

PRAXIS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL Y SU VÍNCULO CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL: EL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA REALIDAD SOCIO-SANITARIA CHILENA¹

Luis Paredes Ampuero²; Milena Vásquez Villegas³, Carmen Gloria Muñoz⁴.

Palabras Clave: Terapia Ocupacional Contemporánea, Terapia Ocupacional Social, Participación Social, Participación Social en Salud.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la Terapia Ocupacional – ya sea como práctica profesional o disciplina académica – ha tenido múltiples vertientes de desarrollo; desde el intento por posicionar ciertos saberes vinculados al efecto de la ocupación en la salud y en la calidad de vida de las personas, así como también por la dificultad que reviste el conceptualizar su identidad producto de las diferentes corrientes ideológicas y epistemológicas que nutren el hacer de los terapeutas ocupacionales a lo largo del mundo, influido por los momentos históricos y los contextos sociales en los cuales se ha llevado a cabo la práctica de la disciplina. Así, múltiples autores narran y conceptualizan la historia de la profesión y su flujo paradigmático desde sus inicios, guiados por diferentes métodos y enfoques explicativos.

A partir de la premisa que posiciona la práctica y el estudio de la Terapia Ocupacional en el ámbito de *lo social*, es que surge la interrogante sobre las bases teóricas que sustentan dicho enunciado y los posibles vínculos existentes con el concepto de participación social en salud. Es por ello que el presente documento plantea una revisión de

¹ Artículo de avance seminario de título conducente a grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación.

² Estudiante 5to año de Terapia Ocupacional, Bachiller en Rehabilitación en Salud, Universidad Austral de Chile. Organizador ENETO Valdivia 2014. luis.paredes@alumnos.uach.cl

³ Estudiante 5to año de Terapia Ocupacional, Bachiller en Rehabilitación en Salud, Universidad Austral de Chile. Organizadora ENETO Valdivia 2014. milena.vasquez.v@gmail.com

⁴ Doctora en Medicina Social, Directora y Docente de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Austral de Chile. cgmunoz@uach.cl

diversas fuentes bibliográficas relacionadas al desarrollo histórico-epistemológico de la Terapia Ocupacional, el desarrollo histórico de los conceptos de participación y los procesos de participación social en salud en América Latina, a modo de dilucidar y comprender el rol de terapeutas ocupacionales en el ámbito de lo social durante el desarrollo de la disciplina hacia épocas contemporáneas.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente artículo de avance se utilizó metodología de tipo cualitativa, con enfoque fenomenológico, empleando estrategia de análisis documental de tipo descriptivo. Se realiza revisión sistemática de literatura, utilizando motores de búsqueda tales como: Terapia ocupacional social, participación social, participación social en salud, comunidad, ciencia de la ocupación, seleccionando así 19 fuentes bibliográficas. A partir de ello se desglosan los hallazgos de acuerdo al desarrollo conceptual y epistemológico de la Terapia Ocupacional (TO), desarrollo histórico de la participación social (PS) y las actuales discusiones en torno al concepto de participación social en salud (PSS) en América Latina.

RESULTADOS

1. Desarrollo Conceptual y Epistemológico de la Terapia Ocupacional en la Historia

Gary Kielhofner (2006) en su obra “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional”, reconoce el desarrollo de la disciplina desde al menos 3 enfoques paradigmáticos; rescatando el primero de ellos que alude a una revisión de lo que él llama el “pre-paradigma del tratamiento moral”, contribuyendo – desde esta perspectiva – a la emergencia del primer paradigma “centrado en la ocupación”.

Frente a ello Medeiros (2008) refiere que el origen de la terapia ocupacional – al ser vinculada al tratamiento moral – responde necesariamente a los acontecimientos que ocurrían en Europa a fines del siglo XVIII, en donde prosperaban ideales como igualdad, libertad y fraternidad de la mano de la Revolución Francesa. La autora refiere que este ideal significa “concretar social y políticamente el hombre-razón, cuyo proceso de valorización se venía imponiendo desde el Renacimiento, como consecuencia del desarrollo científico y del significado que sus conquistas tenían para las estructuras sociales en transformación.” (pp. 34). Romero (2003) señala que las consecuencias de este proceso trajeron consigo un cambio radical en la forma de vida de los sujetos y la distribución de su tiempo, aumentando considerablemente las horas laborales y disminuyendo aquellas dedicadas al ocio; impactando además en las estructuras familiares, la migración a las grandes ciudades e incluso el desarraigo de sus tierras natales.

