

Repensando los periodos de la fisioterapia en Colombia

Rethinking physiotherapy periods in Colombia

Elisa Andrea Cobo Mejía

Fisioterapeuta. Magister en Investigación Social Interdisciplinaria, UD.
Candidata a magister en Historia, Universidad Pedagógica y Tecnológica de
Colombia. UPTC-Tunja. Docente investigador de la Universidad de Boyacá.
Líder del grupo CORPS. Tunja, Colombia. Email: elisaandrea88@hotmail.com;
eacobo@uniboyaca.edu.co.

Recibido:	27 Junio 2011	Revisado:	9 Julio 2011
Corregido:	15 Julio 2011	Aceptado:	20 Julio 2011

Estilo de referencias:	Vancouver	APA 6	Harvard	ICONTEC
-------------------------------	-----------	-------	---------	---------

RESUMEN

El propósito de este artículo es presentar un análisis desde la historia social de los procesos y coyunturas que hacen posible el desarrollo de la Fisioterapia en Colombia, replanteando los periodos expuestos por otros autores. Para este se tienen en cuenta diferentes fuentes primarias y secundarias considerando la hermenéutica. Como conclusión se propone la existencia de tres periodos y la abolición del cuarto considerando que según las fuentes por cómo está compuesto sería tardío cuando propone la reubicación y apresurado al exponer un desarrollo disciplinar.

Palabras clave

Historia, Fisioterapia, Periodos

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present an analysis from the social history of the processes and situations that make possible the development of physiotherapy in Colombia, restating the periods presented by other authors. To take into

account the different primary and secondary sources considering hermeneutics. In conclusion, it proposes the existence of three periods and the abolition of the room considering that according to sources at how serious is made late in proposing the relocation and development hastened by exposing a discipline.

Key words:

History, Physiotherapy, periods

Introducción

El propósito del presente texto es repensar los periodos de desarrollo de la Fisioterapia en Colombia, para esto se propone un replanteamiento de la periodización de la profesión vigente actualmente en cuatro periodos [1], Prácticas dispersas (1900-1951), Institucionalización (1952-1975), Consolidación (1976-1989) y Reubicación profesional y desarrollo disciplinar (1990-actual) según los antecedentes historiográficos reportados a la fecha, esto teniendo en cuenta que las reflexiones y avances de la profesión en aspectos teóricos, académicos y profesionales dan cuenta de coyunturas y articulaciones de las fuerzas de tensión como campo que permiten plantear:

Un periodo de Prácticas dispersas similar a lo expuesto (1900-1947); el momento de la Institucionalización (1948-1972), que estaría marcado por coyunturas como el curso realizado para entrenar fisioterapeutas previo a la creación de la Escuela Nacional de Fisioterapia, la creación de ASCOFI/53, la reglamentación del Decreto 1056/54, la realización del primer congreso nacional de Fisioterapia/64, la publicación de la revista ASCOFI/66, que inicialmente se emitía como boletín y finalmente un periodo de Consolidación profesional (1973-actual), este estaría enmarcado en las reflexiones para la transformación de la normatividad vigente, el cuestionamiento sobre el objeto de estudio y los campos de acción del fisioterapeuta, la Ley 9/76 con los procesos que acarrea de nivelación profesional, que incluyen la necesidad de reforzar la identidad profesional y la investigación, la Ley 100/93, en el periodo 96-98, las reflexiones en torno a la norma vigente, el planteamiento de la Ley 528/99 y entre el 70-90 se da la mayor producción de investigación según las publicaciones de ASCOFI.

De igual forma, se propone la supresión del cuarto periodo considerando que la reubicación profesional es un proceso que se da más o menos desde la década del 70, según las temáticas abordadas en los congresos y las publicaciones, considerando ya se pensaba la necesidad de ampliar los campos de acción y los sistemas intervenidos y respecto al desarrollo disciplinar vale la pena preguntarse si esta aplica a la profesión en Colombia, teniendo en cuenta el consenso realizado en la mesa de Epistemología del II Encuentro Latinoamericano de académicos en Fisioterapia y Kinesiología en el 2009 en Bogotá, donde se concluye que la profesión a la fecha, no cuenta con postulados teóricos y modelos propios que le permitan tener la denominación de ciencia o disciplina.

La periodización planteada se fundamenta en comprender la Fisioterapia a manera de campo de saber que se desarrolla en torno a fuerzas de tensión producto de las diferentes y múltiples interacciones de los elementos que la constituyen, como son las

estructuras políticas, económicas, sociales y culturales determinantes del desarrollo de la profesión a nivel nacional.

Referencias de la Fisioterapia a nivel mundial datan de finales del siglo XIX en Inglaterra, con igual tendencia de creación y formación que en Colombia, al ser los primeros en formar a jóvenes mujeres licenciadas en educación física los médicos ortopedistas de igual forma para el tratamiento en hospitales, relacionándose con la epidemia de poliomielitis en 1916 en Nueva York y Nueva Inglaterra, sumado a los efectos de la industrialización, de la I y II guerras mundiales en relación a las limitaciones y mutilaciones físicas y del aumento de años de vida de la población que se traduce en procesos de envejecimiento, lo cual incrementa la demanda de la profesión[2].

De igual forma en Francia [3], donde se denomina Kinesioterapia (masaje y gimnasia-1847), sus orígenes se pueden ubicar a finales del siglo XIX desde una perspectiva médica “medicalización” y como una especialización emergente, siendo promovida por médicos quienes reconocen la calidad de los agentes terapéuticos pero los consideran indignos de ellos por lo que requiere de otros actores que los puedan aplicar, dando respuesta a las secuelas de la guerra (1914-1918) empleada por la institución militar lo que legitima la Fisioterapia por su utilidad para la recuperación y reeducación de alteraciones, empleando el masaje y la gimnasia para el tratamiento de enfermedades como las fracturas y desviaciones vertebrales.

En Norteamérica según la Asociación Americana de Terapia Física (APTA) [4], la primer asociación profesional se forma en 1921 y se denomina “American Women's Physical Therapeutic” a finales de la década del 30 cambia de denominación a “American Physiotherapy Association”, como coyunturas que se dan en esta nación para el surgimiento de la profesión están la II guerra mundial y la epidemia de polio por los años 40 y 50 que aumenta la demanda de fisioterapeutas y los miembros en las asociaciones pasa de 1000 a 8000 con un incremento también las escuelas de formación de 16 a 39. Esta asociación para la década del 40 cambia de nombre a “American Physical Therapy Association”, el cual se conserva en la actualidad.

