

El Terapeuta Ocupacional en el marco de las reformas de los sistemas de salud: Reflexiones desde el caso Colombia

The Occupational Therapist in the setting of reforms to the health system: Reflections about the Colombian case

Juan Manuel Arango Soler¹

Yerson Alí Correa Moreno²

Jairo Ernesto Luna García³

Adriana Carolina Campos⁴

Alexander Molano González⁵

Recibido: Septiembre 16 2013 • Enviado para modificación: Noviembre 30 2013 • Aceptado: Diciembre 8 2013.

Arango, J.; Correa, Y.; Luna, J.; Campos, A.; Molano, A. (2013). El Terapeuta Ocupacional en el marco de las reformas de los sistemas de salud: Reflexiones desde el caso Colombia. *Revista Ocupación Humana*, 13 (2), pp. 7-23.

Resumen: La Terapia Ocupacional ha logrado avances significativos en su devenir histórico, ejercicio profesional que ha sido desempeñado predominantemente en escenarios institucionales orientados por las directrices del paradigma positivista, la lógica de lo biomédico y las exigencias mecanicistas de la ciencia hegemónica en la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones físicas y psicosociales. No obstante, la profesión ha transitado por transformaciones con el pasar del tiempo, cambios asociados a las metamorfosis sociales, económicas, políticas y culturales de cada contexto que enmarca al terapeuta, situación que resalta el carácter de determinación de fenómenos vitales como la salud y la ocupación. Por consiguiente, es necesario entender la naturaleza y objetivos de los sistemas sanitarios en los que se despliega la práctica profesional, visibilizar los cambios que han sufrido dichos esquemas a raíz de la imposición de la agenda neoliberal y generar reflexiones del modo como estas políticas impactan el accionar del experto en ocupación humana, poniendo especial énfasis en el caso de Colombia. Se formulan recomendaciones en términos de motivar a los profesionales de la salud para que adopten posturas críticas y se concienticen de la necesidad del accionar colectivo por el derecho a la salud.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Sistemas de salud, Salud pública, Reforma de la atención de salud, Política de salud.

Abstract: Occupational Therapy has achieved significant progress in the setting of its historical process; this professional exercise has been performed mainly in institutional scenes oriented by the guidelines of the positivist paradigm, the biomedical logic and the mechanistic demands

¹ Terapeuta Ocupacional. Magíster en Salud Pública. Docente, Universidad Manuela Beltrán. juanarso8@yahoo.com

² Terapeuta Ocupacional. Magíster en Salud Pública. Docente, Universidad Manuela Beltrán. amza74@hotmail.com

³ Médico. Doctor en Salud Pública. Docente, Universidad Nacional de Colombia. jelunag@unal.edu.co

⁴ Bacterióloga. Magíster en Salud Pública. Candidata a Magíster en Epidemiología. Coordinadora de proyectos de innovación en salud, Centro de innovación y educación en salud, Fundación Santafé de Bogotá. caritoc@yahoo.com

⁵ Terapeuta ocupacional. Profesional de Territorio en Salud Pública, Hospital de Usme. aleksander50667@hotmail.com

of the hegemonic science in the recovery and rehabilitation of people with physical and/or with psychosocial impairments. Nevertheless, the profession has moved through transformations with the time, changes that walk hand in hand with the social, economic, political, and cultural metamorphoses within each context that structures occupational therapists, a situation that highlights the determination of vital phenomena such as health and occupation. In that sense, it is necessary to understand the nature and objectives of the sanitary systems in which the professional practice extends, to visualize the changes that have undergone those health outlines due to the imposition of the neoliberal agenda and to generate some reflections on how these global policies impact the expert in human occupation, making special emphasis in the case of Colombia. Finally, some recommendations are formulated to motivate the health professionals so that they adopt critical stances and become aware of the needs for the collective action for the right to health.

Key Words: Occupational Therapy, Health systems, Public health, Health care reform, Health policy.

Perspectiva histórica del ejercicio del Terapeuta Ocupacional: la trascendencia de la clínica

La Terapia Ocupacional es una profesión que ha logrado avances significativos en su devenir histórico, progreso evidenciado tanto en los conocimientos sobre las dinámicas ocupacionales del sujeto como en la práctica que pretende responder a las necesidades de un ser humano en constante transformación (Moruno & Talavera, 2007). Esta profesión ostenta características particulares según el contexto económico, político, social, ideológico, cultural en el que se desenvuelva, ante lo que surge la necesidad de adoptar un enfoque histórico para reflexionar acerca del significado de las prácticas profesionales y sus implicaciones en la vida del individuo y las poblaciones a las que se dirigen, pero también de las consecuencias políticas, éticas y estéticas de su hacer. Moruno y Talavera (2007) inducen a preguntarse acerca del sujeto al cual dirige esfuerzos el terapeuta ocupacional (TO), cuál es la idea de salud predominante que guía su accionar y cómo la ocupación pue-

de favorecer o influir en el bienestar y la calidad de vida de los individuos y grupos que participan de la intervención. En tal perspectiva, se reconocería que el ejercicio de este profesional no denota un carácter eminentemente técnico ni es ajeno a las circunstancias *externas*, sino que presenta una carga política respecto a los sujetos a quienes se dirige.

Esta lógica llevaría a que la Terapia Ocupacional estudiara el desempeño ocupacional de la persona, no como un ser aislado ni solitario, sino en relación con su grupo social, el contexto local, regional y global (Peñas, 2005), es decir, en el contexto del pasado y el presente del mundo en el que vive, una situación que no debería pasarse por alto en la prestación de servicios profesionales donde muchas veces se habla de *integralidad* o de *contextualización* ante la mera enunciación de factores ambientales y sociales, mientras se continúa pensando en la disfunción como fenómeno individual.