No obstante, Morrison, Olivares y Vidal (2011) comprenden el inicio de la profesión desde la convergencia de ideas y procesos vinculados – además del tratamiento moral – a la filosofía pragmatista y al movimiento de artes y oficios, siendo éste último el que influyó significativamente en la emergencia de las primeras prácticas de terapia ocupacional pues, de acuerdo a lo sostenido por Romero (2003, en Morrison, Vidal y Olivares (2011) éste movimiento “vio la actividad como medio para mejorar la sociedad, una vía para socializar a los marginados sociales, discapacitados físicos y enfermos mentales”. Esto es comprendido por los autores como ideas conducentes a la constitución de la terapia ocupacional, descritos por los mismos como el origen epistemológico de la profesión a fines del siglo XIX.

Sin una identidad ni dominio teórico definida, la terapia ocupacional en los años 40 es interpelada por la comunidad científica en el periodo de auge del neopositivismo lógico (Morrison et al, 2011). Lo anterior genera que el desarrollo de la disciplina desplace los principios holistas que dan origen a la profesión, y con ello den paso al reduccionismo imperante en lo que Kielhofner (2006) llamaría el Paradigma Mecanicista de la terapia ocupacional. En relación a ello, Medeiros (2008) comenta que la Terapia Ocupacional “Generada y nacida en el ambiente médico (...) sufrió la influencia de los diferentes modelos teóricos de la profesión médica que, a su vez, se organizaba apoyándose en las

determinaciones político-económicas, sociales y de conocimiento contemporáneas” (pp. 26). Refiere además que la Primera Guerra Mundial, la depresión económica en la Segunda Guerra Mundial y las políticas desarrollistas e imperialistas de los Estados Unidos fueron elementos de gran relevancia en la adopción la lógica mecanicista en la disciplina.

La revolución científica que emerge a fines de los años 60 y principios de los 70, genera la aparición de nuevos posicionamientos epistemológicos y con ello la emergencia del interpretacionismo; demandando “al desarrollo del conocimiento y la práctica de la terapia ocupacional la búsqueda de nuevas concepciones y enfoques pertinentes, para así responder a las necesidades de salud y calidad de vida de las personas” (Morrison et al, 2011, pp. 97). Es así como surgen las primeras teorías centradas en la ocupación, con los aportes de Mary Reilly y Jean Ayres, los cuales favorecen el direccionamiento de la disciplina hacia sus preceptos y fundamentos iniciales (Morrison et al, 2011). Medeiros (2008) refiere que estos aportes contribuyeron al “prosperar de la investigación y la profundización teórica respecto del marco de la práctica profesional”, señalando que de este modo el terapeuta ocupacional expandió sus conocimientos, pasando a interesarse por abordajes más sociológicos y psicológicos del potencial humano en busca de nuevos fundamentos para su práctica profesional” (pp. 26).

Lo anterior se describe actualmente como los pilares de la construcción de hoy definido paradigma contemporáneo de la Terapia Ocupacional (Kielhofner, 2006).

Es así como la terapia ocupacional ha ido modificando sus perspectivas teóricas a lo largo de su desarrollo, posicionando principios y valores que le asignan una identidad sujeta a variables socio-históricas y que guían la práctica profesional, construyendo un cuerpo de conocimiento interdisciplinario que le permiten incorporar elementos teóricos en su base disciplinar que favorezcan el desarrollo de nuevas formas y estrategias de abordar problemáticas sanitarias de origen social y ocupacional (Kielhofner, 2006).

