



## REVISIÓN

## **Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad**

B. Paz Lourido<sup>a,\*</sup> y V.M. da Rocha<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, Illes Balears, España

<sup>b</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Recibido el 3 de octubre de 2007, aceptado el 10 de octubre de 2007

### **PALABRAS CLAVE**

Fisioterapia;  
Servicios comunitarios  
de salud;  
Índice de salud

### **Resumen**

En este trabajo, aspectos como la construcción social de la salud y la enfermedad, la contribución de factores sociales y otros factores a la salud, así como las teorías sistémicas, se toman en consideración para conceptualizar la fisioterapia comunitaria. El papel del fisioterapeuta en la comunidad puede incluir un número amplio de estrategias, desde intervenciones terapéuticas con grupos en la comunidad, hasta prevención y procesos de educación para la salud.

En cualquier caso, trabajar con comunidades debería dirigir al profesional a un proceso reflexivo, en el que se analicen las condiciones insalubres en que vive la gente y animar a la comunidad a hacer cambios globales e intersectoriales para incrementar los índices de salud de las personas.

© 2008 Publicado por Elsevier España, S.L.

### **KEYWORDS**

Physical therapy;  
Community Health  
Services;  
Health Status

### **Community Physiotherapy: The way from conceptualization to intervention with the community**

### **Abstract**

In this essay, aspects, such as the social construction of health and illness, the contribution of social and other factors to health, as well as the systemic theories are taking in consideration to conceptualise community physiotherapy.

The role of the physiotherapist in the community can include a wide number of strategies, from therapeutic interventions with groups in the community to prevention and health educational processes.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bpaz@uib.es (B. Paz Lourido).

In any case, working with communities should lead the professional to a reflective process, analysing the unhealthy living conditions and encouraging the community to make global and intersectorial changes to increase people's health levels.  
© 2008 Publicado por Elsevier España, S.L.

## Introducción

Todas las poblaciones desarrollan técnicas de carácter preventivo y curativo, normas sociales de control y construcciones simbólico-ideológicas, para enfrentar el proceso salud-enfermedad. Estos saberes y técnicas han constituido una serie de prácticas culturales que forman parte de un saber que se transmite en los diferentes espacios familiares y comunitarios<sup>1</sup>. De esta manera, aunque prácticamente hasta el siglo XVIII no se sistematizan las medidas preventivas de carácter público, en la antigüedad ya había medidas encaminadas a proteger a toda la sociedad de determinadas enfermedades, por ejemplo regulando por ley el aislamiento social y estableciendo cuarentena ante determinadas enfermedades. De la misma manera, el entorno en que se vivía era importante, sobre todo respecto al medio físico (el lugar, el aire, el agua), mientras que el aspecto social se limitaba a algunos hábitos o costumbres (relativos al ejercicio físico, la alimentación, el sueño, etc.)<sup>2</sup>.

Las enfermedades humanas han ido evolucionando desde la prehistoria hasta la época industrial y la sociedad desarrollada. Esta evolución ha estado condicionada por los cambios económicos, demográficos, alimentarios, laborales y sociales. El progreso económico puede provocar la disminución o incluso la desaparición de algunas enfermedades, pero también provoca el incremento o la aparición de otras. La mortalidad por infecciones desciende tras el aumento del desarrollo científico, pero también aumenta, en las sociedades industrializadas, la mortalidad por cáncer o enfermedades cardiovasculares. La obesidad es el típico ejemplo que acompaña a las poblaciones industrializadas<sup>3</sup>.

El desarrollo de la industrialización no sólo genera patrones de desgaste en los procesos específicos del trabajo, sino que, al apropiarse del tiempo libre de las familias y mantener controladas las demandas de incrementos salariales con la amenaza creciente del desempleo, también intensifica, de un modo peligroso, el deterioro de las condiciones y los estilos de vida<sup>4</sup>. En la actualidad, se reconoce la importancia de los factores sociales en la salud, lo cual abre el debate de las condiciones de base, como la educación, la vivienda, el grupo social, el estrés en el empleo, entre otras<sup>5</sup>.