Pero ahora que se hace alusión a la historia, por qué no recurrir a una

reseña que conoce muy bien el TO, la de su inserción en el ámbito de la clínica, una profesión que nace en tal escenario con el interés de hacer más humanitario el tratamiento y ocupar productivamente con actividades a personas con enfermedad mental (tratamiento moral), surgimiento que también se deriva de los aportes de Sebastián Busqué y Torró que conceptualizaba la rehabilitación como aproximación novedosa a la discapacidad o con la coyuntura de los heridos de guerra, específicamente en el fragor de la Primera Guerra Mundial con la *Consolation House*⁶ (Santos del Riego, 2007). Los conflictos bélicos del siglo XX y la experiencia de trabajar con heridos de guerra, posibilitaron la consolidación del concepto de “tercera fase de la medicina”, el surgimiento de profesiones como la Terapia Ocupacional y la Medicina Física y Rehabilitación (1947)⁷ así como el afianzamiento de los Departamentos de Rehabilitación (Santos del Riego, 2007).

La situación es que el escenario de lo biomédico vio nacer y crecer esta profesión con excelentes resultados, reconocimiento conquistado y trayectoria en cuanto se ha afirmado en estos ámbitos el valor de la ocupación como medio terapéutico por excelencia. Por lo general el accionar del TO se justificaba al configurarse una enfermedad y suscitar consecuencias en la salud de los sujetos, intervención en los niveles de recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones físicas o psicosociales que vieran afec-

tado su desempeño ocupacional en la estructura de una relación terapéutica uno a uno (profesional de la salud y paciente) y en el contexto de sistemas asistenciales de salud.

Definitivamente este énfasis tuvo implicaciones en la naturaleza de la profesión como prestadora de servicios, en la práctica y formación del TO, donde ha predominado la intervención biosocial de índole asistencial en respuesta a las condiciones que pudieran interferir en el desarrollo de las actividades propias de la cotidianidad y, especialmente, frente al fenómeno de la discapacidad (Peñas, 2005), (Chaparro, Fuentes, & Morán, 2005). Entendiendo la importancia que adquiere este tercer nivel de atención dentro de los esquemas sanitarios, se puede hacer alusión al nacimiento de la Terapia Ocupacional en nuestro país ante la carencia de personal en el área de la rehabilitación física y mental, con la consecuente implantación de programas técnicos de formación de corta duración, que se fundamentaban en avances teóricos y conceptuales de otros campos del saber (Zapata, 1994).

Entonces, se comparte la opinión de Castro Tejerino (2007), quien argumenta que la mayoría de episodios relevantes con relación al pasado de la Terapia Ocupacional tienen que ver con acontecimientos institucionales, y plantea que este dibujo de lo institucional suele resaltarse en detrimento de acciones con un espíritu epistémico.

⁶ *Consolation House*, lugar donde se reunieron los precursores de la Terapia Ocupacional en 1917 para fomentar la *National Society of the Promotion of Occupational Therapy*, el símbolo del nacimiento formal de esta profesión, ubicado en Clifton Springs (Nueva York).

⁷ Medicina Física y Rehabilitación que para el caso colombiano se corresponde con una especialidad médica.

Actividades epistémicas dejadas de lado, como la reflexión acerca del sentido y la función social de la práctica profesional, han generado que tanto en Terapia Ocupacional como en otras profesiones de la salud se conciba el ejercicio en la lógica funcionalista de *correctores*, organismos de control social frente a la anormalidad y la desviación producida por la enfermedad, por lo que la actuación se direcciona a restablecer el equilibrio social y simbólico en el sistema a través de la restauración de la salud individual (Urteaga, 2008).

Otra situación se relaciona con la manera en que se ha producido nuevo conocimiento para entender la realidad, propósito en el que ha sido históricamente hegemónico el posicionamiento desde el paradigma positivista, en la entraña del conocimiento biomédico con las exigencias mecanicistas y deterministas en términos de rescatar el carácter *científico* de la profesión (Castro Tejerino, 2007), (Kielhofner, 2007). Esto ha provocado que la Terapia Ocupacional se haya visto presionada a justificar su accionar y pertinencia en el escenario clínico a partir de la adopción de enfoques, marcos de referencia, así como el uso certificado del arsenal tecnológico de las ciencias de la salud, técnicas reduccionistas que entran en contradicción con el acercamiento integral y humanista con que se aborda el desempeño ocupacional humano, que resalta otras formas de ver la vida y la salud. Este reduccionismo se deriva del poco conocimiento que se tiene de la historia, una condición que se corresponde con el hacer alienado que provoca

vacío de conocimiento, pérdida de identidad, la realización de acciones repetitivas y automáticas sin entender sus características ni determinaciones, lo que disminuye el potencial del TO (Talavera, 2007).

En tal perspectiva, el presente escrito pretende motivar una reflexión acerca del papel de los TO en el contexto de las reformas de los sistemas de salud en el mundo y de las transformaciones ocurridas en nuestro país, planteando que para comprender esta realidad es perentorio adoptar una mirada histórica que posibilite dilucidar los fenómenos y determinaciones que materializan el escenario contemporáneo. Considerando lo anterior, se busca presentar al lector la comprensión de la salud como un fenómeno socialmente determinado, mostrar la lógica predominante que ha primado como respuesta social a los problemas de salud de las poblaciones a partir de la clínica, el lugar que ha ocupado tradicionalmente el TO en estos sistemas sanitarios, las reformas que han sufrido estos esquemas de atención en los últimos tiempos con la introducción de las políticas neoliberales, poniendo especial énfasis en nuestro país, así como la enunciación de eventuales formas de abordar estas complejas realidades como terapeutas ocupacionales.

La Salud como fenómeno determinado: ¿la Ocupación también es determinada socialmente?

Pero entonces, ¿qué historia es la que se debe o la que debemos conocer?