Morrison et al (2011) comprenden el período histórico actual desde una perspectiva influida por la postmodernidad y la época postindustrial, refiriendo que la Ocupación Humana en este entonces “*se concibe como un fenómeno individual y subjetivo, destacándose el desarrollo de modelos de intervención como el conocido Modelo de Ocupación Humana, continuando el desarrollo de las Ciencias de la Ocupación*” (pp. 98).

En concordancia con la revisión realizada, Morrison et al (2011) plantean la emergencia contemporánea de un nuevo paradigma, cuyos principios se recogen de las prácticas comunitarias y/o sociales que comienzan a desempeñarse en contextos cuantitativamente poco frecuentes, haciendo referencia a que “se asume que el rol y el ejercicio profesional conlleva decisiones políticas inherentes a los y las terapeutas ocupacionales” (pp. 101). Esta nueva perspectiva la describen como Paradigma Social de la Ocupación, que “*considera a la Ocupación como un fenómeno sistémico, complejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades, e inserto dentro de un nivel de abstracción mayor: El paradigma de la complejidad*” (Morrison et al, 2001, pp. 98)

2. Desarrollo Histórico de la Participación Social y su incorporación como estrategia en el ámbito sanitario

La emergencia de la concepción de participación dentro de la categoría social no surge necesariamente desde las ciencias de la salud, más bien se asocia a la utilización de esta terminología por diferentes movimientos sociales emergentes en los años 40 (Sanabria, 2005).

Sanabria (2004) refiere que en los años ‘40 tanto en EEUU como en Inglaterra ocurrían procesos sociales cuyos lineamientos principales promovían la acción de la comunidad, abocados principalmente a potenciar el desarrollo de las localidades a través del fomento de la participación de la población.

En la década siguiente hay un creciente auge en las manifestaciones de animación y desarrollo rural, enfocadas a lo mismo. Sin embargo, la autora hace referencia a que:

“la participación de las personas dependía de su capacidad de organización y movilización en torno a programas y acciones que habían sido planeados y decididos en otros ámbitos; ya sea en el político o en el técnico; bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad

las ideas, innovaciones y propiedades señaladas por los profesionales, principalmente de la salud” (pp. 3)

Con respecto a ello, Ugalde (1987) menciona que en los años '50 la participación comunitaria constituyó un rasgo común, tanto en proyectos de desarrollo agrícola como en aquellos destinados a suburbios urbanos pobres, impulsado principalmente por EEUU y organismos internacionales, ello motivado por la presión ciudadana posterior a la revolución Cubana del '59 (Menéndez y Spinelli, 2006).

En los años 60, se evidenció la aparición de un gran número de iniciativas, concretadas en proyectos orientados a favorecer la participación comunitaria en diversos países, pero esta concepción de participación no escapaba de la mera elaboración de tareas, vistas como una forma de proveer servicios a bajo costo (Sanabria, 2004). Con ello se intentó además instrumentalizar la organización comunitaria para introducir cambios en la estructura valórica de los individuos y así asegurar el éxito de los emergentes programas de autoayuda (Sanabria, 2004); sin embargo éstos programas no se cuestionaban en ningún momento la equidad y los direccionamientos de la acción colectiva (Ugalde, 1987, en Menéndez y Spinelli, 2006). Además de ello la constitución de organizaciones y comités de desarrollo comunitario, fueron dirigidas y establecidas por representantes de la burguesía y actores políticos que respondían a los intereses de organismos y agencias internacionales (Ugalde, 1987, en Menéndez y Spinelli, 2006).

Fueron variadas las formas en que se manifestó el interés por proporcionar la oportunidad a la sociedad civil de participar en el ámbito sanitario, ejemplo de ella son los *Consejos Sociales* en la URSS que además podrían describirse como una de las primeras experiencias en el mundo de participación ciudadana en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, desarrollando principios para la sanidad pública. Otra experiencia proviene de las *Campañas Patrióticas Sanitarias* en China o los *Comités Coordinadores Mixtos* en Tanzania (Sanabria, 2004).

En Latino América, la década del '70 evidenció la introducción de estrategias de participación comunitaria en instituciones de gobierno, como ministerios de salud pública y consejos consultivos. No obstante en 1969 se registra en Panamá la primera experiencia de la elaboración de un programa de salud con participación comunitaria, constituyendo el

primer intento de un Ministerio de Salud por materializar esta estrategia en acciones gubernamentales (Ugalde, 1987, en Menéndez y Spinelli, 2006).

