

# LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL: UN ACERCAMIENTO DESDE LA SALUD PÚBLICA

\* Olga Luz Peñas Felizzola

## RESUMEN

---

*El objetivo de este documento es contextualizar la Terapia Ocupacional a partir de los fundamentos de la salud pública, aproximando estas dos áreas del saber para identificar elementos de convergencia, específicamente en cuanto a la intervención comunitaria. Inicialmente se realiza la conceptualización de la salud pública y de algunos términos derivados, para luego proceder a exponer los elementos coincidentes o complementarios entre ésta y la Terapia Ocupacional referentes a la relevancia y papel de la comunidad en los programas de intervención terapéutica.*

**Palabras Clave:** comunidad, niveles de atención, Terapia Ocupacional, sector salud, sector trabajo.

## CONCEPTUALIZACIÓN EN TORNO A LA SALUD PÚBLICA.

La salud pública, como área de conocimiento, trasciende las fronteras (hoy desvanecidas) de las disciplinas, para consolidarse como ciencia y arte. Según la Organización Mundial de la Salud (1992), la salud pública es la “ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general, se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y la longevidad”. A partir de la anterior definición se derivan una serie de conceptos clave para la comprensión de la salud pública que permitirán, más adelante, identificar la interrelación entre ésta y la

\* *Terapeuta Ocupacional y Magister en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Escuela Colombiana de Rehabilitación, Facultad de Terapia Ocupacional. Docente de la Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Discapacidad e Inclusión Social.*

## Terapia Ocupacional:

- Salud colectiva: el eje de acción de la salud pública es el bienestar de las colectividades, la salud de la población, más allá de la simple intervención individualizada; de allí su carácter de pública. Este aspecto también guarda relación con la relevancia que se da a la comunidad como actor fundamental y escenario de acción en el marco de las nuevas tendencias de intervención (Declaración de Alma Ata: atención primaria en salud, OMS, 1978).
- Interdisciplinariedad: para su aplicación y desarrollo, la salud pública retoma aportes (conceptuales y prácticos) de diferentes disciplinas, entre las cuales vale la pena mencionar la estadística, antropología, economía, demografía. Aunque estas áreas del saber la nutren, la salud pública es responsabilidad de todos los profesionales involucrados en el tema de la salud y, más aún, es “multidisciplinaria por naturaleza, que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad” (Blanco y Maya, 1997, p.6).
- Política pública: este elemento guarda relación con la necesidad de identificar, diseñar, implementar y evaluar disposiciones normativas tendientes a garantizar y/o mejorar la calidad de vida de las poblaciones (Titmuss, 1981). “El concepto de salud pública incorpora una importante actividad gubernamental y social” (Blanco y Maya, 1997, p.8). Ésta es una de las funciones clave de la salud pública.
- Epidemiología: *epi* (alrededor) –*demos* (pueblo) –*logos* (estudio) (Vásquez y otros, 1998). La epidemiología es una de las áreas de la salud pública. Se define como “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados y acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios” (Last, 1988). También es entendida como “la ciencia que estudia y analiza la frecuencia de los fenómenos en salud y los factores de riesgo y protección que influyen en su aparición, presencia y distribución en una comunidad humana, con miras a su disminución y control. Se apoya en el método científico” (Blanco y Maya, 1997, p.7). Algunas ramas de la epidemiología son: epidemiología clínica (exactitud de pruebas diagnósticas, eficacia de tratamiento, pronóstico e historia natural de la enfermedad/discapacidad), epidemiología ambiental (impacto de factores ambientales específicos: agua, alimentos, aire, clima, principalmente en niños, ancianos y personas enfermas), epidemiología ocupacional (guarda relación con la ambiental, pero referida a población en edad productiva) (Beaglehole, 1994).
- Atención primaria en salud –APS–: “es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo (...) Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, Declaración de Alma Ata, 1978). Uno de los componentes de la atención primaria apunta hacia la organización y participación de la comunidad, teniendo en cuenta que ésta debe involucrarse en la identificación, priorización e intervención de sus problemas de salud.
- Rehabilitación con base en la comunidad: “también conocida como rehabilitación integral con participación comunitaria. Ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como una estrategia para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Comprende el conjunto de actividades dirigidas a prestar servicios costo-efectivos a través de la movilización eficaz de los recursos locales dentro de la comunidad” (Secretaría de Salud Distrital, 2001, p.47). Esta estrategia apunta hacia la prestación de servicios que den respuesta a