La que ha determinado nuestra actuación como profesionales de la salud en el interior de los sistemas sanitarios, la que alude a nuestro papel en el sistema de salud. Y es que el TO estudia el hacer de los otros pero, ¿hasta qué punto hace conciencia de la manera en que determinan su práctica los sistemas sanitarios?, ¿en qué medida las transformaciones que han sufrido los servicios de salud en los últimos tiempos afectan su ejercicio profesional?, ¿cómo se relacionan las políticas globales en las que se estimula el mercado como mecanismo de redistribución social y prestación de servicios con el actuar del experto en ocupación humana? El ejercicio del terapeuta se ve enmarcado en una lógica contextual, que responde a las características de ese entorno institucional; sus actividades y comportamiento son influenciados por características de índole social, económicas, políticas y culturales, ante lo que se torna en necesidad despertar conciencia colectiva acerca de estas dinámicas macro tanto nacionales como internacionales y de su peso en la ocupación de individuos y grupos (Urteaga, 2008).

En un contexto contemporáneo en el que se habla de *globalización*, se vislumbra la emergencia e intensificación de fenómenos como la aceleración y liberalización del comercio, la flexibilización laboral, la introducción de nuevas tecnologías y formas novedosas de organización del trabajo. Para autores como Wallerstein (1991) la globalización tiene una determinación clara, que es la evolución y modernización del capitalismo y la consiguiente institucionalización de la econo-

mía y el mercado mundial (Granda, 2009a). La apertura global, que encuentra en el paradigma neoliberal su expresión económica y política y en la liberalización de los mercados y la competencia feroz sus estrategias, impone una lógica en la que los individuos son libres e iguales para llevar a cabo transacciones comerciales, en la que el ser humano se somete a las necesidades de acumulación, donde la participación del Estado en la provisión de servicios sociales se desvanece; estas circunstancias han agudizado profundamente la realidad de individuos, familias, comunidad productiva y sociedad en general. Esto causa que el TO contemporáneo tenga que enfrentarse a cuestiones y retos que incluyen los cambios demográficos y de la sociedad, las nuevas tecnologías médicas, las expectativas de consumidores de bienes y servicios, la salud informatizada, el incremento de los costos sanitarios y sociales y la necesidad de ajustar su ejercicio de los cuidados agudos a los crónicos (Sinclair, 2009).

La labor de reflexión del TO debe responder a las características del contexto nacional, en el que la dinámica de las políticas sociales presenta unas particularidades y una direccionalidad representativa, lo cual se evidencia en la forma de estructurarse de sectores sociales como la salud, la educación, la vivienda y la protección social, entre otros. Esta es la invitación para que la acción profesional sea reflexiva frente a estos fenómenos mundiales (Urteaga, 2008), emitir conceptos informados y críticos en términos de los grandes debates globales que sobresaltan el quehacer del TO y crear conciencia

acerca de la importancia de entender estos procesos para mejorar su impacto sobre la realidad.

Ante la perspectiva de que la ocupación está determinada por elementos del contexto físico, ambiental y social⁸, se reconocería la necesidad de considerar que las posibilidades de personas y grupos poblacionales de alcanzar un nivel de bienestar óptimo también responde a circunstancias de la realidad y a los escenarios en los que desarrollan sus vidas, donde lo social presenta un peso trascendente en la salud (Granda, 2009b)... se hablaría de la determinación social de la salud. Entre los elementos que determinan la salud es perentorio destacar la preponderancia de la ocupación que los sujetos desempeñan, la que en gran medida da cuenta de la posición del individuo dentro de la estructura social, su exposición a riesgos laborales o cotidianos, también facilita o restringe su acceso a recursos sanitarios, presenta niveles diferentes de estrés y le favorece o dificulta la adopción de hábitos saludables de vida, entre otros (Santos, 2011), (Mackenbach & Bakker, 2002). Lo que evidencia esta categorización es que no todos los seres humanos contamos con condiciones sociales similares, cada cual presenta una relación particular con estos determinantes macro, suceso que se vincula con el hecho que existan niveles desiguales en la salud y la expectativa de vida de grupos e individuos (Santos, 2011).

Parece entonces que para superar esta situación de desigualdades sociales y en la salud, el primer requisito es adoptar una propuesta en la que se reconozca la integralidad de la relación del sujeto con la realidad, con sus contextos significativos y su cultura, se comprenda su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista, su condición de dominador o subordinado. Y parece ser también que para lograr un cambio en salud se necesita una transformación en la estructura social tal como lo plantea Granda (2009b), que la práctica en salud y la atención médica deben no sólo tener en cuenta al pueblo sino partir desde éste y que la salud es un campo de lucha política profundamente imbricada con la lucha política general.

De lo anterior surge otro de los discernimientos que guían esta reflexión: *la salud es y ha sido un concepto político* por el carácter polémico de su formación como noción, pues ha sido producto de tensiones y negociaciones; de la misma manera, estas acepciones aceptadas han orientado las respuestas sociales y políticas a las principales necesidades de salud de las sociedades (Pazos, 2007). Directrices políticas que involucran una distribución de poder entre grupos y sectores, con la aparición de actores sociales que posicionaron unas temáticas y problemáticas por encima de otras con la fuerza suficiente para imprimirle direccionalidad a tales políticas y priorizar cier-

⁸Aunque este proceso no se ha estudiado a profundidad en el saber y la práctica de la Terapia Ocupacional, precisamente es la incitación que quiere efectuar este escrito.

tas intervenciones que supuestamente resolverían o llevarían a grados manejables estos asuntos de interés general (Granda, 2009c).

