

# Caracterización de la Profesión de Fisioterapia en Colombia

Bogotá, D.C., Diciembre 11, 2008.

# CARACTERIZACION DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA

DARIO MONTOYA MEJIA

**Director General del SENA**

CAMILO MONTES

**Director Sistema Nacional de Aprendizaje para el Trabajo (SINAT)**

JOSE IGNACIO OROZCO MARTINEZ

**Coordinador Grupo de Normalización**

**Sistema Nacional de Aprendizaje para el Trabajo (SINAT)**

AIDA LUZ MARTINEZ GEMADE

**Profesional Grupo de Normalización**

**Sistema Nacional de Aprendizaje para el Trabajo (SINAT)**

SONIA CRISTINA PRIETO

**Directora del SENA – Regional Bogotá D.C.**

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

**Subdirector**

**Centro de Formación de Talento Humano en Salud**

## JUNTA DIRECTIVA MESA SECTORIAL SALUD

JUAN CARLOS GIRALDO

**Presidente**

OLGA LUCIA ZULUAGA

**Vicepresidente**

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

**Secretario Técnico**

FERNANDO MEDINA

**Vocal – Regional Antioquia**

CARLOS SOLARTE

**Vocal – Regional Valle**

MONICA GÓMEZ

**Vocal – Regional Atlántico**

## EQUIPO DE INVESTIGADORES

### ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA- ASCOFI

#### KARIM MARTINA ALVIS GÓMEZ

Vicepresidenta Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia- ASCOFI  
Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia

#### EDGAR DEBRAY HERNÁNDEZ ALVAREZ

Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia  
Profesor Escuela Colombiana de Rehabilitación

#### VICTORIA EUGENIA MOLINA ARBELÁEZ

Coordinadora Grupo Ejercicio y Práctica Profesional -ASCOFI

#### ZULMA SORAYA ZUBIETA ROJAS

Vicepresidencia Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia- ASCOFIFI  
Directora Programa de Fisioterapia Universidad Manuela Beltrán

#### RUTH NADITH MEDINA PÉREZ

Asesora Metodológica del Mapa Funcional de Competencias Laborales en Fisioterapia  
e Interventora del proyecto  
Metodóloga de Normalización  
Centro de Formación de Talento Humano en Salud  
SENA – Regional Bogotá D.C.

## Resumen

La profesión de fisioterapia es histórica y socialmente reconocida, como una de las profesiones de impacto tanto en el desarrollo social y en salud que a nivel mundial ha presentado avances significativos. Estos avances implican igualmente cambios en las acciones, procesos y procedimientos a cargo y generan modificaciones en los procesos de formación y de ejercicio de la misma. El presente documento presenta la caracterización de esta profesión en los entornos económico, organizacional, tecnológico, educativo y ocupacional, así como algunas tendencias y recomendaciones generales sobre el devenir de la profesión en el futuro inmediato y a largo plazo.

## Summary

The Physiotherapy is a profession historically and socially recognized, as one of the most impact into the health area. In the last twenty years the physiotherapy has been presented significant advances that represent changes in the actions, processes and procedures of the profession and that modify the professional exercise. This document presents the characterization of the profession in different context such as socioeconomic, organizational, technologic, educational and occupational. Likewise, the authors present some tendencies and general suggestions about the future develop of the profession in the long and short term.

## Contenido

|   |    |
|---|----|
| PRESENTACIÓN.....   | 9  |
| REFERENTE CONCEPTUAL DE LA FISIOTERAPIA .....                               | 10 |
| ENTORNO SOCIOECONÓMICO DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA.....                  | 17 |
| Contexto Histórico de la Fisioterapia en Colombia .....                     | 18 |
| Mercado de Servicios de Fisioterapia en Colombia .....                      | 20 |
| Demanda de Servicios .....  | 21 |
| Oferta de Servicios .....   | 28 |
| Instituciones relacionadas con la oferta de servicios en fisioterapia ..... | 28 |
| Capital Humano.....   | 32 |
| Estructura Salarial .....   | 39 |
| Precio de los Servicios de Fisioterapia .....                               | 41 |
| Tasa de Retorno de la inversión en la formación en Fisioterapia .....       | 42 |
| Proyección de la Oferta del Recurso Humano en Fisioterapia.....             | 44 |
| Impacto Social y Económico de la profesión de Fisioterapia .....            | 45 |
| ENTORNO ORGANIZACIONAL DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA .....                 | 47 |
| CONTEXTO ORGANIZACIONAL EN SALUD .....                                      | 48 |
| CONTEXTO ORGANIZACIONAL GREMIAL .....                                       | 50 |
| ENTORNO TECNOLÓGICO DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA .....                    | 56 |
| Tecnología Blanda .....   | 56 |
| Tecnología Dura .....   | 57 |
| ENTORNO OCUPACIONAL EN LA FISIOTERAPIA .....                                | 60 |
| CONTEXTO OCUPACIONAL INTERNACIONAL .....                                    | 60 |
| CONTEXTO OCUPACIONAL NACIONAL.....  | 65 |
| ENTORNO EDUCATIVO .....   | 68 |
| CONTEXTO EDUCATIVO INTERNACIONAL.....                                       | 68 |
| CONTEXTO EDUCATIVO NACIONAL.....  | 70 |
| Primeros programas de fisioterapia en el país.....                          | 71 |
| Situación actual de los programas de fisioterapia .....                     | 71 |
| Nivel de formación y modalidad .....  | 73 |
| Títulos otorgados .....   | 73 |
| Naturaleza jurídica .....   | 74 |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Condición de calidad .....       | 74 |
| Distribución geográfica .....    | 75 |
| Duración de la formación .....   | 76 |
| Estructura curricular.....       | 77 |
| Créditos académicos .....        | 80 |
| Grupos de investigación .....    | 82 |
| Educación avanzada .....         | 84 |
| RECOMENDACIONES FINALES.....     | 86 |
| Referencias Bibliográficas ..... | 87 |