la variada problemática de las personas con discapacidad y sus familias, contextualizándolas en sus localidades/comunidades. También involucra la prestación de servicios profesionales domiciliarios.

- Niveles de atención: lo comunitario como eje transversal. Tanto a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud) como a nivel nacional (Ley 100/93), se reconocen tres niveles de atención en salud: promoción, prevención y rehabilitación. La promoción de la salud comprende el fomento de ésta mediante diversas estrategias como campañas educativas para prácticas de autocuidado, identificación y manejo de factores de riesgo y mejoramiento de condiciones ambientales, entre otras (Blanco y Maya, 1997). La prevención de la enfermedad incluye el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y prevención de la discapacidad. Algunas de las estrategias que retoma son la “búsqueda y captación de usuarios para vigilancia y control de riesgos, consulta precoz, exámenes diagnósticos, tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud” (Blanco y Maya, 1997). La rehabilitación de la discapacidad involucra la intervención en las dimensiones física, mental y social con el objeto de prevenir la permanencia de las secuelas, la invalidez o la muerte prematura.

Los conceptos de prevención y promoción fueron introducidos por H. Sigerist (1945) y en la actualidad ocupan un papel de gran relevancia para la salud pública, dada la vigencia que han cobrado con los lineamientos internacionales que las retoman y ratifican, tales como la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), así como la legislación nacional, en cabeza de la Ley 100 de 1993, en lo que respecta al Plan de Atención Básica. Una característica coincidente es la relevancia que juega la intervención comunitaria como estrategia que integra a los diferentes actores (comunitarios, sociales, institucionales) en el alcance de mejores niveles de salud y bienestar para la población.

Desde los mismos planteamientos generales de la

Ley 100 de 1993, el Sistema de Salud colombiano reconoce los tres niveles de atención en salud. En el artículo 154, la Ley establece que se deberá “lograr la ampliación progresiva de la seguridad social en salud, permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud de los habitantes del país”. En complemento, la normatividad establece que, cada uno de dichos niveles, deberá incluir la participación de la comunidad como requisito indispensable para cualquier actuación, procurando “organizar los servicios de salud de forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad” (art.154). A nivel distrital también se propone la intervención y participación comunitaria como elemento fundamental para el desarrollo de cada acción: (Lineamientos de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad y Plan Distrital de Discapacidad 2001 -2005).

Otros argumentos normativos internacionales, en cuanto a la participación y atención comunitaria en procesos de intervención de personas con discapacidad, se encuentran en:

- Declaración de Alma Ata (1978)
- Convenio 159 de 1983 (OIT) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas
- Recomendación 168 de 1983 (OIT), readaptación profesional y empleo de personas inválidas
- Programa de Acción Mundial para los Impedidos (1982)
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991)
- Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las Personas con Discapacidad en el Área Iberoamericana (Conferencia Intergubernamental Iberoamericana, 1992)
- Normas Uniformes Sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Resolución 48 de 1993)
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994)

- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999).
- Programas de Rehabilitación Comunitaria (PIC) y la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC): nuevas tendencias de intervención en campo.