Los Sistemas Sanitarios

Desde el siglo XIX se fortalecieron los avances en microbiología, posicionándose las teorías individualistas de enfoque empirista, biológico, unicausal y unidireccional en la explicación de las enfermedades, hegemonía en detrimento de la explicación social del origen de estas dificultades de salud (Santos, 2011). Con la enfermedad como objeto central de intervención, la clínica se construye alrededor del cuerpo biológico enfermo (Foucault, 1966) y de su riesgo personal, el conocimiento biomédico estipula los caminos y vías a seguir, por lo que la respuesta recomendada se dirige a poner en marcha prácticas de orden curativo para el control de patologías frente a las cuales la tecnología y el aparataje médico son la alternativa más válida –científicamente– para recuperar la salud (Gómez, 2002).

En estos sistemas sanitarios en los que predomina el ámbito curativo y que caminan bajo la guía de la evidencia como el único conocimiento válido, se pierde el saber y la libre voluntad del sujeto en su proceso de curación, pues debe supeditarse a los dictámenes del profesional, al ser éste el representante del conocimiento constituido y el método; se ejemplifica a todas luces la noción de paciente (Granda, 2009d).

Otro de los ejes bajo los que se estructuran estos sistemas curativos es el de

la epidemiología, en un modelo de reconocimiento de causas proximales de las enfermedades que determina que las competencias del acto clínico se circunscriben a atender los factores que mayor peso y relación directa tienen con la patología; lo distal ya no está en manos del profesional... se cree que problemas como la pobreza, la desigualdad, las condiciones de vida escapan de su campo de su acción, no son su preocupación. Estos esquemas sanitarios han sido planteados en el contexto de sistemas de seguridad social diseñados para hacer frente a las contingencias sociales que pudieran afectar la capacidad de individuos y familias de ganarse la vida y que pretenden, en su sentido más universalista, que todos los sujetos puedan ser liberados de necesidades y adversidades desde la cuna hasta su muerte (Arboleda, 2004).

No obstante, la historia de los sistemas sanitarios y la caracterización de sus elementos esenciales se complican en los últimos 30 años y cambian de rumbo; los Estados benefactores comienzan a evidenciar crisis fiscales y la solución es ensalzar al mercado como mejor mecanismo de redistribución social entre individuos *libres e iguales*, se le atribuye a la competencia y al individualismo el carácter de leyes para delinear el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción, por lo que el Estado tenía que transformarse frente a la necesidad de favorecer una mayor acumulación de riqueza, reducir el papel público y recortar los gastos sociales de seguridad social, salud, educación, entre otros (Granda, 2009d). En este

sentido, la capacidad de pago de los individuos se materializa en requisito para poder gozar de derechos sociales, económicos, culturales que en adelante serán servicios adquiridos en una relación cliente-proveedor.

¿Qué pasó entonces en los sistemas de salud? En la metáfora del *buen poder del mercado* el siguiente paso era la remercantilización de los servicios sanitarios ante lo que se suponía era un escenario de escasez de recursos públicos para atender las necesidades de salud de la población y de ineficacia estatal (Laurell, 1997), (Gómez, 2002). El cuerpo enfermo pasa a ser entendido como mercancía y a tratarse como tal; la relación médico-paciente es un vínculo de transacciones comerciales entre un cliente y un proveedor, independiente de si el servicio responde a las necesidades de la persona que lo recibe (Testa, 1992); por ende, la salud es un fenómeno individual y los ciudadanos se consideran consumidores de servicios (Gómez, 2002).

Ahora, al retomar estas aproximaciones medicalizadas de la salud e instituir la enfermedad como objeto de intervención, se facilita la estructuración de industrias y agentes mercantiles interesados en su atención para obtener lucro, actores que representan los intereses del capital internacional y que son los que dictan la receta del modo como se implementarían las reformas neoliberales en los diferentes países del mundo... las agencias financieras internacionales tipo Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y hasta la Organización Mundial de la Salud (Navarro, 2009). Los Estados

únicamente aparecerían para hacerse cargo de las enfermedades que produjeran externalidades, es decir, aquellas que tienen el potencial de afectar a otros individuos y grupos como las epidemias (Granda, 2009d; Hernández, 2008).

El caso Colombia

¿Pero, y qué fue lo que sucedió en nuestro país? En primera instancia es menester señalar que las relaciones internacionales y las dinámicas globales tienen gran influencia en la organización económica y política de cualquier país, ya que se comprueba que las formas domésticas de acumulación de capital y la manera cómo se articulan las economías nacionales al mercado mundial están supeditadas al escenario planetario y a los compromisos adquiridos por las naciones, que presionan la formulación de ciertas políticas (Arévalo, 2011). En sintonía con las transformaciones que la lógica neoliberal estaba estimulando en las políticas sociales en todo el mundo, al predominar los criterios economicistas se afectan de modo substancial los sistemas de seguridad social y los servicios sanitarios; se estructuró entonces el Sistema de Seguridad Social Integral, que se caracteriza por la configuración de tres subsistemas: uno para salud, otro para pensiones y un tercero para riesgos profesionales, siendo esta la organización que ha regido el derecho a la seguridad social instituido en la Constitución Nacional. Esta política de Estado fue instaurada a partir de la ley 100 de 1993, modelo de seguridad social que se ajustaba a la agenda internacional en cuestión

de reformas sanitarias, primando el ánimo mercantil y el manejo social del riesgo como premisas impulsadas por el Banco Mundial (Torres & Luna, 2008).

Un modelo de aseguramiento individual cimentado en la propuesta del *pluralismo estructurado en salud*, en el que se dispuso: la separación de funciones del sistema entre modulación, financiamiento, articulación y prestación (con instituciones especializadas para cada una de éstas); la incorporación de mecanismos de regulación a partir de empresas articuladoras denominadas empresas promotoras de salud; por medio del pago por capitación ajustada a riesgos (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, 2011; Hernández, 2002). Se presenta la separación en dos regímenes: contributivo y subsidiado, asociados a la capacidad de pago demostrada por las personas (prevaleciendo la incorporación del componente laboral formal) y que les otorga el derecho a acceder a una canasta básica de servicios de salud (Plan Obligatorio de Salud) (Hernández, 2008). Además, se promueve la competencia regulada entre aseguradores y prestadores, lo que le concede al usuario la opción de elegir *libremente* aquella a la que quiera pertenecer, situación que dio lugar a la transformación de las instituciones de seguridad social (Instituto de Seguro Social-Caja Nacional de Previsión Social) y los hospitales públicos que se habían forjado con el anterior Sistema Nacional de Salud.

