se van a acomodar como sea a las particularidades de estas formas de organización de los servicios sanitarios. En tal coyuntura, la contribución de los terapeutas ocupacionales al debate social en un asunto tan primordial para el futuro de Colombia ha sido mínima, pues los terapeutas no han sabido leer el contexto que los rodea; esto probablemente sucede porque sigue pesando más el ajuste estricto a modelos y maneras de ser, pensar y sentir internacionales que el interpretar la realidad social y económica nacional.

Este argumento podría ser aplicado a aquellos que trabajan en el área educativa, en el área laboral o en instituciones de prestación de servicios sociales diferentes a salud; sin embargo, la orientación del comentario sigue teniendo validez cuando se ejerce una práctica descontextualizada y acritica, alejada de las necesidades de salud y ocupacionales de los individuos y poblaciones en Colombia y de las circunstancias mundiales; de este modo, hace falta una práctica reflexiva, intersubjetiva y situada (35). En tal óptica, otra inquietud que emerge en este artículo, con fundamento en lo que se han preguntado otros académicos alrededor del mundo (10), es si los terapeutas ocupacionales colombianos están preparados para enfrentar retos como la pobreza, el cambio climático, la precariedad laboral, el desempleo, entre otros.

En correspondencia con lo anterior, se reconoce que en los últimos años se ha hecho un esfuerzo por incluir en los currículos de los programas de TO el aprendizaje de contenidos y competencias en salud pública a partir de módulos o materias que hacen palpable un interés por instruirse en este campo de conocimiento y práctica. A pesar de ello, se intuye que tal incorporación no responde como tal a una concientización y lectura crítica respecto a las contribuciones que podría tener para el terapeuta ocupacional el que se forme en el saber salubrista, sino que es influenciado por coyunturas como la aparición de un componente de salud pública en el Examen de Evaluación de la Calidad de la Educación Superior (Saber PRO), prueba que deben presentar los estudiantes de TO de último semestre, o por el requerimiento que se está haciendo desde el mercado laboral de terapeutas que trabajen en actividades de salud pública en el nivel nacional o distrital. La situación anotada origina que los estudiantes aprendan ciertas cosas del saber salubrista, pero sin una clara noción para qué les servirá esto o cómo se relaciona con un currículo volcado hacia otras orientaciones y construido sobre la base de un paradigma distinto.

La participación de terapeutas ocupacionales en el diseño y ejecución de programas de salud pública parece bastante favorable en cuanto abre a los profesionales la alternativa de desempeñarse en nuevos campos de acción y demostrar su aporte ante otros especialistas y poblaciones; no obstante, causa algo de preocupación que la carencia de formación en el tema pueda conducir a que los resultados de las intervenciones no sean los esperados. Se entiende que la salud pública no es un asunto exclusivo de salubristas con educación postgraduada en programas académicos, considerando que dentro del proceso educativo de todos los profesionales sanitarios (incluso de otros que laboran junto con los salubristas) tiene que existir una instrucción básica en contenidos como la conceptualización de qué es salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, determinantes sociales de la salud, reflexiones sobre inequidad en salud, entre otros.

Se opina que no es una cuestión de recibir clases o asistir a espacios impartidos por salubristas expertos, pero desconocedores de las particularidades del conocimiento y el quehacer de los terapeutas ocupacionales, para que los ilustren en la materia sin la menor conciencia de cuál es el rol de estos profesionales en la discusión de tales debates sanitarios.

Se estima que de lo que se trata es de hacer una lectura particular, profunda y crítica de qué lugar tienen los terapeutas ocupacionales en estas controversias, de cuáles serían sus contribuciones a esos objetos y asuntos de estudio para enriquecerlos, de qué trascendencia puede tener la ocupación humana y los estudiosos de la misma en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades en poblaciones y de si la actividad con sentido y significado es un determinante de la salud o puede ser incorporada como intervención en las políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de vida, es decir, pensar y entender la salud pública desde la forma de comprender la realidad que tienen los terapeutas ocupacionales.