En las últimas décadas, la intervención comunitaria en salud se ha nutrido no sólo de la epidemiología y las ciencias experimentales, sino también, y muy especialmente, de las ciencias sociales, ya que implica tanto a una parte científica, de análisis, planificación y organización, como de aplicación social mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación para la salud<sup>6</sup>. Los profesionales de la salud deben conocer por tanto, no sólo aspectos epidemiológicos y técnicos para el análisis del estado de salud de la comunidad, sino también los métodos de ciencias sociales para comprender la conducta sanitaria

de la comunidad, las variadas percepciones de la población sobre salud y enfermedad, y sus actitudes y expectativas hacia el profesional sanitario<sup>7</sup>.

Esta relación ha ocasionado que se hayan incorporado nuevas perspectivas tanto en la conceptualización de la salud comunitaria, como en los aspectos de planificación y metodología. La comunidad se plantea como un ámbito amplio de intervención, por lo que también se considera como agente para actuar en la mejoría de su calidad de vida y salud, incluida una participación mayor en ese proceso.

## Objetivo

El objetivo de este artículo es contextualizar la intervención en salud comunitaria, así como apuntar los retos que este tipo de atención plantea a la fisioterapia. Para ello, se analizan aspectos relacionados con la dimensión social de la enfermedad, la visión ecológica de la intervención en salud, los entornos saludables, la participación comunitaria y las tendencias en fisioterapia comunitaria.

## La dimensión social del proceso salud-enfermedad

Actualmente, la enfermedad se considera como un proceso activo, generalizado, psicosomático y social, puesto que el propio organismo reacciona frente a la enfermedad, la cual afecta al individuo de forma holística, pero no aisladamente, sino como un ser social<sup>8,9</sup>. La dimensión social de la enfermedad es de primera magnitud para el individuo: la enfermedad tiene manifestaciones no sólo físicas, sino también socioculturales para la persona que la presenta, a veces más graves que los síntomas o las manifestaciones orgánicas. Así, le puede ocasionar un cambio en las relaciones sociales más o menos próximas, como las familiares, las laborales, etc. Es decir, puede experimentar un cambio de posición social, de papel y estatus que puede ser ocasional, transitorio o permanente, y que puede llevar a la persona, por ejemplo, a la pérdida del empleo o a la exclusión social. En este sentido, podemos citar como ejemplo las enfermedades del sistema osteomuscular. La mortalidad causada por estas enfermedades no llega al 0,4% de la mortalidad general en España. En cambio, estas afecciones constituyen la segunda causa de incapacidad laboral transitoria (en esta categoría, la artrosis representa el 12%) y son la primera causa de incapacidad laboral permanente. De esta manera, estas enfermedades causan repercusiones económicas importantes a la sociedad, pero, al tiempo, pueden tener una causa social (derivada de las condiciones del trabajo) y pueden alterar el contexto y las relaciones sociales de quien las experimenta. Así, la enfermedad puede alterar las pautas de conducta y la visión del mundo más cercano y más amplio.

La actitud de la sociedad ante la enfermedad y las causas sociales de la enfermedad también tienen gran relevancia. En la actualidad, se ha abierto el debate de los factores o los determinantes sociales que intervienen en la salud. Se denominan determinantes sociales de la salud las circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan a la salud durante la vida. Personas que están más abajo en la escala social normalmente tienen más riesgo de contraer enfermedades graves y morir de forma prematura. Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias, y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades. Desde esta perspectiva, factores como la clase social, la pobreza, el trabajo, el estrés, etc., se consideran factores potentes que pueden determinar desigualdades en salud entre las regiones, con frecuencia incluso dentro del mismo país. Estas desigualdades, por sus características, representan además una inequidad en el acceso a la salud<sup>10-13</sup>.