Al licenciarse la competencia y el ánimo de lucro en la prestación de los

servicios sociales se pierde la noción de la salud como derecho humano esencial, circunstancia revelada en la estructura sanitaria de nuestra nación que ha privilegiado más los intereses particulares de los agentes mercantiles del aseguramiento que los logros en salud y protección social (Agudelo, 2008). Otra circunstancia que debe contemplarse es que a raíz de la implantación de este modelo se debilitaron los esfuerzos para enfrentar de modo colectivo los problemas de salud; la salud pública únicamente se visualiza como mecanismo para complementar mediante acciones colectivas con altas externalidades los servicios individuales de la canasta básica de servicios, se debilita no sólo el funcionamiento de las instituciones públicas de salud sino el sentido de lo público y de la responsabilidad social y estatal (Franco, 2008). Al tratarse de un esquema de aseguramiento de contingencias, el evento y el negocio es la enfermedad, lo que refuerza el enfoque curativo (Gómez, 2008), mientras las actividades de promoción de la salud y de prevención quedan relegadas a un segundo plano.

La participación del Terapeuta Ocupacional en los sistemas sanitarios

Ante el contexto del funcionamiento de los sistemas de salud enunciado, resulta obligado generar algunas reflexiones acerca de la participación del TO en esas estructuras sanitarias y del lugar que ha asumido en tal escenario de la clínica. Lo primero que se pensaría es que sigue ocupando un lugar importante en el espacio de la

rehabilitación, siendo agente trascendental en estos procesos con resultados comprobados, pero que su rol no ha sido dirigido metódicamente a otros ámbitos de la clínica, ni ha acompañado dinámicas de intervención en las que el desempeño ocupacional del individuo muy probablemente se ve afectado; el TO sigue siendo considerado como un *rehabilitador* que actuaría cuando se configure una disfunción que afecte el desempeño ocupacional (Trujillo, 2002).

De otra parte, su papel se ha articulado en sistemas de salud en los que se le otorga un peso fuerte al componente curativo, pues los enfermos son la mercancía, lo que conduce a que se sacrifiquen en la práctica profesional las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a lo sumo se restrinjan a la formulación de recomendaciones en las que se incita al sujeto a adoptar estilos de vida saludables en una lógica de atribuirle la responsabilidad exclusiva por su salud... ésta ha sido la visión hegemónica del discurso de autocuidado que muchas veces promueven los TO. En este tipo de dispositivos curativos no interesa tanto brindarle calidad a los años de un prójimo, el negocio es evitar que este muera, por lo que se mira trascendentalmente el órgano o la función alterada para recuperar su funcionamiento, pero sin tener en cuenta la integralidad de ese ser humano que llega a los servicios, ni tampoco en que tales alteraciones pudieron ser prevenidas, una contradicción con algunas de las premisas filosóficas básicas de la Terapia Ocupacional. Un terapeuta que conserva un esquema

de intervención uno a uno, relación terapéutica en la que la direccionalidad hegemónica del conocimiento es desde el profesional al *paciente*, saberes que vienen licenciados por la evidencia y que para la práctica recomiendan el empleo de la tecnología clínica para solucionar las dificultades de quienes reciben la intervención.

A pesar de todo, y aun cuando los terapeutas han seguido bien el libreto dictado por lo biomédico con la intención de posicionarse y adquirir mayor prestigio y reconocimiento en el escenario de estos sistemas sanitarios, mediante la preocupación por los resultados y la efectividad de los servicios (Peñas, 2005), existe un ingrediente que debe aparecer en el análisis, es el de las relaciones de poder que se ciernen sobre el escenario de la clínica. Tener en cuenta que al permanecer empotrado en el nivel de rehabilitación, la actuación de muchos profesionales depende de que el médico de turno conozca de sus aportes para que haga remisiones a sus servicios, y si bien algunos profesionales de la medicina aprecian el esfuerzo del TO y su labor esencial, otros aún los desconocen. Igualmente esta estructura de profesionales de la salud ostenta unas jerarquías, se piensa que un profesional está revestido de mayor autoridad e importancia mientras mayor sea su cercanía y dominio del conocimiento biomédico y sus técnicas especializadas.

Así mismo, esta actitud es alimentada por sistemas sanitarios contemporáneos en los que, al predominar el lucro por encima de las contemplaciones respecto a la salud, se estimula a

los profesionales a no remitir ni formular ciertos medicamentos o intervenciones, pues el objetivo central es garantizar la supervivencia, no mejorar la salud de la gente. En esa clase de contextos tan restrictivos, no es mucho lo que el TO pueda hacer, incluso si adquiere mayor prestigio y reconocimiento, su accionar siempre se desarrollará en el marco de un modelo reduccionista en el que la salud no es el eje, la ocupación no se vislumbra y los procesos no se siguen.