Conclusiones

Con estas reflexiones se hace un llamado especial a los profesionales sanitarios adscritos al ámbito de la rehabilitación (esto incluye a fonoaudiólogos y fisioterapeutas) para que tomen conciencia de su quehacer con el firme propósito de repensar su ejercicio y lograr posicionar ética y políticamente sus campos de experticia frente a otras profesiones del campo de la salud. Lo anterior implica desarrollar una práctica crítica, reflexiva y propositiva que trascienda el dominio técnico, tradicional e instrumental en el que se han formado los profesionales, independiente del escenario laboral en el que

se desenvuelvan. Además, esta toma de conciencia se traduce en propuestas novedosas de intervención derivadas de la investigación, unas tentativas que posibiliten superar el hacer pensado desde la enfermedad y visibilicen la salud en positivo y el bienestar de individuos y colectivos.

En este sentido, avanzar hacia una posible ruptura paradigmática hegemónica en el ejercicio de las prácticas académicas y profesionales de la TO implicaría, por un lado, realizar una transformación considerable en la manera de ver y entender la ocupación humana y la rehabilitación y, por el otro, trascender y superar el pensamiento cartesiano que hasta hoy no ha logrado superarse (28). Aunque se dice haber progresado hacia modelos de atención biopsicosocial, esta lógica permanece vigente en el quehacer y se hace visible no solo en la formación profesional, sino en las formas de evaluación, diagnóstico e intervención en los diferentes escenarios de desempeño del terapeuta ocupacional que, sin duda, continúan cimentadas en el método científico, en el análisis (descomponer), en la síntesis (componer), en la observación y en la experimentación (36). Este avance involucraría la construcción de programas investigativos en los que se contemple y discuta la producción del cuidado en salud por el terapeuta ocupacional desde una mirada integral, humanizada, interdisciplinar e intersectorial (10).

Pese a que se rescata la contribución de un esquema biopsicosocial como el que plantea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (37), ello no garantiza que se hayan vencido las restricciones con las que cargaba el enfoque biomédico, por el contrario, se continúa reproduciendo el modelo medicalizador. Así, esta herramienta ha colonizado el lenguaje de la discapacidad y la rehabilitación a escala planetaria, ha fortalecido el pensamiento hegemónico en salud y ha encarnado el modelo asistencial, terapéutico e individualista que ha dominado el campo de la salud a lo largo de la historia. Por tanto, asumir que se trata de un instrumento perfecto y la última palabra en el plano de la rehabilitación aleja a los profesionales de la rehabilitación en esta superación de los desafíos contemporáneos de la salud pública.

De igual forma, el llamado es a reflexionar sobre el rol que ha adoptado el Estado legitimador de este pensamiento dominante en salud que obliga a los actores estatales y a la misma sociedad civil a meditar, hablar y actuar como la hegemonía quiere que se piense, se hable y se actúe (6). Dicho discernimiento acerca del Estado y sus relaciones con el mercado y con la sociedad civil posibilitarían adquirir conciencia de las relaciones de poder y hegemonías predominantes en la sociedad (10). Las ocupaciones, al advertirse como expresiones humanas, están supeditadas de una u otra manera a las prácticas del poder, teniendo en cuenta sus raíces en la vida diaria y en las interacciones sociales (19). La cuestión es hasta qué punto el reconocimiento de esos poderes y de la dimensión política de la ocupación permitiría impugnar esas hegemonías y dominación social, fomentando la creación de sujetos que hagan parte de la instauración de pactos sociales sensibles, justos y adaptados a la realidad colombiana (19,33).

Por otra parte, es preciso recapacitar frente al papel de la academia como actor social que ha reproducido constantemente el pensamiento hegemónico en la formación de profesionales, incursionando en sus mallas curriculares la CIF como eje transversal de los planes de estudio de la TO, incluyendo la investigación. Esta mirada emplea a la academia como instrumento o como medio para implantar su ideología y lograr frutos en favor del capitalismo cognitivo y del complejo médico industrial y financiero (38-40). Entonces, se pretende instar a la academia a cuestionarse acerca de para qué formar profesionales de TO en el país, qué características deberían tener los futuros terapeutas ocupacionales colombianos y si bastará con

incluir en el currículo de los programas un módulo o un curso de salud pública, entendiendo estos como interrogantes clave para la construcción de los planes de estudio. Lo cierto es que tal discusión sobre cuáles son los terapeutas ocupacionales que requiere Colombia no debe omitir el compromiso ético y político con la realidad social que debería identificar a los profesionales en pro de motivar la transformación de la sociedad (10,11).