El desarrollo histórico en Colombia de la Fisioterapia, se ha estudiado tradicionalmente a partir de cuatro periodos que retoman los inicios de la profesión y sus preámbulos en términos de prácticas no reconocidas como Fisioterapia pero si como técnicas posteriormente empleadas por la misma [1], en el replanteamiento de los mismos se propone:

PRIMER PERIODO: PRÁCTICAS DISPERSAS (1900-1947)

Los inicios de la profesión en el país, y sus antecedentes más cercanos están ubicados en 1920, con los primeros entrenamientos realizados a enfermeras y damas voluntarias en masajes y ejercicios. Al respecto Lisandro Leyva, publica el libro titulado *"Elementos de cinesiterapia y traumatología"*, en 1944 [5], donde se observa uno de los elementos que harían del movimiento el objeto de estudio de la Fisioterapia como es el masaje, considerado como la base de la cinesiterapia y definido como *"un método terapéutico que consiste en imprimir movimiento a una parte cualquiera del organismo"* [6], la cinesiterapia inicia en 1928 como medio de *"tratamiento de niños afectados por lesiones óseas o musculares en relación con la motilidad"* [6], este último término relacionado con movimiento.

A esta realiza alusión Lisandro Leyva en 1940 [7] en la presentación de un caso clínico con diagnóstico de fractura en fémur, donde se relaciona la falta de Cinesiterapia con resultados no satisfactorios y se resalta la importancia de la misma como servicio en aquella época dirigida por la señorita Isabel Camacho Carreño en *"enfermos traumatizados"* refiriéndose a las consecuencias de no realización de la misma *"aparece de bulto en esta enferma, si una doble extensión del muslo y de la pierna hubiera permitido la movilización de esta rodilla precozmente, la rigidez no se presentara; la movilización del pie vigilada desde el principio, habrá impedido con seguridad esta posición incompatible con la marcha, y la más difícil de corregir, pues probablemente tendré necesidad de practicar una operación cruenta con sección tendinosa y resecciones óseas para dar al pie una mejor posición"*, estas consecuencias están directamente relacionadas a la falta de movimiento y alteración de la funcionalidad afectadas por la posición y secuelas de la inmovilización donde la movilización según las indicaciones del momento se debe iniciar *"después de los 10 primeros días de las articulaciones vecinas al foco de fractura"* [7].

En este periodo se define la Cinesiterapia como *"masajes muy suaves de los músculos que rodean la fractura, destinada a activar la circulación necesarísima para la formación correcta del callo óseo, así como también para evitar las rigideces musculares"* [7], aquí se identifica uno de los elementos que caracteriza a la Fisioterapia en la actualidad como una forma de representarla, el "masaje", técnica propia de este periodo de prácticas dispersas, dentro del tratamiento que se propone para la paciente del caso se encuentra la intensificación de los masajes y la aplicación de aire caliente *"con el objeto de ver hasta dónde ceden los ligamentos peri-articulares de las tres articulaciones; así como también los masajes que tienen por objeto reactivar la circulación y la inervación muscular, todo con el fin de dar mayor vida a todo este miembro cuya atrofia es notoria, y preparar así el terreno para que la o las intervenciones cruentas necesarias que haya que practicar, tengan las*

mayores probabilidades de éxito” [7], de igual forma en este periodo la Cinesiterapia y sus técnicas son consideradas determinantes para los procesos de recuperación con énfasis en el sistema musculo esquelético, sistema originalmente intervenido y foco de atención del fisioterapeuta con el neuromuscular que ratifica su nexo directo con el área médica de la ortopedia y neurología.

En este periodo no se habla de una denominación, considerando que en este momento la Fisioterapia no existe en el país y lo que se practica de la misma *“es llevada a cabo por diferentes sujetos, no fisioterapeutas, que los hemos clasificado así: masajistas, sobanderos y enfermeras – entrenadores – voluntarias”*, para 1936 se encuentra el término *“Fisioterapia dermatológica”* [8], donde se define la Fisioterapia como *“la utilización con fin terapéutico de los agentes físicos. Tales son: el agua, el aire, electricidad, luz, calor y frío. Abarca lo que se refiere al clima, altitud, reposo, así como también la marcha, los ejercicios de gimnasia, la trepidación y el masaje”*, esta definición coincide con la expuesta en el Decreto 1056 de 1954, primera reglamentación en el país, evidenciándose así presencia de la profesión o mejor de algunas de sus técnicas de intervención previo al periodo de institucionalización, de igual forma, el autor hace la diferencia con la *“quinesiterapia”* relacionada directamente con el movimiento activo o pasivo versus la aplicación de medios físicos, la primera desde la escuela francesa y la segunda americana.

Un elemento importante a resaltar de este texto es la conexión entre la Dermatología y la Fisioterapia, esta ultima como proveedora de una *“nueva terapéutica cutánea”* que se ha experimentado hace 5 años en el Hospital San Juan de Dios con clientela particular, el autor describe con base en casos clínicos el empleo de algunos medios físicos entre ellos las corrientes eléctricas, masaje vibratorio y trepidación, entre otras. Como principal técnica y más empleada para la época refiere la *“electricidad como medio terapéutico”*, describe además técnicas como la corriente galvánica, la electrolisis, la ionización, la galvanocaustia, la alta frecuencia, la mecanoterapia y masaje [8], los rayos ultravioleta, los rayos de Bucky y la crioterapia. Algunas de estas técnicas en la actualidad son empleadas en la Fisioterapia.

En 1937 se publica un artículo relacionado con las luxaciones y fracturas que reconoce la importancia del masaje y los ejercicios realizados por masajistas y sobanderos en el Hospital San Juan de Dios; y en 1944 en el texto *Elementos de cinesiterapia y traumatología* donde *“se introduce el concepto europeo de cinesiterapia, entendido como el empleo del movimiento para el tratamiento de las afecciones y dolencias humanas, que sirve de base para la organización e institucionalización del primer servicio de cinesiterapia dentro del Hospital San Juan de Dios, y para el entrenamiento formal de masajistas y enfermeras. De igual forma, en la década del 30 se crea el Instituto Nacional de*

Educación Física (INEF) (...) Que dentro de sus objetivos tiene proporcionar a los enfermos medios terapéuticos de rehabilitación, formar profesorado, instructores y entrenadores del ramo;... realizar investigaciones necesarias acerca de la salud y desarrollo físico del niño colombiano y poner al contacto de los enfermos su gabinete de kinesiterapia". Hacia la década del 40, los antecedentes de la profesión hacen necesaria la presencia de personal calificado en el área de la rehabilitación, y es puntualmente en 1947 [9] con la creación del Instituto Franklin Delano Roosevelt que es imperativa la presencia de dichos profesionales.

Para este periodo respecto a la profesión se encuentra la cinesiterapia como práctica cercana donde el objeto de intervención es el movimiento como un medio por el cual se puede tratar las diferentes enfermedades, desde este periodo se identifica la importancia del movimiento como elemento fundamental para el desempeño del individuo siendo este el directamente implicado, ejemplo por la polio que presenta alteraciones motoras en miembros inferiores.

SEGUNDO PERIODO: DE INSTITUCIONALIZACIÓN (1948-1972)

La transición a este periodo está marcada por la utilización de diferentes modalidades físicas o eléctricas en la rehabilitación y la realización de un curso corto para Fisioterapia en 1949, que sería el primer instante a considerar de enseñanza formal de la Fisioterapia en el país, posteriormente se crea el primer programa importado por un médico cirujano plástico y ortopedista.

De igual forma las publicaciones de la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI), referencian y ubican la Fisioterapia alrededor de 1947, con el trabajo de un grupo de señoras voluntarias en el Instituto para niños inválidos actualmente llamado Franklin Delano Roosevelt, haciendo explícita la influencia norteamericana en primera instancia *"al seguir el mismo pensum de las escuelas de los E.E.U.U., aprobados por la Asociación Médica Americana"* sumado a que *"señoritas graduadas en Terapia Física en los E.E.U.U., prestaron su colaboración al Instituto"* y fueron las primeras instructoras, con la posterior creación de la Escuela Colombiana de Fisioterapia en 1950 por el Dr. Ruiz Mora, *"con tres años universitarios y entregados los diplomas a las primeras graduadas en diciembre de 1953, fue también fundada la Asociación Colombiana de Fisioterapia"*. Respecto al objeto de interés de la profesión para este periodo es el trabajo con *"niños inválidos"* y *"los tratamientos de rehabilitación de niños lesionados"* [10].

Para el año de 1952, se crea la Escuela Nacional de Fisioterapia, con un periodo de formación inicial de dos años, y en 1960, este periodo se incrementa a tres años en

respuesta a demandas tanto nacionales como internacionales en el orden de la profesionalización, de la cual salen los primeros egresados que fundan posteriormente la ASCOFI, que en 1961 cambia su denominación a Escuela Colombiana de Fisioterapia, la cual en la actualidad se llama Escuela Colombiana de Rehabilitación y en 1966 se observa como en centros de enseñanza se focaliza en la funcionalidad, que para la Fisioterapia se enmarca alrededor de la capacidad de ejecutar un movimiento de manera eficiente y eficaz [9].

Respecto a la Escuela Nacional de Fisioterapia [11], hay que recordar que ésta es la primera institución de educación para fisioterapeutas en el país, *“fundada por el Dr. Juan Ruiz Mora en febrero de 1951 como dependencia anexa al Instituto Franklin Delano Roosevelt legalmente reconocida por el Consejo Directivo de la Escuela Superior de Higiene por el Acuerdo No. 1 de 1952, encargada en esa época de la vigilancia de las profesiones para – médicas, por el Acuerdo número 001 del 24 de marzo de 1953”*. En el folleto de promoción de la profesión se define la *“medicina física o Fisioterapia como la ciencia del tratamiento de las enfermedades por medios físicos tales como la luz, calor, frío, agua, electricidad y ejercicio o por medios mecánicos como masajes”* [6], enfocada hacia el aparato locomotor dividida en 5 partes: termoterapia, terapia de la luz, electroterapia, hidroterapia y mecanoterapia [6]. Con énfasis *“tanto en el tratamiento de la poliomielitis como de la parálisis cerebral y siendo los iniciadores en su gran mayoría ortopedistas, se le dio este enfoque a la carrera, a diferencia de las escuelas europeas, cuyo enfoque estaba dado en el manejo de las máquinas y aplicación de las máquinas”* [6], considerándose el objeto de interés las afecciones que inciden en el movimiento tratadas por diferentes medios físicos.

Respecto al objeto de estudio, se vislumbra una tendencia hacia el movimiento en las palabras expresadas por Ruiz Mora, en el discurso de graduación del 5 de diciembre de 1953: *“vosotras hacéis más vivible la vida a los que han visto mermadas sus funciones y por consiguiente su felicidad por los tremendos flagelos de la parálisis, por la fatalidad de una tara congénita o por el accidente desgraciado, todos los cuales disminuyen o anulan la capacidad motriz y por lo tanto el medio más indispensable de comunicación con los demás”* [6], se interpretaría en torno a la función, la capacidad motriz y medio de comunicación, conceptos que en la actualidad definen el movimiento corporal humano (MCH) y contribuyen a su comprensión, pero a su vez se asocia con los menesterosos, inválidos y desvalidos considerando en el primer periodo la práctica tenía un carácter de voluntariado realizado por damas voluntarias y enfermeras y para el segundo momento se promociona como una profesión para la *“mujer colombiana”*, de igual forma en el discurso se define como un arte encargada no solo de una habilidad manual sino como una ciencia del espíritu al dar confianza y deseo de mejoría y superación de la invalidez concepto más cercano al actual de

discapacidad y con el cual se identificaba la profesión y aun se identifica, otra de las representaciones que provienen del primer periodo es el de masajistas al cual se hace alusión en el discurso distinguiéndose como un medio de intervención y como una profesión diferente a la Fisioterapia.

Previo a la apertura de nuevos programas de Fisioterapia en el país se hace alusión a los Terapistas Físicos en el equipo de rehabilitación del paciente parapléjico, en un *“programa de tratamiento del parapléjico por lesión traumática de la medula espinal, de acuerdo con las técnicas seguidas actualmente en los hospitales filiales o asociados a la New York University-Bellevue Medical Center de Nueva York”* [12], planteando tres etapas del programa donde la primera es la fase médica, la segunda se relaciona con el tratamiento quirúrgico y la tercera con la rehabilitación.

En la primera etapa a parte de los cuidados médicos centrados en la vejiga, el intestino, se refiere el cuidado de la piel, las articulaciones y a la medicina física y rehabilitación estos últimos a cargo de la enfermera especializada y en la tercera etapa se asume en parte está a cargo del terapeuta físico y ocupacional, la cual incluye: ejercicios físicos (ejercicios realizados en la cama del enfermo, en la silla de ruedas, en la colchoneta, en posición erecta, marcha en las barras paralelas, ejercicios en la posición erecta y ayudado con muletas y marcha con muletas), actividades funcionales (actividades de la vida diaria, en cama, relacionadas con el cuidado personal, en la silla de ruedas, ambulación y elevación, actividades relacionadas con transporte y actividades que demandan movimiento delicado y coordinado de las manos).

En 1961, la Escuela sufre un cambio de denominación a Escuela Colombiana de Fisioterapia con una ampliación de sus programas de acuerdo con la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT), posteriormente se crea en 1963, la Fundación Colombiana de Rehabilitación que, hacia 1967, se afilia a la Universidad del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. De igual forma, la creación de ASCOFI el 3 de diciembre de 1953, con la primera promoción de fisioterapeutas, la cual en 1957 es aceptada como miembro de la WCPT.

Como uno de sus objetivos se encuentra mejorar el nivel de la profesión, *“desde su fundación y gracias a las diferentes juntas directivas que la han dirigido, la Asociación ha venido luchando por mantener y elevar el nivel científico de la profesión. Fue así como en 1964 y bajo la presidencia de Josefina Chávez, se celebró en Bogotá el I Congreso Nacional de Fisioterapia sirviendo de base para la organización de los Congresos subsiguientes. Además de*

los Congresos, y desde su iniciación se han venido organizando conferencias, primero en Bogotá y en los últimos años en las ciudades en donde la Asociación ha establecido sus servicios de coordinación. En el presente año se celebró en Medellín un curso sobre psicoprofilaxis obstétrica, demostrando así que la Asociación está en capacidad de expedir sus servicios a nivel nacional y si es el caso internacional.” Otro de los objetivos es la creación de la biblioteca en 1968 y posteriormente la edición periódica de la revista de la Asociación y en 1969 se organiza el boletín informativo mensual [13].

Los temas abordados en los primeros seis congresos de Fisioterapia, iniciando en 1966, se focalizan en el tratamiento de diferentes patologías y de individuos con alguna enfermedad, centrados en la prevención terciaria y la rehabilitación elementos de formación y desempeño vigentes en la década del noventa, como se evidencia en algunas de las temáticas expuestas en torno al sistema músculo esquelético y nervioso, es importante resaltar que desde estos congresos se incluye la intervención en el aparato respiratorio y circulatorio. Así mismo, se abordan diferentes técnicas (métodos) de intervención que incluyen desde medios físicos hasta modalidades mecánicas; continuando el énfasis en el abordaje de los dos sistemas corporales dominantes en la profesión [14]. De igual forma los trabajos publicados en la revista en los 10 años, en su mayoría por médicos y fisioterapeutas, son en torno al tratamiento de enfermedades, rehabilitación y sobre técnicas empleadas por los fisioterapeutas.

En los diferentes congresos ya mencionados se evidencia el desarrollo profesional, desde el abordaje conceptual y práctico de los diferentes sistemas y escenarios de intervención, respecto a los sistemas se trabaja en el cardiovascular-pulmonar, reproductor femenino y tegumentario, aunque con predominio de temáticas en rehabilitación osteomuscular y neurológica, respecto a los escenarios se mantiene el asistencial pero se amplían los servicios en los cuales se impacta como el trabajo en unidades de cuidados intensivos, en quemados, con embarazadas, pacientes con cáncer; psicomotricidad, gimnasia y expresión corporal, estos últimos directamente relacionados con el movimiento sin embargo se mantiene la tendencia a la rehabilitación como acción determinante del fisioterapeuta, no se contempla por lo menos en las temáticas de los congresos la promoción, o desempeño en áreas como la investigativa, administrativa, entre otras.

Respecto al papel del kinesiólogo en diferentes áreas se puede resumir según una publicación de ASCOFI en:

- En la ortopedia dentomaxilar, se focaliza en los casos de respiración bucal, de interposición de lengua, labio y en todo desequilibrio neuromuscular facial.

- En problemas pulmonares, a partir de ejercicios respiratorios, respiración diafragmática, para la expansión localizada, con el cinturón, drenaje postural. [15] En la Universidad Industrial de Santander (UIS) [16], empezó a ofrecerse la Fisioterapia desde 1963 por parte de la Universidad Femenina de Santander, siendo incorporada cuatro años más tarde a la UIS, el primer director fue un médico cardiólogo con docentes licenciados, fisioterapeutas y médicos, las prácticas se realizaban en el Instituto Colombiano de Rehabilitación Infantil *“su objetivo era formar profesionales técnicos con duración de 3 años, cuya principal acción se desarrollaba en el campo de la rehabilitación”*.

Es así como la institucionalización de la Fisioterapia en Colombia responde a un contexto internacional y nacional que como lo expresa el programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional [17], está enmarcado por la II Guerra Mundial (Europa y Estados Unidos) y por las epidemias para el caso de Colombia la poliomielitis, sumado a lo anterior, los accidentes ocupacionales producto del proceso de industrialización, los cuales traen consigo problemas y alteraciones de orden físico (discapacidad) que afecta tanto al individuo como a la economía en términos de su productividad.

“Este programa se crea en 1966, por demandas de orden social y económico, con fines de producción de mano de obra barata y calificada, en este momento se denomina Terapia física. Al igual que la Escuela Nacional de Fisioterapia en su creación se encuentran vinculados los médicos (fisiatras) con tres años de preparación a escala técnico, el objetivo de la Fisioterapia se centraba en la recuperación de la funcionalidad sobre todo de orden físico además nace como carrera paramédica, heterónoma y bajo la supervisión de los mismos” [17].

En diciembre de 1956 en la Revista de Medicina y Cirugía se hace alusión a la *“creciente incidencia de poliomielitis en nuestro medio no está demás esbozar unas ideas de cómo debe organizarse un centro epidemiológico que ofrezca al mismo tiempo tratamiento de emergencia y de rehabilitación a pacientes afectados de parálisis infantil” [18]* y, a su vez, describe los requerimientos técnicos y humanos para la organización de un centro de atención médica que debe encargarse de diferentes grupos de pacientes, *“en relación al personal que estará al frente de los distintos grupos enumerados al comienzo se pondrán médicos especializados, pediatras, ortopedistas, clínicos, anestesistas, laringólogos, fisioterapeutas y enfermeras también especializadas” [18]*. Como se muestra, el fisioterapeuta se encontraba dentro del grupo de especialistas encargados de tratar la epidemia, respecto a las actividades que podrían estar a cargo del fisioterapeuta serían según la fase: *“la fase aguda de la enfermedad con reposo absoluto, aplicación de calor*

local, férulas para mantener las extremidades afectadas con las articulaciones en posición neutra, para evitar la fatiga muscular...” [18].

Con relación a la reeducación y rehabilitación se *“recomienda que se desarrolle un programa de rehabilitación total el cual puede durar meses o años. Los centros de rehabilitación deben estar bien equipados con aparatos de prótesis, y si es posible con tanques de Hubbard para balneoterapia, poleas, paralelas, bicicletas estáticas, etc. La rehabilitación se comenzará lo antes posible, en el periodo afebril. Esta parte del programa debe estar controlado por un kinesiólogo. En este periodo se aconseja tener de presente el problema psicoterapéutico de reeducación ocupacional, de juego, formación escolar, vocacional y profesional que permita al convaleciente volver a una vida social feliz y útil” [18].*

Para 1959 se ratifica el papel del fisioterapeuta en torno a la poliomielitis, registrándose un brote epidémico de la enfermedad en la ciudad de Barranquilla que como refieren *“endémica en la mayoría de nuestras comunidades, ha hecho brotes epidémicos en el país, en sitios distantes unos de otros, cuando aun las vías de comunicación entre nosotras eran muy lentas. En Colombia el primer brote fue el de 1917 en Bogotá, descrito por el profesor Calixto Torres Umaña.*

En el Chocó, en 1930, hubo un brote, probablemente importado por los funcionarios de las mineras, al cual le dieron el típico y descriptivo nombre de Sentadera. En Cúcuta se presentaron varios casos en 1933 y en Cali, en los años 42-43, se comprobaron cerca de 150 casos. En 1945 hubo en Villavicencio 21 casos y posteriormente, en el brote de Palmira, se comprobaron 28. En el departamento de Caldas se han presentado los de Varsovia (cerca de Manizales) y Aranzazu. En Antioquia, en Medellín y en Andes. En Barranquilla, ha habido dos brotes: el de 1946 cuando se celebraron los juegos Centroamericanos y del Caribe y el actual que dio 23 casos en la primera década de abril. El brote de 1946 en Barranquilla (...) tuvo su origen en la población de Soledad, donde la polio es endémica. Las estadísticas de Colombia, de acuerdo con la información de la Oficina Sanitaria Panamericana, da en los tres últimos años las siguientes cifras: 1956: 108 casos, 1957: 78 y 1958: 193” [19].

En este periodo, retomando a Sarmiento [1], se resalta la influencia norteamericana y la transferencia de ciencia y tecnología acorde con las políticas de desarrollo económico, periodo en el que surge la primer escuela de Fisioterapia *“basada en los programas de Rochester y Chicago de los Estados Unidos, y aparentemente como respuesta a la necesidad de contar con recurso humano técnico para el manejo de las secuelas dejadas por las epidemias de polio”* como ya se mencionó en apartados anteriores, la institucionalización de la Fisioterapia coincide con varias epidemias que inciden sobre la morbimortalidad de la población colombiana y por las demandas nacionales como internacionales, en términos de inversión y política económica que requieren de un plan de salud y de una mejoría en las condiciones ambientales y sanitarias del país

para lo cual se hace necesaria la presencia de personal calificado para tal fin y de la especialización según los requerimientos. De igual forma, se da la apertura de varios programas de Fisioterapia en el país y se cuenta con la reglamentación para el ejercicio de la misma.

Para este periodo la profesión tiene un carácter técnico, lo que puede haber retardado la asunción de los roles de profesionales universitarios que se declaran en 1976 con la Ley 9, considerando que en esta reglamentación se mantiene la relación de dominancia del médico. Complementario en las décadas 1950-1960 [20], las prácticas pedagógicas en la formación profesional de médicos y fisioterapeutas según un estudio de la Universidad Nacional, giran en torno a: a) un paradigma teórico – metodológico moderno y experimentalista y del modelo biologista de salud - enfermedad y la práctica del saber se mantiene a partir del abordaje de la enfermedad, b) el método de enseñanza se fundamenta en el desempeño de tareas específicas – adiestramiento, hábitos y habilidades – bajo el concepto de observación directa y de la repetición de actividades, c) el saber fisioterapéutico se da desde un saber médico que lo relaciona con su creación y d) relación docente – estudiante basada en la transmisión y acumulación de información.

TERCER PERIODO: CONSOLIDACIÓN PROFESIONAL (1973-actual)

Este periodo esta permeado por las reflexiones que se llevan a cabo por la comunidad y en la ASCOFI que evidencian las necesidades de la profesión en torno a su nivel de formación, campos de acción, reglamentación vigente, remuneración entre otras. Uno de estos cuestionamientos esta expresado en el texto *¿Qué es Terapia Física?* [21], tratado a partir de los postulados de Hislop, donde se define *“como ciencia aplicada, o podemos concebirla como una tecnología basándose en los planteamientos hechos por Bunge o como una profesión de la salud que enfatiza las ciencias de la patokinesiología y la aplicación de los ejercicios terapéuticos para la prevención, evaluación y tratamiento de desordenes en el movimiento humano”*, ubicando como el interés de la profesión *“restaurar la homeostasis del movimiento de una persona o de un subsistema, o de aumentar la capacidad adaptativa del organismo a una pérdida o impedimento permanentes”*, de igual forma esta autora conceptualiza lo que sería el objeto de estudio el movimiento corporal *“como la expresión del funcionamiento de las estructuras de cada uno de los subsistemas que conforman al hombre. Lo ejemplifica con el movimiento Browniano a nivel subcelular: circulación sanguínea a nivel tisular; contracción muscular a nivel orgánico; reflejos o posturas adaptativas a nivel sistémico; locomoción, juego o trabajo a nivel de la persona”*.