### **Visión ecológica de la intervención en salud**

Durante el último siglo, podemos afirmar que la atención a la salud desde el paradigma del modelo biomédico centró su atención en los episodios relacionados a los ámbitos más orgánicos y celulares, lo cual caracterizó una atención especializada y atomística. Los modelos sistémicos, holísticos por su naturaleza, consideran el proceso salud-enfermedad desde la visión biopsicosocial, es decir, factores biológicos y no biológicos tiene igual importancia y pasan, sobre todo en la actualidad, a interesar a un número mayor de profesionales. Esos modelos más holísticos y complejos son los más adecuados, ya que la realidad de salud es compleja y de naturaleza multicausal.

Actuar en salud comunitaria es comprender que el proceso salud-enfermedad no ocurre de manera lineal de causa-efecto, sino que debe observar las diversas interrelaciones entre las causas internas y externas de los determinantes a la salud del individuo. Por eso, es necesario basar la intervención según las consideraciones de los modelos sistémicos de comprensión del proceso salud-enfermedad. De abordaje contextualizado y carácter sistémico, la teoría ecológica del desarrollo humano<sup>14,15</sup> establece que hay una interrelación entre el ser en desarrollo y los diferentes ambientes en los cuales él participa. Así, para comprender mejor el estado de salud, es necesario considerar, además de los aspectos individuales, los ámbitos sociales en los cuales el individuo se inserta y su papel como promotores de bienestar y calidad de vida.

Esta teoría considera el ambiente en grados crecientes e interrelacionados, que son los siguientes:

1. *Microsistema*: en el centro está el individuo en desarrollo y éste presenta un patrón de actividades, papeles y relaciones interpersonales que constituyen las diádicas, triadas, tétradas y más, según el número de miembros.
2. *Mesosistema*: consiste de la interrelación entre 2 o más microsistemas en los cuales el individuo en desarrollo participa activamente, como familia, trabajo, vida social, comunidad y otros.
3. *Exosistema*: incluye ambientes cuyos acontecimientos ejercen alguna influencia o son influidos por el compor-

tamiento de la persona. Son ejemplos los acontecimientos resultantes de los sistemas de normas en la Administración, educación y salud.

4. *Macrosistema*: se relaciona con las consistencias culturales de los aspectos de los sistemas anteriores, o sea grupos poblacionales que presentan características muy similares y pertenecen al mismo grupo.
5. *Cronosistema*: relacionado con la edad, fases de la vida, épocas y transformaciones por las cuales el individuo pasa durante la vida.

Se observa que la falta de una visión macro del proceso de salud-enfermedad está implicando limitaciones para las soluciones de problemas de salud, sobre todo en los países en desarrollo, que tienden, con el avance de los estudios moleculares y farmacológicos, a medicalizar problemas sociales históricos, como el hambre, la miseria, el subdesarrollo, la falta de ocio y vivienda, entre otros. Los aspectos psicosociales también están ajenos a la atención del profesional que no entiende cómo varios niveles de los sistemas se interrelacionan y pueden afectar la condición general del individuo.

Es importante, pues, comprender que no solamente los ámbitos biológicos están envueltos en el binomio salud-enfermedad, sino que los aspectos psicosociales también deben considerarse como lugar donde residen los riesgos para la salud y las posibilidades de desarrollo de los individuos, y que un acontecimiento en un ambiente puede influir en los demás. A modo de ejemplo, la eficacia de los programas de salud preventivos o curativos estará sujetas de forma importante a las posibilidades reales que tengan las familias para intervenir en ellos, con la articulación del saber y las prácticas oficiales con sus propios saberes y prácticas culturales.

### **Los entornos saludables y las estrategias de desarrollo local**

Se consideran entornos que apoyan la salud los que ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, y les permiten ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud<sup>16</sup>. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y espaciamiento, incluido el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento. Por ello, una dimensión sustantiva del desarrollo local se refiere a la capacidad efectiva de participación de la ciudadanía, y las características más importantes de este movimiento implican la articulación de 4 ejes para la promoción de la salud y el desarrollo local:

1. Ampliar la definición y el concepto de salud para incorporar los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud y de las condiciones de la enfermedad que se basan en la determinación social del proceso salud-enfermedad.
2. Avanzar más allá del énfasis en los estilos de vida saludables como estrategia para lograr la salud, y examinar los aspectos sociales y políticos más globales que permitan diseñar estrategias de mayor dimensión social y política, que tengan en la equidad y en la

- inclusión social dos marcos fundamentales para la toma de decisión.
3. Incorporar el concepto de empoderamiento y capital social, cuyo fundamento es la participación social como una estrategia clave para realizar un esfuerzo organizado a fin de lograr la identificación de potencialidades y la construcción de capacidades.
  4. Fomentar la participación de actores sociales en la identificación y el análisis de los problemas y las necesidades, así como proponer estrategias pactadas para enfrentar esos problemas ante los distintos intereses y valores.

