

Conceptualización para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico en comunidad

Conceptual bases for the formulation of the Physiotherapeutic diagnosis in the community

Carlos A. Pérez-Gómez y Ingrid L. Calderón-Cruz

Recibido 23 mayo 2019 / Enviado para modificación 14 octubre 2019 / Aceptado 27 octubre 2019

RESUMEN

Objetivo Proponer una base conceptual que soporte la estructura de diagnóstico en comunidad a partir de la fisioterapia, específicamente, desde una revisión de documentos sobre abordajes comunitarios en la profesión.

Método Se realizó una investigación descriptiva documental. Por la especificidad de los conceptos, se realizó una búsqueda abierta en Google Académico mediante una lectura cuidadosa de los documentos con adecuada calidad metodológica y conceptual de información proveniente de investigaciones previas y documentos disciplinares disponibles en la web y en registros impresos.

Resultados La realización de un diagnóstico fisioterapéutico en comunidad involucra aspectos multidimensionales y necesariamente multiprofesionales. Es imprescindible un análisis conjunto de problemas y necesidades tal como los manifiestan los involucrados, la identificación de los recursos disponibles más allá de lo económico (diferenciando aquellos que pueden ser extraídos de la comunidad, como aquellos que deben ser gestionados para su acceso) y los ejes de articulación con las demás profesiones, de modo que sean claros aquellos objetivos que se logran por más de un profesional. Asimismo, es importante vincular los objetos de estudio. No se busca limitar las profesiones; por el contrario, se quiere encontrar cómo se conjugan los saberes para la resolución de la problemática.

Conclusiones Este documento identificó elementos conceptuales estructurales para realizar diagnóstico fisioterapéutico en comunidad. Reconoció, además, la necesidad de abordajes interdisciplinarios diferenciados por los objetos de estudio de cada profesión, que pueden ser realizados conjuntamente desde diferentes áreas de conocimiento.

Palabras Clave: Servicios de salud comunitaria; diagnóstico; fisioterapia; participación de la comunidad; atención primaria de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To propose the conceptual basis that supports a structure of a community diagnosis in physiotherapy from a review of documents about community approaches in the profession.

Method A descriptive literature review was made of professional documents available on the web and in printed records. Due to the specificity of the concepts to be searched, an open search was made in Google academic, making a careful reading of the documents with methodological quality and adequate conceptual information.

Results The development of a physiotherapeutic diagnosis in community involves multidimensional and necessarily multiprofessional aspects. It is imperative a combined analysis of problems and needs as expressed by those involved, as well as the identification of resources available beyond the economic; differentiating both resources those that can be extracted from the community, and those to be managed; and the articulation with other professions.

Conclusion This document identified the conceptual elements that can be considered structural to perform a physiotherapist diagnosis in community. He also recognized the

CP: Fisioterapeuta. Esp. Diseño y Desarrollo de Proyectos de Investigación Científica. M. Sc. Efectividad Clínica. Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación. Bogotá, Colombia.
carlos.perez@ecr.edu.co; cperez06@hotmail.com
IC: Fisioterapeuta. Esp. Docencia Universitaria. M. Sc. Discapacidad e Inclusión Social. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.
ingridlu.calderon@urosario.edu.co

need for interdisciplinary approaches differentiated by the objects of study of each profession, and those actions that can be carried by different areas of knowledge.

Key Words: Community health services; diagnosis; physical therapy specialty; community participation; primary health care (source: MeSH, NLM).

Pensar el papel del fisioterapeuta en comunidad hace necesario revisar los alcances profesionales registrados en declaraciones de la *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) (1), en donde se menciona que la fisioterapia: “Implica la interacción entre el fisioterapeuta, los pacientes / clientes, otros profesionales de la salud, las familias, los cuidadores y las comunidades en un proceso donde se evalúa el potencial de movimiento y se acuerdan las metas, utilizando conocimientos y habilidades únicas para fisioterapeutas” (p.1).

Asimismo, la Ley 528 de 1999 (2) menciona que la fisioterapia tiene “responsabilidades frente al desarrollo social y comunitario. Las acciones del fisioterapeuta se orientan no sólo en el ámbito individual de su ejercicio profesional, sino hacia el análisis del impacto de éste en el orden social” (p.2).