A lo anterior se suman conceptualizaciones de la Fisioterapia que giran en torno a la fisiocinética humana, como su objeto de estudio, definiéndola como *“profesión del área de la salud dedicada al estudio y manejo de la fisiocinética humana y a su desarrollo normal a través de las diferentes etapas de la vida; su función para cumplir los diferentes roles que el individuo asume a lo largo de su existencia sus alteraciones y causas, así como las implicaciones que estas tienen sobre la concepción biopsicosocial de la persona; es decir, sobre su entorno individual, social, familiar, laboral, cultural”* [22], como misión proponen *“contribuir a la calidad de vida de las personas manteniendo, aumentando o recuperando su capacidad fisiocinética o previniendo las alteraciones de la misma que afecten su desarrollo biológico, psicológico y social”* [22].

La transición a licenciatura de la Fisioterapia en la Escuela Colombiana de Rehabilitación, llevó a un análisis del plan de estudios, proponer cuatro años y estudiar la ubicación e intensidad de las materias, en 1976, en pos de *“lograr una mayor capacitación para sus alumnas y de incrementar los servicios de Fisioterapia en los diferentes campos que se abren día a día a la profesión. Es un argumento obvio y muy lógico el de que a mayor capacitación de las fisioterapeutas, mayor eficacia y mayor técnica en la aplicación de los tratamientos, en el manejo del paciente y una mayor integración con el equipo de rehabilitación”*, a partir de este seminario, se da paso a la licenciatura mediante el Acuerdo 71 de abril 18 de 1975, con recomendación de ofrecer cursos para que las egresadas de años anteriores puedan alcanzar el título de licenciadas que incluye egresadas entre 1953-1974, con el complemento en conocimientos teóricos y prácticos, en este momento se incluyen nuevas materias en el plan de estudios: biología, bioquímica, matemáticas, metodología del aprendizaje y de la investigación, donde la justifican a partir de *“la metodología da una guía ordenada de técnicas relativas a la colección e interpretación de datos tendientes a realizar diferentes tipos de investigación. Sin estas bases, el área de la Fisioterapia no pasaría de ser una simple técnica manual, después actualizada y mecanizante”* y organización y administración de servicios.

Las prácticas se realizaban en Hospitales universitarios en la sección de rehabilitación o en centros de rehabilitación [23], el análisis sobre el plan de estudios lo que se busca es darle a la profesión un carácter universitario a partir del refuerzo en áreas como las ciencias físico naturales y la formación investigativa, reconociendo en esta última su importancia para el desarrollo disciplinar y por ende la posibilidad de trascender el nivel técnico hasta el momento característico de la profesión.

Posterior a esta transición a licenciatura se evidencia el interés de la profesión por tener un nuevo carácter como se expresa en el editorial de la revista ASCOFI de 1984 [24], *“en la actualidad los fisioterapeutas tenemos una gran responsabilidad que debemos afrontar y respaldar con el estudio, investigación y capacitación en las nuevas áreas de trabajo”*

que la tecnología ha delegado en nuestra profesión. Nuestras actividades rehabilitadoras se dirigían a la recuperación de incapacitados con problemas de los sistemas músculo – esquelético y nervioso, y constituíamos el apoyo directo de especialidades médicas de ortopedia, traumatología y neurología. Los fisioterapeutas que hoy terminan estudios universitarios deben salir a otros países donde la profesión está más desarrollada para hacer su especialización en terapia respiratoria, cardiovascular, reconstructiva, de cuidados intensivos, laborterapia, sicoprofilaxis obstétrica y actividades a nivel de los programas de salud ocupacional, medicina preventiva, salud pública y otros, para poder asumir como postgraduados responsabilidades en las áreas de su competencia”.

Los congresos de este periodo [5] tratan diversas temáticas como: la Fisioterapia en enfermedades cardiovasculares, la rehabilitación en lesiones deportivas y en la industria, el interés en el área ocupacional es claro desde la década del 70, Fisioterapia en limitaciones funcionales producidas por cáncer en el 82, entre otras. Respecto al termino limitaciones funcionales este es el primer congreso que lo hace explicito acercándose a lo que actualmente se considera el objeto de estudio de la profesión, el congreso del 84 se focaliza en medios físicos como la inhaloterapia, movilizaciones y electroterapia, intereses académicos coherentes con las preocupaciones de las diferentes juntas directivas de ASCOFI de ampliar campos de acción y áreas de formación para los fisioterapeutas.

En este periodo, se continua resaltando la importancia de la formación de carácter universitario que considere el componente investigativo y la necesidad de ampliar los campos de acción a los establecidos en los inicios de la profesión, el osteomuscular y neurológico, lo que sí es evidente desde el periodo anterior, pero sobre todo se observa el interés y necesidad de sus integrantes de realizar especializaciones que para la época no se ofrecían en el país, en cierta medida se repite este elemento del segundo periodo, el énfasis que se hace en la necesidad de especializarse es lo que permitiría el crecimiento de la profesión.