De este modo, se expresa que la evolución de las profesiones y de los profesionales de la salud como fuerza de trabajo se relaciona con las modificaciones histórico-sociales acaecidas en las sociedades que afectan decisivamente el campo de conocimientos y de acción de estos expertos (Machado, 1991). Esta preocupación se expresa no sólo en calidad de profesionales sino de ciudadanos; adquiramos conciencia de las circunstancias que sobresaltan el mundo contemporáneo, en el que la concentración esencial en el dinero, el lucro y el mercado han deteriorado la calidad de vida de amplios sectores poblacionales, con comerciantes de garantías y derechos sociales primordiales (Gómez, 2002). Esta acumulación de capital ha producido la exclusión de amplias masas, aumentando sus condiciones de vulnerabilidad y pobreza, dejando de lado la identidad histórica de estas gentes y supeditando sus posibilidades a la capacidad de pago. “El neoliberalismo ha sido muy moral con el dólar, pero profundamente inmoral con el hombre; ha impulsado aquellas cuestiones visibles para dinamizar

la economía concentradora, pero ha irrespetado aquellas cuestiones invisibles y profundamente necesarias para conformar la socialidad y el mundo de la vida de nuestras instituciones y poblaciones” (Granda, 2009f; p. 71). En el terreno de la salud se halla un deterioro trascendental en la respuesta social con el debilitamiento o retiro de la responsabilidad estatal sobre la enfermedad individual y colectiva, así como la consecuente andanada de mercantilizar y privatizar este derecho (Granda, 2009d).

Sin embargo, al notar las grandes problemáticas de salud que persisten en el planeta, las desigualdades sociales que marcan diferencias en las posibilidades de unos y otros para alcanzar el bienestar prometido, el recrudecimiento de entidades que siguen afectando la calidad de vida de individuos y grupos, se percibe la incapacidad de este modelo científico biomédico para enfrentar los grandes retos y desafíos que impactan nuestra realidad actual. Esta incapacidad se liga con el hecho de haber erigido la enfermedad como el objeto central de interés, hasta el punto de construir todo un aparataje científico, una ciencia de la enfermedad para controlar desde el exterior esta máquina corporal y rehabilitar sus mecanismos dañados. La situación resulta contradictoria al admitir que la enfermedad es un accidente, en nuestro accionar diario se produce y consume vida (Foucault, 1966), la orgullosa, eterna y universal ciencia de la enfermedad no es capaz de interpretar la compleja, diversa, particular y temporal salud de los individuos tal y como lo describe Granda (2009d).

Se despliega un panorama más complejo, parece ser que para generar cambios en los niveles de salud de las personas y grupos humanos, se requiere transformar las condiciones de vida de estas poblaciones (González, 2009), es menester liderar profundas metamorfosis políticas y económicas que se tornen en alternativa frente a la avanzada del enfoque que concibe la salud como un negocio, dirigir la mirada hacia un modelo que garantice la salud como un derecho, fortaleciendo lo público por sobre lo privado y la democracia sobre el interés económico de algunos (Acero, Roa, Kaffure, Ruiz, & Sánchez, 2013).

¿Qué hacer? Algunas alternativas

Por eso, para los profesionales de la salud no es suficiente aprenderse de memoria la trinidad de la seguridad social dictada por la ley 100 (salud, pensiones, riesgos profesionales); no basta con recitarse las definiciones esenciales de la normativa, ni tener en cuenta que unas se llaman empresas promotoras, las otras administradoras de fondos de pensiones y cuáles son ahora las famosas ARL. Es una exigencia entender la lógica subyacente del sistema, sus características, las influencias y presiones a las que responde, que estas manifestaciones no tienen que ver únicamente con lo sanitario, sino que están inmersas determinaciones sociales, económicas y políticas, circunstancias que impactan de modo sobresaliente el ejercicio del profesional. Para el caso de los terapeutas existen unas particularidades que suscitan que el panorama sea aún más complejo, porque están implícitas relaciones

de poder y discursos que no dejan mirar más allá, pues se sigue en esa carrera por hacer clínica de calidad, un objetivo que probablemente se haya logrado, pero sin pensar en que los intereses de estas estructuras sanitarias no son la calidad ni el bienestar humano. Pero entonces, ¿cuál puede ser la sugerencia? ¿Adaptarse, mimetizarse, sacar provecho del negocio?

Lo primero es informarse, saber cómo funcionan estos sistemas sanitarios, especialmente el de nuestro país, cuáles son sus desafíos y retos, así como hacer un análisis concienzudo de las implicaciones para el ejercicio de la Terapia Ocupacional. Otra cuestión es dar cuenta de la concepción de salud que tenemos como profesionales de la salud, la que ha guiado el ejercicio profesional, contemplando la incorporación de nuevas maneras de apreciar este fenómeno vital, rescatar su carácter positivo, que se pueden emprender acciones antes que aparezca la enfermedad y se configure la discapacidad, que con el conocimiento que se posee sobre la ocupación humana y su valor, el desempeño ocupacional y su dinámica, es factible aparecer como actores fuertes antes de la disfunción, ser agentes del primer nivel con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigir la mirada a los determinantes de la salud y la calidad de vida de individuos y poblaciones.

Esta última sugerencia de llevar el accionar del TO a otros campos más allá de lo clínico y de la disfunción, ha sido adoptada con mucho éxito por profesionales de todo el mundo y de

Colombia con la incursión en espacios como los educativos, los laborales, domiciliarios, los centros penitenciarios, centros de atención a personas vulnerables, lo que hace palpable que el conocimiento y experticia de este profesional son trascendentales para el manejo de situaciones y problemáticas humanas que trascienden los hospitales y se enmarcan en la matriz de la sociedad. Si bien esto es cierto, lo que se pone en cuestionamiento no es únicamente la clínica como escenario laboral predominante sino como paradigma, lo biomédico, puesto que muchas experiencias reproducen el trabajo institucional y asistencialista de las ciencias médicas en contextos comunitarios (Chaparro, Fuentes, & Morán, 2005), conservando elementos como la pasividad de la persona, el énfasis en la disfunción, la direccionalidad del conocimiento profesional-persona, lo que impide responder a las reales necesidades sanitarias y ocupacionales de estas poblaciones, así como la participación de la gente.