Así, el fisioterapeuta debe pensar su ser y su hacer más allá de los campos clínicos que tradicionalmente han sido reconocidos como centro de acción profesional, abordando en pleno la profesión descrita por la Ley 528 de 1999 (2), que propone el “diseño, ejecución, dirección y control de programas de intervención fisioterapéutica para: la promoción de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios en la condición física en individuos y comunidades en riesgo... y la participación en procesos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación integral” (p.3).

Ahora bien, para que el profesional proyecte su acción en comunidad, es pertinente operacionalizar el concepto. Se identificó una definición de comunidad entendida como un “grupo de personas con características diversas que están unidas por vínculos sociales, que comparten perspectivas comunes y que participan en acciones conjuntas en lugares o escenarios geográficos” (3).

Martínez y Mendoza (4), reconocen la intervención comunitaria “como un conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad, a través de la participación activa de ésta en la transformación de su propia realidad”. Así, la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre su salud es, sin lugar a dudas, un determinante de éxito de la intervención comunitaria. Por ello, estudiar los factores que favorecen el abordaje comunitario es uno de los temas de interés de las ciencias sociales desde lo sanitario.

La contribución de la comunidad como eje de diagnóstico tiene como objetivo la apropiación de los recursos y acciones comunitarias en lo que se ha denominado “proceso de empoderamiento” y se ha convertido en uno de los requisitos fundamentales de la promoción de la

salud. Así las cosas, intervenir en cualquier población debe partir de un registro de las condiciones iniciales, de tal manera que se especifiquen sus necesidades y el profesional sanitario, en este caso el fisioterapeuta, pueda lograr un impacto positivo (5).

Los mismos autores proponen, citando a Briceño, tres tipos de participación de las comunidades:

- a. Participación pasiva: las comunidades (o las personas que administrarán las acciones) aceptan los programas e instrucciones que serán ejecutadas por un agente externo.
- b. Participación activa-reactiva: la participación de la comunidad surge como respuesta a la iniciativa externa y los miembros de la comunidad se apropian de las tareas planteadas con o sin supervisión del profesional de salud.
- c. Participación activa: las propuestas de acción surgen de la comunidad, quienes pueden asignarle un papel a la administración o a cualquier otra agencia gubernamental en función de la necesidad (obtención de recursos, logística, etc.).

Independiente de la forma de participación asumida, se requiere rescatar las voces de las comunidades como agentes activos de su propia transformación; por consiguiente, no se puede pensar en un diagnóstico comunitario que no cuente con participación de actores de las comunidades.

Pensar en abordajes fisioterapéuticos comunitarios tiene respaldos desde referentes internacionales importantes para la profesión. Un ejemplo puntual se evidencia en las conclusiones de la WCPT (6) respecto a la fisioterapia en atención primaria, que destaca que el número de personas con discapacidad está aumentando y solo una minoría tiene el potencial de recibir atención en servicios de fisioterapia accesibles y apropiados, lo que hace necesaria una orientación más fuerte hacia la fisioterapia en atención primaria no particularista sino pensada en los colectivos. Este informe evidencia el poco desarrollo de la fisioterapia en atención primaria, enmarcado en una tradición internacional que ubica a los profesionales de la fisioterapia alejados de este nivel de atención, quizás por desconocimiento de las acciones en el abordaje comunitario.

Las actividades comunitarias basadas en la fisioterapia pueden ubicarse dentro del sistema de atención primaria. Los propios fisioterapeutas están en capacidad de gestionar y plantear iniciativas comunitarias, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población y analizando los procesos desde una visión global.

Ahora bien, para tomar decisiones en consonancia con las necesidades de los colectivos, se requieren procesos adecuados de análisis situados que reconozcan los diferentes determinantes de la salud comunitaria como condicionantes de las situaciones actuales, posibles de impactar por las acciones profesionales. Estos análisis deben direccionar las decisiones del fisioterapeuta en comunidad y deben distanciarse de aquellas que se tomarían en contextos clínicos. Es aquí donde definir las características de un diagnóstico fisioterapéutico en comunidad, se convierte en elemento valioso para la transformación, que mejore las situaciones y condiciones de salud y genere condiciones favorables para la toma de decisiones que lleven al bienestar de los colectivos.

