



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Pava-Ripoll, Nora Aneth; Granada-Echeverry, Patricia
Infancia y [re]habilitación: realidades político pragmáticas en el contexto colombiano
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 1, enero, 2016, pp. 129-142
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63043595015>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Infancia y [re]habilitación: realidades político pragmáticas en el contexto colombiano

Childhood and [re]habilitation: pragmatic political realities in the Colombian context

Nora Aneth Pava-Ripoll¹
 Patricia Granada-Echeverry²

Abstract In this article, we outline some intersections between the concepts of childhood and [re] habilitation, which have undergone parallel development, especially since the 20th century. This complex interaction is mediated and constructed from scientific discourses that have consolidated around childhood. We emphasize this analysis from two perspectives: 1) academic positions that, from professions such as physical therapy, speech therapy, and occupational therapy, touch upon [re]habilitation in childhood and 2) public policy perspectives, which tend towards the creation of places to professionally practice [re]habilitation. A literature review driven by the question "What does it mean to [re]habilitate children in Colombia?" is cited in each section of this text, divided historically into 1) the rise of these [re]habilitative professions in Colombia, 2) the decade of the 1990s, marked by great changes through Colombian political reforms, and 3) the technological developments of the 21st century. We conclude that medical hegemony continues to guide the processes of [re]habilitation within a context that has changed and which imposes new challenges and requires new understanding and great conceptual and practical mobilization.

Key words Boys and girls, Disability, Speech therapy, Occupational therapy, Physical therapy

Resumen En este artículo esbozamos algunas intersecciones entre los conceptos de infancia y [re]habilitación, los cuales han tenido desarrollos paralelos, especialmente desde el siglo XX. Esta compleja interacción está mediada y construida a partir de los discursos científicos consolidados en función de la infancia. Enfatizamos este análisis desde dos perspectivas: 1) posturas académicas que, desde profesiones como fisioterapia, fonoaudiología, y terapia ocupacional, abordan la [re]habilitación en la infancia y 2) las miradas desde las políticas públicas, que aportan a la constitución de lugares para el ejercicio profesional de la [re]habilitación. Una revisión documental orientada por la pregunta ¿qué significa [re]habilitar la infancia en Colombia?, emplazó cada apartado de este texto, históricamente delimitados por: 1) el surgimiento de estas profesiones [re]habilitadoras en Colombia, 2) la década del 90, marcada por grandes cambios desde las reformas políticas colombianas, 3) los desarrollos tecnológicos dados en el siglo XXI. Concluimos que la hegemonía médica sigue guiando los procesos de [re]habilitación desde un contexto que se ha transformado, que impone nuevos retos, que requiere nuevas comprensiones y grandes movilizaciones conceptuales y prácticas.

Palabras clave Niños y niñas, Discapacidad, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Fisioterapia

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle. Cl. 13, Ciudad Universitaria Meléndez. #100-00 Cali Valle del Cauca. Colômbia. nora.pava@correounivalle.edu.co

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.

Introducción

Las relaciones entre los conceptos de infancia y rehabilitación son recientes. A pesar de que ambos conceptos han tenido desarrollos paralelos, especialmente desde el siglo XX, es a partir de hechos políticos significativos como la Declaración de los Derechos de los niños, la legislación sobre discapacidad a nivel mundial, e incluso las discusiones sobre políticas y teorías eugenésicas, que se han vislumbrado puntos de encuentro entre estos dos conceptos.

Por un lado, la fundamentación científica sobre la rehabilitación se inició principalmente en el siglo XX, cuando sus desarrollos hicieron énfasis en el trabajo con personas adultas, a partir de las marcadas necesidades creadas por las guerras mundiales. El propósito de la rehabilitación en ese entonces, se centró en devolver a las personas a su estado anterior, con la idea de restaurar lo que la guerra les había quitado¹. A pesar de que inicialmente la rehabilitación enfatizó su quehacer en el trabajo con adultos, también tuvo en cuenta el trabajo con la población infantil. Poco a poco el concepto fue permeando la realidad de los niños y las niñas; sin embargo, la finalidad no estaba dirigida a la restauración, sino a favorecer el desarrollo de capacidades que les permitieran a esas personas, cuya característica particular era su corta edad, desenvolverse de manera adecuada en los diferentes contextos. De hecho, en la actualidad aún se presentan discusiones a nivel internacional sobre la relación de los conceptos rehabilitación-adultos/habilitación-niños-y-niñas².

La diferencia enmarcada en el prefijo “re”, ya no denota repetición: “volver-a” habilitar, como en el adulto, sino en dotar por primera vez a estas personas de esa capacidad o habilidad para lograr una mejor calidad de vida³. Sin embargo, para no entrar en estas discusiones sobre habilitación o re-habilitación de la infancia, lo cual no es objeto de este artículo, asumiremos el concepto de *[re] habilitación*, con la idea de hacer referencia a ambos conceptos en forma simultánea, en el sentido que lo que prevalece es la idea de normalidad, de lograr o establecer el mayor grado de funcionalidad o independencia posible, sea en una persona que haya alcanzado su estado de adultez o no.

Respecto a la infancia, señalaremos que, especialmente desde el siglo pasado, son muchos los debates que se han instaurado alrededor de este concepto, así como diferentes las prácticas que se han generado, con particularidades propias según los contextos históricos y culturales de cada país. Diversos estudios hicieron posible

reconocer a los niños como sujetos históricos⁴⁻⁷ logrando ser visibilizados como protagonistas⁸, en los grandes temas de la historia.

En este artículo nos proponemos esbozar algunas intersecciones entre los conceptos de infancia y [re]habilitación. Partimos del reconocimiento que esta es una interacción compleja, necesariamente mediada y construida a partir de los discursos científicos consolidados en función de la infancia, concediéndole hoy en día una identidad que reviste a los niños y a las niñas de un contenido cultural, social y político diferente al del adulto⁸.

La interacción entre estos conceptos podría visibilizarse desde diversas perspectivas; sin embargo, nuestro interés es enfatizar en dos de ellas: por un lado, las posturas académico-disciplinares que, desde profesiones como fisioterapia, fonoaudiología, y terapia ocupacional, se relacionan con la [re]habilitación en la infancia; al reconocer su historia como profesiones en el contexto colombiano aportamos a la comprensión de los discursos que se han construido sobre la [re]habilitación en la infancia en Colombia. En coherencia con esta mirada, la perspectiva desde las políticas públicas, no sólo nos revela un marco actual de atención a la infancia en Colombia, sino que a la vez aporta a la constitución de unos lugares para el ejercicio profesional de la [re]habilitación. Partimos de la base que a toda política pública subyacen unos discursos teóricos, los cuales responden a la vez a unos ideales colectivos. Por tanto, nos referiremos a la normatividad como a la operacionalización de las políticas, entendidas como el conjunto de respuestas socialmente construidas y articuladas para entender, en este caso, las necesidades de la población con discapacidad⁹. Esta normativa, expresada en leyes, decretos, resoluciones, en una definición dinámica e interactiva de discapacidad, se constituye en un factor del entorno que puede exacerbar o disminuir esta condición en las personas. No nos interesa hacer un estudio en profundidad sobre esta legislación en Colombia, para ello se pueden consultar otros estudios rigurosos como los adelantados por Moreno^{9,10}; no obstante la normativa sobre discapacidad – en la infancia – en Colombia orientó el recorrido histórico por estas profesiones, mostrando la intersección entre los conceptos de infancia y [re]habilitación. En la Figura 1 se puede esbozar la interacción compleja de los conceptos.