La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), nace con el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, emitido en el marco de la Declaración del Decenio de los Impedidos 1983–1992. Esta idea inicial se planteó con el objeto de “(...) otorgar prioridad a la reintegración de las personas con limitaciones de la sociedad, con respecto a la creación de instituciones y servicios especiales para ellas (...) La comunidad debe adaptarse a las necesidades de las personas con limitaciones, tras la caída en desuso de los centros especializados” (Momm y Köning, 1990, referenciado en GLARP, 1991, p.162). A partir de estos planteamientos, la Rehabilitación Basada en Comunidad se propone como componente fundamental de todos los procesos y acciones encaminados a la atención de la población discapacitada, con el fin de ampliar, contextualizar y cualificar este tipo de servicios.

Básicamente, para la RBC se han identificado dos corrientes. Una de ellas asigna a la familia y a la comunidad la labor rehabilitadora, teniendo en cuenta los planteamientos propuestos para los programas básicos de atención primaria en salud: totalmente desinstitucionalizada, con simplificación de procesos, recursos y dispositivos sencillos elaborados por personas de la comunidad, e implementación de acciones con participación de todos los miembros de la comunidad.

La segunda corriente, aunque guarda algunos de los fundamentos de la primera (fuera de la institución, con participación de la comunidad y utilización de sus recursos), se propone como estrategia de extensión, complementaria de los servicios de rehabilitación institucionalizados.

Más recientemente, otros enfoques surgidos hablan de los Programas de Integración Comunitaria, los cuales conservan directrices de la segunda corriente de la Rehabilitación Basada en Comunidad, al tiempo

que involucran y priorizan el “estimular la conciencia pública y modificar actitudes y prejuicios contrarios a la aceptación y por ende a la integración de las personas con limitaciones” (GLARP, 1991, p.166).

## **LO COMUNITARIO EN TERAPIA OCUPACIONAL: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA SALUD PÚBLICA.**

“El trabajo con la comunidad abre un espacio de inmensa riqueza, es posibilitador de la cultura del servicio, de la solidaridad y la cooperación, del rescate de la dimensión humana, es un espacio que permite al estudiante o al profesional confrontar sus aprendizajes previos a través de la reflexión, potencializando sus cualidades humanas” (Memorias Foro Nacional de Salud Comunitaria, 1996).

En Terapia Ocupacional aún son incipientes los alcances en materia de intervención comunitaria. Sin entrar a desconocer los avances logrados hasta el momento, se requiere una identificación y revisión de las actuaciones profesionales en cuanto a lo comunitario, no sólo por la necesidad de brindar al usuario una intervención integral, sino con miras a armonizar con los lineamientos de política pública que se vienen adelantando.

En este punto, es necesario resaltar la importancia de involucrar la corriente comunitaria en la formación y actuación del terapeuta. Tanto a nivel de prevención, como en promoción y rehabilitación, el quehacer del Terapeuta Ocupacional debe apuntar a la intervención de la persona como ser biopsicosocial, enmarcado en un contexto y comunidad determinados. Desde esta perspectiva, cada actuación profesional debe garantizar que el usuario asuma, retome, desarrolle sus roles ocupacionales apoyado en los recursos de su comunidad y con miras a su desenvolvimiento óptimo en ella.

Con base en lo anterior, el papel esperado por parte de la comunidad en los procesos que se adelantan en beneficio de la salud pública, son:

- Actitud positiva hacia la integración de la persona con discapacidad.

- Favorecer la accesibilidad de todas las personas en las diferentes actividades y roles.
- Facilitar los recursos y medios disponibles en ésta, en beneficio de las poblaciones vulnerables.

A continuación se exponen algunas consideraciones en torno a la importancia de la acción comunitaria del Terapeuta Ocupacional en los sectores salud y trabajo, así como posibles intervenciones a desarrollar y políticas públicas que la normatizan:

**Sector Salud:** en este sector, en el nivel de promoción, la normatividad establece la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a la colectividad (Plan de Atención Básica -PAB), como información pública, educación y fomento a la salud, tendientes al establecimiento de hábitos y comportamientos saludables (Ley 100/93, artículo 165). En este campo, la intervención del Terapeuta Ocupacional debe dirigirse, entre otras, al diseño y aplicación de programas para el fomento de hábitos saludables que eviten o disminuyan la discapacidad ocupacional.