Steckler, Dawson, Israel y Eng, citados por Crouse (7), mencionan que hablar de diagnóstico en comunidad es complejo e implica “comprender muchas facetas de una comunidad, incluyendo su cultura, valores y normas, liderazgo y estructuras de poder, medios de comunicación, patrones de ayuda, instituciones importantes para la comunidad, e historia” (p.9-10).

Menciona además que un diagnóstico en comunidad debe tener la posibilidad de diferenciar: a) qué es vivir en una comunidad, b) qué tan importantes son estos problemas para la comunidad de interés, c) qué acciones tienen la mayor probabilidad de eficacia y d) cuál puede ser la mejor forma de evaluar las acciones y cambios generados.

Ahora bien, existen estudios que reflejan los medios y las formas de presentación de un diagnóstico en comunidad. Los textos recuperados a la fecha muestran en común el papel protagónico de la investigación cualitativa en el reconocimiento de las necesidades (8,9). Es escasa la evidencia de caracterización de comunidades mediante investigación cuantitativa.

A pesar de que la conceptualización sobre diagnóstico en comunidad no es nueva, identificar acercamientos desde fisioterapia tiene como limitante la disponibilidad de información consolidada que respalde una postura teórica. Por tanto, esta investigación aporta a este vacío, presentando soportes conceptuales, específicamente desde los alcances profesionales de la fisioterapia, analizando como fuente la literatura disponible analizada desde el quehacer profesional, teniendo como objetivo presentar los soportes conceptuales para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico en comunidad.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva documental que delimita una estructura conceptual para el desarrollo de un diagnóstico fisioterapéutico en contextos de comunidad. Para la búsqueda de información se emplearon términos de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS),

con palabras clave como “servicios de salud comunitaria”, “diagnóstico”, “fisioterapia”, “participación de la comunidad” y “atención primaria de salud”. Por la especificidad de los conceptos, se realizó una búsqueda abierta en Google Académico, con una lectura cuidadosa de los documentos, seleccionando aquellos con adecuada calidad metodológica y conceptual. Se incluyeron aquellos documentos realizados por instituciones de educación superior o por entidades gubernamentales.

Se analizó información proveniente de investigaciones y documentos disciplinares digitales, así como registros impresos. Se documentaron aproximaciones conceptuales sobre diagnóstico o sobre conclusiones obtenidas en comunidad. Para la extracción de la información se empleó una matriz documental con información bibliográfica y, además, información ordenada en categorías preestablecidas (diagnóstico comunitario, conclusión fisioterapéutica en comunidad y abordajes en comunidad).

Se tuvieron en cuenta aspectos éticos de documentos que reglamentan la investigación: la Declaración de Helsinki (10) y la Resolución 8430 de Investigación en Salud en Colombia (11). Basados en el artículo 11 de esta resolución, se consideró que la investigación no presentó riesgos, por cuanto no se realiza con seres humanos.

RESULTADOS

Se construyó una matriz documental alrededor del rol del fisioterapeuta, diagnóstico comunitario, atención primaria en salud, intervención comunitaria en salud, intervención comunitaria en fisioterapia y experiencias de educación para la salud.

En cuanto al rol del fisioterapeuta en atención comunitaria comunitaria, Hernández, Lozano y Murillo (12) mencionan que el Fisioterapeuta “ha estado enfocado hacia diversos campos donde no sólo prima lo clínico, sino también la atención desde la planeación de programas y proyectos que brindan beneficios a la comunidad” (p.578). Sin embargo, su práctica profesional es limitada. Así lo muestran revisiones realizadas a nivel internacional y nacional, donde se ha llegado a conclusiones como las siguientes: a) existe una evolución conceptual que trasciende de lo biológico hacia los enfoques sociales, interdisciplinarios y complejos; sin embargo, en las intervenciones aún se evidencia predominio del modelo epidemiológico, y aunque la profesión se ha preocupado por ampliar sus campos de ejercicio profesional —pues ha logrado, incluso, participar en acciones de salud pública—, esta participación aún es incipiente y no logra reflejarse en la práctica; y b) a los estudiantes les enseñan los alcances del campo de acción. No obstante, una vez graduados no logran dimensionar todas las áreas de desempeño y campos de actuación para las que fue reglamentada la profesión.

Paz y Da Rocha (5) mencionan que “el papel del fisioterapeuta en la comunidad puede desarrollarse desde múltiples ámbitos... 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” (p.249). Esto implica la necesidad de realizar evaluaciones pertinentes situadas en el contexto.

Hernández, Lozano y Murillo (12) mencionan que “el desempeño ocupacional del fisioterapeuta ha enfrentado retos importantes a raíz de las nuevas estrategias y modelos de atención que han surgido producto de las necesidades de salud de las personas” (p.578). Ahora bien, a pesar de que las posibilidades de acción del profesional se han diversificado en funciones y contextos, sus actuaciones continúan centradas en la intervención y rehabilitación acordes al quehacer clínico del profesional, dejando de lado las acciones propiamente dichas de promoción y prevención.

El mismo documento menciona que son escasas las investigaciones publicadas que relacionan al fisioterapeuta con acciones puntuales en educación para la salud. Esta limitación se complejiza cuando, además, es limitada la disponibilidad de estrategias desde la formación para el abordaje profesional en contexto comunitario.

Otro factor que se debe tener en cuenta es la necesidad de formación para la interdisciplinariedad. Si en los contextos clínicos es difícil el abordaje interdisciplinario, en los contextos de comunidad es más complejo e, irónicamente, es más esencial. Tradicionalmente en la clínica se han realizado acciones diferenciadas e, incluso, aisladas por cada profesión desde su objeto de conocimiento, y se logran articular de forma tangencial mediante revistas clínicas y manejos de historia clínica; pero en los contextos de comunidad las realidades en las que se encuentra inmersa cualquier persona están permeadas de forma simultánea por diferentes aspectos que requieren acciones igualmente simultáneas, sincrónicas y superpuestas desde los objetos de estudio de múltiples profesiones y disciplinas, lo que no da cabida a que cada profesional realice abordajes aislados e independientes y puede requerir que un profesional apoye directamente acciones de otro campo de conocimiento.

Cerpa (12) proporciona una mirada desde la educación en salud desde fisioterapia y plantea el rol que está realizando el fisioterapeuta en las acciones de promoción y prevención. Afirma, además, la necesidad de una mirada integral que vincule el trabajo interdisciplinario e intersectorial desde los aspectos socioculturales, económicos y políticos.

Con un alcance similar, Velázquez (13) presenta un estudio cuyo objetivo fue conocer la realidad y aportar

a su transformación en contexto de comunidad, con la intención de aportar a la construcción de un Plan Alternativo de Desarrollo Barrial, con miras a reformular los planes de ordenamiento territorial para la ciudad: “Se trató de un ejercicio de investigación y proyección comunitaria...” (p.98). En esta investigación, se logró la construcción de un Diagnóstico Comunitario en la Comuna 8 de Medellín, a partir de las necesidades de la población frente a la vulnerabilidad de los derechos fundamentales. El estudio propuso el empleo de fases basadas en la investigación-acción participativa, como los momentos para el desarrollo de un diagnóstico comunitario. Los pasos realizados fueron:

1. Formulación de propuesta y acompañamiento a la comunidad.
2. Realización de talleres con la comunidad (grupos focales de discusión apoyados por grabación y sistematización de la información producto de las discusiones con miembros de la comunidad).
3. Recorridos territoriales apoyados por registros fotográficos.
4. Encuestas comunitarias a miembros de la comunidad.

Ahora bien, la marcada necesidad de interacción con la comunidad para la identificación de necesidades y la planeación de las acciones hace que metodológicamente se pueda pensar en las herramientas de la investigación-acción y de la investigación-acción participativa como claves para el desarrollo de diagnósticos en comunidad.