En este sentido, las políticas en Colombia no se pueden desvincular de aquellas del ámbito mundial, ya que entidades como la Organización

Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros, han sido los encargados de liderar las discusiones conceptuales y políticas para el establecimiento de normas y declaraciones sobre la atención, tanto a las personas con discapacidad, como a la población infantil, formalizando así los programas de [re]habilitación^{11,12}. Simultáneamente, y basado en los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y la Declaración de los Derechos de los niños en 1989, se ha enfatizado en la igualdad de oportunidades, lo que ha influenciado la normativa colombiana.

La metodología utilizada para desarrollar este artículo, se basó una revisión documental que dio cuenta de: a) el surgimiento en Colombia de las profesiones de la salud centradas en la [re]habilitación como son la fisioterapia, la terapia ocupacional, y la fonoaudiología; y b) las posturas teóricas y políticas que posicionaron las miradas sobre la infancia en este país, especialmente desde mediados del siglo XX, período en el cual surgieron estas profesiones. La pregunta ¿qué significa [re]habilitar la infancia en Colombia?, orientó el recorrido histórico el cual delimitamos en tres etapas, cada una de las cuales configuró uno de los apartados del artículo que, en coherencia con los acontecimientos mundiales, le han brindado unas características particulares a los desarrollos del país en torno a la infancia:

1) El primero comprende el período desde mediados del siglo en Colombia, época en que surgieron en este país profesiones como la fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional, las cuales se fueron posicionando cada vez más, adaptándose a los cambios sobre la atención en salud con avances profesionales, científicos y gremiales. La finalización de este período está demarcado por la Convención Internacional de los derechos del niño promulgada en 1989.

2) El segundo apartado lo constituye el decenio de la década del 90, marcado por grandes cambios desde las reformas políticas realizadas en Colombia que le dieron un carácter particular a la atención a la infancia, se definieron los servicios terapéuticos como de rehabilitación, lo que fundamentó un campo de acción particular para estas profesiones. La culminación de este periodo coincide con el pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud sobre la Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) en el año 2001.

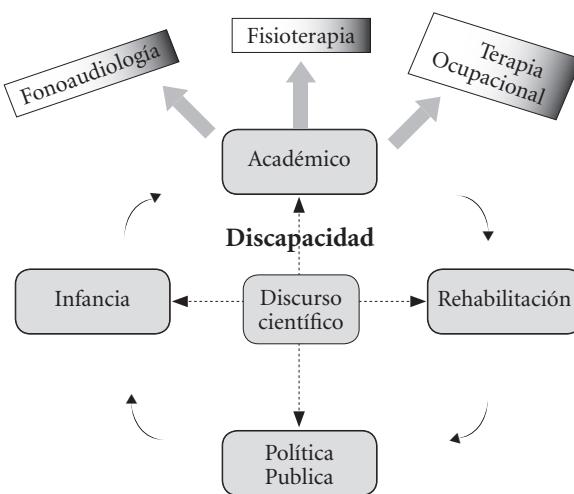


Figura 1. Interacción de los conceptos presentados en el artículo.

Fuente: elaboración propia de las autoras.

3) El tercer apartado corresponde a los desarrollos dados en el siglo XXI. La aprobación de la CIF en el año 2001 se constituyó en punto de partida para comprender la forma en que se piensa en abordar la [re]habilitación en la infancia durante este siglo.

El contexto de la infancia en Colombia durante el surgimiento de las profesiones de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional

A mediados del siglo XX en Colombia, la preocupación en torno a la infancia iba en aumento. Con unas altas tasas de mortalidad infantil durante la primera mitad del siglo (de 200 x mil en 1938 y 120 por mil en 1951)¹³, se habían adoptado una serie de medidas por parte del gobierno para proteger a esta población. Así por ejemplo, el tema de la calidad de la leche, como una de las causas principales de enfermedades gastrointestinales, era altamente discutido en instancias estatales como la entonces Dirección de Higiene; así mismo, continuaba la intranquilidad por los brotes de poliomielitis de los años 30 y 40 en distintas ciudades del país y se realizaban controles de otras enfermedades que atacaban a los niños como sarampión, difteria, tosferina¹⁴, entre otras.

También, por esta misma época se enfatizaba en la atención hospitalaria a la infancia y se pro-

piciaba la adecuación y ampliación de pabellones infantiles como el del Hospital La Misericordia de Bogotá y el San Vicente de Paúl en Medellín (Pabellón Infantil Clarita Santos). Igualmente, con unos pocos Hospitales infantiles ya funcionando en el país, a raíz de la consolidación de la pediatría como especialidad médica, entre ellos el Hospital Infantil Clínica Noel de Medellín, en 1924 y el Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro de la ciudad de Manizales fundado en 1937 (llamado inicialmente *Hospital de los Niños Desamparados*), se buscó dar continuidad a la atención de la población infantil a través de este tipo de instituciones. Por ello se propició la creación de más Hospitales Infantiles, entre ellos: el Lorencita Villegas de Santos en Bogotá, el cual inició labores en 1955; el Hospital Infantil Los Ángeles, ubicado en la ciudad de Pasto, fundado en 1952 como una institución de beneficencia gracias a la iniciativa particular de un grupo de damas de la sociedad de San Juan de Pasto¹⁵; y en Cartagena, el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, quien abrió sus puertas al público en diciembre de 1947, inicialmente como un programa de lactancia para niños de escasos recursos, que fue luego transformado en Hospital Infantil¹⁶.

Igualmente, en 1947 se creó en Bogotá el Instituto de Ortopedia Infantil Franklin Delano Roosevelt, el cual se enfocaba en la atención de niños con discapacidades físicas¹⁷, recibía no solamente a los enfermos de parálisis espasmódicas y a aquellos con deformaciones congénitas, sino a pequeños inválidos de múltiples causas¹⁴. Este instituto contó con la participación de un equipo interdisciplinario de médicos ortopedistas, psiquiatras, enfermeras especializadas en la readaptación de niños inválidos, y otro personal científico capacitado para identificar aquellas enfermedades que ocasionaran discapacidad física y mental en la población infantil colombiana. El propósito del instituto era “la restauración de los inválidos al más completo estado físico, mental, social o vocacional posible, facultándolos para que económicamente sean unidades útiles, capaces algún día de subvenir a su diario sustento”¹⁸.

Posteriormente, un grupo de médicos capacitados en Estados Unidos fundaron en 1963 la Sociedad Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación (ACMF&R) como un entidad científica y gremial¹⁹. Entre los logros importantes de la Sociedad se destacan: a) el reconocimiento oficial de la Especialización de Medicina Física y Rehabilitación por parte de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), lo cual conllevó a la certificación en el país de los prime-

ros médicos especialistas; b) el establecimiento de los requisitos mínimos para la apertura de los Departamentos de Medicina Física y Rehabilitación en los Hospitales Universitarios de Colombia; y c) el impulso a la creación de los programas académicos de fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional en Colombia. Igualmente, en 1968, durante la presidencia de Carlos Lleras Restrepo, se creó el Consejo Nacional de Rehabilitación, el cual contó con la participación de la ACMF&R²⁰.

A raíz de estas iniciativas de atención a la población infantil en el país, así como de la consolidación de la especialidad en pediatría durante la primera mitad del siglo y de la llegada al país de los primeros médicos fisiatras formados en el exterior, se empiezan a vislumbrar las primeras intersecciones entre los procesos formales de atención en salud respecto a la [re]habilitación en la infancia. En Colombia, la historia de profesiones médicas centradas en la [re]habilitación como la fisioterapia, la fonoaudiología, y la terapia ocupacional, tienen sus inicios en el marco de estos acontecimientos, durante la segunda mitad del siglo XX. En esa época, los discursos de la medicina, la psicología, la psiquiatría y la pedagogía habían posicionado sus saberes en discursos individualizados y normalizadores²¹, que consolidaron una medicalización de la infancia. A continuación se presentan algunos datos históricos sobre el surgimiento de dichas profesiones en el contexto Colombiano. El avance, conjunto o discontinuo, de estas tres profesiones permitirá hacer una reflexión sobre la visión de la infancia, desde la cual se ha promovido el desarrollo de estas profesiones [re]habilitadoras.

La formación en Fisioterapia surgió primero en Colombia en el año de 1952, a partir de la creación del primer programa en la Escuela Nacional de Fisioterapia (actualmente la Escuela Colombiana de Rehabilitación), se reconoce sin embargo que, desde la primera mitad del siglo su práctica se llevaba a cabo por diferentes personas, no profesionales, nombrados como masajistas y sobanderos, quienes apoyaban las incipientes prácticas sobre el movimiento iniciadas por algunos pocos ortopedistas en el país²². Este período es conocido en la fisioterapia, como de prácticas dispersas^{22,23}. Durante el período de surgimiento de este programa de formación, Colombia recibía una fuerte influencia de las potencias del norte, por lo que era lógico que esta nueva formación tuviera también una influencia norteamericana, basado en los programas de Rochester y Chicago, fundamentados en un paradigma biologista-me-

canicista²⁴. El objeto de interés de la profesión en ese entonces, era el trabajo con “niños inválidos” y “los tratamientos de rehabilitación de niños lesionados”²⁵.

El surgimiento de la Fonoaudiología como profesión fue en el año 1966, en el cual se iniciaron los programas académicos la Universidad Nacional de Colombia y de la Escuela Colombiana de Rehabilitación, adscrita en ese entonces al Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario²⁶. El currículo educacional tenía una duración de tres años y otorgaban títulos de técnico en Terapia del Lenguaje y Técnico en Fonoaudiología, respectivamente, condición que restringía a los egresados de dichos programas a ejercer sus labores subordinados por los médicos. El surgimiento de esta profesión en Colombia tuvo dos marcadas tendencias en su orientación: la europea y la de Estados Unidos. La primera, más identificada con las ciencias médicas, fue ampliando su quehacer desde el abordaje foniátrico de los médicos otorrinolaringólogos, hasta encontrar afinidades con los fisiatras, ubicándose en los dominios de las profesiones médicas de la rehabilitación²⁶. La tradición norteamericana se gestó disciplinariamente bajo dos perspectivas de trabajo: por un lado, desde el ámbito de la educación, apoyando a escolares con deficiencias de la comunicación, y por otro lado en los servicios de rehabilitación de los hospitales atendiendo a los soldados dis-capacitados de las guerras mundiales²⁶. Esto hizo que se generaran diferencias, no solo en la denominación y el perfil profesional, sino también en los alcances y el dominio de la profesión, lo cual estableció las bases para los futuros conflictos sobre la unificación de criterios que permitieran su reconocimiento social y su reglamentación a nivel nacional.

Respecto a la Terapia Ocupacional, el primer programa de formación también se creó en el año 1966 en la Universidad Nacional de Colombia, bajo la tendencia biomédica norteamericana. Durante los primeros años de su formación, el campo de acción estaba limitado al contexto hospitalario, dirigido al tratamiento de sujetos con disfunciones físicas o con problemas psiquiátricos. Sin embargo, el perfil profesional se amplió en años posteriores a los ámbitos de la educación especial, la rehabilitación profesional y la salud ocupacional²⁷.

No es extraño que el nacimiento de estas profesiones se haya dado sobre las bases de modelos médicos desde la fisiatría, pediatría, otorrinolaringología y psiquiatría, especializaciones profesionales que se estaban consolidando a nivel

nacional y con organizaciones y asociaciones que las fueron fundamentando académica y profesionalmente. Es así como, una vez iniciados los procesos de formación universitaria de estas profesiones se continuó una lógica de fundamentación científica, profesional y gremial, a lo largo de las décadas siguientes, lo que es coherente con las dinámicas de desarrollo nacional. Es por esto que paulatinamente se fueron creando agremiaciones que buscaban consolidar y fundamentar social y políticamente las acciones de estas profesiones. En 1953, se fundó la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI) como entidad gremial que apunta a conocer y respetar esta nueva profesión en el país²⁸; posteriormente, en 1969 se creó la Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje (ACFTL), con el fin de promover y fortalecer el desarrollo de esta profesión²⁹, y en 1972 se creó la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional (ACTO), como respuesta a la necesidad de promover y consolidar el ejercicio profesional y procurar tres metas esenciales establecidas en el acta constitutiva: progreso, ciencia y tecnología³⁰.

El abordaje de la infancia desde el sector salud, durante estas décadas de los años 50 y 60 del siglo XX que surgieron estas profesiones, estaba empezando a fortalecerse, debido a que en el censo colombiano de 1938 se habló, por primera vez, de periodos de vida, incluido allí la infancia (niños entre 0 y 4 años) y los escolares (aquejlos entre los 5 y 14). Fue desde 1967 que se presentó la población por grupos simples de edad y por ello el diseño de programas de salud pediátrica se diferenció de los programas a escolares³¹. Pero esta realidad iría cobrando cada vez más fuerza, especialmente porque durante la primera mitad del siglo XX la población colombiana se cuadruplicó, pasando de 4,3 millones en 1905 a 17,5 millones en 1964³²; además la tasa de mortalidad disminuyó, permaneciendo altas tasas de fecundidad, lo que generó un rejuvenecimiento de la población, en donde en 1964, de cada 100 colombianos, 47 eran menores de 15 años, por lo que se llegó a mencionar que Colombia, en el transcurso de seis décadas, se había convertido en un país de niños.

Esta realidad es coherente con la subordinación de la infancia a procesos estructurales y organizacionales, como lo fue el naciente Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, creado mediante la Ley 75 en el año de 1968, el cual se hizo cargo de los niños pobres y de sus familias, en especial de las madres. Bajo su tutelaje se fortalecieron posteriormente los hogares comunita-

rios, las instituciones de protección, las casas de adopción, las instituciones de reclusión, los anexos carcelarios, entre otros³³, instituciones que irían asumiendo un rol importante frente a las profesionalizaciones médicas, dando así mayores ámbitos para la [re]habilitación en la infancia.

La década del 70 fue el periodo durante el cual se desarrolló en Colombia la infraestructura básica del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo cual requirió de importantes inversiones de capital por parte del Estado³⁴. Al parecer, la orientación de estas políticas apoyaba el modelo de “medicalización” que prevalecía en Colombia el cual se caracterizaba por ser de intervención directa, basado en el médico y orientado hacia la enfermedad y su curación³⁴.

Con el fin de consolidar el SNS, se propició la evolución de la formación del recurso humano en salud del nivel técnico al superior³⁵. Por ello, profesiones como fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional, trascendieron la formación técnica inicial con la que fueron creadas, e implementaron procesos de profesionalización a nivel universitario. Es así como mediante La Ley 9^a de 1976, se reconoció el nivel de formación profesional universitaria de la fisioterapia²⁸; en 1978, se dio el reconocimiento a la terapia ocupacional como programa de formación profesional con el título de Licenciados, el cual cambió al de terapeutas ocupacionales en 1980²⁷ y en ese mismo año se logró elevar el título de técnico en terapia del lenguaje al título de nivel profesional en fonoaudiología²⁶. Al mismo tiempo, en la formación curricular del terapeuta del lenguaje se denotaban las influencias de las tendencias del pensamiento predominante para explicar el lenguaje y la comunicación dados desde la psicología, la lingüística, la sociolingüística, la biología y la pedagogía, entre otras³⁶, las cuales evidentemente hacían un abordaje del niño y la niña fundamentado en las teorías del desarrollo que se argumentaban desde estas disciplinas. Con esta tendencia se creó en 1977, en la Universidad Católica de Manizales, el tercer programa de formación en esta área con el nombre de fonoaudiología, denominación que adoptaron los demás programas en esta misma área que fueron creados posteriores a esa fecha²⁹.

De otro lado, la estrategia global denominada Atención Primaria de Salud (APS), entendida como “el conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades”³⁷, propuesta a partir de la declaración de Alma-Ata en 1978 y fortalecida través de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud

en 1986, trajo cambios significativos a la atención de la población infantil desde la [re]habilitación. Esta estrategia significó también una nueva relación entre salud y desarrollo, en el marco del ‘nuevo orden económico’³⁵. Se privilegiaron programas de salud hacia la infancia como el programa de crecimiento y desarrollo, el cual adquirió gran importancia en las instituciones de salud y llegó a considerarse el programa bandera en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población infantil³⁸.

Durante este periodo era evidente una búsqueda y formulación de nuevas estrategias que permitieran alcanzar la calidad de vida de las personas. Para ello era necesario entender el proceso salud-enfermedad ya no como algo individual, sino que se trataba de un fenómeno multicausal que demandaba una atención intersectorial. A raíz de estos cambios se empezaron a gestar críticas a la educación que se impartía en las profesiones médicas, especialmente por la falta de vínculo entre la medicina y las necesidades reales de la sociedad colombiana. Esto hizo que las profesiones entendidas como [re]habilitadoras empezaran a incursionar en el sector social, buscando articular el perfil profesional a las necesidades del cambio social. En el caso de la fonoaudiología, esta incipiente acción, más que un programa comunitario, comenzó como un intento de descentralizar la prestación de los servicios asistenciales por medio de las prácticas de los estudiantes. Sin embargo, *el trabajo realizado por los profesionales en este sector, estaba prácticamente circunscrito, a realizar actividades educativo-preventivas de corte tradicional, a través de charlas y conferencias, o bien a trasladar el modelo asistencial por medio de actividades de diagnóstico e intervención terapéutica de desórdenes lingüísticos, especialmente en la infancia puesto que se privilegió la asistencia a instituciones escolares y centros infantiles*³⁹.

Dando continuidad a las políticas sobre la infancia en Colombia en el marco del SNS, la ley 7 de 1979, creó el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, para promover la integración y relación armónica de la familia, así como para proteger y garantizar los derechos de la niñez. Igualmente se promulgó el Código del Menor en noviembre de 1989, el cual se fundamentó en los elementos de la situación irregular de los niños. Su publicación se hizo el mismo año en el que se promulgó la Convención Internacional de los Derechos del Niño³³, la cual fue aprobada por el Congreso Nacional Colombiano en 1991.

En términos generales, durante este periodo, no sólo se iniciaron las profesiones de fonoaudio-

ología, fisioterapia y terapia ocupacional en el país, sino que éstas fueron respondiendo a los cambios paradigmáticos frente a la atención en salud, propios de los desarrollos políticos y situacionales de la época. Por otro lado, la disminución de la tasa de natalidad que bajó del 47,2 por mil en 1964 al 27,0 en 1985 – evidenciándose un descenso de la población inferior a 14 años de 37,5%⁴⁰ –, era el reflejo de los programas de salud, incluidos el de planificación familiar. Esto marcó unos cambios trascendentales en la configuración de las familias colombianas como un campo de tensiones en cuyo centro se encontraba la infancia⁴¹. Las transformaciones demográficas y familiares que se dieron en el país durante este período, hicieron que se centrara aún más la atención en la familia, al punto de convertirse en objeto de estudio de sociólogos, antropólogos y psicólogos colombianos⁴². Por esta época, ya los estudios Virginia Gutiérrez de Pineda⁴³ corroboraban la variabilidad del concepto, así como las múltiples posibilidades familiares, especialmente en un país con una marcada diversidad geográfica, étnica, cultural y social. Sin embargo se continuaba perpetuando también un ideal de familia, la cual debía brindar unas óptimas condiciones para el desarrollo de los niños y las niñas.

Por ello los modelos preventivos de atención a la infancia iban instaurando unas miradas, no sólo sobre la familia, sino sobre el ideal de niño o niña que debía ser vigilado constantemente durante su desarrollo. En este escenario, la familia se constituyó en un medio para los fines estatales como sujeto colectivo que debía actuar sobre los niños y las niñas.

Las dinámicas a cerca de la [re]habilitación de la infancia en la década del 90

La década del 90 se abre entonces con grandes expectativas para el trabajo con la infancia y continúa consolidándose a través de los grandes cambios sociopolíticos dados en el país por las reformas políticas implementadas como la Reforma a la Constitución Nacional de Colombia, en 1991; la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en salud: Ley 100 de 1993 y la promulgación de la Ley General de Educación: ley 115 de 1994. Estos cambios se constituyeron en fundamento para la atención de la infancia; se fortaleció la protección a la familia y con ella a la infancia, promoviendo además programas de estimulación temprana, cuidado, nutrición, entre otros.

Paralelos a estos cambios nacionales, en 1990 se llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Educación para todos celebrada en Jomtien, Tailandia, donde se propuso la estrategia a nivel mundial, sobre la Atención y el Desarrollo de la Primera Infancia (ADPI), así como la educación inicial con la idea de universalizar el acceso a la educación⁴⁴. También en ese mismo año, en septiembre, se llevó a cabo en Nueva York la cumbre Mundial en Favor de la Infancia en la que igualmente Colombia participó. En esta Cumbre se firmó la Declaración para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de la Niñez, en la que se generaron compromisos para que los países impulsaran la formulación de planes nacionales en favor de la infancia⁴⁵.

Además, en 1992, como respuesta al compromiso adquirido por Colombia en esta Cumbre Mundial, instituciones del orden nacional (Ministerios de Salud y Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), bajo la coordinación de la Presidencia de la República y el Departamento Nacional de Planeación, y con la cooperación de UNICEF, formularon el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia – PAFI. Esencialmente, éste recogió los planteamientos de los dos eventos internacionales mencionados en los párrafos anteriores y fijó metas para la década de los 90, de diferentes tipos: global, sectorial, de apoyo, referidas a problemas o aspectos de salud, nutrición, atención preventiva, protección especial, educación, agua potable y saneamiento básico.

La propuesta del PAFI se desarrolló en el marco de una política de participación y cogestión familiar y comunitaria, en donde la función del Estado era complementaria a la de la familia y a la del entorno social del niño. El principio básico era reconocer que el núcleo natural y privilegiado para el crecimiento y desarrollo integral del niño era la familia⁴⁶. A la vez se empezó a consolidar el propósito fundamental del programa de crecimiento y desarrollo como *el de acompañar y estimular al niño, promoviendo la construcción y reconstrucción permanente de sus metas de desarrollo humano integral y diverso, como base para tejer resiliencia: autoestima, autonomía, creatividad, felicidad solidaridad y salud, por medio de un trabajo activo del niño, su familia, la comunidad y el equipo de salud*³⁸. Por ello se planteó la estrategia de atención grupal, que facilitaba el intercambio de saberes y motivaba la participación. Además era muy frecuente reconocer que los programas ofrecidos desde el sector salud se convertían en una de las posibilidades en que los

adultos recibían el apoyo gubernamental en relación con sus labores de crianza⁴⁷. En este sentido, los estudiantes de los programas académicos mencionados tuvieron una fuerte acción en este programa, vigilando continuamente el desarrollo de los niños y las niñas. El Programa Salud Integral para la Infancia, SIPI creado por el Grupo Interinstitucional para la salud del niño en Antioquia en 1993 se constituyó en bandera para el cumplimiento de estos objetivos, para lo cual se crearon las Norma Técnicas para la evaluación con la Escala Abreviada de Desarrollo (EAD), creada por el Ministerio de Salud de Colombia. Más adelante, en 1999 esta escala fue ajustada con el apoyo de la UNICEF: EAD-1, para evaluar el desarrollo infantil en cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fino adaptativa, personal social y audición lenguaje a través de las cuales se realiza la detección temprana de las alteraciones en los niños de 0-6 años⁴⁸.

De otro lado, el año 94 es fundamental en la discusión de educación inclusiva, que resulta de la declaración de Salamanca; iniciativa que dinamizó el concepto de inclusión educativa, entendido como *la integración de los estudiantes con necesidades especiales en las escuelas comunes y los grupos excluidos con factores éticos de género, socioeconómicos*⁴⁹. Lo que se esboza es una tendencia a nivel mundial que deja ver la movilización de la atención desde procesos [re]habilitadores centrados en el cuerpo, hacia un incipiente desplazamiento a lo social. Esto se hace evidente en los desarrollos profesionales de fonoaudiología, terapia ocupacional y fisioterapia, quienes empezaron procesos de reformas curriculares para adaptar sus programas a los cambios nacionales y mundiales.

Es evidente en esta década cómo disciplinas como la pediatría y la psicología eran encargadas de individualizar y medicalizar al niño, por lo que se posicionaron cada vez más en los programas de atención a la infancia. Esto hizo que en primer término, la intervención a la infancia se instaurara en la familia, la cual fue permeada por los discursos médicos y terapéuticos, dando cuenta de *una nueva relación entre los padres y los hijos, pero estaba acompañada de una discursividad externa en relación con el médico [...], lo que hacía que el padre o la madre fueran al mismo tiempo diagnósticadores, terapeutas, agentes de salud*⁴¹.

De otro lado, en 1997 se sancionó en Colombia la Ley 361 para la protección y atención a la población con discapacidad, se creó el Comité Consultivo Nacional y en 1999 se diseñó el Plan nacional para la atención a las personas con dis-

capacidad con cinco áreas de acción: prevención, rehabilitación e integración social y familiar, integración laboral, integración educativa y accesibilidad a la información y al espacio público. En el campo educativo se diseñó y puso en ejecución el programa de apertura educativa a los niños con discapacidad, con material educativo y de orientación para la detección temprana de discapacidades y para servicios especializados. Por su parte, en 1999 el ICBF atendió en instituciones a 4.555 niños y niñas con discapacidad en situación de alta vulnerabilidad y, en hogares sustitutos especiales, a 2.296 niños y niñas con discapacidad. Se definieron lineamientos generales desde la perspectiva de protección integral. Se elaboraron, editaron y distribuyeron seis cartillas de protección integral a niños y niñas con distintas limitaciones: visual, auditiva, retardo mental, autismo, sordo - ciegos, síndrome de Down⁵⁰. Igualmente se continuó con la bandera de los Hogares comunitarios, los hogares infantiles, donde se daba atención integral a niños entre tres meses y cinco años que están en condiciones de riesgo, y los jardines comunitarios. En general durante esta década se mostró un mejoramiento en la calidad de vida a nivel de servicios, apoyo a la familia y la educación inicial⁵¹.

Es así como estas profesiones [re]habilitadoras empezaron a desarrollar un trabajo más conscientemente centrado en la infancia. Por ejemplo fonoaudiología reconoció el trabajo con la infancia como una respuesta a la necesidad de superar dificultades en el desarrollo del lenguaje, [re]habilitar trastornos auditivos (hipoacusia y sordera) y superar problemas del habla y de la adquisición del código lectoescrito, que pudieran interferir en los procesos de aprendizaje escolar. Por su parte, los terapeutas ocupacionales ampliaron su trabajo hacia la infancia, especialmente por su incursión en el ámbito educativo, trasladando las prácticas hospitalarias a la escuela. Realizaban análisis de los aspectos físicos del medio, en especial de las barreras arquitectónicas, en donde la ocupación humana era ‘un diálogo entre el hombre y su medio’⁵². Por otro lado, la fisioterapia, que desde sus inicios se había dedicado a solucionar problemas relacionados con el movimiento del cuerpo²¹, evidenció un interés especial, no sólo en conocer las estructuras del sistema nervioso y músculo esquelético que intervienen en el movimiento, sino por la funcionalidad de esas estructuras para el cumplimiento de los roles del paciente en el grupo social, siempre con la orientación de lograr recuperar, en el mayor grado posible, el movimiento perdido o, en el caso de

la infancia, lograr que los niños y las niñas alcancaran las conductas motoras acordes con su edad cronológica. Estas prácticas estuvieron marcadas siempre por una relación sujeto – objeto, en la que el sujeto es el terapeuta y el objeto es el paciente, quien tiene poca o nula participación en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de su problema²¹ y orientadas, desde lo social, a la productividad de los individuos²².

Las estrategias de intervención a las personas con discapacidad, ya sea ésta transitoria o permanente, estipuladas a través del sistema de seguridad social integral, eran basadas en el déficit y tradicionalmente emmarcadas en la búsqueda de la funcionalidad en una dimensión física individual. Así mismo, se contemplaba la posibilidad de atención ambulatoria cuando las personas se encuentran impedidas o no son independientes para asistir a las consultas⁵³. En este concepto sigue buscando la funcionalidad, y se resalta lo individual y lo biológico dándose relevancia a la atención del sujeto, enfatizándose su condición de dependencia.

Desde estas directrices de actuación, el llamado también era para la Universidad, pues al ser reconocida como el centro de producción de conocimiento, debe animar igualmente los procesos reflexivos e intelectuales para lograr vincular a la familia y poder así contribuir al desarrollo y por ende, garantizar la eficiencia en programas de atención a la familia⁴⁶. Frente a lo que se consideraba un exceso de programas de formación superior de profesionales de la salud, se recalco la necesidad de acudir a mecanismos como la autoevaluación, la acreditación, la certificación y la innovación curricular, con el fin de compensar el problema del deterioro general de la calidad de la enseñanza³⁵. Dada la proliferación de estas profesiones de [re]habilitación en distintas universidades y regiones en el país, se inició una época de creación de Asociaciones que reunían a las Facultades con el fin de regular su funcionamiento. Es así como en 1998 se creó la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI)²⁸; en el año 1999 se creó de Fonoaudiología: ASOFON⁵⁴ y en el 2000 se creó la de Terapia Ocupacional: ASCOFACTO.

Lo que se logra vislumbrar durante estos diez años (1990-2000) en Colombia respecto a la infancia, es que además de la coordinación intersectorial e interinstitucional para responder a la garantía de los derechos del niño, por primera vez los gobernantes territoriales incluyeron en sus planes de desarrollo, políticas y programas dirigidos a la familia y la infancia⁵⁰. Como con-

clusión sobre esta década se vislumbra una transición desde una perspectiva biomédica que ha tratado de superarse desde un modelo preventivo social, instaurando una concepción de la salud como un derecho ciudadano. Aun así, es mucho el camino que hace falta recorrer para lograr consolidar estos procesos, lo que abre horizontes para las políticas de acción a la infancia en el país, que se desarrollarían durante el siguiente siglo.

El siglo XXI y la [re]habilitación de la infancia en Colombia

Ante la dinámica descrita en las décadas anteriores, las miradas sobre la atención de la infancia en los proceso [re]habilitadores en el siglo XXI se inicia con la aprobación, por parte de la OMS, de la Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) en el año 2001. Este nuevo modelo internacional de la discapacidad, parte del reconocimiento de ésta como una condición que se configura, ya no sólo en los aspectos estructurales del individuo, sino en la interacción del individuo con su entorno. Desde esta perspectiva, la discapacidad es comprendida en la interacción entre las personas que padecen alguna deficiencia y los factores contextuales (personales y ambientales)⁵⁵.

La CIF se plantea como una postura dialéctica entre el *modelo médico*, el cual considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, y el *modelo social*, el cual considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social, en donde el eje central es la integración de la persona a la sociedad⁵⁵. La postura biopsicosocial planteada en la CIF integra estos dos modelos, en donde la discapacidad engloba las deficiencias (modelo médico), las limitaciones en la actividad, o las restricciones en la participación (modelo social). Según Ferreira⁵⁶, esta nueva versión pretende superar ciertos déficits precedentes:

i) *Se eliminaría la vinculación causal entre deficiencia y minusvalía; de hecho, la antigua terminología es abandonada: en lugar de la tríada insuficiencia/discapacidad/minusvalía, se instauraría ahora la terna funcionamiento/discapacidad/salud, siendo el primero el denominador genérico de la funcionalidad del ser humano, del cual el segundo representaría una gradación relativamente baja en algún aspecto, mientras que el término salud sería el puente de conexión entre ambos.*

ii) *Se adoptaría una terminología positiva: en lugar de oponer la discapacidad a la «normalidad», se la estipularía como un grado relativo*

del funcionamiento humano y, así, los tres niveles de la CIF se transforman ahora en: estructuras y funciones/actividad/participación, que consideran en términos positivos el sustrato biológico —antes «deficiencia»—, el nivel individual —antes «discapacidad»— y el colectivo —antes «minusvalía»—.

iii) *Se pretendería una aplicabilidad de carácter universal: en lugar de una clasificación de las minusvalías, se establecería una tipología de los estados de salud, aplicable a cualquier ser humano, siendo las personas con discapacidad una parte de ese espectro de referencia.*

iv) *Sobre todo, tomaría en consideración factores «medioambientales » como significativos en la catalogación de dicha funcionalidad (de manera que podrían incluso considerarse como situaciones de discapacidad algunas en las que no concurrieran factores biológicos de ningún tipo)*

Es evidente entonces que esta mirada, que pretende ser integradora y coherente sobre la forma de abordar a las personas con discapacidad, lleva implícitas unas posturas sobre lo que es normal y saludable, en últimas, sobre un ideal de salud y de funcionamiento de una sociedad. Esto hace que la CIF haya sido internacionalmente reconocida como una herramienta útil y su uso se esté convirtiendo en una tendencia mundial⁵⁷. Sin embargo, es necesario tener en cuenta variables que imprimen ciertas diferenciaciones particulares al entorno que determina la discapacidad. En este sentido, la confluencia de hechos sociales y políticos, como los que se presentan en Colombia, relacionadas, por ejemplo con la alta incidencia en el país del fenómeno del desplazamiento forzado como consecuencia de la violencia generalizada⁵⁸, los índices de pobreza del 30,6% y de pobreza extrema del 9,1% en el 2013⁵⁹, son condiciones que exacerbán la magnitud de la discapacidad, en la que la infancia tiene una afectación particular.

Ahora bien, seis años después de promulgada la CIF, se realiza una consideración especial para los niños, niñas y jóvenes, por lo que se publica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud: Versión para la Infancia y la Adolescencia (CIF-IA, 2007). El diseño de este instrumento se realizó para registrar las características del desarrollo infantil y las influencias de su entorno, dando cobertura específica al rango de edad entre 0 y 18 años. Esto es coherente con la normativa en varios países y con otras regulaciones de las Naciones Unidas, como la Declaración Internacional de los Derechos de los Niños realizada en 1989. A partir de esta normativa se reconocen: las manifestaciones de fun-

cionamiento, la discapacidad y las condiciones de salud son diferentes en cuanto a naturaleza, intensidad e impacto a las del adulto⁶⁰; la complejidad y variabilidad de las situaciones de participación, las cuales son cambiantes y se complejizan en la medida que los niños se desarrollan; la dinámica cambiante de los entornos en los que los niños se desarrollan. Paralelo a este proceso que se llevaba a cabo a nivel internacional, en Colombia se desarrollaban políticas y crecía la preocupación por las formas de intervenir la infancia. Es así como en el año 2006 se aprobó la ley 1098, código de infancia y adolescencia que plantearía una nueva mirada a esta población.

A pesar del establecimiento de normativas extensas para el mejoramiento de las condiciones sociales de la infancia con discapacidad, las condiciones socioeconómicas de las familias con niños y niñas con discapacidad refuerza la situación de vulnerabilidad que aún se evidencia en esta población colombiana. De acuerdo al Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) adelantado en Colombia, más del 70% de los hogares con algún miembro con condición de discapacidad se ubica en estratos socioeconómicos bajo-bajo (o estrato 1) y bajo (o estrato 2), mientras que menos del 1% se ubica en estratos socioeconómicos medio-alto (o estrato 5) y alto (o estrato 6)⁶¹. Los estratos 1 y 2 albergan personas con bajos recursos las cuales son en su mayoría usuarios que se benefician de subsidios de salud gubernamentales. De hecho, datos de estratificación demográfica demuestran que el 63,5% de los hogares colombianos se ubica en los estratos 1 y 2⁶². Sin embargo e independiente del estrato socio-económico de la población con discapacidad, la garantía de los derechos estipulados por la ley ocurre frecuentemente por la instauración de tutelas a las entidades de salud responsables de brindar estos servicios.

El RLCPD en Colombia, reporta que aproximadamente el 6% de niños y niñas menores de 14 años, presenta algún tipo de discapacidad (2,5% niñas y 3,5% niños). Vale la pena anotar que este registro es voluntario y depende de la identificación de este grupo de personas por las autoridades locales y/o municipales y de la aceptación de la situación de discapacidad del individuo y/o de la familia, lo que conlleva a una representación desigual del grupo de personas con alguna condición de discapacidad⁶¹. De hecho, se estima que en marzo de 2010, solo el 33% del total de personas con discapacidad se encontraba registrada⁶¹.

Ante estas dinámicas cambiantes, las profesiones de fonoaudiología, fisioterapia y terapia

ocupacional, empiezan a fundamentar una mirada más desde los procesos sociales que individuales a las personas con discapacidad, como figura en el plan de estudios del programa de fisioterapia de la Universidad del Valle *dentro del enfoque ambiental, la rehabilitación es un proceso en el cual se corrigen, modifican o adaptan los factores que limitan el buen funcionamiento o el comportamiento de la persona para facilitar al máximo su independencia. La mejora de la calidad de vida de los individuos afectados por una discapacidad temporal, permanente o progresiva, es la razón de ser y el objetivo de la rehabilitación*⁶³.

Igualmente, en algunos programas de asignaturas del programa de fonoaudiología de la Universidad del Valle, se aborda la discapacidad en la infancia *tomando como referencia los aportes que desde el campo disciplinar de la fonoaudiología se han hecho para describir y explicar los llamados ‘desórdenes en la comunicación’ analizados a luz de los nuevos enfoques de abordaje de la discapacidad. Con el propósito de construir esta mirada integral se retoman los aspectos claves del modelo social propuesto por la OMS (CIF-2001) y CIF – niños y jóvenes, 2007. Se valida esta propuesta como el marco general para enfocar cualquier intervención del lenguaje y la comunicación, que puede ser aplicado en distintos ámbitos (hogar, jardín, escuela) complementándolo con los procedimientos específicos utilizados para superar las deficiencias lingüísticas y las limitaciones en el desempeño comunicativo*⁶⁴. El interés es utilizar un enfoque de intervención que ayude, tanto al niño como a su familia a alcanzar las metas de vida propuestas.

Por lo tanto, se esboza el posicionamiento del modelo social de la discapacidad, en el que se plantea que los niños y las niñas deben tener las mismas oportunidades de desarrollo que los que no tienen discapacidad, por lo que la educación, con carácter de inclusiva, debe ser adaptada a las necesidades de todos. Hay un impulso general al reconocimiento de las diversidades: social, cultural, étnico, entre otras, como el reconocimiento de la singularidad de que cada uno somos especiales.

Por otro lado, la falta de autonomía de algunos países de América Latina sobre la promulgación de estas políticas de atención a la infancia, hizo que estamentos internacionales OMS, la OPS y la UNICEF hicieran posible su materialización a través de enfoques integrados como el actualmente propuesto sobre la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La AIEPI se centra en el bienestar general de la infancia y sus acciones se orientan a la promoción

de la salud y a la prevención de enfermedades en la población infantil, la cual se considera vulnerable. Dichas acciones incluyen programas como el de crecimiento y desarrollo⁶⁵, que se encarga de verificar que todos los niños y niñas alcancen las conductas esperadas para su edad según unas escalas de desarrollo predeterminadas, y de orientar a las familias hacia la búsqueda de procesos de [re]habilitación que permitan que quienes no han adquirido dichas conductas se acerquen lo más que puedan a los parámetros de ‘normalidad’ previamente establecidos.

Sobre este tercer período podemos concluir que las políticas de atención a la infancia en Colombia tienen fundamentalmente un enfoque asistencialista de protección social, que privilegia la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad, especialmente dirigidas a las poblaciones más necesitadas, de acuerdo a las desigualdades y a la escasez de recursos⁶⁶. Las miradas de la infancia entonces, están centradas en el desarrollo de un futuro adulto funcional, independiente, que contribuya a la sociedad.

Sin embargo en Colombia, ni el Estado, ni la academia han abordado la conceptualización de la [re]habilitación, y menos de manera diferenciada para la infancia, y esto ha hecho que la persona con discapacidad sea intervenida sólo desde las formas que las políticas plantean. En las profesiones [re]habilitadoras, se encontraron algunas acciones enfocadas hacia la familia y/o la escuela, pero el eje, incluso desde lo legal y lo político en Colombia, sigue siendo la atención individual de la infancia que, igualmente segregada ya no sólo al niño o la niña, sino también a la familia, a la escuela, al contexto en general. Esto hace que la relación terapéutica sea un campo de tensiones y fuerzas antagónicas, en donde las prácticas de [re]habilitación imponen regímenes de poder sobre los cuerpos, al prescribir los ideales de un cuerpo limitado a parámetros de la normalidad⁶⁷.

Conclusiones

El mayor reto para las profesiones [re]habilitadoras hoy es preguntarnos qué implicaciones tiene pensar el [re]habilitar al niño y la niña. Esto obliga más bien a reinventar una nueva forma de mirar la interacción infancia y [re]habilitación que permita una acción más intersectorial e integrada. Pareciera que, las profesiones de terapia, aún no tenemos claro el objetivo de la [re]habilitación, pues aunque nos movemos en perspectivas interactivas referentes a la interacción del indivi-

duo con el entorno, el éxito de un programa de [re]habilitación, más que para incluir, se da cuando, a partir del rescate de algunas habilidades, los sujetos son productivos e independientes. En los programas de [re]habilitación no se habla de cambios en el funcionamiento de las sociedades.

En una época donde, según Jimenez⁶⁸ la infancia es transformada desde sus prácticas sociales cotidianas por nuevos agentes como: medios de comunicación, economía de consumo y globalización, es necesario re-pensar sus procesos de [re]habilitación. Ya no se trata entonces de una infancia circunscrita solamente en ámbitos familiares y escolares, donde además se cuestionan aspectos del desarrollo. En esa tensión entre prácticas sociales es que profesiones como fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional estamos exhortados a mirar las prácticas [re]habilitadoras en la infancia y a determinar cuáles han sido los cambios instaurados ante esas dinámicas que asumen hoy una infancia contemporánea. Se reconoce una movilización hacia la comprensión de esos procesos sociales, pero se sigue actuando sobre lo individual.

La hegemonía médica sigue guiando los procesos de [re]habilitación en un contexto que se ha transformado, que impone nuevos retos, que requiere nuevas comprensiones y grandes movilizaciones conceptuales y prácticas, de manera que se reconozca a los niños y las niñas en condición de discapacidad como sujetos de derechos que habitan en el presente, trascendiendo las miradas hacia la niñez centradas en el desarrollo. Esto hace necesario fortalecer el dialogo entre las ciencias médicas y la sociología de la infancia para trascender esta mirada, otorgándole a los niños y niñas reconocimientos desde sus propias perspectivas, asunto que necesariamente debe ser profundizado en futuros escritos.

En este orden de ideas, quizás las profesiones de [re]habilitación en Colombia deban movilizar sus objetos de estudio hacia procesos de socialización de la infancia, más que hacia la búsqueda de ideales de perfección que plantean puntos de tensión ante la posibilidad de la diversidad y que siguen pensando en la diferencia como un obstáculo.

Colaboradores

NA Pava-Ripoll participó en la concepción, organización metodológica y redacción y P Granada-Echeverry participó en la redacción y revisión crítica del artículo.

Referencias

1. Palacios A. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI; 2008.
2. Vera L, Pinzón L. *Manual de medicina de rehabilitación*. Bogotá: Manual Moderno; 2002.
3. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Colombia. Ministerio de Protección Social. *Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia*. Santa fé de Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2010.
4. Ariés P. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus; 1987.
5. Ariés P, Duby G. *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus; 1991.
6. Delgado B. *Historia de la infancia*. 2^a ed. Barcelona: Ariel; 2000.
7. De Mause L. *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Editorial; 1982.
8. Santiago Z. Los niños en la historia. Los enfoques historiográficos de la infancia. *Takwá* 2007; 11-12:31-50.
9. Moreno M. *Infancia, Políticas y discapacidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
10. Moreno M. *Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.