La verdad es que existen experiencias documentadas en la literatura en las que se resalta la presencia e importancia del terapeuta ocupacional en el terreno de la salud pública y en las actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades dirigidas hacia individuos y colectivos, tanto sanos como enfermos. No obstante, no se trata de un asunto resuelto, pues es evidente un vacío teórico y práctico en la manera de hacerlo, entendiendo que no es suficiente con reiterar que este profesional pueda liderar actividades de promoción de la salud a través del conocimiento que tiene de la ocupación, sino que es perentorio profundizar en marcos metodológicos y prácticos de TO en los que se posicione la ocupación humana como determinante esencial de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en salud pública.

No se quiere ser reiterativo, tampoco exponer un panorama calamitoso, más cuando se percibe que estos retos o deudas pendientes se corresponden con oportunidades de una comunidad académica y profesional muy receptiva, dispuesta a crecer día a día para consolidarse socialmente, expectante de aprender de sus errores y con una gran conciencia de apoyar el desarrollo social, el mejoramiento de la salud, el desempeño ocupacional y la calidad de vida de los sujetos y poblaciones con quienes tiene el gusto de interrelacionarse. Con esta actitud, seguramente cuando se celebre el centenario del nacimiento de la profesión en el país, será bastante grato el referir cómo se han superado tales desafíos y asuntos pendientes, con un alto nivel de reconocimiento social logrado para ese entonces.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Schell BA, Gillen G, Scaffa ME. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 11th ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011.
2. Santos-del Riego S. Siglo XX, Guerras Mundiales y Terapia Ocupacional. In: Moruno-Miralles P, Talavera-Valverde MÁ, compilers. Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica 90 años después de su creación. La Coruña: TOG, APGTO; 2007. p. 310-319.
3. Chaparro-Araya RE, Fuentes-Capetillo J, Morán D, Mujica-Díaz-Valdés N. La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Rev Chil Ter Ocup*. 2005 [cited 2018 May 21];5(5):69-79. Available from: <https://goo.gl/M6npGQ>.
4. Trujillo-Rojas A. Terapia ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2002.
5. Testa M. Salud Pública, acerca de su sentido y significado. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington D.C.: OPS; 1992. p. 205-29.

6. Vallejos I, Spadillero A, Sánchez C, Zuttion B, Lipschitz A, Almeida ME, et al. Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit. Buenos Aires: Noveduc; 2009.
7. Feo-Istúriz O, Feo-Acevedo C, Jiménez P. Pensamiento contrahegemónico en salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012 [cited 2016 Feb 20];38(4):602-14. Available from: <https://goo.gl/ToQDZy>.
8. Gómez RD. La noción de "Salud Pública": Consecuencias de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2002 [cited 2018 May 21];20(1):101-16. Available from: <https://goo.gl/UhVdVL>.
9. Cruz-Velandi I. La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2005 [cited 2011 Jun 27];23(1):92-101. Available from: <https://goo.gl/C3gwsW>.
10. Galheigo SM, Simó-Algado S. Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *TOG*. 2012 [cited 2018 May 21];9(15):1-41. Available from: <https://goo.gl/AvWwqu>.
11. Guajardo A. Prólogo. In: Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2018 May 21]. p. 13-9. Available from: <https://goo.gl/UUdpSg>.
12. Nahr ME. Promoción y Prevención en Terapia Ocupacional. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*. 2014 [cited 2018 May 21];2(88):60-5. Available from: <https://goo.gl/YjoDNB>.
13. Peñas-Felizzola OL. La Investigación en Terapia Ocupacional: Historia, Actualidad y Perspectivas [monograph]. Bogotá D.C.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2005 [cited 2018 May 21]. Available from: <https://goo.gl/eFT3Cv>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Anexo I: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. In: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica No. 557. Washington D.C.: OPS; 1996. p. 367-72.
15. Yerxa EJ. Health and the Human Spirit for Occupation. *Am J Occup Ther*. 1998;52(6):412-8. <http://doi.org/c4wwnc>.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS; 1946 [cited 2018 Jul 30]. Available from: <https://goo.gl/sSrLMs>.
17. Grupo de investigación ocupación y realización humana. Introducción. In: Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2018 May 21]. p. 21-6. Available from: <https://goo.gl/UUdpSg>.
18. Wilcock A. An occupational theory of human nature. In: An occupational perspective of health. 2nd ed. Thorofare: Slack Incorporated; 2006 [cited 2018 May 21]. p. 51-74. Available from: <https://goo.gl/RFEkPF>.
19. Trujillo A, Sanabria-Camacho L, Carrizosa-Ferrer L, Parra-Esquivel EI. Comprensión de la Ocupación Humana. In: Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2018 May 21]. p. 27-69. Available from: <https://goo.gl/UUdpSg>.
20. Rubio S, Sanabria-Camacho L. Ocupación como proceso subjetivante. In: Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2018 May 21]. p. 71-104. Available from: <https://goo.gl/UUdpSg>.
21. Law M, Steinwender S, Leclair L. Occupation, health and well being. *Can J Occup Ther*. 1998;65(2):81-91.
22. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 (diciembre 23): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 41148; diciembre 23 de 1993.