Una apuesta metodológica de este tipo implica replantear epistemológicamente el concepto de diagnóstico que tradicionalmente se ha manejado en fisioterapia, cuyo alcance profesional reconoce “la importancia de ampliar su marco disciplinar, considerando conceptos como las capacidad, libertades, oportunidades, participación, y por lo tanto, calidad de vida y desarrollo humano, con la meta de reorientar sus acciones desde enfoques biologicistas y reduccionistas a enfoques históricos sociales, integrales y complejos, que permitan a los fisioterapeutas en formación, desarrollar capacidades, destrezas, y competencias para su desempeño en áreas de la salud pública” (14, p.5).

Estos autores mencionan, además, que los fisioterapeutas requieren una formación diferencial con mayores fortalezas en la comprensión de la salud pública, trascendiendo los alcances de la profesión y reconociendo que los abordajes en comunidad implican trabajar conjuntamente con otras profesiones, de forma interdisciplinario e intersectorial, proyectándose hacia las necesidades de los colectivos, “considerando los escenarios de acción social y concibiendo la salud como el producto de determinantes sociales que requieren la mirada de diferentes profesiones y sectores (políticos, económicos, laborales,

educativos...)" (14, p.11). Así, los autores proponen "a) analizar las políticas públicas y participar activamente en su diseño, construcción e implementación; b) conocer las estrategias y los espacios para incidir en las decisiones públicas y en las respuestas institucionales y transectoriales, a fin de afectar los determinantes sociales; c) redimensionar el quehacer del fisioterapeuta en el posicionamiento político, que considere la transectorialidad y la dimensión territorial que lo involucre en escenarios de gestión social, y d) favorecer la priorización de acciones dirigidas a promover la calidad de vida de la población para avanzar en la garantía del derecho a la salud" (14, p.11).

Siendo consecuentes con los postulados de los autores, se hace necesario un diagnóstico fisioterapéutico que se enmarque en las políticas de promoción y protección de la salud de las comunidades, vinculando aquellos determinantes sociales que pueden ser impactados por la fisioterapia desde su objeto de estudio; vinculando y articulando diferentes sectores y profesiones; y delimitando claramente los desenlaces que se pretenden impactar con las acciones comunitarias.

Este último punto implica modificar la mirada funcionalista que históricamente ha primado en las acciones del profesional en fisioterapia, en donde el concepto de desenlace (resultado esperado) en comunidad contemple: a) estar dirigido a necesidades que, aunque impacten a individuos, se proyecten a los colectivos; b) reconocer la multiplicidad de dimensiones de la necesidad, de modo que se hace evidente el rol de las diferentes profesiones y sectores (además de la fisioterapia); c) incluir necesariamente el contexto en el que sucede, pues las necesidades de las comunidades tienen un marco de suceso que no es igual para cada una; y d) reconocer la transdisciplinariedad como vía para una propuesta de solución conforme a las necesidades detectadas.

Otro aspecto por destacar es el posicionamiento y reconocimiento del quehacer disciplinar dentro de los equipos de trabajo, la construcción y seguimiento de indicadores de impacto social. Asimismo, es importante que los sujetos y las poblaciones se involucren en la lectura de necesidades e intereses, en la propuesta de soluciones y en el posicionamiento político. Esto permite que la mirada objetiva de la realidad se transforme hacia lo subjetivo y las intersubjetividades, ampliando la visión de la realidad (14).

Se encontró un documento derivado de la práctica de salud comunitaria en el programa de fisioterapia de la Universidad del Cauca. El documento cita a Negri Filho y menciona que "las necesidades sociales en salud se determinan a través de la producción social de la salud enfermedad, organizados en tres grandes factores: territorios y clases sociales; grupos humanos; y problemas emergentes de salud pública" (15).

A pesar de la postura interesante del documento mencionado, que reconoce las necesidades de la población y planea desde allí un abordaje en comunidad, no se describen claramente las características de un diagnóstico fisioterapéutico en comunidad, lo que deja a la interpretación del lector los alcances, que no difieren de los ya propuestos en párrafos anteriores.

Por otro lado, el trabajo del profesional en comunidad debería ser "un proceso reflexivo, en el que se analicen las condiciones insaludables 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" (5).