Ugalde (1987) enfatiza que el sector salud es una esfera nueva si de hablar de participación comunitaria se trata, refiriendo que en América Latina los primeros intentos por implementar estrategias participativas datan de mediados de los años sesenta, siendo impulsados por “proyectos pilotos o experimentales respaldados por las iglesias, las universidades y agencias de gobierno, y en la mayoría de los casos tuvieron financiamiento internacional” (en Menéndez y Spinelli, 2006, pp. 26).

Durante el periodo comprendido entre 1970 y 1986 se destaca una *erupción*, por parte de los organismos internacionales en relación a la participación comunitaria. En 1978 la Organización Mundial de la Salud, a través de la Declaración de Alma Ata para la Atención Primaria, define como estrategia principal la participación social y comunitaria para alcanzar los propósitos del siglo (Sanabria, 2004), que posiciona este proceso individual y colectiva como un derecho y deber fundamental de los seres humanos para el éxito de esta estrategia en salud.

Ya en el año 1986 se presentan los resultados de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, cuyo debate posiciona el potencial que poseen las comunidades y grupos sociales, mediante el poder de decisión y participación en el manejo de sus propios procesos de salud (OMS, 1986).

El último documento de relevancia en ésta área corresponde al Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2009), cuyo énfasis se encuentra en la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, es decir, aquéllos factores estructurales que condicionan la calidad de vida y bienestar, tanto de individuos como de colectividades, y frente a lo cual posiciona la importancia de proporcionar poder efectivo a éstos, permitiendo un sistema de representación justo, basado en la participación social para la ideación, priorización y formulación de políticas públicas.

3. Discusiones actuales en torno al concepto de participación social en América Latina

En los años 80', en América Latina destaca la propuesta de una PS a base de la toma de decisiones, siendo por tanto un proceso de "reapropiación por la población del conjunto de instituciones que regulan la vida social y los servicios que prestan" (Menéndez, 2006, pp. 89).

En Brasil diversos movimientos sociales emergen a inicios de los años '80, muchos de los cuales posicionan la PS como un mecanismo favorecedor del manejo de la salud como un bien público, y plantean la necesidad imperante de mantener ciudadanos capacitados para defender derechos y con ello modificar situaciones de carácter desigual favorecidas por el mercado (Abrantes, 1999, pp. 473).

Motivada por estos levantamientos populares, el Estado Brasileño reconoce constitucionalmente la participación social como medio y fin, estableciéndola como un derecho y deber para los usuarios de los diferentes servicios, atribuyéndole al estado la responsabilidad de proveer las oportunidades para que esto ocurra (Vásquez et al, 2002).

De la misma manera y posterior a variados programas implementados en Colombia, la PSS es reconocida constitucionalmente y definida como "el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones en salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos en las decisiones de implantación, gestión, evaluación y veeduría en servicios de salud" (Delgado et al, 2005, pp. 8). De allí en más diversos autores han conceptualizado la PSS, proponiendo alternativas a los lineamientos hegemónicos patrocinados por la OMS y las agencias internacionales.

Delgado, Vásquez, Zapata y García (2005) plantean que la PS es una "actividad organizada por un grupo con el objetivo de expresar necesidades, demandas, defender intereses comunes e influir directamente en los poderes públicos asentándose en el poder político" (pp. 3). En la misma línea Zakus y Lysack (1998), conceptualizan la PS desde dos perspectivas, la utilitarista, donde gobierno y sectores sociales utilizan recursos de la comunidad para compensar costos en la previsión de servicios sanitarios, y la segunda identificada como una herramienta de empoderamiento, entendiendo así la participación social como un proceso donde la comunidad – ya sea colectiva o individualmente – asume

compromisos para la continuidad de programas y satisfacción de necesidades de salud de forma democrática (en Méndez y Vanegas, 2010).