En estos ejes se encuentra la base fundamental de los entornos saludables, desde el municipio, la ciudad y la comunidad, hasta la escuela, el lugar de trabajo o la vivienda; ya que el comportamiento, ya sea individual o colectivo, es en gran medida producto del entorno y el ambiente físico y psicosocial donde se da. Las estrategias de desarrollo local fundamentan sus estrategias a través de políticas públicas saludables, las políticas sociales, la atención primaria y la reorientación que de los servicios de salud hace la promoción de la salud, el empoderamiento y la participación de la comunidad. Ayuntamientos, organizaciones no gubernamentales, asociaciones y otras organizaciones representativas de la sociedad, juntamente con el ámbito laboral y educativo, han de impulsar la estrategia que construya un entorno más saludable<sup>17</sup>.

## La intervención comunitaria

Tradicionalmente, se ha entendido la comunidad como gente viviendo junta, de forma colectiva, con alguna forma de organización y cohesión social. Sus miembros comparten a distinto nivel características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses semejantes y aspiraciones, incluidas en ellas las de la salud. Para otros autores<sup>18</sup>, la comunidad es un territorio en el cual se ubica una población que tiene/siente determinadas demandas y que tiene/usa unos determinados servicios. Esta aproximación implica tener en cuenta la diversidad en el seno de la comunidad y, con ello, sus posibilidades de participación. No toda la comunidad participa en su conjunto de los procesos comunitarios, sino que generalmente lo hará a través de grupos o de personas motivadas.

En la intervención de los distintos profesionales en la comunidad, en la actualidad hay una cierta tendencia al "proyecto" aislado y no a verdaderos "procesos" generales y globales que mejoren realmente las condiciones de vida de la población, y contribuyan a dar a todo el mundo las mismas oportunidades. La implicación de los profesionales de la salud en la comunidad ha de tener en cuenta que los procesos comunitarios tienen que contar con los 3 protagonistas de la comunidad: la población en su conjunto, los recursos técnicos que operan en la comunidad (incluidos los profesionales de la salud) y las administraciones implicadas, empezando por la Administración local (tabla 1). Es decir, no estamos solos en el universo comunitario, sino que formamos parte de uno de los 3 grupos de protagonistas, y de la buena relación que se establezca entre los 3 agentes del proceso va a depender el éxito de él. De esta manera,

**Tabla 1** Protagonistas y papel en la intervención comunitaria

Protagonista	Papel y responsabilidad
Instituciones y administraciones	Gobernar, tomar decisiones, garantizar el cumplimiento de leyes y medios oportunos para realizar los programas acordados
Recursos técnicos (principalmente públicos, pero sin exclusión de los privados)	Aportar conocimientos y capacidad técnica para la búsqueda de soluciones adecuadas y para hacer la actividad de los servicios cada vez más adecuada a la realidad
La ciudadanía y sus organizaciones sociales (asociaciones, entidades de varia naturaleza, cooperativas, etc.)	Asegurar el máximo de participación activa de la ciudadanía a los procesos de cambio y mejora social que afectan a su vida

Adaptada de Marchioni<sup>19</sup>.