Un resultado de contemplar la salud como determinada y como proceso político es el motivar que los profesionales del campo de la salud y los TO en particular, produzcan concepto, reaccionen frente a las circunstancias que sobresaltan la realidad del mundo y del país, no sean agentes asépticos que ven pasar el mundo en su neutralidad, sino que se acerquen a la resolución de las grandes problemáticas que afectan a nuestros pueblos. El sistema de salud, la reforma educativa, el esquema laboral implantado en el país, la globalización, las políticas públicas de diferentes sectores sociales,

son asuntos de los que se debe estar conscientes; en el saber básico del TO es primordial que exista un arsenal de conocimientos sobre lo político, lo económico y lo social que posibilite que se convierta en actor social, se logre visibilidad académica pero también política y peso gremial para que los tomadores de decisiones los tengan en cuenta para definir problemas prioritarios que las agendas gubernamentales podrían incluir y para ayudar a plantear sus soluciones (Frenk, 1992).

Para lograr esta influencia política un paso esencial es convertirse en un grupo profesional fuerte, en la lucha por estos intereses es cierto, pero sin abandonar las banderas de a quienes van dirigidas las acciones de los profesionales: las personas. Alcanzar esa proyección en la sociedad depende de que se definan prioridades y posturas frente a cómo se va a actuar frente a determinadas circunstancias, no hay una receta que señale qué se puede hacer frente a la direccionalidad macabra de los sistemas de salud, la idea es construir esa ruta de viaje (Rodríguez, 2008). Aquí también la responsabilidad de las universidades, la formación impartida qué propósitos persigue, sencillamente transmitir un mensaje técnico y científico o más bien la conveniencia de rescatar el alma máter en su labor de dotar a los estudiantes de “herramientas críticas para observar la realidad y comprometerse con ella, debe abrirse al exterior y vincularse con las organizaciones profesionales” (Cantero, 2007; p. 294).

Tener en cuenta que el TO no está solo, son muchos los sectores académicos y

sociales que quisieran un estado de cosas diferente, que desean ejercer sus derechos a la salud, a la educación, a la vida digna, a sus garantías esenciales, y no que éstos sean ofertados como mercancías, por lo que se debe emprender una lucha conjunta en términos de poner los intereses de la gente por delante de los planteamientos de la ideología neoliberal. La opción podría ser acoger un enfoque que se preocupe por cuestionar las relaciones de poder predominantes en nuestra sociedad y que resalte los modos de vivir históricamente estructurados de clase, etnia y género (Acero, Roa, Kaffure, Ruiz, & Sánchez, 2013), un rescate de nuestra nacionalidad, de nuestra identidad que posibilite el planteamiento de nuevas utopías que no sean las que impone el predominio del mercado (Granda, 2009f). Eso nos haría concebir el sistema de salud que queremos como profesionales de la salud y ciudadanos, un esquema sanitario que rescate el derecho a la salud, que no esté basado en la enfermedad y que se convierta en expresión de la lucha por la abolición de las desigualdades sociales y económicas (Eibenschutz, Tamez, & Camacho, 2008; Granda, 2009g).

Estas ideas se ponen al escrutinio público y como provocación para construir con todos los interesados un verdadero panorama y un norte de hacia dónde se quiere llevar esta profesión en el país. Si desde otros contextos se siente identificado no es pura coincidencia, es consecuencia del predominio de ciertas formas de hacer ciencia, de maneras pre-determinadas de responder a los fenómenos de salud-enfermedad, tiene que ver con el

papel protagónico que juegan en el mundo actual las transnacionales de medicamentos y tecnologías médicas, es consecuencia de la permanencia de gigantescos sistemas curativos de salud que han sido planteados como negocios en los que el lucro es el interés supremo y las personas son concebidas como mercancías. Una última pregunta, ¿acaso usted conoce la reforma que se está planteando al sistema de salud colombiano y cómo nos afectará como individuos y profesionales?

Referencias

- Acero, M., Roa, I., Kaffure, L., Ruiz, L., & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supletorio 1), S91-S98. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewArticle/13309>.
- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(6), 2817-2828 p. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>.
- Agudelo, L. (2008). Plan Territorial de Salud Pública: Plan Local de Salud aproximación a las posibilidades y dificultades para su implementación en el territorio municipal. En: Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública (Eds.), *El Plan Nacional de Salud Pública: posibilidades y limitaciones* (pp. 11-35). Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Arboleda, J. (2004). Culpa Suficientemente comprobada del Patrono. *Derecho Social*, 19 (Mayo):Cd Rom.
- Arévalo, D. (2011). La protección en riesgos profesionales en Colombia: una inter-

- pretación histórica del camino al aseguramiento. En: O. Rodríguez & D. Arévalo (Eds.), *Propuestas y Debates en Historia Económica* (Primera Ed., pp. 373-441). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, CID.
- Cantero, P. (2007). El asocianismo en Terapia Ocupacional en España. En: P. Moruno & M. Á. Talavera (Eds.), *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* (pp. 263-301). La Coruña, Galicia: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.
- Castro Tejerino, J. (2007). Historia, ¿para qué?: reflexiones a propósito de la tarea historiográfica en el ámbito de la terapia ocupacional. En: P. Moruno & M. Á. Talavera (Eds.), *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* (pp. 42-115). La Coruña, Galicia: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.
- Chaparro, R., Fuentes, J., & Morán, D. (2005). La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (5, Noviembre), 1-13. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewPDFInterstitial/168/148>.
- Eibenschutz, C., Tamez, S., & Camacho, I. (2008). Desigualdad y Políticas Sociales erróneas producen Inequidad en México. *Rev. salud pública*, 10(Suplemento 1), 119-132. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600011&lng=en&nrm=iso.
- Foucault, M. (1966). *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica* (Primera Ed., 304 p.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/29074450/Foucault-El-nacimiento-de-la-clinica>.
- Franco, S. (2008). Presentación. En: Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública (Eds.), *El Plan Nacional de Salud Pública: posibilidades y limitaciones* (pp. 7-10). Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- Frenk, J. (1992). La Nueva Salud Pública. In Organización Panamericana de la Salud (Eds.), *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* (pp. 75-93). Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Gómez, C. (2008). Oportunidades y Alcances del Plan Nacional de Salud Pública. En: Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública (Eds.), *El Plan Nacional de Salud Pública: posibilidades y limitaciones* (pp. 49-63). Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- Gómez, R. D. (2002). La noción de "Salud Pública": Consecuencias de la polisemia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 101-116.
- González, R. (2009). La Medicina Social ante el reporte de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2), 135-143 Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/315/652>.
- Granda, E. (2009a). Salud: Globalización de la vida y de la solidaridad. En: E. Granda (Ed.), *La Salud y La Vida* (Primera Ed., pp. 135-153). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
- Granda, E. (2009b). Algunos elementos sobre el desarrollo de la Salud Pública en América Latina. En: E. Granda (Ed.), *La Salud y La Vida* (Primera Ed., pp. 41-50). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de