23. Mallinson T, Fischer H, Rogers JC, Ehrlich-Jones L, Chang R. Human Occupation for Public Health Promotion: New Directions for Occupational Therapy Practice With Persons With Arthritis. *Am J Occup Ther*. 2009;63(2):220-6. <http://doi.org/dmftnd>.
24. Gewurtz RE, Moll SE, Letts LJ, Larivière N, Levasseur M, Krupa TM. What you do every day matters: A new direction for health promotion. *Can J Public Heal*. 2016;107(2):e205-8. <http://doi.org/cp2p>.
25. Almeida ME, Angelino MA, Kipen E, Lipschitz A, Marmet M, Rosato A, *et al*. Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad. *Política y Sociedad*. 2010 [cited 2018 May 21];47(1):27-44. Available from: <https://goo.gl/n2SVx5>.
26. Tittannegro GR. Aspectos filosóficos da reabilitação. *O mundo da saúde São Paulo*. 2006 [cited 2018 May 21];30(1):20-5. Available from: <https://goo.gl/2yq7z5>.
27. Moreno-Angarita M. Pistas para el diálogo entre salud pública y discapacidad: hacia una comprensión de la evolución del concepto de discapacidad. In: *Salud Pública y Discapacidad*. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2008.
28. Restrepo-Ochoa DA. Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013 [cited 2016 Feb 20];31(1):42-6. Available from: <https://goo.gl/WV9SrY>.
29. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978 [cited 2018 May 21]. Available from: <https://goo.gl/H9kX39>.
30. Dahl-Popolizio S, Muir SL, Davis K, Wade S, Voysey R. Occupational Therapy in Primary Care: Determining Receptiveness of Occupational Therapists and Primary Care Providers. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 2017;5(3). Available from: <http://doi.org/cp2w>.
31. Donnelly C, Brenchley C, Crawford C, Letts L. The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design. *BMC Fam Pract*. 2013;14:60. <http://doi.org/f4x95c>.
32. Simó Algado S. La palabra y la acción: lucha contra la pobreza, salud (ocupacional) y ciudadanía a través de nuevas praxis universitarias [tesis doctoral]. Vic: Universitat de Vic; 2011 [cited 2017 Oct 26]. Available from: <https://goo.gl/4SFCrx>.
33. Uribe JJ, Rojas-Castillo CP, Pérez L. Ocupación como proceso socio-cultural. In: Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2018 May 21]. p. 105-28. Available from: <https://goo.gl/UUdpSg>.
34. Arango-Soler J, Correa-Moreno Y, Luna-García J, Campos A, Molano-González A. El terapeuta Ocupacional en el marco de las reformas de los sistemas de salud: Reflexiones desde el caso Colombia. *Revista Ocupación Humana*. 2013;13(2):7-23.
35. Urteaga E. Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*. 2008 [cited 2014 Sep 20];18(1):169-98. Available from: <https://goo.gl/rdZzDA>.
36. de Almeida-Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 1997;2(1-2):5-20. <http://doi.org/cp2x>.
37. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF: versión abreviada. Ginebra: OMS; 2001. Available from: <https://goo.gl/Di5aey>.
38. Levín P. La ciencia en el capitalismo, y más allá. *Erlenmeyer*. 2002 [cited 2018 May 21];1(1). Available from: <https://goo.gl/li59pR>.
39. Míguez P. Del General Intellect a la tesis del “Capitalismo Cognitivo”: aportes para el estudio del capitalismo del siglo XXI. *Bajo el Volcán*. 2013 [cited 2018 May 21];13(21):27-57. Available from: <https://goo.gl/7zx5g9>.
40. Iriart C, Iglesias-Ríos L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(43):1008-24. <http://doi.org/cp22>.