La Carta de Ottawa (1986) establece directrices en materia de prevención, estableciendo la necesidad de fortalecer el desarrollo y participación de la comunidad, así como la creación de ambientes que apoyen y favorezcan la promoción de la salud.

Los servicios de promoción y prevención, en últimas, deben involucrar estrategias de comunicación, información, educación, detección precoz y de prevención de la discapacidad (Arteta y otros, 2001).

Desde el nivel de rehabilitación, el abordaje de las personas con discapacidad requiere una intervención integral, que trascienda más allá de la rehabilitación individualizada. La discapacidad requiere una intervención con perspectiva integradora tendiente a devolver e insertar a la persona en su contexto social (familiar, comunitario), asumiendo o retomando sus roles: escolar, laboral, familiar, social (Secretaría de Salud Distrital, 2001).

Específicamente, en lo relacionado con salud mental comunitaria, la participación puede darse en múltiples aspectos, según lo establece la Política Nacional de Salud Mental (1998):

- Identificación/vinculación de redes de apoyo social e incremento de la participación e intervención comunitaria en el abordaje de la salud mental.
- Detección precoz e intervención de factores de riesgo de trastornos del comportamiento y del maltrato infantil.
- Utilización adecuada del tiempo libre.
- Reorientación en la intervención de la salud mental, reemplazando el abordaje institucionalizado por una actuación centrada en la comunidad (derivada de la Declaración de Caracas, 1990). También se proponen cambios en la representación de la discapacidad mental.
- Involucrar a la familia en los planes de atención, junto al desarrollo de actividades de rehabilitación psicosocial en el marco de modelos comunitarios (RBC).

La atención a las personas con discapacidad no puede desligarse de la acción comunitaria, en la medida en que ésta puede facilitar el proceso de rehabilitación (haciendo uso de sus recursos -físicos, institucionales, sociales-, identificando barreras), a la vez que garantiza la sostenibilidad del proceso rehabilitativo (aceptación de la integración social de la persona).

A nivel distrital, los Lineamientos de Atención en Salud (2001) proponen la dimensión comunitaria como estrategia para el manejo de la discapacidad y como objeto de intervenciones en esta materia. En tal sentido, la Rehabilitación Basada en la Comunidad es propuesta como una estrategia de intervención, tanto en prevención como en promoción y rehabilitación de la población (PAB - Programa de Prevención y Manejo de la Discapacidad, Bogotá, 2001).

**Sector Trabajo:** los Lineamientos de Política para la Salud de los Trabajadores (2002) proporcionan directrices en materia de bienestar ocupacional de la población, involucrando la intervención a nivel de promoción, preventivo y rehabilitativo, en los cuales figura la comunidad.

En este sector, específicamente en los programas de rehabilitación profesional, las políticas públicas apuntan hacia la inclusión de la comunidad y del

contexto comunitario, como actor y escenario respectivamente, en estos programas. A partir de dichas políticas, la participación comunitaria en los programas de rehabilitación profesional se da principalmente en las fases de adaptación, capacitación y ubicación laboral. En ellas, la comunidad actúa como marco de referencia a partir del cual se identifican posibles instituciones capacitadoras y contratantes, recursos y necesidades comunitarios que apoyen o faciliten el proceso, así como las barreras que puedan existir y que, de una u otra manera, afecten una rehabilitación exitosa (Glarp, 1991).