la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

Granda, E. (2009c). Ciencia, Estado y servicios de salud. En: E. Granda (Ed.), *La Salud y La Vida* (Primera., pp. 33-38). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

Granda, E. (2009d). El sujeto, La Ética y la Salud. En: E. Granda (Ed.), *La Salud y La Vida* (Primera Ed., pp. 97-109). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

Granda, E. (2009e). Perspectivas de la Salud Pública para el siglo XXI. En: E. Granda (Ed.), *La Salud y La Vida* (Primera Ed., pp. 69-81). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

Granda, E. (2009f). Escuela de Salud Pública: Un espacio para la lucha en Salud. En: E. Granda (Ed.), *La Salud y La Vida* (Primera Ed., pp. 51-57). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

Granda, E. (2009g). Práctica en salud y socialismo. Elementos para la reflexión. In E. Granda (Ed.), *La Salud y La Vida* (Primera Ed., pp. 59-66). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, Equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 991-1001. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10181.pdf>.

Hernández, M. (2008). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En:

ALAMES (Eds.), *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, ALAMES (pp. 1-16). México D.F: ALAMES.

Kielhofner, G. (2007). Una Perspectiva en la Historia, Status Actual, y Futuro de la Terapia Ocupacional. En: P. Moruno & M. A. Talavera (Eds.), *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* (pp. 106-134). La Coruña, Galicia: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.

Laurell, A. C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*. (A. C. Laurell, Fundación Friedrich Ebert, Ed.) (Primera Ed., p. 48). México D.F: Ediciones Era. Disponible en: http://terceridad.net/PyPS/Por_temas/9_Estado_Reg-Pol/Expositores/Laurell_Asa_Cristina_La_Reforma_Contra_la_Salud_y_la_Seguridad_Social_pp.23-48.pdf.

Machado, M. H. (1991). Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educación Médica y Salud*, 25(1), 28-36. Disponible en :<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/9046.pdf>.

Mackenbach, J., & Bakker, M. (2002). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. (J. Mackenbach & M. Bakker, Eds.) (378 p.). London: Routledge.

Moruno, P., & Talavera, M. Á. (2007). Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. En: Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (Eds.), (336 p.). La Coruña, Galicia: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.

Navarro, V. (2009). What We Mean By Social Determinants Of Health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-441. doi: 10.2190/HS.39.3.a.

Pazos G, Á. (2007). Salud, políticas de la vida y subjetivaciones. Algunas reflexiones

- previas al análisis histórico y cultural de la salud. En: P. Moruno & M. Á. Talavera (Eds.), *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* (pp. 210-331). La Coruña, Galicia: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.
- Peñas, O. (2005). La Investigación en Terapia Ocupacional: Historia, Actualidad y Perspectivas. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/2060/1/INVESTIGACION_TERAPIA_OCUPACIONAL.pdf.
- Rodríguez, N. (2008). *Manual de Sociología de las Profesiones*. (Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions, Eds.) (150 p.). Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.
- Santos del Riego, S. (2007). Siglo XX, Guerras Mundiales y Terapia Ocupacional. En: P. Moruno & M. Á. Talavera (Eds.), *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* (pp. 310-319). La Coruña, Galicia: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.
- Sinclair, K (2009). Working for the future of occupational therapy: strategic activities of the world federation of occupational therapists. *TOG (A Coruña) [online]*, 6(9): 1-12. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/editorial0.pdf>.
- Talavera, M. Á. (2007). El Legado de Barton. En: In P. Moruno & M. Á. Talavera (Eds.), *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* (pp. 161-209). La Coruña, Galicia: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.
- Testa, M. (1992). Salud Pública; acerca de su sentido y significado. En: Organización Panamericana de la Salud (Eds.), *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate* (pp. 205-229). Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Torres, M., & Luna, J. (2008). Situación en Colombia. En: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Eds.), *Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo* (pp. 1-25). ALAMES. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/coltra.pdf>.
- Trujillo, A. (2002). *Terapia Ocupacional, Conocimiento y Práctica en Colombia*. (A. Trujillo, Ed.) Bogotá, Colombia: Unibiblos.
- Urteaga, E. (2008). Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Revista Lan harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, 1(18), 169-198 Disponible en: http://www.ehu.es/ojs/index.php/Lan_Harremanak/article/view/2812/2428.
- Wallerstein, I. (1991). *The politics of the world economy: The States, the movements and the civilizations*. (I. Wallerstein, Ed.) (p. 191). New York: Cambridge University Press. Disponible en: http://www.amazon.com/The-Politics-World-Economy-Civilizations-Capitalism/dp/0521277604#reader_0521277604.
- Zapata, M. (1994). Orientación en la formación universitaria de Terapia ocupacional en Colombia. En: Universidad Nacional de Colombia (Eds.), *Terapia ocupacional y universidad* (pp. 11-18). Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia.