



Universidad del
Rosario

**FISIOTERAPIA, FILANTROPÍA Y POLIOMIELITIS: ACTORES,
INSTITUCIONES Y POLÍTICAS INTERNACIONALES EN LA
CONFORMACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA, 1930-
1954**

CAMILO ANDRES ESTUPIÑAN RUIZ

**Trabajo presentado como requisito para optar por el título de Magister en Salud
Pública**

BOGOTÁ D.C. 2019

**FISIOTERAPIA, FILANTROPÍA Y POLIOMIELITIS: ACTORES,
INSTITUCIONES Y POLÍTICAS INTERNACIONALES EN LA
CONFORMACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA, 1930-
1954**

CAMILO ANDRES ESTUPIÑAN RUIZ

**EMILIO QUEVEDO VELEZ
LILIA VIRGINIA GARCIA SANCHEZ
Directores de tesis**

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

BOGOTÁ D.C. 2019

FISIOTERAPIA, FILANTROPÍA Y POLIOMIELITIS: ACTORES, INSTITUCIONES Y POLÍTICAS INTERNACIONALES EN LA CONFORMACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA, 1930-1954

*Camilo Andrés Estupiñán Ruiz
Fisioterapeuta¹*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo analiza la primera etapa del proceso de construcción e institucionalización de la Fisioterapia en Colombia, en el marco de unas políticas norteamericanas en el campo económico, político, social y sanitario, así como la influencia de actores e instituciones locales relacionadas con dichas políticas, entre los años 1930-1954.

Durante el periodo comprendido entre 1930-1954, Colombia estuvo influida por agentes políticos internacionales, especialmente estadounidenses, en su proceso de transformación desde un Estado agroexportador hacia un Estado en proceso de desarrollo que comienza a configurarse progresivamente como industrial. En efecto, dicho proceso fue especialmente impulsado por los Estados Unidos, en el marco de unas políticas desarrollistas y orientadas hacia la defensa del panamericanismo y hacia la lucha anticomunista. Estas políticas favorecieron, entre muchas otras cosas, las transformaciones en los campos de la salud pública y de la educación médica, pero también, en el de la Fisioterapia. En este contexto, las repetidas epidemias de poliomielitis ocurridas en el país durante este periodo (Bogotá 76 y 38 casos en 1930 y 1939 respectivamente, Cúcuta 30 casos en 1936, Cali 179 casos en 1939, Medellín 19 casos en 1940, entre otras) (Malagon-Castro,1984), así como las secuelas motoras dejadas por ellas, estimularon la organización de asociaciones médicas especializadas, de proyectos filantrópicos impulsados por empresarios, y de acciones políticas, con el fin de enfrentar dichas secuelas.

Como parte de ese proceso, en este artículo se resalta el rol desempeñado por dos actores sociopolíticos influyentes de la época, enmarcándolos en dicho contexto: los médicos Lisandro Leiva Pereira y Juan Ruiz Mora, quienes se dedicaron a combatir las secuelas de dichas epidemias en Bogotá. Como resultado de su intervención el modelo terapéutico de la Cinesiterapia, hegemónico durante la primera mitad del siglo XX, fue desplazado por la implantación en el país de la disciplina llamada Fisioterapia. Como parte de dicho cambio de orientación terapéutica, y por iniciativa de Ruiz Mora, se crearon y se pusieron en funcionamiento el Instituto de Ortopedia Franklin Delano Roosevelt, que tendría como misión la atención y rehabilitación de la población infantil con secuelas de polio, y la Escuela

¹ Fisioterapeuta Universidad del Rosario candidato a magister en salud publica Universidad del Rosario

Nacional de Fisioterapia², orientada a la formación de técnicas en esta disciplina (Cobo-Mejia, 2011), que funcionaba como entidad adscrita al Instituto Roosevelt (ASCOFI, 2003).

Este estudio culmina con la formulación del decreto 1056 de 1954, por medio del cual se reglamentó por primera vez el ejercicio de la Fisioterapia en Colombia.

ESTADO DEL ARTE

La historia del desarrollo profesional de la Fisioterapia en el país ha sido objeto de estudio de profesores e investigadores, principalmente fisioterapeutas, vinculados a diferentes áreas académicas propias de esta profesión. Tres son los trabajos que han tratado de explicar los momentos relevantes de este proceso.

El primero de ellos fue el de Sarmiento y colaboradores, quienes presentaron los resultados de su investigación a través de dos publicaciones: *Fisioterapia en Colombia: Historia y Perspectiva* (Sarmiento, Cruz, Molina, y Martínez, 1994) y *Fisioterapia en Colombia: Historia y Perspectiva, segundo avance* (Sarmiento, et al., 1996).

En la publicación de 1994, el estudio de la Fisioterapia se analizó en dos partes: la primera recogió la exposición de los motivos por los cuales era necesaria la formación de un cuerpo de saberes que posteriormente se llamará Fisioterapia (Sarmiento, et al., 1994:7). En vez de realizar una historia descriptiva y lineal de la Fisioterapia, el enfoque utilizado por estos autores localizó discontinuidades. La discontinuidad refleja el flujo de la historia y el hecho de que algunas cosas ya no son percibidas, descritas, expresadas, caracterizadas, clasificadas y conocidas de la misma manera; así, se buscó analizar el acontecimiento en su singularidad, sus condiciones de posibilidad, de espacio geográfico, así como las fuerzas que lo atraviesan; se identificó el rol de los actores en la creación, transformación y aceptación de la Fisioterapia, mediante los “procesos de prácticas, los sujetos, instituciones, nociones, conceptos y saberes”. Estos autores describieron la evolución histórica de la Fisioterapia en Colombia en tres periodos a saber:

1. Prácticas dispersas (1920-1951)
2. Proceso de institucionalización (1952-1975)
3. Consolidación profesional (1976-actualidad) (Sarmiento, et al., 1994).

Esta periodización, que los autores establecieron como provisional, fue elaborada a partir del reconocimiento de los momentos y coyunturas del saber y las practicas fisioterapéuticas, con el fin de identificar las modificaciones en su régimen y la forma como estas han determinado

² En el año 1963, la Institución cambió su nombre a el de Fundación Universidad Colombiana de Rehabilitación y para el año 1968 pasaría a llamarse Fundación Colombiana de Rehabilitación en alianza con la Universidad del Rosario, en 1995, al término del convenio inter institucional, cambia su nombre a Institución Universitaria Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación (Cobo-Mejia, 2011).

las diversas funciones de los sujetos relacionados con ellas (Sarmiento, et al., 1994:12). Realizaron, además, una comparación con la periodización de la historia de la salud pública en Colombia, propuesta por Quevedo y colaboradores. Estos periodos se entrecruzan con las condiciones históricas generales y la historia de la salud en Colombia, y el desarrollo de la Fisioterapia. Como resultado de este paralelismo, en la segunda publicación (1996), los autores describieron las condiciones en materia de salud, que ocurrieron en el país a través del texto realizado por Quevedo y colaboradores en los dos primeros periodos de la historia de la Fisioterapia (Quevedo,1990; Sarmiento, et al.,1996:19-23) y añadieron un cuarto periodo histórico denominado Reubicación profesional y desarrollo disciplinar (Tabla 1):

Tabla 1. Paralelismo de la historia de la salud pública en Colombia por Quevedo, y colaboradores (1990) y la periodización histórica propuesta por Sarmiento y colaboradores (1996).

	Etapas de la Fisioterapia propuesta por Sarmiento et al., (1996)	Historia de la salud pública propuesta por Quevedo et al., (1990)
1	Prácticas dispersas (1920-1951)	El modelo higienista (1903-1946)
2	Proceso de institucionalización (1952-1975)	La salud pública importada (1948-1957)
3	Periodo consolidación profesional (1976-1989)	
4	Periodo reubicación profesional y desarrollo disciplinar (1990- actualidad).	