## CONSIDERACIONES FINALES

- El objeto de estudio de Terapia Ocupacional es el desempeño ocupacional como facilitador del desarrollo humano y factor de preservación y restauración de la calidad de vida. Por ello, el actuar del terapeuta se centra en los procesos ocupacionales de autocuidado, esparcimiento, escolaridad y productividad, asumidos tradicionalmente desde una intervención individualista y, más recientemente, desde una tendencia emergente de carácter comunitario.
- Lo comunitario no se puede tratar como un componente aislado del quehacer terapéutico. La Terapia Ocupacional en sus diferentes campos de acción (salud mental, disfunciones físicas, educación, trabajo) requiere del manejo de lo comunitario, a partir de la relevancia que éste tiene como esfera de desarrollo del individuo y como contexto que enmarca y determina su desempeño ocupacional.
- El Terapeuta Ocupacional, como actor fundamental de la salud pública debe desarrollar habilidades y destrezas, así como adquirir conocimientos para la intervención a nivel comunitario en los niveles de promoción del bienestar ocupacional, prevención y rehabilitación de alteraciones o disfunciones ocupacionales.
- Los procesos de habilitación/rehabilitación que se adelanten con personas con discapacidad requieren la participación activa de profesionales “que apoyen y orienten a la persona con discapacidad, a la familia y a la comunidad en la integración social y ocupacional de estas personas” (Arteta, Bernal y García, 2001, p.16).
- Los programas de atención para la habilitación/rehabilitación de personas deben estar articulados en torno a:
  - a) Implantar metodologías con participación comunitaria
  - b) Procurar apoyo institucional en el proceso
  - c) Mejorar los servicios
  - d) Identificar y fortalecer redes de apoyo
  - e) Desarrollar actividades de educación, comunicación e información
  - f) Investigación.
- Según el GLARP (1996), la intervención realizada con y en comunidad apunta a evitar institucionalizar a la persona cuando por sus condiciones y características no lo requieran, identificar y emplear los recursos propios de la comunidad, y favorecer la rápida inserción de la persona en su comunidad.
- Finalmente, la relevancia y protagonismo de la comunidad en los programas y servicios de Terapia Ocupacional no puede obedecer a la discrecionalidad del profesional, sino que debe ser una constante en la actuación de éste, respondiendo a lineamientos nacionales e internacionales que priorizan la intersectorialidad e interdisciplinariedad en armonía con el diálogo de saberes y la participación social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arteta, M; Bernal, J. Y García, A. Lineamientos de política: habilitación/rehabilitación e integración social, familiar y ocupacional –Versión preliminar-. Ministerio de Salud. 2001, documento multicopiado.
- Beaglehole, B. Epidemiología Básica. OPS, Washington, 1994.
- Blanco, J. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I Salud Pública. Ediciones CIB, Medellín, 1998.
- Fundamentos de Salud Pública. Tomo II Administración de Servicios de Salud. Ediciones CIB, Medellín, 1998.
- Memorias III Foro Nacional de Salud Comunitaria. Participación social en salud. Fundación Santa Fe de Bogotá – Fundación

- Corona. Bogotá, 1997.
- Grupo Latinoamericano de rehabilitación profesional –GLARP. Actualización del marco conceptual de la rehabilitación profesional. 1996.
- Manual Básico de Rehabilitación Profesional. 1991.
- Kroeger, A. Atención Primaria en Salud: principios y métodos. OPS, México, 1992.
- Last, J. A Dictionary of Epidemiology. 2nd ed. Oxford University Press.
- Ministério de Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública. Janeiro, março, 1999. Vol.15, núm.1.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. 1978.
- Carta de Ottawa. Ginebra. 1986.
- La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington, 1992.
- República de Colombia. Ley 100 de 1993.
- Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá, D.C. Bogotá, 2001.
- Plan Distrital de Discapacidad 2001 – 2005. Bogotá, 2001.
- Lineamientos de Política para la salud de los Trabajadores de Bogotá, 2002.
- Titmuss, R. Política Social. Editorial Ariel. Barcelona, 1981.
- Vásquez, L y otros. Introducción a la Bioestadística y a la Epidemiología. Editorial McGraw-Hill –Interamericana, Caracas, 1998.