## Índice de Tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Diez Primeras Causas de Defunción 1990-2003 .....   | 24 |
| Tabla 2. Oferta de Cupos por Población Ciencias de la Salud 1984-2020 (Tasa por 10000 habitantes) .....                              | 35 |
| Tabla 3. Graduados por Población Ciencias de la Salud 1984-2020 (Tasa por 10000 habitantes).....                                     | 37 |
| Tabla 4. Distribución Stock del Recurso Humano por Categorías Ocupacionales. ....  | 38 |
| Tabla 5. Estimación del Recurso Humano Desocupado por Categoría Ocupacional. 2000 .....  | 39 |
| Tabla 6. Salarios Promedio Año 2000.....   | 39 |
| Tabla 7. Montos Promedio de Deuda y Comparativos, antes de Iniciar Actividad Laboral .....   | 43 |
| Tabla 8. Deuda Antes de Iniciar Actividad Laboral- Fisioterapeutas .....   | 43 |
| Tabla 9. Proyección de la Oferta del Recurso Humano a 2020 .....   | 45 |
| Tabla 10. Ejes y Objetivos del Plan de Desarrollo de CLADEFK .....   | 52 |
| Tabla 11. Clasificación de Dispositivos Tecnológicos Utilizados en Fisioterapia .....  | 58 |
| Tabla 12. Ámbitos de Actuación Profesional .....   | 61 |
| Tabla 13. Titulación en Europa, Asia y Africa.....   | 69 |
| Tabla 14. Titulaciones en Latinoamerica .....  | 69 |
| Tabla 15. Instituciones sin información de condición de calidad.....   | 72 |
| Tabla 16. Títulos otorgados en los programas de fisioterapia. Colombia 2000 y 2008 .....   | 73 |
| Tabla 17. Naturaleza jurídica de los programas de fisioterapia. Colombia 2008 .....  | 74 |
| Tabla 18. Distribución de programas de fisioterapia acreditados según naturaleza jurídica. Colombia 2008 .....                       | 75 |
| Tabla 19. Distribución geográfica de los programas de fisioterapia. Colombia 2008.....   | 76 |
| Tabla 20. Duración de los programas de fisioterapia. Colombia 2008 .....   | 76 |
| Tabla 21. Duración de programas de fisioterapia creados en el período 2000-2008. Colombia.....                                       | 77 |
| Tabla 22. Denominaciones de la malla curricular por campos o áreas de formación de los programas de fisioterapia. Colombia 2008..... | 79 |
| Tabla 23. Número de Créditos por programa de Fisioterapia. Colombia 2008 .....   | 81 |
| Tabla 24. Número de créditos por programa de fisioterapia. Colombia 2008.....  | 82 |
| Tabla 25. Grupos de investigación en fisioterapia reconocidos por Colciencias. Colombia 2008 .....                                   | 83 |
| Tabla 26. Grupos de investigación en fisioterapia registrados en Colciencias. Colombia 2008 .....                                    | 83 |
| Tabla 27. Especializaciones relaciones con fisioterapia. Colombia 2008 .....   | 84 |

## Índice de Gráficos

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1. Mortalidad Infantil por Quinquenios. 1975-005.....                | 25 |
| Gráfico 2. Regulación de Servicios isioterapia.....                          | 30 |
| Gráfico 3. Recuperación Inversión en Fisioterapia, Precios Año2000.....      | 44 |
| Gráfico 4. Organización Fisioterapia.....                                    | 48 |
| Gráfico 5. Mapa Institucional del Sistema de Seguridad Social en Salud ----- | 50 |



## PRESENTACIÓN

En el ámbito de desarrollos sociales, económicos y políticos, y relacionados con los procesos de globalización, las profesiones del área de la salud y como parte de ellas la Fisioterapia, han venido presentado avances significativos en su ejercicio y en sus relaciones con el entorno.

El presente estudio es el resultado de las intencionalidades de caracterización de la profesión de fisioterapia en Colombia de dos organizaciones: el Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA, por un lado y la Asociación Colombiana de Fisioterapia- ASCOFI, por el otro, de poder consolidar en un documento las características generales de la fisioterapia en Colombia, sus relaciones con el contexto nacional e internacional y la proyección y alcances de la profesión en el país.

Este documento es una construcción conjunta de diversos actores, representantes de agremiaciones tanto académicas como científico gremiales, a partir de un análisis sistemático de documentos productos de investigaciones y reflexiones nacionales e internacionales, bases de datos de los entes reguladores nacionales.

El resultado de este análisis se presenta a la comunidad académica, científica, profesional y a la comunidad general a través de la reflexión alrededor de los entornos económico, organizacional, tecnológico, ocupacional y educativo, en los cuales se circunscribe el ejercicio profesional en nuestro país.

**Karim Martina Alvis Gómez**

**Edgar Debray Hernández Alvarez**

**Victoria Eugenia Molina Arbeláez**

**Zulma Zoraya Zubieta Rojas**

## REFERENTE CONCEPTUAL DE LA FISIOTERAPIA

La fisioterapia es una profesión liberal del área de la salud que contribuye al desarrollo humano y social de los individuos y colectivos humanos con los cuales trabaja. En Colombia está reglamentado su ejercicio a través de la Ley 528 de 1999, en la cual la fisioterapia se define como:

*“La Fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar se calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías.”<sup>1</sup>*

Según la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT por sus siglas en inglés), los fisioterapeutas brindan servicios a individuos y colectivos humanos para restaurar la máxima capacidad funcional del movimiento a través del ciclo vital humano. Desde esta perspectiva, la práctica de los fisioterapeutas incluye la provisión de servicios para potencializar el movimiento y la función. (WCPT, 2007)<sup>2</sup>

La práctica de Fisioterapia se relaciona con la identificación y maximización de la calidad de vida y el movimiento funcional potencial, en los ámbitos de la promoción, la prevención, el mantenimiento, la intervención/tratamiento, la habilitación y rehabilitación. Estas acciones incluyen el bienestar físico, emocional y social. La práctica

---

<sup>1</sup> Ley 528 de 1999. Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética y otras disposiciones.

<sup>2</sup> WCPT.(2007) World Confederation for Physical Therapy. WCPT Guidelines for Physical Therapist for Professional Entry Level Education

de fisioterapia implica la interacción entre el fisioterapeuta, los pacientes o clientes, familias, cuidadores, y otros proveedores de servicios de salud, y comunidades, en un proceso de evaluación del movimiento potencial y establecimiento de acuerdos en las metas y objetivos de interacción, utilizando el conocimiento y las habilidades específicas del fisioterapeuta.<sup>3</sup>

La Fisioterapia surge en Colombia en el año de 1.952, a partir de la creación del primer programa de formación en Fisioterapia, el cual se desarrolla en la Escuela Nacional de Fisioterapia (actual Escuela colombiana de Rehabilitación). En 1953, se funda la Asociación colombiana de Fisioterapia, ASCOFI, como entidad gremial que apunta a hacer conocer y respetar la nueva profesión en el país. En 1.954 mediante el decreto 1056 se reglamenta el ejercicio de la profesión y en 1.976 mediante la ley 9 se determina su carácter Universitario. Sin embargo es hasta 1.999, mediante la ley 528 en que la fisioterapia se consolida como una “profesión liberal, del área de la Salud, con formación universitaria...” (ICFES-UN, 2004)<sup>4</sup>

El ejercicio de la profesión de fisioterapia en Colombia se rige tanto por los principios generales de comportamiento profesional formulados por la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT por sus siglas en inglés) como por los principios expresados en la Ley 528 d3 1999.

Según la WCPT (WCPT, 2007)<sup>5</sup>, el comportamiento profesional se debe regir por:

- Confiabilidad
- Altruismo
- Compasión/Cuidado
- Competencia Cultural
- Comportamiento ético
- Integridad

---

<sup>3</sup> WCPT.(2007) World Confederation for Physical Therapy. WCPT Guidelines for Physical Therapist for Professional Entry Level Education

<sup>4</sup> ICFES-UN (2004). Marco de Fundamentación Conceptual. Examen de Calidad de la Educación Superior Programas de Fisioterapia-2004.

<sup>5</sup> WCPT (2007). Guidelines for Physical Therapist Entry Level Education.

- Desarrollo Personal y Profesional
- Responsabilidad Profesional
- Responsabilidad Social
- Trabajo en equipo

De acuerdo con lo establecido en la ley 528 de 1999, la práctica de fisioterapia debe responder a los siguientes principios:

- Las actividades inherentes al ejercicio de la Fisioterapia imponen un profundo respeto por la dignidad de la persona humana y por sus fueros y derechos individuales, sin distinciones de edad, sexo o nacionalidad ni de orden racial, cultural, económico, político o religioso.
- Las formas de intervención que se utilicen en desarrollo del ejercicio profesional deberán estar fundamentadas en los principios científicos que orientan los procesos relacionados con el movimiento corporal humano que, por lo mismo, constituyen la esencia de la formación académica del Fisioterapeuta.
- El estudio de los usuarios de los servicios de Fisioterapia, como personas individualmente consideradas, debe hacerse en un ámbito integral. Por lo tanto, constituye deber previo a cualquier tipo de acción profesional, una evaluación que involucre los aspectos históricos, sociales, familiares económicos y culturales de los mismos.
- La participación del Fisioterapeuta en cualquier tipo de investigación científica que involucre seres humanos, deberá ajustarse a los principios metodológicos y éticos que permiten el avance de la ciencia, sin sacrificar los derechos de la persona.
- El deber de dar atención y contribuir a la recuperación y bienestar de las personas, no comporta el compromiso de garantizar los resultados exitosos de una intervención profesional; hacerlo, constituye una falta ética que debe ser sancionada de acuerdo con las previsiones de esta ley.