Junto a los periodos históricos planteados, justificaron la creación de un cuerpo de saberes especializado en las alteraciones generadas por los conflictos bélicos, los accidentes laborales y las epidemias de poliomielitis, que permitían la intervención sobre la invalidez y la discapacidad. Es así como el cuerpo se convierte en un instrumento de normatización y normalización de los individuos y las poblaciones³ (Sarmiento, et al., 1994):

Desde esta perspectiva, la Fisioterapia, profesión que se ocupa del movimiento del cuerpo del hombre incidiendo en su condición humana no podría reducirse al simple conjunto de técnicas para el manejo de las alteraciones de este movimiento, sino que habría que entrar a preguntarse por el sentido de su práctica y la naturaleza de su sustento teórico, a partir de la reflexión sobre la relación dialéctica, entre cuerpo, funcionalidad y productividad⁴ (Sarmiento, et al., 1994:11).

³ Turner desde la lectura y perspectiva de Foucault considera que “el cuerpo aparece como portador de nuevas variables, no únicamente aquellas entre los más y los menos, los sumisos y los intranquilos, los ricos y los pobres, los sanos y los enfermos, los fuertes y los débiles, sino también los otros: los más o menos utilizables, aquellos con mayor o menor capacidad para ser provechosamente entrenados. Los rasgos biológicos de una población se convierten en factores relevantes para el manejo económico”.

⁴ Turner, apoyado en Foucault, afirma que “En las sociedades modernas: el poder tiene un objeto específico a saber, el cuerpo, el cual es producto de relaciones políticas y de poder. El cuerpo, en tanto que un objeto de poder, es producido con el fin de ser controlado, identificado y reproducido. El poder sobre su materialidad se divide en dos: las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población”.

Según estos autores la Fisioterapia, entonces, entra a desempeñar un papel estratégico en el mantenimiento y potencialidad de una fuerza industrial, en la sociedad y en el deber ser saludable. Es así, como esta colabora en permitir que el cuerpo, a través de la salud, se transforme en una obligación que permita garantizar una fuerza de trabajo, disciplinada, productiva y organizada (Sarmiento, et al.,1994).

Por su parte, el estudio de Herrera y colaboradores presenta la evolución histórica de la Fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander (UIS), con base en una revisión documental. Reseñan los acontecimientos más importantes y los cambios del Programa de Fisioterapia de dicha Universidad, desde los marcos de referencia de la historia social⁵, identifican los entornos socioculturales, económicos y políticos mediante la revisión bibliográfica de fuentes históricas secundarias relacionadas con la profesión y de fuentes primarias surgidas del Programa Universitario (Herrera, Rivera, Prada y Sánchez, 2004).

Su estudio presentó una síntesis desde la etapa de prácticas dispersas, con el objetivo de no desconocer la importancia de este periodo para el desarrollo de la profesión, pero se centra en profundizar en el cuerpo de saberes desarrollados desde la etapa de institucionalización y de los propios del programa académico impartido en la UIS (Herrera, et al.,2004).

En sinergia con lo propuesto por Sarmiento y colaboradores, Herrera y su grupo consideraron que la Fisioterapia en Colombia se adoptó como respuesta a “la atención de las deficiencias derivadas de las epidemias de poliomielitis, la violencia política y los procesos de industrialización” (Herrera, et al.,2004:23). Resaltaron la influencia norteamericana en su institucionalización, a través de la técnica y la tecnología importadas en la pretensión de superar la barrera del subdesarrollo. Destacaron la importancia de “retomar la influencia de los médicos sobre la formalización de la enseñanza de las practicas fisioterapéuticas, lo cual permite explicar la ‘medicalización’⁶ que por mucho tiempo caracterizó la Fisioterapia” (Herrera, et al., 2004). La influencia médica facilitó una relación de dependencia y de dominio, plasmada en la formulación de la primera reglamentación de la Fisioterapia a través del decreto 1056 de 1954, en el cual se define al fisioterapeuta como un auxiliar de la medicina con un nivel técnico de formación (Congreso de la Republica,1954:1).

En el estudio realizado por Cobo-Mejía, la periodización planteada estuvo basada en la Fisioterapia como campo de saber; campo que está en constante tensión, producto de interacciones de los múltiples elementos que la constituyen, como lo son las estructuras

⁵En la investigación se utilizó la Historia Social, sin embargo, no quedan muy claros los enfoques teórico metodológicos que este concepto implicó.

⁶ Los autores utilizan este término de “medicalización” para referirse a la influencia y el dominio ejercido por la profesión médica sobre los fisioterapeutas del momento. Dicho termino es usado de una manera fundamentalmente descriptiva y no en el sentido más complejo utilizado por Foucault como una categoría para explicar la transformación de una disciplina cuando es invadida por el lenguaje y las formas de pensar de otra disciplina transformó su “episteme” por medio de su capacidad de poder y dominación.

económicas, políticas, sociales y culturales, que determinan su desarrollo. En este sentido, hizo uso de la historia social⁷ para dar cuenta de dicha periodización abordó el estudio de los procesos y coyunturas que hicieron posible el desarrollo de la Fisioterapia en Colombia (Cobo-Mejía,2011):

Tabla 2. Diferencia de la periodización histórica propuesta por Sarmiento y colaboradores (1996) y Cobo Mejía (2011).

	Periodización propuesta por Sarmiento y colaboradores (1996)	Periodización propuesta por Cobo Mejía (2011)
1	Prácticas dispersas (1900-1951)	Prácticas dispersas (1920-1947)
2	Proceso de institucionalización (1952-1975)	Proceso de institucionalización (1948-1972)
3	Periodo consolidación profesional (1976-1989)	Periodo de consolidación profesional (1973-actualidad)
4	Reubicación profesional y desarrollo disciplinar (1990-actualidad).	

De acuerdo con lo anterior, Cobo-Mejía consideró la existencia de tres periodos, marcados por acontecimientos específicos.

1. Un primer periodo de Prácticas dispersas (1900-1947), similar al expuesto por Sarmiento y colaboradores. 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 guiados bajo la tutoría del médico ortopedista formado en Francia Lisandro Leiva Pereira.
2. Un segundo periodo de institucionalización (1948-1972). El inicio de este periodo estaría marcado por la creación del primer curso para entrenar fisioterapeutas, previo a la creación de la Escuela Nacional de Fisioterapia. Se destaca la creación de la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI) en 1953, la reglamentación del Decreto 1056 de 1954, la realización del Primer Congreso Nacional de Fisioterapia en 1964, y la publicación de la revista ASCOFI.
3. Un tercer periodo de Consolidación profesional (1973-actual), 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 de 1976 con los procesos que acarrea de nivelación

⁷ Este enfoque metodológico se distancia del planteado por Sarmiento y colaboradores, el cual realiza el análisis de la historia de las prácticas fisioterapéuticas desde la perspectiva arqueológico-genealógica planteada por Foucault, que centra su mirada en el análisis del acontecimiento en su singularidad, sus condiciones de posibilidad y las fuerzas que lo atraviesan. Por el contrario, la historia social se identifica por una mirada hacia la historia de las colectividades, en la cual se hace énfasis en la constante tensión social, producto de la interacción entre múltiples actores y elementos que permiten describir y comprender de una manera diferente el desarrollo histórico de una profesión.

profesional y de necesidad de reforzar la identidad profesional y la investigación, la Ley 100 de 1993 y, por último, el planteamiento de la Ley 528 de 1999.

Conforme con lo anterior, propone la necesidad de replantear el cuarto periodo, al considerar que la profesionalización es un proceso que se dio en la década de los setenta, como consecuencia de las discusiones en torno a ese asunto llevadas a cabo en los congresos organizados por la ASCOFI, sumado a algunas publicaciones de la época (Cobo-Mejia,2011).

A pesar de esta mirada diacrónica del desarrollo de la Fisioterapia en Colombia, si bien todos estos trabajos tocan tangencialmente el rol de las Políticas y las Instituciones Internacionales durante el primer periodo de sus clasificaciones, ninguno de ellos profundiza en la forma como se dio o no su influencia y participación en ese proceso de cambio desde la Cinesiterapia, de impronta francesa, hacia la Fisioterapia, de orientación norteamericana. En este artículo, pues, se aborda el estudio de estas políticas y su posible rol en dicho cambio.

INCIDENCIA DE LAS POLÍTICAS INTERNACIONALES EN COLOMBIA (1934-1954)

Durante el primer gobierno de Alfonso López Pumarejo (1934-1938) se pusieron en marcha una serie de medidas en pro de modernizar la legislación social y económica del país. Dicho gobierno, que fue llamado por el propio López Pumarejo como “La Revolución en Marcha”, abrió las puertas para la entrada de los principios de una nueva forma de liberalismo. Este se caracterizó por considerar que el Estado debía modernizarse, además de ingresar en el ámbito de la economía capitalista, ser laico e intervencionista y, desligarse del adoctrinamiento de la iglesia. Consideró la reorientación del gasto público hacia los sectores sociales. Además, creyó en una educación laica y más abierta a las clases populares. Impulsó el derecho del campesino al trabajo y, para esto, permitió que pudieran adquirir sus propios terrenos poniendo en marcha una reforma agraria para repartir equitativamente los latifundios por medio del control del Estado. Para alcanzar lo anterior fueron necesarias una serie de reformas⁸, incluyendo algunas en el campo de la salud que implicaron cambios en la Constitución de 1886 (Giraldo,1994).

En este último campo, ya desde los inicios de la década del 20, la Fundación Rockefeller había puesto en marcha una campaña contra la anemia tropical en el país y, a finales de la década, había implementado una segunda campaña contra la fiebre amarilla, por medio de

⁸Reforma agraria: la Ley 200 de 1936, que tenía como finalidad titular las tierras que cultivaban los campesinos y que estas no les pertenecieran, facultó al Estado para expropiar las tierras si estas no habían sido explotadas en 10 años y entregárselas a los campesinos sin tierra. Reforma tributaria: la Ley 78 de 1935 y complementada por medio de la Ley 63 de 1936, significó la consolidación y fortalecimiento de los impuestos directos en Colombia, utilizó como instrumentos principales el incremento del impuesto a la renta y la creación de los impuestos al exceso de utilidades y al patrimonio. Reforma educativa: emprendió la adquisición de terrenos para la Universidad Nacional y concentró todas las facultades e institutos en la nueva Ciudad Universitaria (Giraldo,1994).

un convenio con el Estado colombiano. Paralelamente, además de la lucha contra estas enfermedades, la Fundación intentó intervenir en la estructura sanitaria nacional para entronizar el modelo de salud pública que había sido instaurado por esta institución para ser utilizada como instrumento para sus campañas. Dicho modelo desplazaba la clásica concepción higienista decimonónica francesa, remplazándola por la idea de una Salud Pública basada en las ciencias básicas medicas modernas y la administración sanitaria. Por lo tanto, un egresado de las nuevas escuelas de Salud Pública apoyadas por la Fundación Rockefeller era un especialista en el enfrentamiento de las enfermedades de la comunidad con una formación como investigador y, simultáneamente, como administrador en salud. Solo así este nuevo especialista podría poner en marcha y participar en las campañas de erradicación financiadas por la Fundación Rockefeller en los “países atrasados”. No obstante, a pesar de sus esfuerzos, y sus logros en la erradicación de dichas enfermedades, la Fundación no logró durante estos primeros años penetrar de una manera contundente la estructura sanitaria de los Estados latinoamericanos⁹ (Quevedo et al, 2004:171-225, 271-288).

En la década del 40, durante el gobierno Eduardo Santos (1938-1942), el tercero de la Republica Liberal, se siguieron las recomendaciones de organismos internacionales, como el Instituto de Asuntos Interamericanos, en el marco de la Política del Buen Vecino. Esta política fue presentada en la VII Conferencia Panamericana de Montevideo en el año 1933¹⁰ y le sirvió a los Estados Unidos como marco de referencia para la intervención en los asuntos internos¹¹ de los países latinoamericanos, durante los años de 1933 a 1945, durante la última fase del periodo entre guerras, y la Segunda Guerra Mundial y el comienzo de la segunda postguerra (Mesa,2014).

Los 20 países que, a través de convenios con el Instituto de Asuntos Interamericanos y su Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, adoptaron esta estrategia de desarrollo, aceptaron la noción de que los países no desarrollados deberían establecer políticas que impulsaran la industrialización y así eliminar la dependencia periferia-centro.

⁹ Con la creación de la Escuela Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, en 1918, la Fundación Rockefeller inauguró una nueva especialidad médica denominada Salud Pública que implicaba la formación de un profesional sanitario de nuevo perfil. A diferencia del clínico, que combatiría las enfermedades de los individuos, este debería dedicarse de tiempo completo a combatir las enfermedades de las poblaciones utilizó la investigación sobre el terreno apoyado en las ciencias básicas médicas y la administración en salud. Este perfil lo diferenciaba del higienista clásico que centraba su actividad en el control ambiental. Fue precisamente durante la Republica Liberal, que la Fundación apoyaría la creación del Departamento Nacional de Higiene, recomendó como director a Enrique Enciso, salubrista formado en la Universidad Johns Hopkins. Para análisis más extenso de este proceso, véase el trabajo de Quevedo y colaboradores (Quevedo et al, 2004: 171-225, 271-288).

¹⁰ En el gobierno de Alfonso López Pumarejo, Colombia acepto ingresar a este pacto, sin embargo, los avances de la administración Pumarejo fueron pocos comparados con los del gobierno de Eduardo Santos.

¹¹ la organización de la paz, problemas de leyes internacionales, derechos civiles y políticos de la mujer, problemas económicos y financieros; 5) problemas sociales, cooperación intelectual, transportes (Mesa,2014).

Estas políticas reconocieron a la salud como una forma de aumentar los años de vida productivos de los individuos. En este escenario, surgió la idea de la importancia del mantenimiento, la rehabilitación y la funcionalidad del cuerpo como unidad de trabajo y como unidad económica. Estas ideas fueron convertidas en derechos sociales que, como tales, demandaban su institucionalización y su cubrimiento obligatorio por parte del Estado¹² (Giraldo,1994).

En octubre de 1942, el médico y general George C. Dunham, director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, quien representaba los intereses del Instituto de Relaciones Interamericanas en el campo de la salud, vino a Colombia y negoció con el gobierno colombiano la creación del *Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública* en el país, ubicado en el seno del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Gonzalez-Rodriguez, 2008). Este Servicio se enfocó en cinco funciones principales: la higiene, la nutrición, la ingeniería sanitaria, el programa de Becas para formar personal de salud en los Estados Unidos, la construcción de la Escuela Superior de Enfermeras y, por último, negoció la implementación de sus campañas preventivas a lo largo del país (Olaya-Ruiz, 2013).

Una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), la influencia norteamericana en Colombia aumentó, como parte de las acciones puestas en marcha por los Estados Unidos por el inicio de la Guerra Fría. Esto permitió que el país se enmarcara en las políticas exteriores de Estados Unidos, relacionadas con la influencia del Plan Marshall, firmado el año 1947. Dicho plan tenía como finalidad la contención del comunismo y la ayuda para la reconstrucción y reactivación de la economía europea. Los objetivos de este Plan eran: fortalecer los regímenes democráticos, frenar la expansión de la influencia de la Unión Soviética en el este europeo y asegurar un mercado comercial y militar para Estados Unidos (Salazar, 2003).

A partir de 1948, a partir de la IX Conferencia Panamericana, reunida en Bogotá, y durante la cual el General George Marshall presento su plan a los representantes de los gobiernos latinoamericanos para solicitarles ayuda económica para la recuperación europea, los ministros de relaciones exteriores de estos países, con el argumento de que la amenaza comunista estaba ya comenzando a aparecer en esos países a través de los movimientos obreros, le exigieron la aplicación de dicho Plan en América Latina. La IX Conferencia Panamericana, que terminó el 30 de abril de 1948, ratificó la aceptación de esta solicitud con la firma del Pacto de Bogotá y la creación de la Organización de los Estados Americanos OEA (Salazar, 2003).

¹² Con el surgimiento del Estado de Bienestar, también llamado Estado Benefactor, después de la crisis económica de 1929, y su enfoque desarrollista y planificador, los derechos sociales se convirtieron en espacios de inversión estatales que garantizarían el desarrollo socioeconómico. Por lo tanto, los correspondientes gobiernos entendieron e incluyeron las acciones en salud como una inversión (Mesa,2014).

En el contexto de ese viraje de América Latina hacia la política económica norteamericana, y por solicitud de la Universidad Nacional, en 1948, visitó a Colombia una misión médica del Unitarian Service Committee, encabezada por el Dr. Humphreys, jefe del servicio de cirugía del Colegio de Médicos y cirujano del Hospital de Columbia. Dicha misión marcó el inicio de la influencia médica norteamericana en las facultades de medicina en el país.

De acuerdo con Juan Carlos Eslava, las siguientes fueron las conclusiones de esta misión:

Hay grandes fallas en la organización de las instituciones de atención médica y en la enseñanza de la medicina. Entre las recomendaciones [...] se mencionan las siguientes: hacer un mayor énfasis en las ciencias básicas; aumentar el número de profesores de tiempo completo; reducir el número de estudiantes; vigilar más estrechamente el trabajo clínico de los estudiantes; ampliar y facilitar el trabajo en los laboratorios; mejorar la organización hospitalaria y vincular profesores jóvenes con experiencia o entrenamiento en el extranjero (Informe de la Misión Unitaria, citada en Eslava, 1996:1).

Según Eslava, esta visita se constituiría como el punto de partida para la futura entrada del modelo de educación médica Flexneriano en la educación médica colombiana¹³ (Eslava, 1996:1). No obstante, es importante mencionar que, desde 1939, la Universidad Nacional intentó implementar una reforma para dejar atrás el modelo francés y hacer la transición al norteamericano. Esta propuesta generó constantes tensiones entre los profesores formados por la escuela europea, que dificultaron y retardaron la adopción del nuevo modelo (Eslava, 1996).

La presencia inicial de la Fundación Rockefeller, la instauración del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la llegada de la primera misión norteamericana al país, en el marco de la aplicación del Plan Marshall crearon un primer entorno favorable para la aceptación por parte del cuerpo médico de la importancia que tenía para el país la acogida del nuevo modelo de educación médica y de Salud Pública de corte norteamericano.

Pero más allá de este primer entorno, otros cambios influyeron en esta favorabilidad. El 20 de enero de 1949, el presidente Harry S. Truman presentó su discurso conocido como *Four Point Speech*¹⁴. En este discurso Truman propuso un programa de desarrollo económico mundial en el cual los Estados Unidos impulsarían a los países poco desarrollados con el fin

¹³ se basa en el informe publicado en 1910 por Abraham Flexner: *Medical education in the United States and Canada*; documento-guía del proceso de reforma de la educación médica llevado a cabo en los Estados Unidos a comienzos de este siglo (Eslava, 1996:1).

¹⁴ El discurso presidencial contenía cuatro puntos esenciales sobre cómo sería el rol de la política internacional norteamericana en el escenario de la pos-guerra. El primer punto comprendía, el apoyo a las Naciones Unidas y organismos conexos, el segundo punto, era compuesto por la recuperación de la economía mundial, en tercer lugar, buscaba proteger las naciones contra los peligros de agresión. Por último, el cuarto punto proponía iniciar un programa de reproducción científica e industrial que permitiera el crecimiento de las regiones subdesarrolladas (El punto Cuatro del Presidente Truman, s.f).

de contener el riesgo de la expansión del comunismo (El Punto Cuarto del Presidente Truman, s.f).

Sobre la base de este Punto Cuarto se edificó un programa en dos partes: el primero pretendía solucionar la incertidumbre sobre la destinación y el giro de las inversiones a los países en desarrollo; y, el segundo, organizó el intercambio cooperativo y el suministro de la asistencia técnica. La esencia del programa consistía en un esfuerzo cooperativo con todas las demás naciones con el fin de intercambiar los conocimientos y la habilidad técnica. La mayor parte de estos capitales fueron dedicados a mejorar las condiciones de sanidad y la técnica de la agricultura. Este Punto Cuarto prolongaba y reforzaba de una nueva forma la Política del Buen Vecino de Roosevelt (El Punto Cuarto del Presidente Truman, s.f).

En ese mismo año, la Misión Económica Currie, del Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo, hoy Banco Mundial, vino a Colombia con el propósito de realizar una reestructuración económica y ejecutiva del Estado, que condujera al desarrollo industrial de la nación. Entre las recomendaciones para mejorar la economía del país estaban: la creación del departamento Nacional de Planeación y la puesta en marcha de planes de desarrollo agrícola, ferroviario y educativo. En materia de salud, la misión invitó a reducir los costos en tratamientos médicos y aumentar la capacidad productiva de los individuos. También sugirió brindarle a la población elementos saludables como habitaciones higiénicas, agua potable, comida nutritiva entre otros (Olaya-Ruiz, 2013).

Según plantean Téllez y Quevedo, paralelamente con esta influencia de las políticas norteamericanas en salud, al comenzar la década de los 50, cuando el político conservador Laureano Gómez Castro llegó a la presidencia, con la intención, entre otras, de reformar la Constitución para convertir a Colombia en un Estado corporativo, invitó a una segunda misión del Banco Mundial, dirigida nuevamente por Lauchlin Currie, para que le ayudara a reorganizar el gobierno con el fin de consolidar una rama ejecutiva fuerte que fuese compatible con este nuevo tipo de Estado. La misión, entre sus recomendaciones, propuso modificar el nombre del Ministerio de Higiene por el de Ministerio de Salud Pública y exhortó al presidente para que se apoyara en los funcionarios del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública para que le ayudaran no solo en la modificación del nombre sino de su estructura y orientación técnica. Como consecuencia, los funcionarios del Servicio Cooperativo se integraron al corazón del nuevo ministerio desplazando las políticas sanitarias que el ministerio de Higiene había puesto en marcha, por unas nuevas políticas que básicamente consistían en los programas que el Servicio ya estaba desarrollando como oficina internacional externa anexa al ministerio. Este fenómeno corresponde con lo que algunos teóricos llaman el “gobierno invisible” de los Estados Unidos en los países que dependen económicamente de él. De esta manera, la salud pública oficial se orientó definitivamente por los caminos del modelo salubrista rockefelleriano (Tellez & Quevedo, en prensa).

Estas políticas permearon la salud y la práctica de la medicina en el país. A través de los convenios bilaterales, se buscó controlar las enfermedades tropicales que afectaban a los trabajadores de las compañías norteamericanas. La Nación se articuló a una estrategia de importación de tecnología, recursos humanos y financieros para paliar los problemas de salud ligados a las condiciones anteriormente descritas (Olaya-Ruiz, 2013).

A estas alturas, y complementariamente, ya comenzaba a percibirse de manera nítida el influjo directo de los modelos norteamericanos en la enseñanza de la medicina. El primer caso en el que se hizo evidente este influjo fue el de la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, financiada por las fundaciones Rockefeller, Ford y Kellog. Esta Facultad se caracterizó por desarrollar un plan de estudios basado en el énfasis en las ciencias básicas, la medicina de laboratorio y el aprendizaje al lado del paciente. Este aprendizaje, exigía una cercanía del profesor con la Facultad que en el Instituto John Hopkins desde 1914 se había reflejado en la docencia con dedicación exclusiva. El modelo, conocido como Modelo Flexneriano, este modelo permitió que los profesores fueran pagados por enseñar y al mismo tiempo ejercieran su práctica privada en el sitio de enseñanza (Eslava, 1996:1-3). En las otras Facultades de Medicina el cambio no fue tan fácil, pues varios de los intentos puestos en marcha en la Universidad Nacional y en la de Antioquia terminaron con enfrentamientos entre los profesores seguidores del modelo francés, la mayoría, y los nuevos recién llegados cercanos al modelo norteamericano, que impidieron las reformas.