Los autores, además, refieren que los profesionales de salud deben conocer "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" (5). Esta mirada incluye aspectos que hasta ahora en este documento no se habían abordado, como la percepción de la comunidad sobre la salud y la enfermedad y, más aún, sus expectativas hacia el profesional sanitario. Esto es importante, dado que de esta percepción puede depender la calidad y la suficiencia de información que la comunidad proporciona al equipo de salud, que permita reconocer las condiciones reales de la comunidad como eje para planear acciones efectivas de salud pública.

El documento mencionado describe la dimensión social del proceso salud-enfermedad, con una visión ecológica de las acciones en salud, los entornos saludables, las estrategias de desarrollo local y la intervención comunitaria. Reconocen que las acciones en comunidad no son la suma de individualidades, sino que cada profesional hace parte de uno de los tres grupos de protagonistas (comunidad, equipos de acción e instituciones), y que de la buena relación que se establezca entre los tres dependerá el éxito de cualquier acercamiento transformador de realidades sociales. Así, "el proceso comunitario tiene un momento esencial y fundamental en la construcción de un diagnóstico comunitario, confeccionado y compartido entre los tres protagonistas, que va a permitir una visión global de la comunidad, superando e integrando las numerosas visiones sectoriales existentes" (5), de modo que se puedan definir las prioridades comunes y generales sobre las cuales proyectar los programas de intervención.

Para el profesional de fisioterapia, el hecho de reconocerse como parte de un equipo implica tener el suficiente criterio para reconocer cuándo las comunidades manifiestan necesidades difíciles o imposibles de abordar desde un objeto de estudio particular, y será entonces necesario trabajar con otras áreas tanto en el diagnóstico como en la proyección de intervenciones, de modo que se logren abordajes con sentido y significado, y

además posicione a cada uno de los actores comunitarios dentro de un equipo de trabajo y como protagonista de la solución a las necesidades manifiestas por la comunidad.

Teniendo en cuenta que el proceso diagnóstico se construye desde equipos de trabajo, Mori (16) plantea una propuesta de ocho fases para la atención a la comunidad. Dado que todas las fases no son de interés particular para este documento, se presentará en mayor detalle el primer momento, que constituye el diagnóstico de la comunidad.

Mori refiere que la fase de diagnóstico se compone de dos subfases, a) evaluación preliminar y b) diagnóstico participativo; estas subfases implican momentos de recolección y análisis cualitativo-participativo de información. Los postulados del autor generan un giro muy importante a los postulados iniciales con los que comienza esta investigación, puesto que realiza la diferenciación entre los conceptos de “diagnóstico comunitario” y “diagnóstico de la comunidad”. El autor aclara que un diagnóstico comunitario identifica y “caracteriza un síndrome o condición de salud comunitarios”, mientras que, en el diagnóstico de la comunidad, “esta identificación y caracterización se hace desde el punto de vista estructural, es decir se involucra en el estudio todos los elementos que estarían conformando una comunidad, ya que en ésta influyen procesos sociales y psicológicos, tanto en su organización como en las acciones de los miembros de ella” (16).

En concreto, según lo plantea este autor, la primera fase busca la realización de una contextualización de la comunidad, haciendo una identificación de las “características sociodemográficas, socioculturales, niveles educativos, sistemas de salud, necesidades, problemas, recursos y comportamientos comunales... Todo ello haciendo uso de una metodología que permita recolectar y evaluar los datos de manera objetiva y sistemática” (16).

Rescata además tres elementos clave para realizar un diagnóstico de la comunidad que sine qua non deben estar incluidos en la recolección de información: a) problemas, b) necesidades, y c) recursos, registrados tal como lo expresan los involucrados, de modo que la interpretación la hace el equipo de trabajo. Esto no es un dato menor, puesto que requiere amplia experiencia y formación de los profesionales en el abordaje de problemáticas sociales y en el uso de herramientas metodológicas cualitativas-participativas. Esta etapa concluye con una matriz de problemas que se reporta en términos de a) magnitud, b) gravedad, c) importancia para los beneficiarios y d) alternativas de solución. Estas alternativas deben desarrollarse en conjunto con la comunidad.