- La relación entre el Fisioterapeuta y los usuarios de sus servicios se inspira en un compromiso de mutua lealtad, autenticidad y responsabilidad que debe estar garantizado por adecuada información, privacidad, confidencialidad y consentimiento previo a la acción profesional por parte de aquellos. La atención personalizada y humanizada constituye un deber ético permanente.
- La actividad pedagógica del Fisioterapeuta es una noble práctica que debe ser desarrollada transmitiendo conocimientos y experiencias al paso que ejerce la profesión, o bien en función de la cátedra en instituciones universitarias u otras cuyo funcionamiento este legalmente autorizado. En uno u otro caso, es deber suyo observar los fundamentos pedagógicos y en método de enseñanza que se ajuste a la ética profesional.
- La función que como perito deba cumplir un Fisioterapeuta, a título de auxiliar de la justicia cuando sea requerido para tales efectos de acuerdo con la ley, deberá realizarse con estricta independencia de criterio, valorando de manera integral el caso sometido a su experticia y orientado únicamente por la búsqueda de la verdad.
- La remuneración que el Fisioterapeuta reciba como producto de su trabajo, forma parte de los derechos que se derivan de su ejercicio profesional como tal y, por ello, en ningún caso debe ser compartida con otros profesionales u otras personas por razones ajenas a la esencia misma de este derecho.
- La capacitación y la actualización permanente de los Fisioterapeutas identifican individualmente o en su conjunto el avance del desarrollo profesional. Por lo tanto, la actualización constituye un deber y una responsabilidad ética.
- La autonomía e independencia del Fisioterapeuta, de conformidad con los preceptos de la presente ley, son los fundamentos del responsable y ético ejercicio de su profesión.

- El ejercicio de la Fisioterapia impone responsabilidades frente al desarrollo social y comunitario. Las acciones del Fisioterapeuta se orientan no solo en el ámbito individual de su ejercicio profesional sino hacia el análisis del impacto de este en el orden social.
- Es deber del Fisioterapeuta prestar servicios profesionales de la mayor calidad posible, teniendo en cuenta los recursos disponibles a su alcance y los condicionamientos de diverso orden existentes en el medio dentro del cual desarrolle su actividad.

La fisioterapia tiene dentro de sus objetivos mantener, mejorar, desarrollar y asegurar la salud y el desarrollo individual y social de individuos y colectivos a través del movimiento corporal humano.

Las actividades profesionales desarrolladas por los fisioterapeutas se enmarcan en las siguientes<sup>6</sup>:

- Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinar o interdisciplinar, destinada a la renovación o construcción de conocimiento que contribuya a la comprensión de su objeto de estudio y al desarrollo de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales.
- Diseño, ejecución, dirección y control de programas de intervención Fisioterapéutica para: la promoción de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios en la condición física en individuos y comunidades en riesgo, la recuperación de los sistemas esenciales para el movimiento humano y la participación en procesos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación integral.

---

<sup>6</sup> Ley 528 de 1999. Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética y otras disposiciones.

- Gerencia de servicios Fisioterapéuticos en los sectores de Seguridad Social, Salud, Trabajo, Educación y otros sectores del desarrollo nacional.
- Dirección y gestión de programas académicos para la formación de Fisioterapéuticos y otros profesionales afines.
- Docencia en Facultades y Programas de Fisioterapia y en Programas afines.
- Asesoría y participación en el diseño y formulación de políticas en Salud y en Fisioterapia y proyección de la practica profesional.
- Asesoría y participación para el establecimiento de estándares de calidad en la educación y atención en Fisioterapia y disposiciones y mecanismos para asegurar su cumplimiento.
- Asesoría y Consultoría para el diseño, y dirección de programas, en los campos y áreas en donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la Fisioterapia sea requerido y/o conveniente para el beneficio social.
- Diseño, ejecución y dirección de programas de capacitación y educación no formal en el área.
- Toda actividad profesional que se derive de las anteriores y que tenga relación con el campo de competencia del Fisioterapeuta.

Las poblaciones objetos del trabajo para los profesionales en fisioterapia son el individuo, la familia, los cuidadores y los colectivos, en el sitio dónde ellos se desenvuelven y buscando el desarrollo del máximo movimiento funcional.

Los escenarios de práctica laboral son fundamentalmente cuatro (4). Estos son<sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> ICFES-UN (2004). Marco de Fundamentación Conceptual. Examen de Calidad de la Educación Superior Programas de Fisioterapia-2004.

- Clínico
- Laboral
- Educativo
- Deportivo/Recreativo

Las competencias profesionales en cada uno de estos escenarios se pueden caracterizar de la siguiente forma<sup>8</sup>:

**Escenario Clínico:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación, argumentación y desarrollo de propuestas de intervención sobre el movimiento corporal alterado por factores biológicos, sociales, ambientales y psicológicos, aplicando acciones y procesos de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación con el propósito de potencializar el movimiento y recuperar la salud.

**Escenario laboral:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación, argumentación y desarrollo de propuestas de intervención del movimiento corporal humano en relación con el proceso de salud- enfermedad en situaciones de trabajo.

**Escenario Educativo:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación y argumentación y desarrollo de proyectos para la construcción de saberes y prácticas saludables en la comunidad escolar a partir del desarrollo y potencialización del movimiento corporal humano como facilitador de los procesos educativos, que permitan la construcción de estilos de vida saludables desde, para y por los sujetos propios de la escuela. Será producto de la interacción entre el ser, el querer ser y el deber ser cultural y social para la formación de hábitos y comportamientos sostenibles orientados a mantener la salud, reducir los factores de riesgo y potenciar saberes y prácticas saludables.