Para 1953, las tensiones entre los profesores de medicina partidarios del modelo francés y las propuestas norteamericanas, habían comenzado a disminuir y la Universidad Nacional solicitó la visita de una segunda misión, para identificar la situación de la educación médica en Colombia. Según Eslava, esta Misión propuso poner en marcha

un programa curricular organizado en materias integradas y bajo el sistema de bloques de tal forma que los dos primeros años se centren en el estudio de las ciencias básicas médicas, el tercer año en los estudios preclínicos y los últimos tres años en los estudios clínicos. Como séptimo año se propone, igualmente, la realización del año de internado en un hospital reconocido para tal fin (Eslava, 1996:1).

La transición a este modelo tardaría en ser implementada y solo ocurriría a finales de la década del 50. Es así, como la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional fue la que más resistió y, por ende, la última en adoptar el Modelo Flexneriano en Colombia (Eslava, 1996:1).

En este amplio contexto de la influencia de las políticas e Instituciones norteamericanas en Colombia en el campo de la salud y de la educación médica, es en el que comienza la inserción de la Fisioterapia en el país. No obstante, esta disciplina tiene su propia historia anterior como resultado de los efectos generados por otras condiciones directas e indirectas, pero de alguna manera relacionadas con el contexto anteriormente expuesto. En efecto, en la

primera década del siglo XX, posterior a los sucesos ocurridos en la Primera Guerra Mundial, el mundo se enfrentaba a los nuevos desafíos que en materia de salud debían ser resueltos de una manera urgente. Estas condiciones estaban determinadas por un continente europeo afectado por las condiciones de las personas sobrevivientes a la primera guerra que habían sufrido alguna discapacidad o enfermedad relacionada con el evento bélico. Además, esta situación se vio agravada por las secuelas generadas las epidemias de poliomielitis, conocida también como parálisis infantil, que habían atacado al continente europeo y a los Estados Unidos durante los últimos años del siglo XIX y primeros del XX.

Para el año 1894, los Estados Unidos habían sido azotados por una epidemia de polio donde se reportaron 132 casos (Hays, 1998). Precisamente la discapacidad generada por la poliomielitis y por las heridas y secuelas resultado de la guerra, crearon la necesidad de desarrollar programas que tuvieran el objetivo de brindar una atención en salud adecuada a las necesidades de estos afectados. Como ejemplo de esto, el ortopedista Robert Lovett puso en marcha un programa dirigido a mujeres voluntarias, quienes tenían conocimientos previos en educación física, que fueron capacitadas por él en el entrenamiento muscular y masajes (Silver y Wilson, 2007).

A pesar de los esfuerzos las epidemias de poliomielitis en dicho país cobrarían más de 5000 muertes (Wyatt, 2011). En 1916 Robert Lovett lideró el primer programa para tratar a niños víctimas de polio en el Hospital infantil de Boston (EE.UU.) conocido como el plan Vermont (Rodríguez-Gómez, 2019). Para julio de 1918, el cirujano ortopedista Fred Albee organizó el que se convertiría en el primer centro de rehabilitación que haya tenido los Estados Unidos (Mostofi, 2005). Para finales de la Gran Guerra, los hermanos Mayo empezaron a trabajar en Rochester (Minnesota) con la terapia física y en 1918 se creó el departamento de ortopedia de la Clínica Mayo, donde se estableció una de las mejores escuelas de Fisioterapia de esa época (Verville, 2009).

En el caso colombiano, todas estas condiciones favorecieron situaciones particulares que apuntalaron la posibilidad del cambio de la Cinesiterapia a la Fisioterapia. La primera de estas situaciones estuvo relacionada con el estallido y prolongación de la Segunda Guerra Mundial, que impidió que los médicos interesados en formarse en el exterior pudieran hacerlo en Europa y, en consecuencia, los Estados Unidos pasaron a ser el referente “natural”, para lo cual se ofrecían incentivos económicos y becas, como las del servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. La segunda fue la llegada de las misiones médicas norteamericanas para presionar la implementación del Modelo Flexneriano en los programas de medicina en el país. Una tercera, fue el viraje desde un higienismo de impronta europea hacia una nueva salud pública norteamericanizada, catalizado por la Segunda Misión Currie y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Pero, la situación más directa fue la influencia que tuvieron los nuevos médicos colombianos especializados en los Estados Unidos en la creación y estructuración de los programas de otras profesiones sanitarias, como la Escuela Superior de Enfermeras y, en el caso particular de la Fisioterapia, el rol

desempeñado por el médico Juan Ruiz Mora, quien se encargó de importar el modelo norteamericano de esta técnica al país e impulsar su institucionalización. La suma de estas cuatro situaciones, determinarían el inicio y posterior desarrollo de la Fisioterapia en Colombia.

ACTORES EN LUCHA Y REGLAMENTACIÓN

En este contexto surgen dos actores sociopolíticos: el médico ortopedista Lisandro Leiva Pereira, quien representó la escuela francesa conocida como Cinesiterapia; y, el médico Juan Ruiz Mora, también ortopedista, pero a diferencia del anterior, formado en los Estados Unidos. Estos fueron los principales representantes de dos escuelas de pensamiento médico que trabajaron, desde perspectivas antagónicas para propiciar las condiciones que permitieran introducir en Colombia la cinesiterapia o la Fisioterapia. A continuación, se analizarán cada uno de estos casos.

Lisandro Leiva Pereira y la *Cinesiterapia*, en el Hospital San Juan de Dios durante la primera mitad del siglo XX.

Durante la primera mitad del siglo XX, periodo llamado por Sarmiento y colaboradores como de “Prácticas Dispersas”, personas de diferentes oficios se dedicaban al manejo de lo que en ese momento se llamaba minusvalía. Para eso utilizaban diferentes tipos de prácticas como el masaje, la aplicación de medios físicos y el ejercicio. Hacían parte de este grupo los llamados masajistas, sobanderos, enfermeras, voluntarios, instructores y cinesiterapistas¹⁵. Como parte de estos últimos estaba Lisandro Leiva Pereira¹⁶. Era médico, egresado de la Universidad Nacional de Colombia y ortopedista formado en Francia, y trabajaba como médico jefe del Hogar Clínica de San Rafael, fundada en el año 1928¹⁷. Allí dedicó su tiempo y trabajo a tratar los niños afectados por lesiones óseas o musculares, apoyándose en la cinesiterapia (Sarmiento, et al.,1996).

Dos años después de fundado el Hogar, en 1930, se presentó en Bogotá un brote de parálisis infantil que llevó a la hospitalización a 34 niños, quienes recibieron masajes¹⁸ como tratamiento, con buenos resultados. En estas circunstancias, el Dr. Leyva, junto con su colega Jorge Bejarano, lideraron el tratamiento de la poliomielitis con métodos cinesiterapéuticos, experiencia que fue presentada a la Sociedad de Cirugía de Bogotá en 1931 (ASCOFI, 2003).

¹⁵ La Cinesiterapia fue definida por el médico Leiva Pereira, en su obra *Tratamiento Racional de Fracturas y Luxaciones* en 1945, como el movimiento aplicado al tratamiento de las dolencias humanas (Leiva,1945:232).

¹⁶ Fue profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

¹⁷ En 1928 los Hermanos de San Juan de Dios fundan el Hogar Clínica San Rafael en la ciudad de Bogotá, establecimiento dedicado a tratar únicamente a los niños afectados por las lesiones asociadas al sistema musculoesquelético.

¹⁸ Los masajes eran administrados por enfermeras y damas voluntarias (Sarmiento, et al., 1996).