Finalmente, Gofin y Gofin (17) describen el sistema de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) y lo sitúan enmarcado dentro del sistema de salud tradicional clínico que —en las realidades actuales de los países

latinos— cursa con limitación de recursos, por lo cual el sistema se propone “racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios existentes” (17). Un aporte interesante de los autores es la vinculación de todos los miembros de la comunidad, tanto los que utilizan los servicios como de los que no.

Para los autores, la APOC comprende varios elementos y condiciones:

1. Una población definida, con base geográfica o con ciertas características comunes.
2. Una clínica que tenga un programa de atención primaria en salud.
3. Un equipo multidisciplinario, según los recursos disponibles.
4. Acceso libre a los servicios, sin barreras económicas, fiscales, de género, religiosas, culturales o políticas.
5. Un equipo de trabajo que conjugue habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales y del comportamiento.
6. Posibilidad de movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de la institución de salud.
7. La participación comunitaria (individual y colectiva) (17).

Asimismo, los autores proponen etapas dentro de los procesos de atención en comunidad; pero específicamente en cuanto al diagnóstico, los autores proponen que “para determinar los problemas de salud existentes en la comunidad se miden los determinantes físicos, biológicos, psicológicos y sociales del problema seleccionado y su distribución” (17). No obstante, aclaran que este análisis de la problemática solo se hace para aquellas situaciones que se han reconocido como prioritarias (17).

Por último, es una tarea prioritaria el cambio de imagen del rol del fisioterapeuta, de modo que se reconozcan los alcances en comunidad, a fin de complementar las acciones clínicas que ya se reconocen a nivel internacional, como lo evidencia la investigación de Reyes-Reyes y Barría-Pailaquilén (18).

Todos estos postulados dejan en evidencia que realizar un diagnóstico comunitario no implica una fase aislada, sino que implica una serie de momentos que se deben articular tal como se describe en párrafos anteriores.

DISCUSIÓN

Pensar en procesos de diagnóstico de la comunidad requiere que los profesionales del equipo de trabajo dimensionen lo que implica la atención en salud desde un concepto más amplio (no institucionalizado y no funcionalista), de modo que se reconozca que el alcance no es trasladar a los contextos comunitarios las mismas formas de evaluación y de intervención que se han privilegiado tradicionalmente en la clínica.

Esto necesariamente se traduce en que el diagnóstico de la comunidad no busca proponer una lista de códigos sobre los cuales etiquetar a un grupo poblacional, sino delimitar los puntos desde donde se deben posicionar los profesionales para realizar un adecuado registro y una adecuada interpretación de las realidades sobre las cuales se proyectan las acciones profesionales en comunidad. Este documento mostró elementos que diferentes autores han propuesto como claves cuando se habla de diagnóstico en comunidad, y puso de manifiesto ciertos puntos en común alrededor del registro de las características de la población que superan el registro exclusivo de un evento en salud, como tradicionalmente se realiza en el contexto clínico-terapéutico.

Infortunadamente (o afortunadamente para quienes estudian los fenómenos sociales), este documento no proporciona una lista de etiquetas para colocarle a la población luego de un proceso de evaluación, pero sí hace evidente la postura epistemológica sobre la cual se sustenta la evaluación de la comunidad, y sobre la cual se deben realizar las interpretaciones que conllevan a las acciones en salud. No tendría sentido reconocer la heterogeneidad y subjetividad que hacen parte de los fenómenos analizados directamente en la comunidad y proponer una lista de etiquetas que encasille y estereotipe a las poblaciones.

Por lo tanto, este documento, aunque deja abierta la estructura de interpretación y la forma de dar una conclusión sobre las situaciones que afectan a las comunidades, sí deja claro que es necesario realizar abordajes con metodologías cualitativas participativas que deben vincular a los miembros de la comunidad en el reconocimiento de las problemáticas y en el de las condiciones y potenciales de las comunidades para el uso eficiente de los recursos necesarios para la solución de las problemáticas.