El desarrollo de la profesión para este periodo se puede evidenciar en el análisis de la oferta y la demanda de Fisioterapeutas en 1991, que presenta el crecimiento de programas en el país entre el 50 y 80 de 1 a 5, e igualmente de egresos de 171 a 1435 [25]. De los programas “dos se ubican en Bogotá, uno en la región oriental, uno en la región occidental, uno en la costa atlántica y uno en la región central”, respecto a las características de formación “los programas educativos han conservado en líneas generales el enfoque tradicional con que nació en el país la profesión, con apertura dentro de ese mismo enfoque hacia nuevas áreas de intervención clínica que fueron surgiendo y continúan

haciéndolo como apoyo a las diferentes especialidades médicas que consideran la Fisioterapia como complemento esencial al manejo del paciente. Algunos programas han considerado la necesidad de ampliar el campo de intervención hacia otras áreas tales como la prevención, la investigación, la proyección comunitaria, con intentos de asignaturas y programas que si bien es cierto son válidos y han arrojado buenos resultados, han sido muy focalizados y no han obedecido a verdaderos replanteamientos de la orientación curricular” [25].

Según estos datos el cambio curricular y de enfoque de la profesión que se asume se empieza a gestar desde 1975 no es claro, y sobre todo la mentalidad de los fisioterapeutas y del proceso de enseñanza continua siendo de carácter técnico, al ser asumido el rol de profesión universitaria de manera parcial como lo evidencia la autora, por medio de la inclusión de algunos cursos que buscaban complementar la formación, pero hay que resaltar que los docentes de la época fueron formados en una profesión paramédica por médicos en su mayoría y que en su práctica se comportaban como técnicos (un proceso de mediana duración para la transformación de la mentalidad), por lo tanto, se asume que esto es lo que se transmite a las generaciones siguientes y que permitiría pensar en una posible causa que haría que en la actualidad todavía se observen rezagos de esta formación.

Uno de los procesos sociales y políticos que inciden en la profesión es la promulgación de la Ley 100/93, para lo cual, retomando a Leal [26], el fisioterapeuta debe proyectarse a articularse al Sistema de Seguridad Social direccionando la atención hacia el fomento de la salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en sus tres niveles de complejidad. Sin embargo, se observa un énfasis en la intervención del fisioterapeuta en la prevención campo tradicional de la profesión reconociendo que en la actualidad (S.XXI) esta no se ha articulado completamente al fomento y promoción al tener dificultades para identificar sus estrategias de acción y la articulación del MCH en individuos y comunidades sanas o en riesgo, esto queda expuesto en el siguiente apartado: *“conociendo la misión de la Fisioterapia, como una profesión que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, habilitando, recuperando o aumentando su capacidad fisiocinética y previniendo las alteraciones de la misma que afecten su desarrollo biológico, psicológico y social, es importante vislumbrar dentro de este marco filosófico, cómo engrana dentro de la organización actual de los servicios” [26].*

Esta reforma exige el abordaje no solo del individuo sino de la comunidad y reconocer elementos de participación social identificando el perfil necesario para articularse al sistema, que aparentemente debe direccionar las acciones hacia la promoción y prevención primaria y secundaria, campos poco desarrollados en este periodo.

En el año 2000 [27] se contaba con 26 programas de Fisioterapia a nivel universitario con las siguientes áreas de formación: ciencias físico naturales, ciencias sociales y humanísticas, formación profesional y disciplinar y formación metodológica investigativa. El mayor peso de estas áreas es en la disciplinar profesional (73%) seguido del físico natural (20%). De igual forma se cuenta con especializaciones en el área como: Fisioterapia en cuidado crítico, Fisioterapia en ortopedia, Fisioterapia cardiorespiratoria, rehabilitación cardiaca y pulmonar, adaptación cardiopulmonar y vascular y terapia manual y especializaciones afines como: neurorehabilitación, rehabilitación del miembro superior, intervención integral en el deportista, administración de los servicios de salud, administración de la salud integral gerontológica, salud ocupacional, gestión de la calidad en salud, auditoria en servicios de salud y auditoria en salud.

Para el 2008 [28] existen en Colombia 32 programas, que titulan como Fisioterapeuta (unificación) donde el 78% son de naturaleza privada, lo cual daría cuenta de la aceptación académica, laboral y social de la Fisioterapia ratificando su demanda según los perfiles demográficos y epidemiológicos de Colombia y las diferentes áreas de acción en salud que ya no solo incluyen la habilitación y rehabilitación características de la profesión, sino que además incluyen otras como la promoción, prevención, administración y gestión, investigación, etc, áreas en las que se incursionó y en las que ya se encuentran profesionales con formación de postgrado. Estos en general en su estructura curricular proponen el área básica el 71% de programas, área complementaria o electiva el 86% y el área de investigación y administración solo es explícita en dos programas, referente a grupos de investigación para el 2004 no hay grupos reconocidos, situación que cambia en el 2008 con 10 grupos reconocidos y 20 registrados.

A la fecha y retomando los congresos de los periodos anteriores se puede concluir que la mayoría se enfocan a la habilitación y rehabilitación con bajo énfasis en temáticas en torno a la promoción y prevención primaria - secundaria, aspecto aun débil en la profesión, en el último periodo predominan como ponentes fisioterapeutas/kinesiólogos, contrario a los primeros con una fuerte presencia de los médicos, el área cardiopulmonar ha estado presente en la mayoría de los eventos y las conferencias alternas en los últimos años en su mayoría son resultado de investigación lo que reforzaría este aspecto en la profesión para su desarrollo, es así como se cuestiona si realmente se puede hacer alusión al 4 periodo expuesto en estudios previos considerando los aspectos ya mencionados y las reflexiones en el

2009 de la mesa de epistemología del encuentro docente donde se concluye entre otras que

“1 No existe un consenso sobre el estatuto epistemológico de la Fisioterapia, como ciencia o disciplina. Existen diferentes niveles de desarrollo del estatuto epistemológico de la Fisioterapia, países como Brasil y Argentina, la consideran como ciencia, esto justifica como tarea realizar la investigación sobre los desarrollos y tendencias del objeto de estudio en la región.

2. La Fisioterapia desde su pretensión como ciencia, debe tener un método (cuantitativo y/o cualitativo) y este es el que hace que una profesión sea científica.

3. El método de intervención o interacción fisioterapéutica se basa en la evidencia y la experiencia y por esto es objetivo.” [29].