**Escenario Deportivo y Recreativo:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación y argumentación y desarrollo de propuestas de interacción del movimiento

---

<sup>8</sup> ICFES-UN (2004). Marco de Fundamentación Conceptual. Examen de Calidad de la Educación Superior Programas de Fisioterapia-2004.



corporal por medio del ejercicio físico, la actividad física y el deporte. Se constituyen en dispositivos que permiten favorecer la salud de las personas incidiendo positivamente desde el punto de vista biológico, Psicológico, social afectivo incluso cultural, por esto es importante la comprensión de los mecanismos que permiten que estos sean utilizados como protectores de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como potencializador y/o facilitador y como medio para lograr proyectos de vida saludable desde el desarrollo y potencialización del movimiento corporal.

Hasta acá algunas consideraciones generales sobre el ejercicio profesional de la fisioterapia en Colombia. Se presenta a continuación una reflexión de las características de la profesión en diferentes contextos, entre ellos el socioeconómico, organizacional, tecnológico, ocupacional y educativo, con el fin de brindar al lector una visión global de la profesión en nuestro país.

## ENTORNO SOCIOECONÓMICO DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA

La fisioterapia como profesión de la salud relacionada con el desarrollo humano presenta relaciones características con el entorno, las cuales pueden agruparse en tres grandes

áreas para su análisis e identificar el impacto social y económico de esta profesión. Estas tres áreas son:

- El ámbito histórico y social en el cual y a través del cual la fisioterapia ha tenido sus relaciones con el entorno y ha demostrado el impacto de sus acciones
- El contexto económico, incluyendo la caracterización de la demanda de servicios, la oferta (viéndolo desde la perspectiva de respuesta del sistema general de seguridad social, como desde la caracterización de los profesionales, costos de servicio y salarios).
- El impacto que en salud y desarrollo social ha tenido la fisioterapia en Colombia y en el mundo.

### Contexto Histórico de la Fisioterapia en Colombia<sup>9</sup>

Desde una perspectiva histórica, la práctica de la fisioterapia en Colombia, se remonta a la primera mitad del siglo XX. En este momento, era una práctica no realizada por sujetos formalmente formados para esto, sino por individuos no fisioterapeutas entre otros por: masajistas-sobanderos, enfermeras-entrenadores-voluntarias. A este período se le denomina de prácticas dispersas (1930-1951). (Sarmiento, Cruz, Molina, & Martínez, 1994).

Durante este período se inicia la prestación de servicios de cinesiterapia destinados a ayudar a la curación y rehabilitación de los enfermos, el primero de los cuales empieza a funcionar en el Hospital San Juan de Dios. En este período también se crea el Instituto Nacional de Educación Física (en 1936), el cual brinda a los enfermos un servicio de kinesiterapia.

Por supuesto, no se puede aquí desconocer, como los saberes populares mezclados con influencias de saberes científicos provenientes de Estados Unidos y Europa, convergen la formulación de un estatus quo, destinado a generar la base de los servicios de fisioterapia

---

<sup>9</sup> El contenido de este ítem ha sido elaborado con base en el estudio: Sarmiento, M.; Cruz, I.; Molina, V.; Martínez, A. (1994). Fisioterapia en Colombia: Historia y Perspectivas. Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia. Vol. XXXIX- Noviembre. pp.7-11

actuales y posibilitar la institucionalización de la formación de fisioterapeutas en nuestro país.

Posterior a este período, y determinado por las transferencias tecnológica y científica de los países de Norte, se establece la institucionalización de la fisioterapia (1952-1977). Es en este período donde se establecen las primeras escuelas de fisioterapia, se crea la Asociación Colombiana de Fisioterapia y se genera la Organización sindical de fisioterapia. La formación de los fisioterapeutas se enmarca en ese momento en un paradigma biologista – mecanicista, coherente con el paradigma determinante de la concepción de salud en el mundo. En ese momento la profesión se supra especializó en el pregrado; era inminentemente clínica y su desarrollo estaba determinado más por la transferencia tecnológica que por el desarrollo del saber profesional o disciplinar. Sin embargo, es este sin lugar a dudas el período donde la fisioterapia se consolida como profesión en nuestro entorno social. Durante este período surge la profesión, con un nivel de formación técnico, como carrera auxiliar de la medicina y ubicada principalmente en el campo de la rehabilitación, siendo reglamentada a través del Decreto 1056 de 1954, en el cual se expresan las normas del ejercicio técnico de la fisioterapia. Posteriormente esta reglamentación, cambia cuando se le reconoce en 1976 a través de la Ley 9 de ese año, el carácter ser una profesión de formación universitaria (Ley 528, 1999)<sup>10</sup>

Entre 1978 y 1994, se considera que en la fisioterapia se produce un proceso de consolidación de la profesión. En este período se producen cambios del paradigma de referencia pasando a un entendimiento de la salud como fenómeno social, multicausal, intersectorial y con compromiso de la población general. Estas modificaciones en el paradigma, obligan a repensar tanto la formación como el ejercicio, sobre la identidad y proyección de la fisioterapia a nivel social y se inicia a nivel nacional, reflexiones sobre el objeto de estudio, el perfil profesional y la misión de la profesión.

Derivado de las reflexiones anteriores, se ha presentado durante los últimos años (1995-2008) un período donde la profesión a nivel mundial y nacional ha llegado a acuerdos

---

<sup>10</sup>Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la fisioterapia, se citan normas en material de ética profesional y otras disposiciones. Septiembre 14 de 1999.

sobre su objeto de estudio, su misión, y el perfil profesional en las diversas áreas de desempeño o escenarios prácticos de la profesión.