Ahora bien, contrario a lo que se esperaría de un documento de soporte para realizar diagnósticos clínicos, que delimitan códigos para circunscribir en etiquetas los eventos presentados por las personas, este documento no considera posible etiquetar las situaciones de vida de los colectivos. Se resalta la necesidad de documentar los sucesos y necesidades tal como lo expresan los miembros de la comunidad, junto con los elementos con los que cuentan (y aquellos que deban gestionarse) para la resolución de la problemática. Por último, reconoce la necesidad de abordajes inter- y transdisciplinarios que, más allá de delimitar hasta dónde llega un profesional de fisioterapia respecto a otro profesional, permitan abrir la discusión sobre los grises, sobre aquellos abordajes que se pueden compartir con diferentes profesionales y que, en la ejecución, se pueden ejecutar conjuntamente, pero que se diferencian solo por la intención que un profesional tiene a diferencia de otro, atribuible a su objeto de estudio ♣

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. World Phycotherapy. Policy statement: Description of physical therapy [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 3]. <https://bitly.co/6zWl>.
2. República de Colombia. Ley 528 de 1999, "por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones" [Internet]. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1999 [cited 2019 Jun 3]. <https://bitly.co/6zWa>.
3. MacQueen K, McLellan E, Metzger D, Kegeles S, Strauss R, Scotti R, et al. What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *Am J Public Health Res.* 2001;91(12):1929-38. DOI: 10.2105/AJPH.91.12.1929.
4. Martínez A, Martínez E, Paz B. Estrategias de intervención en promoción de la salud. *Fisioterapia.* 2008; 30(5):238-43. DOI:10.1016/j.ft.2008.09.005.
5. Paz B, da Rocha VM. Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad. *Fisioterapia.* 2008; 30(5):244-50. DOI:10.1016/j.ft.2008.09.005.
6. World Confederation for Physical Therapy. Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for Physical Therapy based on a survey of WCPT's Member Organizations and a literature review. WCPT Briefing Paper [Internet]. London: WCPT; 2003 [cited 2019 Jun 4]. <https://bitly.co/6zWv>.
7. Crouse S. Teaching community diagnosis: integrating community experience with meeting graduate standards for health educators. *Health Educ Res.* 1999; 14(5):685-96.
8. Swwetland A, Cohen A. Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa. In: J Rodríguez. *Salud mental en la comunidad.* 2009. pp. 71-85.
9. Ramos J, Pérez A, Enguix N, Álvarez C, Martínez L. Diagnóstico comunitario mediante técnicas cualitativas de las expectativas y vivencias en salud de una zona necesitada de transformación social. *Aten Primaria.* 2013; 45(7):358-67. DOI:10.1016/j.aprim.2013.01.016.
10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 4]. <https://bitly.co/6zXe>.
11. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993, "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud" [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 1993 [cited 2019 Jun 4]. <https://bitly.co/6zXj>.
12. Hernández-Sánchez J, Lozano-García LJ, Murillo-Varela YA. Experiencias de educación para la salud en fisioterapia. *Rev Univ. Salud.* 2016; 18(3):576-85. DOI:10.22267/rus.161803.63.
13. Velásquez C. Diagnóstico comunitario barrio Villa Turbay, comuna 8 de Medellín. *Ágora.* 2014; 14(1):95-125.
14. Peñaloza I, Lancheros Y, Camargo D, Martínez M. Redimensionamiento programa académico de campo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud pública [Internet]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2012 [cited 2019 Jun 4]. <https://bitly.co/6zZc>.
15. Astaiza M, Jácome S. La práctica de salud comunitaria en el programa de Fisioterapia de la Universidad del Cauca. *Del papel al trabajo en terreno. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ* [Internet]. Cauca. 2010 [cited 2019 Jun 4]; 12(2):32-36. <https://bitly.co/6zZk>.
16. Mori M. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit. Revista de Psicología* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 4]; 14:81-90. <https://bitly.co/6zaD>.
17. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 [cited 2019 Jun 4]; 21(3/3):177-85. <https://bitly.co/6zck>.
18. Reyes-Reyes P, Barría-Pailaquién M. Imagen social del kinesiólogo en atención primaria de salud: una experiencia chilena. *Rev. Salud Pública (Bogotá)* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 4]. 21(2):236-42. <https://bitly.co/6zcW>.