Administración ha de contar con la población y los técnicos a la hora de tomar decisiones. Los recursos (públicos, privados y voluntarios) han de tener una organización coordinada para atender a demandas y a necesidades colectivas y generales, y la población ha de superar su "delegación pasiva" y sus visiones particulares, asumiendo proyectos y programas comunes y globales mediante la participación comunitaria. El proceso comunitario tiene un momento esencial y fundamental en la construcción de un diagnóstico comunitario, confeccionado y compartido entre los 3 protagonistas, que va a permitir tener una visión global de la comunidad, superando e integrando las numerosas visiones sectoriales existentes<sup>19</sup>:

1. Definir planes de trabajo para los diferentes sectores de intervención.
2. Favorecer los procesos de coordinación, colaboración, intercambios, etc., entre los diferentes recursos.
3. Definir prioridades comunes y generales en las que realizar programas de intervención con una perspectiva a medio y largo plazo, integrando momentos asistenciales con los preventivos y de promoción.
4. Implicar de forma concreta y directa a la población en las decisiones y en la ejecución de éstas.
5. Favorecer la integración de los recursos dependientes de las diferentes administraciones.

En otras palabras, la participación empieza desde el diagnóstico, que ha de construirse con la participación de los 3 protagonistas, para dar lugar a una intervención compartida. La iniciativa comunitaria puede surgir de cualquiera de estos protagonistas, pero, independientemente de quien sea el protagonista inicial, la estrategia ha de procurar implicar a la mayoría de los protagonistas presentes en el territorio. Uno de los errores más frecuentes del profesional que trabaja en la comunidad es pensar que él

es el único recurso o el más importante, y que el tema de la salud es un tema principal dentro del interés comunitario. La salud, aunque muy importante, no es el único tema de interés de la comunidad, hay otros muchos temas que preocupan a la sociedad, como el empleo, la educación, la cultura o las relaciones sociales. Por lo tanto, y aunque, como se ha dicho con anterioridad, estos factores tienen relación con la salud de los ciudadanos, el hecho de ser un profesional sanitario no nos proporciona, a priori, ninguna autoridad para salir a la comunidad con nuestros objetivos y nuestras prioridades, sin una visión global de los problemas. Por eso, no podemos esperar de la comunidad una reacción abierta y sin condiciones a nuestras propuestas.

### **La participación comunitaria en salud**

La implicación de la comunidad en la toma de decisiones sobre su salud se ha presentado como uno de los factores que puede determinar el éxito de un proceso de intervención comunitaria. El estudio de los factores que favorecen la implicación comunitaria y la participación en su propia atención sanitaria es uno de los temas de interés de las ciencias sociales en relación con la sanidad. Por ello, el primer principio en la organización de la comunidad es comenzar con las personas tal como son, y con la comunidad tal como es<sup>7</sup>.

La implicación de la comunidad en la toma de decisiones sobre sus necesidades y servicios sanitarios favorece la probabilidad de que estas decisiones sean apropiadas y aceptables, al tiempo que también favorece la confianza de la comunidad. La participación de la comunidad como instrumento tiene como meta fundamental llevar a las comunidades a la apropiación de sus propios recursos y acciones (empoderamiento). Éste es uno de los requisitos fundamentales de la promoción de la salud, la hace posible y debe ser el producto final de la participación social.

Si la salud se refiere a la calidad de vida, la promoción de la participación de la comunidad no tiene sólo el propósito de obtener unos objetivos específicos. La implicación de la comunidad es en sí misma una actividad sanitaria que promociona el bienestar social y la salud mental. El sentimiento de ser capaz de influir en el desarrollo de la propia comunidad es especialmente importante en comunidades marginadas. Pero también puede ser difícil conseguir la implicación de la comunidad en sociedades más desarrolladas, en las que servicios muy organizados se dirigen en el marco de una toma de decisiones y una dirección burocrática.

Se pueden definir 3 tipos de participación de la comunidad<sup>20</sup>: *a) participación pasiva* (aceptación de los programas e instrucciones por parte de la Administración); *b) participación activa reactiva* (toma parte de las tareas o actividades planteadas, con o sin supervisión de los profesionales de la salud, pero la participación surge como respuesta a la iniciativa de un agente externo), y *c) participación activa* (diseña el programa de acción y le asigna un papel a la Administración o a cualquier otra agencia gubernamental o no). Son escalas distintas de participación con balances distintos de acción y decisión. Lo singular es que cada una de estas modalidades implica, de alguna manera, un proceso de negociación, es decir, de diálogo y compromiso entre las partes. Al tiempo, estos

procesos de participación pueden alternarse en un proceso largo en el tiempo, dependiendo, entre otros factores, de las expectativas de la comunidad, la confianza en el éxito de las acciones emprendidas y las experiencias previas de los resultados obtenidos con esta participación.