La fisioterapia, durante este período se consolida como profesión autónoma, tanto a nivel nacional como mundial, a través de la construcción teórica alrededor del movimiento corporal humano, la profundización en los fundamentos científicos que la sustentan, la definición y puntualización de modelos propios de evaluación, diagnóstico e intervención y el desarrollo de teorías y tecnología propias. Todo lo anterior ha ampliado de manera significativa el ámbito de acción profesional<sup>11</sup>

Es durante estos años que se formula la Ley 528 de 1999, por la cual se rige el ejercicio profesional y en el cual se afirma que la fisioterapia es una profesión del área de la salud: que atiende individuos y colectivos y cuyo objeto de estudio es el movimiento corporal humano, para el logro de dos condiciones fundamentales del desarrollo social: el bienestar y la calidad de vida de estos individuos y colectivos.<sup>12</sup>

### Mercado de Servicios de Fisioterapia en Colombia

Cuando se hace referencia al mercado de servicios de fisioterapia en Colombia, se debe analizar tanto la oferta y demanda de servicios. La demanda, se relaciona con las características propias de la población demandante de servicios. Es por esto, que se hará una presentación de las principales características epidemiológicas y demográficas de la población colombiana en términos de salud-enfermedad y discapacidad.

La oferta se describirá con base en: la condición de instituciones donde se oferta el servicio de fisioterapia, la condición del capital humano que oferta este servicio, la remuneración de servicios a los profesionales que la ejercen, y, el costo de los servicios que se prestan a la población.

---

<sup>11</sup> Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la fisioterapia, se citan normas en material de ética profesional y otras disposiciones. Septiembre 14 de 1999.

<sup>12</sup> Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la fisioterapia, se citan normas en material de ética profesional y otras disposiciones. Septiembre 14 de 1999.

## Demanda de Servicios

La fisioterapia como profesión de la salud debe responder a demandas impuestas por las condiciones demográficas y epidemiológicas, así como a las condiciones de discapacidad que presenta el país. A continuación se presentará la información relacionada con esta condición de salud/enfermedad y capacidad/discapacidad en nuestro país.

Colombia de acuerdo al censo realizado en el 2005, tiene una población de 41.242.948 habitantes (Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2006); Bogotá en conjunto con Medellín, Cali y Barranquilla concentran el 29,5% de la población del país. La densidad poblacional es de 36,2 habitantes/km<sup>2</sup> y la población es predominantemente urbana (72% vive en cabeceras).<sup>13, 14</sup>

En relación con los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud en Colombia, se encuentra que, después de la crisis económica de los últimos años del siglo XX e inicios del presente, muestra claros indicios de superación, lo cual se refleja en el Patrimonio Interno Bruto (PIB) de los últimos años, el cual ha variado de -4,3% en 1999 a 5,1% en 2005 (Grupo Aval, 2006).<sup>15, 16</sup>. De igual forma y según reporta el DANE, las cifras de pobreza decrecieron entre 2002 y 2005, de 57% a 49% para la población bajo la línea de pobreza y de 20,7% a 14,7% para la que está bajo la línea de indigencia. (Montenegro, 2005)<sup>17</sup>, El Índice de Desarrollo Humano aumentó algo más de 7% entre 1991 y 2003 (de 0,728 a 0,781) y Colombia se ubica en el puesto 77 entre 177 países. (Naciones Unidas, 2005.)<sup>18</sup>

---

<sup>13</sup> Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2006). Boletín Censo General 2005. Bogotá. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin.pdf>. Acceso el 20 de Octubre de 2008.

<sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Informe Colombia. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>. Acceso el 20 de Octubre de 2008.

<sup>15</sup> Grupo Aval. Indicadores económicos. Producto Interno Bruto (PIB) Histórico. Disponible en: <http://www.grupoaval.com/oc4j/portales/isp/gaviframes.jsp>. Acceso el 20 de Octubre, 2008.

<sup>16</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Informe Colombia. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>. Acceso el 20 de Octubre de 2008.

<sup>17</sup> Montenegro S. Estimaciones de pobreza e indigencia en Colombia 2005. Departamento Nacional de Planeación; 2005. Disponible en: [http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP\\_Presentaciones/Presentación\\_cifras\\_pobreza\\_2005.pdf](http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_Presentaciones/Presentación_cifras_pobreza_2005.pdf). Acceso el 27 de julio de 2006.

<sup>18</sup> Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág.15-16.

Se encuentra igualmente, que en la población se ha aumentado la disparidad en la distribución de los ingresos, encontrándose que el PIB per cápita en 2004 se estimó en \$US 2004,80. El coeficiente de Gini aumentó de 0,544 en 1996 a 0,563 en 2003, siendo más evidente entre la zona rural y urbana (En la zona urbana se acerca a los índices de países clasificados como de alto desarrollo, mientras que la zona rural está en los niveles medios). De igual forma, se presenta clara desigualdad entre departamentos, siendo el departamento más atrasado el Chocó, seguido por Cauca y Nariño, y la región más desarrollada el Distrito Capital de Bogotá.<sup>19</sup>

El conflicto armado interno ha determinado de manera importante la realidad colombiana y por lo tanto la demanda de servicios de salud en fisioterapia. Este conflicto, que afecta al país hace más de cuatro décadas y tras esfuerzos fallidos de negociación por parte de los gobiernos, tuvo su máxima expresión durante los años 1998-2000. Durante el presente gobierno se han realizado esfuerzos dirigidos a la seguridad democrática, encontrándose una disminución en el número de masacres (82% menos entre 2000 y 2005), reducción de los actos terroristas (68,9% entre 2002 y 2005) y descenso de los secuestros (81,9% entre 2000 y 2005); este mejoramiento conduce a una disminución de las consecuencias en salud y discapacidad resultante de este proceso.<sup>20, 21</sup>