La defensa de la Cinesiterapia por parte del Dr. Leyva, quedó plasmada en su obra *Tratamiento Racional de las Fracturas y Luxaciones*, publicado en 1937, en la que defendió las bondades de una de sus técnicas (el masaje) y realizó una crítica a la estimulación eléctrica, por considerarla nociva para la recuperación de los pacientes, contraindicó así su uso. Así, el Dr. Leiva se erigió como contradictor de los métodos de estimulación eléctrica que utilizaba la Fisioterapia norteamericana, que recién ingresaba al país (Leiva,1937; Sarmiento, et al.,1996).

En el tratamiento de las fracturas, el profesor Leiva consideraba que una parte correspondía a la cirugía, que fijaba la fractura y otra a la Cinesiterapia, que generaba la movilización de las articulaciones aledañas (Leiva,1937; Sarmiento, et al.,1996). Así mismo, consideraba que era necesario introducir en el medio hospitalario el saber popular de la sobandería, para darle el sustento teórico del que carecía.

Al respecto afirmaba que:

Los fracturados salidos de nuestros servicios hospitalarios se benefician extraordinariamente con el tratamiento que les instituye el sobandero inmediatamente y que, según ellos, es quien los cura porque es natural que la gente y sobre todo el elemento ignorante, atribuya la curación a quien le devuelve los movimientos perdidos y no tenga en cuenta a quien tuvo que hacer tanto para facilitar la soldadura ósea, permitiendo así darles de baja de los servicios del San Juan de Dios con una disminución del estado de (Sarmiento, et al., 1996:37).

En el año 1940, Jorge Bejarano presentó su tesis de grado, asesorada por el profesor Leiva, titulada “Contribución al Estudio de la Parálisis Infantil y Tratamiento de algunas de sus secuelas”. En esta se describía extensamente el uso terapéutico del masaje, lo cual generó gran controversia entre sus evaluadores por falta de referentes bibliográficos¹⁹. En 1945, el Profesor Leiva publicó su libro *Traumatología: Tratamiento Racional de Fracturas y Luxaciones*, que se convirtió en lectura obligatoria para las 3 escuelas de formación de enfermería en el país, la Universidad Javeriana, Hermanas de la Caridad de Tours y la Cruz Roja Nacional. De esta manera, el profesor Leiva incluyó en el plan de estudios de estas Escuelas la enseñanza de la Cinesiterapia, como un primer intento para su escolarización (Sarmiento, et al., 1996:40).

Según Sarmiento y colaboradores, Leiva dedicó, además, un apartado, a describir los métodos cinesiterápicos utilizados en el Servicio de Urgencia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, donde trabajó como jefe del servicio de Cinesiterapia y Rehabilitación Muscular (Sarmiento, et al., 1996:38). El profesor definió así la Cinesiterapia como “el

¹⁹ Leyva afirmó que los consejeros que calificaban el trabajo tenían un complejo de inferioridad, los apabulló, y [estos] ordenaron la suspensión de aquella parte porque no se podía citar bibliografía (Sarmiento, et al., 1996).

movimiento aplicado al tratamiento de dolencias humanas” (Leiva, 1945:232), y precisó sus medios de acción: el masaje, la movilización pasiva, la movilización activa, la gimnasia de reeducación motora, la mecanoterapia pasiva, la movilización forzada de las articulaciones rígidas y la mecanoterapia sueca²⁰ (Leiva,1945; Sarmiento, et al., 1996)

Sarmiento y colaboradores, a partir del análisis de las obras publicadas por el profesor Leiva, concluyen que la cinesiterapia es la primera práctica con sustento teórico institucionalizada en Colombia:

[...] en la década de los treinta incluye como procedimiento terapéutico institucionalizado una práctica de saber popular y reconoció a las masajistas y sobanderos como sujetos de este ejercicio. Ya para finales de la década de los cuarenta se caracteriza la práctica de un saber proveniente de Europa y ser practicada preferiblemente en un hospital de corte francés (Sarmiento, et al., 1996:40).

A pesar de la oposición del profesor Leiva al uso de máquinas²¹ para el tratamiento y rehabilitación de las fracturas y lesiones musculares, en el hospital San Juan de Dios coexistieron las dos tendencias: en el pabellón San Lorenzo, se practicaba la cinesiterapia bajo las órdenes del Dr. Leyva, mientras que, en el segundo piso, se aplicaban a los pacientes la electroterapia, la diatermia, los rayos infrarrojos y ultravioleta, métodos sustentados en lo que allí comenzaba a entenderse como Fisioterapia, desde una perspectiva norteamericanizada de dicha práctica (Sarmiento, et al.,1996:44).

A pesar de los avances significativos que tuvo la cinesiterapia en Colombia, representada por el médico Leiva Pereira y su escuela, la penetración de las ideas médicas norteamericanas, a través de la influencia de las misiones médicas, y de las políticas internacionales que se mencionaron anteriormente, impidieron que esta práctica y el resto de la escuela de pensamiento francesa continuara vigente en el país. Dos tendencias que en principio podrían haberse desarrollado, e incluso complementado, se vieron enfrentadas imponiéndose el modelo norteamericano sobre su par europeo.

²⁰ Método de ejercicio terapéutico por medio de aparatos especiales que usaban un sistema de resortes y poleas para guiar el peso.

²¹ Leiva Pereira no rechazaba el uso de instrumentos mecánicos, como por ejemplo los utilizados por la mecanoterapia sueca; lo que no aceptaba era el empleo de agentes físicos terapéuticos pues, como el mismo lo dice: “[...] (son) elementos para impresionar la retina del espectador (Leiva, 1945:226-237).

Juan Ruiz Mora y la Fisioterapia: la creación del Instituto de Ortopedia Franklin Delano Roosevelt y de la Escuela Nacional de Fisioterapia

El médico y cirujano ortopeda Juan Ruiz Mora, viajó a los Estados Unidos en pleno apogeo de la segunda guerra mundial para realizar cursos de especialización en cirugía plástica y ortopedia. Fue el primer colombiano que trabajó como miembro del cuerpo científico de la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota, en ortopedia y cirugía plástica y también fue cirujano residente en el "Hospital for Special Surgery" en Nueva York (ASCOFI, 2003). En esas dos instituciones aprendió el modelo norteamericano de tratamiento de trastornos de movimiento que en los Estados Unidos recibía el nombre de Fisioterapia.

Juan Ruiz conoció a Elvira Concha Cárdenas, quien fue hija del presidente conservador José Vicente Concha²² y hermana del cardenal Luis Concha Córdoba. Ella fue la esposa del empresario Alfredo Saldarriaga del Valle²³ y tuvieron un único hijo llamado Ignacio Saldarriaga Concha²⁴ quien nació con una discapacidad. Elvira, sensibilizada por la condición de su hijo, decidió viajar a los Estados Unidos a recibir cursos de entrenamiento básico en Fisioterapia y creó, junto a su esposo, la Fundación Saldarriaga Concha pionera en apoyar programas de rehabilitación en Colombia (Saldarriaga-Concha, 2018). Esta Fundación le dio apoyo económico al médico Juan Ruiz Mora para la creación de dos entidades de rehabilitación: el Instituto Franklin Delano Roosevelt, en noviembre de 1947; y, la Escuela Nacional de Fisioterapia que posteriormente se llamaría Escuela Colombiana de Rehabilitación (ASCOFI, 2003).

El primer proyecto tuvo su inicio con la Ordenanza No. 2, de 1947, expedida por la Asamblea de Cundinamarca, mediante la cual se autorizó la creación en Bogotá del Asilo-Taller Franklin Delano Roosevelt (Instituto de Ortopedia, 2018). De carácter privado "destinado a la asistencia y alojamiento de niños inválidos pobres de solemnidad" (Instituto de Ortopedia, 2018). No obstante, antes de legalizar el nombre de dicho taller, este fue cambiado por el de "Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación Franklin Delano Roosevelt", ya que Ruiz Mora consideraba que el nombre de "asilo" era "asociado a la idea de refugio para locos y ancianos" (Sarmiento, et al., 1996).

Ya para concluir el año, el Instituto abrió sus puertas, en su sede provisional de Chapinero, ubicada en la carrera 7° con calle 64. Este disponía de 10 camas y, con él, se proponía ofrecer

²² Presidente de Colombia en el periodo comprendido entre 1914-1918

²³ Se destacó en la industria y el comercio. Hermano de Germán Saldarriaga del Valle, fundador de la conocida Cacharrería Mundial, pionera de la operación comercial al detal y en gran escala, y precursora de los supermercados y almacenes de cadena. Creó junto a su esposa la Fundación Saldarriaga Concha en pro de garantizar el bienestar tanto de la niñez como de las personas de edad avanzada. Su hijo Ignacio sufría de una limitación física llamada mal de Pott (Saldarriaga-Concha, 2018).

²⁴ Hijo único del matrimonio, cursó estudios universitarios en Estados Unidos, murió en 1975 a la edad de 33 años (Saldarriaga Concha, 2018).

a los niños un centro de rehabilitación integral, en procura de su restauración. Los principales tipos de pacientes tratados allí fueron niños que sufrían de parálisis cerebral o de secuelas asociadas con la poliomielitis (Instituto de Ortopedia, 2018).

El 29 de noviembre de 1948, mediante la ley 62 de ese año, el congreso de la Republica otorgó 3 becas para formar personal especializado en rehabilitación en Institutos de Estados Unidos²⁵ y una cuarta *para hacer estudios de organización, dirección y financiación de institutos de esta índole* (Congreso De La Republica,1948:1). Cuyos beneficiarios debían regresar a ejercer en el Instituto. Adicionalmente, por medio del artículo 5 de esta Ley, la Nación cedió al Instituto el edificio “Hostería del Venado de Oro”, para el alojamiento de tales niños²⁶(Congreso de la Republica, 1948).

A partir del año 1950, el Instituto conto con una sala de cirugía propia, antes, los pacientes quirúrgicos eran atendidos en el Hospital de la Samaritana, que cedía un día sus espacios para tal fin. En el año 1951, Ruiz Mora decidió crear una escuela formal de Fisioterapia, junto al médico Guillermo Vargas y Roberto Arango Sanín. Ruiz Mora se inspiró en la Escuela de Fisioterapia del Special Surgery de New York, donde había asistido como residente. Adicionalmente, realizó algunas visitas a la Asociación Americana de Fisioterapia (APTA) con el objetivo de apropiarse del contenido temático de los programas. Por ultimo estuvo en Rochester, Instituto que, según él, contaba con la escuela más organizada de Fisioterapia (Sarmiento, et al., 1996).

Ruiz Mora con toda esa información recolectada en su viaje y de acuerdo a los requisitos mínimos exigidos por la APTA, fundó en 1952, la Escuela Nacional de Fisioterapia adscrita al Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación Franklin Delano Roosevelt, reconocida según el acuerdo No 1 de 1952 del Consejo Directivo de la Escuela Superior de Higiene, entidad que se encargaba de vigilar y supervisar las profesiones paramédicas.

En efecto, Juan Ruiz Mora publicó

[...] En el mes de enero de 1952, [...] unos avisos en el diario “El Tiempo” que decían: “una nueva profesión para la mujer colombiana” “FISIOTERAPIA”, debajo de unas siluetas de médicos y enfermeras, e hizo imprimir un folleto con la información y requisitos de inscripción. El valor del semestre era de \$150 (ASCOFI, 2003:10).

Fue así, como se inició el primer curso, compuesto por un programa de 2 años de duración. El plan de estudios inicial siguió las experiencias americanas de Ruiz Mora.

²⁵ La Ley establecía al respecto el otorgamiento de 2 becas para Fisioterapia (masajes, reeducación muscular de la función perdida, hidroterapia, etc.), y otra para Terapia Ocupacional (enseñanza especializada para inválidos en artes y oficios).

²⁶Esta Hostería había sido construida con el objetivo de alojar a los 21 representantes de los países invitados que asistieron a la IX Conferencia Panamericana.

De acuerdo con Sarmiento y colaboradores,

La orientación de la enseñanza aprendizaje [en esta escuela] estuvo dada por un modelo anatomo-clinico-patologico tendiente a la identificación de la anatomía, la fisiología y la semiología de algunas de las enfermedades, especialmente aquellas relativas al sistema oste-neuro-muscular, con énfasis en los aspectos clínicos instrumentales para su abordaje y tratamiento; este modelo en el cual el maestro es quien sabe y enseña su saber y el alumno es enseñado, se lleva a cabo en el contexto del hospital como escuela. Las prácticas de anatomía se realizan en el Hospital de la Hortúa y las practicas con los pacientes en el Instituto Roosevelt; las demás asignaturas se dictan en un local de la Escuela Superior de Higiene (Sarmiento, et al., 1996:52).

Según la revista ASCOFI el programa inicial, siguió los planes de estudio norteamericanos,

hacía énfasis en su mayoría tanto en el tratamiento de la poliomielitis como la parálisis cerebral y al ser los primeros docentes en su gran mayoría ortopedistas, se le dio un enfoque clínico a la carrera, a diferencia de las escuelas europeas cuyo enfoque se basaba en el manejo de máquinas y aplicación de masaje (ASCOFI, 2003:11).

En este primer programa académico se iniciaron 27 estudiantes, todas mujeres, y el 5 de diciembre de 1953, se celebró en el Museo Nacional la graduación de las primeras 20 fisioterapeutas. Ese mismo día se creó la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI), cuyos estatutos fueron elaborados por el mismo Ruiz Mora²⁷. Se nombró como presidente a la fisioterapeuta y profesora del Instituto, Reverenda Mónica del Carmen (ASCOFI, 2003:11-12).

En resumen, en el caso particular de la Fisioterapia, fue entonces el medico Ruiz Mora quien se encargó de importar dicha técnica terapéutica al país y de gestionar el apoyo filantrópico necesario para su implementación, hechos que fueron determinantes para la institucionalización de esta manera de entender la práctica diagnóstica y terapéutica de las enfermedades relacionadas con las alteraciones del movimiento. Complementariamente, la creación de una escuela de formación más sistematizada permitió la educación de futuras y futuros fisioterapeutas. Todo esto fue posible por la favorabilidad que todos los cambios y las políticas sanitarias impulsadas por las instituciones norteamericanas mencionadas atrás crearon el entorno sanitario del país, para la aceptación de este nuevo modelo terapéutico y el desplazamiento de las propuestas de la Cinesiterapia.

²⁷ Nombrado como presidente honorario.

Creación y Reglamentación del Decreto 1056 de 1954

El primer desafío de la Junta Directiva Nacional de ASCOFI²⁸ (1954-1957) fue orientar y garantizar el desarrollo de esta naciente técnica. Con la ayuda de su presidente honorario, presentaron ante la rama legislativa la propuesta que regulaba y normalizaba el ejercicio de la Fisioterapia en el país. Fue precisamente el 9 de abril de 1954, según diario oficial número 28453, que se publicó la primera normativa que regularía la Fisioterapia, conocida como Decreto 1056 de 1954 (Congreso de la Republica, 1954).

Esta reglamentación definió la Fisioterapia como *la aplicación de medios, físicos electricidad, luz, masajes, ejercicios terapéuticos, manipulaciones, etc. para el tratamiento de enfermedades, deformaciones, fracturas, etc.*” (Congreso de la Republica, 1954:1). Dentro de esta definición no se tuvieron en cuenta los elementos terapéuticos de la cinesiterapia, lo cual muestra el dominio de la escuela norteamericana sobre la francesa en esta reglamentación. Además, establece como requisitos de grado el cumplimiento del pensum propuesto por la entonces Escuela Nacional de Fisioterapia²⁹. Quienes cumplieran con los requisitos, obtendrían el título de técnicos en Terapia Física o Fisioterapia (Congreso de la Republica, 1954:1).