CONCLUSIONES

Finalmente se proponen tres periodos en el desarrollo de la profesión cuestionando la existencia del cuarto tradicionalmente expuesto, considerando los procesos llevados al interior de los mismos y las diferentes coyunturas que muestran como la transición hacen que se superpongan. La Fisioterapia tiene como marco temporal la segunda mitad del siglo XX para su enseñanza y práctica como profesión reconocida socialmente, de igual manera no hay que olvidar indicios de la misma en la primera mitad del siglo, lo que algunos autores han llamado el periodo de dispersión y que además trae consigo los efectos del proceso de industrialización, de las epidemias y de las guerras, que aumentan el número de personas con discapacidad, el periodo de institucionalización entendido desde la educación formal da indicios hacia 1948 y por lo expuesto en artículos, informes de junta de la ASCOFI, temas de congreso, etc. Es así como la consolidación profesional se podría ubicar hacia 1973 donde se reflexiona además en la normatividad vigente, la formación, la investigación, los campos de acción, el desempeño laboral entre otras, intereses de la profesión aun vigentes que no permiten ver con claridad la transición hacia el cuarto periodo considerando por un lado la reubicación profesional se viene dando aproximadamente desde el 80 con aumento en la producción investigativa y la formación de postgrado, pero sin embargo estos avances no permitirían aun hablar de desarrollo disciplinar.

REFERENCIAS

[1] M. Sarmiento, I. Cruz, V. Molina. Fisioterapia en Colombia: historia y perspectiva. En revista ASCOFI, vol XXXIX, noviembre de 1994.

[2] Historia de la Fisioterapia. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/fisio.htm>

[3] J. Monet. Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. UNE SPECIALITE MEDICALE IMPOSSIBLE. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. Thèse pour le doctorat en sociologie Sous la direction de Michel OFFERLE Professeur des Universités Paris I

- Panthéon-Sorbonne. Volume 1. 2003. Disponible en: <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/asclepiades/pdf/monet1.pdf>
- [4] APTA. A historical perspective. Disponible en: http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=History_and_Information&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=48&ContentID=14772
- [5] ASCOFI. Edición especial 50 años. Revista ASCOFI. Diciembre de 2003.
- [6] ASCOFI. Pioneros de la Fisioterapia en Colombia. Edición única. Bogotá. 1984.
- [7] L. Leyva, Pereira. Lección clínico ortopédica. En Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Volumen VIII, enero de 1940, número 7.
- [8] G. Reyes, García. Apuntes sobre Fisioterapia dermatológica. En Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Volumen IV, abril de 1936, número 10.
- [9] Escuela Colombiana De Rehabilitación. *Documento de circulación interna*. Disponible en http://www.ecr.edu.co/docs/PEI_ECR.doc
- [10] J. Chaves, Sicard. *La Fisioterapia en Colombia*. En Boletín de ASCOFI. Año II. No. 4. Bogotá, Diciembre de 1962.
- [11] ASCOFI. Historia documentada de la Escuela Colombiana de Fisioterapia. En revista de ASCOFI. Volumen 14. Bogotá, Mayo de 1969.
- [12] V. Malagón, Castro. Rehabilitación del paciente parapléjico. En revista de la facultad de medicina Universidad Nacional. Volumen 27. Números 3-9. Marzo-septiembre de 1959.
- [13] ASCOFI. Breve reseña de la Asociación Colombiana de Fisioterapia. En Revista de ASCOFI. No. 2. Vol. XVII Bogotá, Septiembre de 1971.
- [14] ASCOFI. Congresos. En revista: ASCOFI. Vol XXIII. No3. Noviembre de 1977.
- [15] ASCOFI. Revista ASCOFI. Volumen XX. No. 1. 1974
- [16] E. Herrera, L. Rivera, A. Prada, D. Sánchez. Evolución histórica de la Fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander. Disponible en http://www.uis.edu.co/portal/administracion/publicaciones/revista_salud/volumen%2036%20nro%201/vol_36_nro_1.html. UIS 2004;36:21-31.
- [17] Universidad Nacional De Colombia. La Fisioterapia en la universidad Nacional de Colombia 40 años de historia. Disponible en <http://www.unal.edu.co/medicina/Departamentos/MovimientoCorporal/Historia.html>
- [18] P. Muskus. Organización de centros para el tratamiento de la poliomielitis. En revista de Medicina y Cirugía. Vol XXIII. Barranquilla, Diciembre de 1956. No. 2.
- [19] P. Núñez. Epidemiología de la poliomielitis. En revista de Medicina y Cirugía. Vol XXVI. Barranquilla, Mayo de 1959. No. 5.
- [20] M. TORRES. Historia de las prácticas de enseñanza en la formación de médicos y fisioterapeutas en la Universidad Nacional de Colombia. Décadas 1950-1960. En revista ASCOFI, vol XLV, 2000.
- [21] M. Alvarado. Qué es Terapia Física? Un reconocimiento de la identidad profesional. Requisito de promoción a profesor asistente. Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Medicina, Departamento de Terapias. En revista ASCOFI, 1990.
- [22] G. Leal, Bernal, S. Kempowsky, A. Cardona. Desarrollo y proyección futura de la Fisioterapia en Colombia. Volumen XXXVII. Octubre 1992.
- [23] B. Vélez. La licenciatura en la Escuela Colombiana de Rehabilitación. En revista de ASCOFI. Volumen XXII No. 1. Bogotá, Abril de 1976.
- [24] ASCOFI. Editorial por Lucia G de Castelblanco, presidente. Vol XXIX. Octubre de 1984.
- [25] G. Leal, Bernal. Formación y empleo de fisioterapeutas en Colombia. En revista ASCOFI, vol XXXVI, de 1991.

- [26] G. Leal, Bernal. El fisioterapeuta ante el sistema de seguridad social en salud. En revista ASCOFI. Volumen XXXI: Bogotá: 1997.
- [27] ASCOFAFI, ASCOFI. Nivelación y globalización curricular de la Fisioterapia y la kinesiología en América Latina. Diagnóstico curricular de la Fisioterapia en Colombia. Bogotá, 2003.
- [28] ASCOFI, SENA. Caracterización de la profesión de Fisioterapia en Colombia. Bogotá. 2010.
- [29] ASCOFI; ASCOFAFI; CLAFK; CLADEFK; WCPT. Acta mesa de epistemología. Bogotá: 2009.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Cobo Mejia, Elisa. Repensando los Periodos de la Fisioterapia en Colombia. Rev salud hist sanid on-line 2011; 6(1). Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>.

Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.

Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISOP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2011