De igual forma la población colombiana presenta una disminución en el índice de desempleo y subempleo, entre el año 2001 a 2005, de 17% a 13,2% y de 31,7% a 28,2%, respectivamente (Colombia, DANE, 2006).<sup>22</sup> La tasa de analfabetismo, en la población mayor de 15 años, es de 7,6%, siendo mayor en las zonas rurales (15,4%). De igual forma, sólo 33 niños de cada 100 que ingresan a primaria egresan del nivel 11. Las probabilidades de acceso y permanencia en el sistema de educativo son muy pequeñas para los estratos menos favorecidos, las regiones más apartadas y las zonas rurales.

---

<sup>19</sup> Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág.15-16.

<sup>20</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Informe Colombia. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>. Acceso el 20 de Octubre de 2008

<sup>21</sup> Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág.15-16

<sup>22</sup> Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares 2001-2006; 2006. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/ech/ech\\_TNal\\_juni06.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/ech/ech_TNal_juni06.xls). Acceso el 27 de julio de 2006.

(Colombia, DNP, 2005).<sup>23</sup> La calidad de la educación básica es deficiente, en especial en las zonas rurales. Un poco más de la tercera parte de los maestros no posee título profesional.<sup>24</sup>

En relación con seguridad alimentaria, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN) de 2005, 59,4% de la población del estrato socioeconómico 1 (el más pobre) percibe que existe inseguridad alimentaria, en contraste con 16,4% de los estratos económicos más altos, denominados 4, 5 y 6.<sup>25, 26</sup>

Colombia experimenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición. La esperanza de vida al nacer ha aumentado de 72,17 para el período 2000-2005, a 73,23 para el período 2005-2010, siendo de 76,27 en mujeres y 70,34 en hombres. La tasa de natalidad pasó de 22,31/1000 habitantes en el 2000-2005 a 20,57 en 2005-2010. Igualmente se presenta como producto de la violencia disminución de la población entre los 15 y 35 años y un crecimiento de 60 años. En forma similar y debido a la migración externa (aprox. 10% de la población), se encuentra un aumento en el abandono y desprotección de adolescentes y jóvenes (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2005)<sup>27</sup>

A continuación se presentan las diez primeras causas de defunción en Colombia en los años 1990 y 2003, con el fin de que el lector pueda tener una idea general de los cambios que se presentan en el país en este aspecto.

---

<sup>23</sup> Sarmiento A, Tovar LP y Alam C. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL;2006.

<sup>24</sup> Sarmiento A, Tovar LP y Alam C. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL;2006.

<sup>25</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Informe Colombia. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>. Acceso el 20 de Octubre de 2008.

<sup>26</sup> Sarmiento A, Tovar LP y Alam C. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL;2006.

<sup>27</sup> Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2004; Bogotá; 2005..

Tabla 1. Diez Primeras Causas de Defunción 1990-2003

**Diez primeras causas de defunción,<sup>a</sup> Colombia, 1990.**

|   | Muertes |
|---|---------|
| Agresiones (homicidios)                         | 24.033  |
| Enfermedades isquémicas del corazón             | 15.853  |
| Enfermedades cerebrovasculares                  | 9.459   |
| Insuficiencia cardíaca                          | 6.052   |
| Neumonía  | 5.198   |
| Enfermedades hipertensivas                      | 4.794   |
| Enfermedades crónicas de las vías respiratorias | 4.748   |
| Accidentes de transporte de motor               | 4.410   |
| Tumor maligno del estómago                      | 3.605   |
| Otros accidentes, incluso los efectos tardíos   | 3.570   |

<sup>a</sup>Según "Lista Colombia 105"

Fuente: DANE, Grupo Estadísticas Vitales.

**Diez primeras causas de defunción,<sup>a</sup> Colombia, 2003.**

|  | Muertes |
|--|---------|
| Agresiones (homicidios)                                | 25.612  |
| Enfermedades isquémicas del corazón                    | 23.532  |
| Enfermedades cerebrovasculares                         | 13.949  |
| Enfermedades crónicas de las vías respiratorias        | 10.090  |
| Diabetes mellitus                                      | 7.576   |
| Accidentes de transporte de motor                      | 6.447   |
| Enfermedades hipertensivas                             | 5.576   |
| Neumonía   | 5.374   |
| Tumor maligno del estómago                             | 4.406   |
| Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón | 3.324   |

<sup>a</sup>Según "Lista Colombia 105"