### **El fisioterapeuta en la intervención comunitaria**

Las conceptualizaciones de la fisioterapia aportadas por los diferentes organismos nacionales e internacionales han enfatizado la intervención comunitaria, apenas considerada en la definición de la Organización Mundial de la Salud. Las actividades comunitarias desarrolladas desde la fisioterapia pueden entenderse ubicadas dentro del sistema de atención primaria de salud u otras actividades directamente demandadas por la comunidad, la cual dota de sus propios recursos para dar respuesta a las necesidades de salud relacionadas con esta especialidad sanitaria. También los propios fisioterapeutas pueden gestionar y plantear iniciativas de índole comunitario, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población y analizando los procesos desde una visión global.

Hemos de entender, pues, por fisioterapia comunitaria<sup>21</sup> aquella parte de la salud comunitaria que está relacionada con los contenidos científicos y profesionales de la fisioterapia o, expresado de otra forma, la parte de la fisioterapia que se encarga de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes, y dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar la enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, con la potenciación de la capacidad de las personas y de los grupos para el tratamiento de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud relacionadas con esta especialidad.

Las conductas que nos permiten mejorar la salud se desarrollan a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de los problemas de salud. Estos 3 niveles pueden abordarse desde la fisioterapia: orientar en la realización de ejercicio físico como hábito de vida, higiene postural y adaptación ergonómica, identificación de factores de riesgo en las desviaciones vertebrales, prevención de deficiencias por hipomovilidad, etc. Pero, además, la intervención del fisioterapeuta en este ámbito ha de tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona, así como también el contexto social y el entorno. Por lo tanto, la proximidad del fisioterapeuta al entorno ha de buscar la comprensión del contexto del problema y el diseño de planes globales de actuación. La intersectorialidad y la interdisciplinariedad son aspectos cruciales para tener una perspectiva integradora. Los profesionales de la salud han de trabajar conjuntamente con la comunidad, tanto en la planificación, como en la puesta en práctica y la evaluación de las distintas iniciativas.

En las últimas décadas se ha observado un cambio de tendencia del profesional fisioterapeuta: desde estar centrado en la terapéutica y a actuar sólo cuando está presente un proceso patológico determinado, a un profesional que puede intervenir también en otros ámbitos relacionados con la promoción, la prevención, etc. Cada vez es más frecuente

la demanda, por parte de la sociedad, de un fisioterapeuta que le oriente y le acompañe tanto para el mantenimiento de la salud, como para evitar la presencia de secuelas de una enfermedad. Muy a menudo, las demandas provienen de grupos de la tercera edad que realizan ejercicio físico o grupos infantiles en las piscinas y en las escuelas, pero también las demandas provienen de grupos de personas que buscan ese fisioterapeuta que no sólo le ayude en sus situaciones de discapacidad y dependencia, sino que también le ayude a desarrollar al máximo su autonomía<sup>22-27</sup>. En este sentido, en los espacios comunitarios, como las instalaciones municipales, centros sociales, centros vecinales y juveniles, asociaciones, encontramos con frecuencia grupos de población que busca estrategias relacionadas con la movilidad para mantener su salud.

La intervención del fisioterapeuta en la comunidad parece proporcionarle una situación ideal para implicarse activamente en los procesos de educación para la salud dirigidas a la prevención. Por ejemplo, participando en el proceso de rehabilitación cardíaca, ejercicio terapéutico, intervención posnatal, etc. Sin embargo, incluso en experiencias en que el fisioterapeuta está ubicado en la comunidad, la mayor parte de la actividad desarrollada se centra en el tratamiento de los problemas específicos que presentan determinados individuos o grupos, más que dirigir estrategias más amplias de prevención y promoción<sup>28</sup>.