Otra de las características de este Decreto-Ley fue que limitó el ejercicio de la Fisioterapia a ser una técnica al servicio de la medicina, por lo cual no era posible que sus miembros prescribieran tratamientos de manera autónoma; tampoco podían abrir por su propia cuenta consultorios sin la dirección de un médico especializado. Estableció el ejercicio en las áreas relacionadas de la medicina como ortopedia, traumatología, neurología y neurocirugía. Por ultimo estableció una serie de castigos y sanciones a quienes la ejercieran de manera ilegal (Congreso de la Republica, 1954:1).

Otra consecuencia de este acto legislativo fue el cumplimiento de los requisitos exigidos por la World Confederation Physical Therapy (WCPT), para que ASCOFI pudiera ser admitida en dicha organización internacional (ASCOFI, 2003:15).

A raíz de este Decreto-Ley se institucionalizo el modelo norteamericano de la Fisioterapia en Colombia, ya que esta norma legal estableció que los requisitos mínimos para la formación de nuevas escuelas de Fisioterapia en el país debían seguir el plan de estudios que estableció la Escuela Nacional de Fisioterapia (Congreso de la Republica, 1954:1). Fue este el mecanismo de reproducción que permitiría el establecimiento de la escuela norteamericana sobre su par europea.

²⁸ El 13 de febrero de 1954 se reunieron las fisioterapeutas para nombrar la primera junta directiva, La junta se reunía una vez al mes en el Instituto Roosevelt (ASCOFI, 2003).

²⁹ Estableció como requisitos de admisión general, los definidos por la Escuela Nacional de Fisioterapia.

CONCLUSIONES

La revisión realizada permite identificar la influencia de las políticas internacionales, iniciando por la Política del Buen Vecino; continuada con los pronunciamientos de Harry Truman, en especial el Punto Cuatro, el cual propuso el intercambio científico, técnico y cultural con el objetivo de promover la agricultura, la industria y la salud de las naciones subdesarrolladas; la formulación y aplicación del Plan Marshall para América Latina; las Misiones Médicas norteamericanas y, por último, las dos misiones Currie. En este marco, la situación política y económica de la Europa de la segunda posguerra llevó a que los médicos que buscaban especializarse fuera del país, eligieran a los Estados Unidos, principalmente por sus becas e incentivos económicos.

Como consecuencia de lo anterior, los procesos de profesionalización que conocieron de primera mano los profesionales de la salud colombianos en este país, permitieron el establecimiento de una hegemonía del modelo de la Fisioterapia norteamericana, desplazando así a la Cinesiterapia, hasta llevarla a su extinción. En este proceso, se destacó el rol desempeñado por el Médico Ruiz Mora como agente de dicha institucionalización de la Fisioterapia norteamericana en el país, en tres aspectos fundamentales. En primer lugar, impulsó, junto a la ayuda filantrópica de la fundación Saldarriaga Concha, la creación del Instituto de Ortopedia Franklin Delano Roosevelt. En segundo lugar, creó la Escuela Nacional de Fisioterapia, que fue la primera institución reconocida para formar los técnicos en Fisioterapia del país. En tercer lugar, puso en marcha las acciones que llevaron a la elaboración y promulgación del Decreto-Ley 1056 de 1954, que institucionalizó y normatizó el ejercicio de la Fisioterapia en Colombia.

Agradecimientos

El autor expresa su agradecimiento al doctor Emilio Quevedo Vélez director del Grupo de investigación en Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP) y, a la profesora Lilia Virginia García Sánchez profesora principal de carrera de la Universidad del Rosario, por sus contribuciones a este trabajo.

Bibliografía

- Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI). (2003). *Antecedentes*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores LTDA.
- Cobo-Mejía, E.A. (2011). Repensando los periodos de la fisioterapia en Colombia. *Rev Salud Historia Sanidad*, 6(1).
- Verplaetse, J.G. (S,f). El punto cuatro del presidente Truman. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2495515>
- Eslava, J. (1996). El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados de siglo. *Rev Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 44(2), 110-113.
- Giraldo, C. (1994). Primera Administración López Pumarejo: La Revolución en Marcha. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/795/7/266 - 6 Capi 5.pdf>.
- González-Rodríguez, A. L. (2008). La modernización de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia 1930-1970. *Rev Historia y Sociedad*, 17, 237-282.
- Hays, J. (1998). *The Burdens of Disease: epidemics and human response in western history*. New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press.
- Herrera-Villabona, E., Rivera-Celis, L. R., Prada-Pérez, A., & Sánchez-Ramírez, D. C. (2004). Evolución histórica de la fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander. *Rev salud de la facultad de salud UIS*, 36(1), 21-31.
- Instituto de Ortopedia Franklin Delano Roosevelt. (2018). Historia del Instituto de ortopedia Franklin Delano Roosevelt. Instituto Roosevelt. Recuperado de <https://www.institutoroosevelt.com/historia-y-reconocimientos/>
- Leiva, L. (1937). *Tratamiento Racional de las Fracturas y Luxaciones*. Bogotá: Antena S.A.
- Leiva, L. (1945). *Traumatología Tratamiento Racional de las Fracturas y Luxaciones*. Bogotá: Antena S.A.
- Mesa, A. (2014). La política exterior colombiana durante la Segunda Guerra Mundial Repositorio institucional, Universidad Nacional (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/39531/1/1036600625.2014.pdf>
- Mostofi, S. B. (Ed.). (2005). *Who's who in orthopedics*. London (UK): Springer Science & Business Media
- Olaya-Ruiz, J. (2013). La medicina norteamericana en Colombia 1945-1960: Discursos y prácticas en la salud pública, la facultad de medicina de la Universidad Nacional y el Hospital San Juan de Dios Repositorio Universidad Javeriana (*Tesis de pregrado*). Recuperado de

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/14300/OlayaRuizJuanita2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Quevedo, E. (1990). *La Salud en Colombia: análisis Socio-Histórico*. Bogotá, Ministerio de Salud/Departamento Nacional de Planeación.
- Quevedo, E., et al (2004). *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia (1873-1953)*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina.
- República de Colombia. Congreso de la Republica (1948). Ley 62 de 1948. Sistema Unico de Informacion Normativa. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1614639>
- República de Colombia. Congreso de la Republica. (1954). Decreto número 1056 de 1954. Ministerio de Educación Nacional. Recuperado de https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-103346_archivo_pdf.pdf
- Salazar, B. (2003). Currie y Colombia: El Asesor que Vino de Lejos. *Rev Estudios Gerenciales*, 19(86), 63-78. Recuperado de https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/estudios_gerenciales/article/view/106/104
- Saldarriaga-Concha, F. (2018). *Historia Fundación Saldarriaga Concha*. Fundación Saldarriaga Concha, historia. Recuperado de <https://www.saldarriagaconcha.org/la-fundacion/historia/>
- Sarmiento, M, Cruz, I, Molina, V & Martínez, B. (1994). *Fisioterapia en Colombia: historia y perspectiva*. 39; 7-11
- Sarmiento, M, Cruz, I, Molina, V & Martínez, B. (1996). *Fisioterapia en Colombia: historia y perspectiva. Segundo avance de investigación C.U.I. Corporación Universitaria Iberoamericana*, Bogotá
- Silver, J. K; Wilson, D. J. (2007). *Polio Voices: An oral history from the American Polio Epidemics and Worldwide Eradication Efforts*. United States of America: Greenwood Publishing Group
- Téllez, M. & Quevedo, E. (En prensa). *Invisible Government and Health in Colombia: The Cold War and the Birth of a Ministry of Public Health, 1946-1953*. Bogotá.
- Verville, R. (2009). *War, politics and philanthropy: the history of rehabilitation medicine*. United States of America: University Press of America.

Wyatt, H. V. (2011). The 1916 New York City Epidemic of Poliomyelitis: Where did the Virus Come From? *The open vaccine journal*, 4, 13-17.