11. Carrasquilla Gutiérrez G, Martínez Cabezas S, Latorre Castro ML, García S, Rincón C, Olaya Pardo C, Rebolledo RC, San Juan AP, Yepes JP, Mazuera AG, Aparicio ML. *La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico*. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha, Fundación Santa Fe de Bogotá; 2009.
12. Welch P, Palames C. A Brief History of Disability Rights Legislation in the United States. In: Welch P, editor. *Strategies for Teaching Universal Design*. Berkeley: Mig Communications; 1995. p. 295.
13. Carmona-Fonseca J. Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica* 2005; 25(4):464-480.
14. Muñoz C, Pachón X. *La aventura infantil a mediados de siglo*. Bogotá: Planeta; 1996.
15. Hospital Infantil Los Angeles. Historia. [2014 Mar 1]. Available from: <http://hinfantil.org/historia.php> 2009
16. Hospital Infantil Napoleón Franco. Reseña Histórica. [cited 2014 Mar 1]. Available from: http://www.lacasadelnino.org/site/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=163
17. Alzate M, López L, Velasquez V. Una mirada de la Rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. *Revista Avances en Enfermería* 2010; 28(1):151-164.
18. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Historia. [cited 2014 Mar 1]. Available from: <http://www.instituto-roosevelt.org.co/index.php/elinstituto/1-historia>
19. ACMFR. Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación. Bogotá; 2008. [cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://www.acmfr.org>
20. Castro R. Doctor Napoleón Rojas, toda una vida dedicada a la especialidad. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación* 2009; 19(1):64-67.
21. García LV. La fisioterapia en el ámbito de la salud. [Documento de investigación No. 32]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2008.
22. Sarmiento M, Cruz I, Molina V. Fisioterapia en colombia: historia y perspectiva. *Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia*. 1993; 34:7-11.
23. Cobo EA. Repensando los periodos de la fisioterapia en Colombia. *Revista Salud Historia Sanidad on-line* 2011; 6(1):1-20.
24. Crespo M, Martínez M. *Marco de referencia de los programas académicos de campo Programa de Fisioterapia*. Bogotá: Universidad del Rosario; 2004.
25. Chaves S. La Fisioterapia en Colombia. *Boletín de AS-COFI* 1962; II(4).
26. Cuervo C. *La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998.
27. Peñas OL. Terapia ocupacional en Colombia: cuatro décadas de posicionamiento en la sociedad *Revista de la Facultad de Medicina* 2006;54(4):229-231.
28. Herrera E, Rivera L, Prada A, Sánchez DC. Evolución histórica de la fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander. *Revista Salud UIS* 2004; 36(1):21-31.
29. Martínez L, Cabezas C, Labrar M, Hernández R. La logopedia en Iberoamérica. *XXV Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología*; Granada, España; 2006.
30. Peñas OL, editor. *La Investigación en Terapia Ocupacional: desarrollo histórico y situación actual*. Seminario *Procesos de Investigación en Terapia Ocupacional: hacia la construcción de líneas de investigación*; 2003; Colombia.
31. Cadena AM. Proyectos sociopolíticos, poblacionales y familias: de las políticas de higiene al control a través del afecto. Colombia 1900-1999. *Ediciones Uniandes, Documentos CESO* 2004; 76:1-85.
32. Flórez CE, Méndez R. *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Bogotá: Banco de la República; 2000.
33. Robledo AM. *Una aproximación crítica a la relación políticas públicas y niñez en Colombia*. Bogotá: Universidad Javeriana; 2008.
34. Munar W. Una agenda para la salud en Colombia. *Salud Uninorte* 1990; 6-7(2):69-80.
35. Hernández M, Obregón D. *La organización panamericana de la salud y el estado colombiano. Cien años de historia 1902 - 2002*. Bogotá: Universidad Nacional; 2002.
36. Pava-Ripoll NA. *Reforma curricular del programa académico de fonoaudiología de la Universidad del Cauca. Fase diagnóstica*. Manizales: Universidad de Manizales - CINDE; 2005.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Declaración de alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata*. Alma-Ata: OMS/OPS; 1978.
38. Escobar G, Peñaranda F, Bastidas M, Torres N, Arango A. La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2006; 24(1):84-91.
39. Peñaloza ML. Una mirada al quehacer fonoaudiológico en Colombia. Manizales: Universidad Católica de Manizales; 1992.
40. Banguero H, Castellar C. *La población de Colombia, 1938-2025*. Cali: Universidad del Valle; 1993.
41. Jiménez A. *Emergencia de la infancia contemporánea, 1968-2006*. Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2012.
42. Pachón X. La familia en Colombia a lo largo del siglo XX. In: Puyana Y, Ramírez MH, editors. *Familias, cambios y estrategias*. Santa Fé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007. p. 145-159.
43. Gutiérrez de Pineda V. *Familia y cultura en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Tercer Mundo; 1968.
44. Myers RG. Atención y desarrollo de la primera infancia en Latinoamérica y El Caribe: Una revisión de los diez últimos años y una mirada hacia el futuro. *Revista Iberoamericana de Educación* 2000; 22.
45. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Declaración para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de la Niñez*. Nueva York: UNICEF; 1990.
46. Ripoll de Urrutia M. Políticas para la familia y sectores marginales. In: Mockus A, editor. *La política social en los 90. Análisis desde la Universidad*. Bogotá: Universidad Nacional; 1994. p. 177-184.

47. Bastidas-Acevedo M, Torres-Ospina JN, Arango-Córdoba A, Escobar-Paucar G, Peñaranda-Correa F. La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1919-1928.
48. Muñoz-Caicedo A, Zapata-Ossa HJ, Pérez-Tenorio LM. Validación de criterio de la Escala Abreviada del Desarrollo (EAD-1) en el dominio audición-lenguaje *Rev. salud pública* 2013; 15(3):386-97.
49. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO). *Declaración de Salamanca y marco de acción para las necesidades educativas especiales*. Salamanca: UNESCO; 1994.
50. República de Colombia. Misión permanente de Colombia ante las Naciones Unidas. Informe de Colombia a Favor de la Infancia 1990-2000. 2002 [cited 2014 Feb 1]; Available from: http://www.colombiaun.org/Historia/Participacion%202001/Articulos%202001/cumbremundial_infancia.html.
51. Ramírez P. *Evolución de la política social en la década de los noventa: cambios en la lógica, la intencionalidad y el proceso de hacer la política social. El caso de Colombia*. Bogotá: Clapso; 2002.
52. Simó S. Terapia Ocupacional eco-bio-social: hacia una ecología ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* 2012; 20(1):7-16.
53. Colombia. Ministerio de Salud (MdS). *Ocupación, discapacidad y costos. La redistribución de beneficios a través del sistema de seguridad social integral*. Bogotá: MdS; 2000.
54. Asociación Colombiana de Facultades de Fonoaudiología (ASOFON). Estatutos. [acceso 1 nov 2013]. Disponible en: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermessoft/portalIG/home_1/recursos/directorio_de_conocimiento/contenidos/09042008/contenidos_asofon.jsp2006
55. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud - CIF*. Geneva: OMS; 2001.
56. Ferreira M. Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)* 2008; 124:141-174.
57. Ferreira LTD, Castro SSD, Buchalla CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):469-474.
58. Organización de las Naciones Unidas(ONU), Colombia. *Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2011.
59. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Pobreza monetaria y multidimensional 2013*. Bogotá: DANE; 2014. Boletín de prensa.
60. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Versión para la Infancia y la Adolescencia: CIF-IA*. Madrid: OMS; 2007.
61. La Rota M, Santa S. *Las personas con discapacidad en colombia. Una mirada a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad; 2012.
62. Colombia. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Consejo Nacional de Política Económica y Social. *Documento Conpes 3386. Plan de acción para la focalización de los subsidios para servicios públicos domiciliarios*. Bogotá: DNP; 2006.
63. Programa de Fisioterapia UdV. *Programa Académico de fisioterapia*. Bogotá: UdV; 2013. Proyecto Educativo.
64. Programa de Fonoaudiología UdV. *Discapacidad e Intervención de la Comunicación y el Lenguaje en la Infancia*. Bogotá: UdV; 2012. Programa de curso.
65. Lamus F, Durán RM, Docal MdC, Soto LA, Restrepo S. Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en la implementación de la estrategia AIEPI en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2007; 6(12):126-143.
66. León H, Mogollón A, García L, Ospina J, Santacruz M. La actividad física en la población con discapacidad en Colombia. Una mirada desde el papel del Estado, los enfoques de desarrollo y las políticas públicas. *Borradores de Investigación [Internet]*. 2010 Septiembre, 2013; 11. [cited 2013 Nov 13]. Available from: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/3285/1/Fasc%C3%ADculo11.pdf>
67. Brigueiro M. Cuerpo, cultura y discapacidad: aproximaciones analíticas desde la teoría social. In: Cuervo C, Trujillo A, Vargas DR, Mena B, Pérez L, editors. *Discapacidad e inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005. p. 173-192.
68. Jimenez A. *Emergencia de la infancia contemporánea 1968-2006*. Bogotá: Universidad Distrital FRancisco José de Caldas; 2012.

Artigo apresentado em 31/07/2014

Aprovado em 27/10/2014

Versão final apresentada em 29/10/2014