Por tanto, los fisioterapeutas están formados para trabajar en zonas urbanas y rurales, contribuyendo de manera relevante a la salud comunitaria. Pueden proporcionar intervenciones de promoción, prevención y atención directa en salud; formar a otros profesionales y comunidad; ofrecer consejo, apoyo y supervisión a otros profesionales de la salud y sociales; emprender, coordinar o gestionar programas de intervención; asesorar a la Administración, asociaciones no gubernamentales, etc. Por ello, es muy necesario desarrollar esta dimensión del campo científico y profesional de la fisioterapia, que se abre como consecuencia de la demanda social de mejorar su calidad de vida, lo que hace que se requieran más prestaciones de salud, nuevos requerimientos que rompan los moldes tradicionales de la atención sanitaria.

## Consideraciones finales

El estado de la salud depende, sobre todo, de las condiciones de vida. Las principales causas de muerte en el mundo occidental (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades pulmonares y los accidentes) están íntimamente relacionados con estilos de vida no saludables. Para adoptar un estilo de vida sano se debe contar con los conocimientos aportados, en parte, por la educación para la salud, pero también se requiere de un entorno adecuado, así como la voluntad y la posibilidad real de hacerlo, sin olvidar las distintas realidades materiales, simbólicas y afectivas. Resulta muy improductivo modificar el comportamiento individual cuando ese comportamiento tiene fuertes influencias sociales. La comprensión de salud como parte de los fenómenos sociales es fundamental, ya que la enfermedad es una realidad construida<sup>29</sup>. Esas cuestiones conducen nuestras miradas al contexto en que se desarrollan las acciones de salud, es decir, al contexto

social, el cual durante mucho tiempo en la historia se ha considerado aislado de las cuestiones de salud y de la formación de los profesionales de la salud.

El tratamiento o la curación de las enfermedades tienen relación con la perspectiva y la concepción que la propia sociedad o el individuo tenga de las enfermedades. Para los profesionales que realizan intervención comunitaria, es importante conocer las estrategias que la propia comunidad utiliza en la prevención de la enfermedad y la curación. La manera en que la población elige uno u otro medio para cuidarse depende de una construcción social tanto de las causas y significado de la enfermedad, como del proceso de tratamiento y profesionales que han de intervenir.

El papel del fisioterapeuta en la comunidad puede desarrollarse desde múltiples ámbitos. El propio sistema de atención primaria de salud reconoce –al menos en teoría– el papel comunitario de los profesionales. Pero también desde otros entornos sociales y comunitarios pueden surgir estrategias comunitarias que requieran los conocimientos especializados de los fisioterapeutas, bien en programas específicos, bien desde programas interdisciplinarios que buscan mejorar el índice de salud de las personas con una participación activa de éstas.

Por lo tanto, el trabajo del fisioterapeuta en la comunidad no es una actividad de tipo voluntarista o una actividad de menor relevancia que otros ámbitos de desarrollo profesional. En la actualidad muchos fisioterapeutas desarrollan su profesión desde ámbitos comunitarios, sin duda muchos más que en épocas pasadas, donde el destino final parecía siempre ligado a un centro hospitalario. La fisioterapia debe contar con profesionales capaces de trabajar con las condiciones de salud de la población y, para ello, son necesarias actividades de promoción y de prevención, además de unas condiciones de vida saludables.

Trabajar en la comunidad requiere una formación específica que enriquezca sus conocimientos, actitudes y habilidades, pero éstos no son aspectos aislados de la propia identidad del fisioterapeuta como profesional. Sin embargo, es necesario implementar una educación basada en la comunidad que facilite el desarrollo de habilidades y competencias, como el liderazgo, el trabajo en equipo multiprofesional, la interacción con la comunidad, la comunicación y la planificación<sup>30</sup>.

El propio desarrollo de la fisioterapia ha hecho que se haya visto comúnmente como un tipo de intervención exclusivamente individual y que las intervenciones comunitarias son más propias de otros profesionales del ámbito de la salud, social, etc. Sin embargo, a la vista de las implicaciones sociales de la enfermedad y de los propios factores sociales que intervienen en la salud, es innegable el papel del fisioterapeuta en la comunidad. Ello hace de este profesional un pilar más de interacción comunitaria, que ha de estar en relación estrecha con los otros protagonistas, y participar en procesos globales e integrales.