Según Uzcátegui (2010) la PS adquiere un carácter político, proponiendo una “democratización del saber”, mediante la incorporación y reconocimiento del saber popular, estableciendo mecanismos de participación mediante rendición de cuentas, contralorías sociales y asambleas ciudadanas con decisiones de carácter vinculante, entre otras.

Vásquez, Siqueira, Kruze y Silva (2002), describen que es posible instaurar la PSS de forma individual, colectiva y local, mediante procesos de acceso a información, redistribución de poder y conciencia de influencia en los resultados (Vásquez et al, 2002, pp. 33). No obstante, Menéndez (1978, 1983, 1990), sostiene que “El saber biomédico tiende a excluir la Participación Social, y en particular, la autogestión, por razones de tipo técnico e ideológico” (Menéndez, 2006, pp. 93), que contribuyen a generar un distanciamiento entre la ciudadanía y la gestión pública.

Méndez y Vanegas 2010 sostienen que actualmente los procesos de PS deben transitar desde mecanismo de control a ser una instancia “que permita la inclusión, la autonomía y el debate” (pp. 147), posicionando los procesos participativos como eje democratizador, que nutra el sistema de salud basado en políticas surgidas desde la ciudadanía y sus equipos sanitarios, manteniéndola como eje central de cambio, consolidando una verdadera reforma.

Frente a lo anterior, la participación ciudadana – en la realidad chilena – se limita al establecer prioridades, asignar y distribuir recursos, pero no se ejecutan acciones que le permitan a la ciudadanía el alcance del protagonismo y la toma de decisiones (Méndez y Vanegas, 2010, pp. 145).

Méndez y Spinelli (2006) plantean que es un desafío para la salubridad nacional establecer los medios para favorecer la PSS, refiriendo que “necesitamos asumir que la posibilidad de generar en los grupos formas de Participación Social transformadores, debe tomar en cuenta las participaciones sociales existentes, más allá de que las definamos o no como participativas” (pp. 73)

DISCUSIÓN

Las diversas perspectivas que describen la práctica de la Terapia Ocupacional dentro de la esfera de lo social y su vínculo con los procesos participativos durante el desarrollo de la profesión, contribuye a posicionar una serie de interrogantes respecto al rol que cumplen profesionales de la disciplina en el marco de las estrategias de participación social en salud emergentes desde los años '70. Dichos cuestionamientos interpelan el abordaje sistemático en busca de respuestas que permitan dilucidar cuales son los factores determinantes a la hora de promover el empoderamiento ciudadano dentro de procesos sociopolíticos vinculados al bienestar colectivo y a la salud de la población dentro de las estructuras gubernamentales y dispositivos públicos destinados al aumento de la calidad de vida de las personas con las cuales trabajamos en la actualidad

Es desde esta perspectiva que, si bien no existe un vínculo formal y teórico desarrollado entre la Terapia Ocupacional y el concepto de Participación Social en Salud, se considera que implícitamente los profesionales del área abordan situaciones socio-sanitarias desde estrategias participativas, ya sea por la vía institucional o en contextos comunitarios.

Considerando la existencia de este vínculo, emerge el cuestionamiento matriz de esta investigación: ¿Es posible materializar el vínculo entre la participación social y la práctica de terapeutas ocupacionales en Chile, considerando el marco de las políticas públicas y sociales actuales en el sistema de salud nacional? ¿Qué factores influyen en ello? ¿Qué posibilita u obstaculiza su vinculación?

Del mismo modo se desconoce cómo es comprendido el concepto de participación social por los terapeutas ocupacionales, siendo un área de exploración atingente al actual proceso investigativo, especialmente por la importancia que reviste el conocer si es efectivo éste vínculo y si los terapeutas ocupacionales se reconocen a sí mismos como promotores de la participación social y el empoderamiento ciudadano en contextos socio sanitarios.

Lo anterior permitiría dilucidar el rol que desempeña el terapeuta ocupacional en dispositivos de salud, estando éstos o no enmarcados bajo estrategias que se definan a sí mismas como promotoras de participación social.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Tal como se refirió al comienzo del presente artículo, los fundamentos históricos y conceptuales pertenecientes a la práctica de la Terapia Ocupacional han sido tema de discusión y reformulación de manera constante; desde la epistemología que sustenta la práctica, así como también desde la práctica misma, que se transforma constantemente en el proceso constante de construcción de la identidad profesional.