Fig. 1.

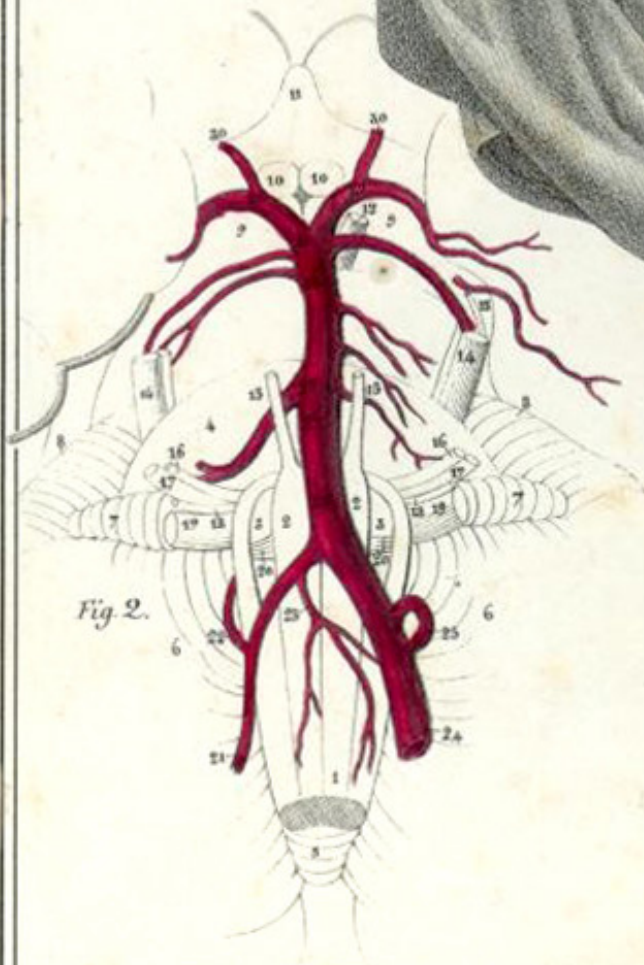
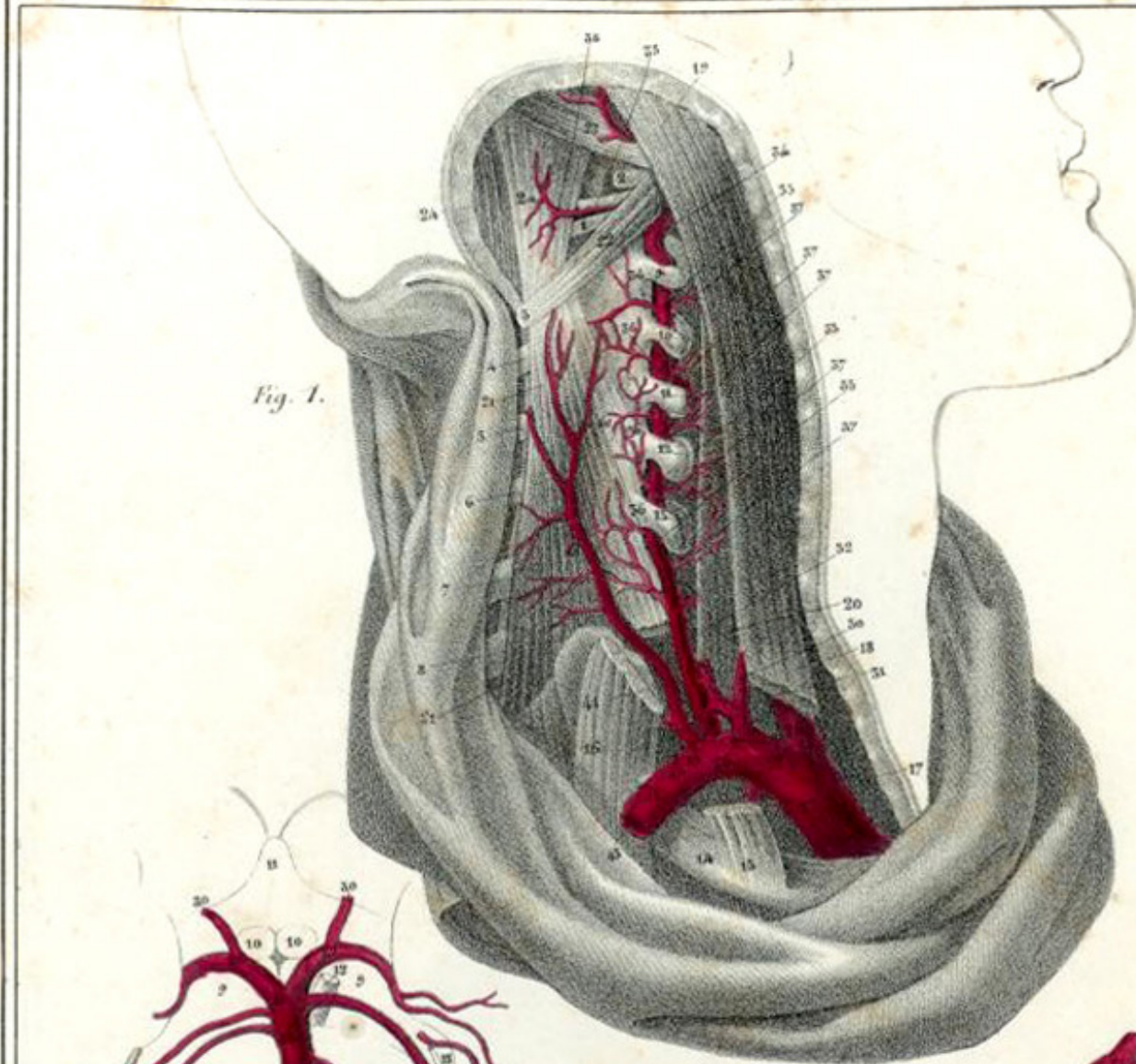