## Bibliografía

1. Menéndez E. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Méjico: Cuadernos de la Casa Chata; 1990.
2. Winslow CE. Evolución y significado de las campañas modernas de salud pública. Journal of Public Health Policy. 3.<sup>a</sup> ed. New Heaven: Yale University Press; 1984.

3. McKeown T. Los orígenes de las enfermedades humanas. Madrid: Triacastela; 2006.
4. Laurell C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de salud. Méjico: Nueva Imagen; 1982.
5. Marmot M, Wilkinson R, editors. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
6. Frequet JL, Aguirre C. Salut, malaltia i cultura. Valencia: PUV; 2006.
7. Kark SK, Kark E, Abramson JH, Gofin J, editores. Atención primaria orientada a la comunidad. Barcelona: Doyma; 1994.
8. Lachmund J, Stollberg G. The social construction of Illness. Stuttgart: Franz Steiner; 1992.
9. Terris M. La Revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI; 1980.
10. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ 2000;320:1200–4.
11. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health. BMJ 2001;322:1233–6.
12. Lindström M, Merlo M, Östergren PO. Individual and neighbourhood determinants of social participation and social capital in a public health perspective: a multilevel analysis of the city of Malmö, Sweden. Soc Sci Med 2002;54:1779–91.
13. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: Viejo Topo; 2005.
14. Bronfenbrenner U. A ecología do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
15. Krebs RJ. Uriel Bronfenbrenner e a Ecología do Desenvolvimento Humano. Santa Maria: Casa Editorial; 1995.
16. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud. Ginebra: OMS; 1991.
17. Organización Panamericana de la Salud. Marco Referencial y estratégico de la cooperación en salud y el desarrollo local. Unidad de Entornos Saludables. OPS; 2005.
18. Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Madrid: Editorial Popular; 1999.
19. Marchioni M. Salud y comunidad. Los equipos de atención primaria y la intervención comunitaria hoy. Ponencia Inaugural en la I Trobada de Participació Comunitària per a la Promoció de la Salut a les Illes Balears. Associació Balear d'Infermeria Comunitària y la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària. Palma de Mallorca: 31 de març de 2006.
20. Briceño León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Caderno de Saúde Pública 1996;12:7–30.
21. Rebollo J, Chillón R, García B, Segovia M, Suárez C. Salud y fisioterapia comunitaria. Una aproximación teórica. Cuestiones de Fisioterapia 2002;1:1–22.
22. Renosto A, Trindade JL. The use of key informants from within the community for indentifying people with functional kinetic alterations in Caxias do Sul. Cien Saude Colet 2007;12: 709–16.
23. García B, Chillón R, Suárez C, Rebollo J, De Vicente A. Una experiencia de atención comunitaria dirigida a la tercera edad en la Unidad de Día para Mayores "Trianá" (Sevilla). Cuestiones de Fisioterapia 2001;17:23–31.
24. Mantilla C. Promoción de la actividad física en la familia y su entorno. En: IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia, 9, 10 y 11 de noviembre de 2006.
25. Cardoso C. Programa para el cuidado de la espalda en niños. En: IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia, 9, 10 y 11 de noviembre de 2006.
26. León MC. Programa de ejercicio físico en mayores. En: IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia, 9, 10 y 11 de noviembre de 2006.
27. Cuesta Al. Programas acuáticos para la salud de intervención comunitaria en Fisioterapia. En: IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia, 9, 10 y 11 de noviembre de 2006.
28. Batalha F org. O fisioterapeuta na saúde da populaçao. Atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.
29. Seymour J, Kerr K. Community Based Physiotherapy in the Trent Region: A Survey. Physiotherapy 1996;82:514–20.
30. Salmaso S, Batista R. Nove anos do curso de fisioterapia en um projeto multiprofissional e interdisciplinar. Fisioterapia em movimento 2003;16:41–6.