Lo mismo ocurre con los conceptos de Participación Social, cuya delimitación teórica y conceptual ha sido difusa, producto de la histórica dispersión semántica que busca aclarar sus orígenes, ya sea desde perspectivas antropológicas, sociológicas y salubristas, así como desde las experiencias prácticas de Participación Social en Salud sostenidas a lo largo de la historia, principalmente desde registros ocurridos en Latinoamérica.

El presente artículo se sitúa por lo tanto, como una alternativa a la resolución de dicha dispersión semántica y conceptual, efectuando el enlace, que explícito o no, se mantiene en el ejercicio de la disciplina y le otorga características propias desde un enfoque socio-histórico que comprende la salud y la ocupación como un fenómeno social.

A partir de la revisión efectuada, es posible concluir que el vínculo presupuesto entre la Terapia Ocupacional y la Participación Social en Salud, redirecciona el ámbito de acción de la disciplina, moldeando el enfoque desde la individualidad hacia el accionar colectivo, situando, a los actuales y futuros profesionales, en el imperioso ejercicio de efectuar un constante análisis crítico de los saberes conceptuales que sustentan la práctica y una consecuente reconfiguración de ésta, a modo de identificar los actuales enfoques predominantes en la práctica, cuestionando y reconfigurando así mismo el rol social que nos compete en los distintos contextos socio-sanitarios en los cuales se enmarca nuestra disciplina.

REFERENCIAS

- Abrantes, R. (1999). Participación social en Salud: Un estudio de caso en Brasil. *Revista de Salud Pública México*. 41(6): 466-474.
- Da Rocha Medeiros, M. H. (2008). *Terapia Ocupacional: Un enfoque epistemológico y social*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Delgado, M.; Vázquez, M.; Zapata, Y. y García, M. (2005). Participación Social en Salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada Cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6): 697-707.
- Delgado, M. y Vázquez, M. (2006). Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: Percepciones de los actores principales. *Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia*, 8(2): 128-140.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana, 3° Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Kronenberg, F., Simó, S., Pollard, N. (2007). *Terapia Ocupacional sin Fronteras*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Lévy, J. & Malo, M. (Eds.). (2010). *De la participación en salud a la construcción del poder popular: Experiencias para el debate*. Maracay: IAES.
- Méndez, C. y Vanegas, JJ. (2010a). Priorización de las Garantías Explícitas en Salud: ¿Es posible la participación social? *Cuadernos Médico Sociales*, 50(1): 66-72.
- Méndez C. y Vanegas JJ. (2010b) La participación social en salud: El desafío de Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*, 27(2): 144-148.
- Menéndez, E., Spinelli, H., (2006). *Participación Social, ¿Para qué?* Buenos Aires: Ed. Lugar.

- Morrison, R., Olivares, D. y Vidal, D. (2011). La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación: Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2): 102 - 119.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Resumen analítico del informe final. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Extraído el 09 de diciembre de 2013 desde: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de ALMA ATA. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Suiza. Extraído el 09 de diciembre de 2013 desde: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. *Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, Ottawa – Canadá. Extraído el 09 de diciembre de 2013 desde: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Romero, D. (2003). Revisión histórica de la ocupación vinculada a la terapia ocupacional. Comunicación presentada en: *4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis - 2003*. Extraído el 15 de Marzo de 2014 desde: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rev_Hist_ocup_vincu_T.O.shtml
- Sanabria, G. (2004). La participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3).
- Sandoval, H. (2004). Mejor salud para los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuadernos Medico Sociales*. 43(1): 5–20.
- Vázquez, M.; Siqueira, E.; Kruzeb, I.; Da Silva, A.; Leite, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* 16(1): 30-38.

Wilcock, A & Townsend. E. (2011). Justicia Ocupacional, En Crepeau, E., Cohn, E. & BoytSchell, B., *Terapia Ocupacional*. 11va Ed. (pp. 192 - 199). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.