Fig. 2.

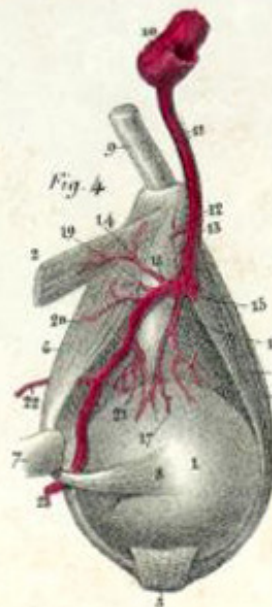


Fig. 4.

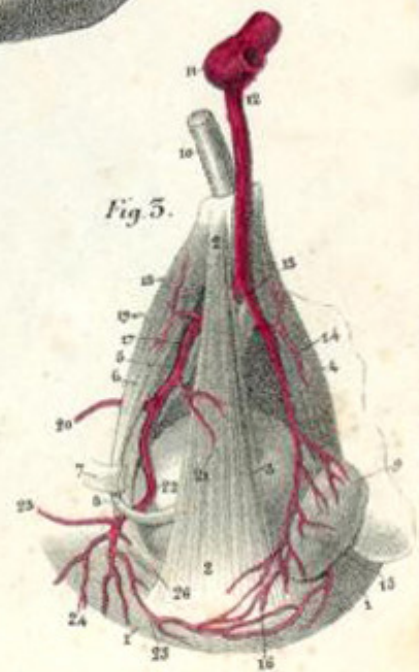


Fig. 5.