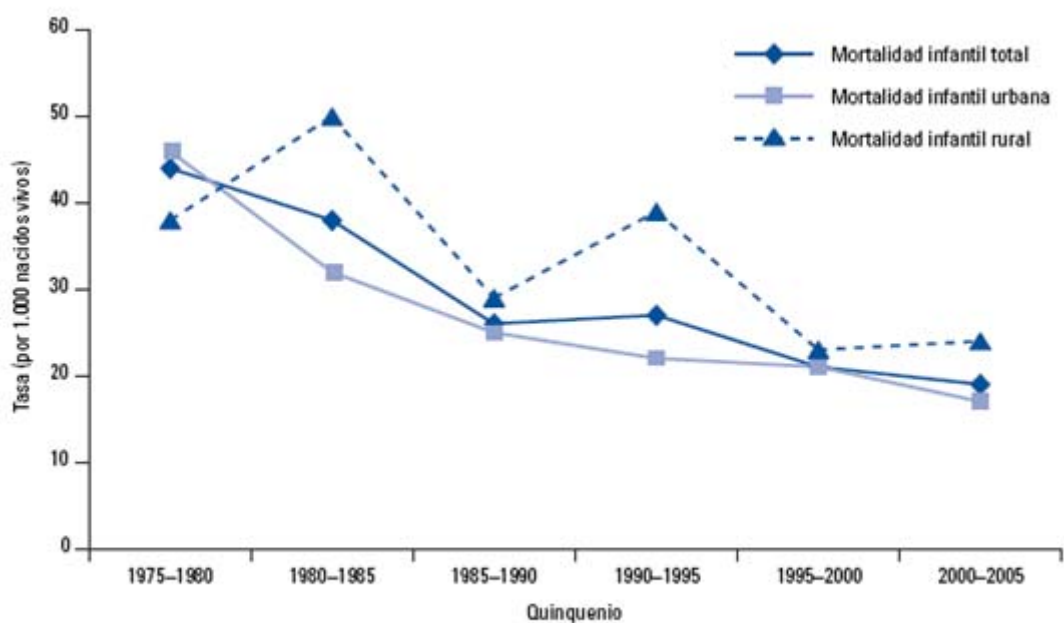
Fuente: DANE, Grupo Estadísticas Vitales.

Como se puede observar se mantienen en primer lugar las agresiones (homicidios) y las enfermedades Isquémicas del Corazón y han ido en aumento las condiciones como la diabetes y la Hipertensión y problemas respiratorios. Todas estas condiciones son prevenibles o mejorables en su impacto sobre la salud de la población a través de actividad física terapéutica y por lo tanto son demanda potencial de servicios para fisioterapia.

La mortalidad infantil también presenta patrones característicos de comportamiento que se evidencian en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Mortalidad Infantil por Quinquenios. 1975-2005





Fuente: Profamilia, Encuesta de Demografía y Salud, 1980-2005.

Nuevamente se observa la inequidad del sistema, particularmente en la diferencia entre las zonas rurales y urbanas. De acuerdo a la caracterización de la salud de grupos poblacionales se encuentra que: los menores de 5 años, que representan 10,3% de la población total.<sup>28</sup> Durante los años del 2000 al 2005 la tasa de mortalidad infantil fue de 19/1.000 nacidos vivos en área urbana y 24/1000 en área rural. (Colombia, Ministerio de Salud. OPS, 2002).<sup>29</sup> Siendo los departamentos con mayor mortalidad infantil Chocó y Cauca (54/1000), mientras que los de menor tasa fueron Atlántico y Santander (14/1000 y 19/1000, respectivamente). (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, 2005)<sup>30</sup>

El 6% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer. La principal causa de muerte neonatal fue la hipoxia, con 60%, seguida de trauma obstétrico y prematuridad. En el grupo de menores de 1 año se encontraron las afecciones respiratorias específicas del período perinatal, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, e infecciones respiratorias agudas. En el grupo de 1 a 4 años, las principales causas de mortalidad fueron infecciones respiratorias agudas, deficiencias nutricionales y anemias,

<sup>28</sup> Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2006). Boletín Censo General 2005. Bogotá. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin.pdf>. Acceso el 20 de Octubre de 2008

<sup>29</sup> Colombia, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos. 2002.

<sup>30</sup> Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Mortalidad y situación de la mujer. Capítulo 9. 2005. Pág.189. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia.

ahogamiento y sumersión accidental y enfermedades infecciosas intestinales. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2005).<sup>31</sup>

La población de 5 a 9 años en el 2002, representó 10,8% del total de la población. La tasa de defunción en este grupo es del 30,59/100.000 (Colombia, DANE, 2003)<sup>32</sup>. Las principales causas de mortalidad fueron los accidentes de origen automotor, seguidos por infección respiratoria aguda y enfermedades de origen hematológico. 13% de los niños presentaron retraso en el crecimiento y 5%, bajo peso para su estatura.<sup>33</sup>

En el 2002, el grupo de 10 a 14 años representó el 10,3% del total de la población. La tasa de defunción fue 35,75/100.000. La mayoría de las defunciones son por causas externas, incluyendo homicidios y accidentes de transporte.<sup>34</sup> El grupo de 15 a 19 años representó 9,35% del total de la población, registra una tasa de 156,47/100.000, la gran mayoría de estas muertes (67%) fueron muertes violentas, causadas en su mayoría por armas de fuego. La tasa de fecundidad de las adolescentes fue de 90/1.000 en 2005.<sup>35</sup>

La población adulta (20 a 59 años) representa el 52,2% del total de la población en 2002. Presentan una tasa de fecundidad para el período 2002–2005 de 2,4 hijos por mujer.<sup>36</sup> La mortalidad materna se estimó en 84,6/100.000 nacidos vivos en 2002, La razón de mortalidad materna oscila entre 315,7/100.000 nacidos vivos en el Chocó y 35/100.000 nacidos vivos en Risaralda; 90% de las muertes son por causas “evitables”, tales como la hipertensión ligada a la gestación, hemorragia postparto y aborto.<sup>37</sup>

---

<sup>31</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lactancia y estado nutricional. En: Encuesta Nacional de la situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. 2005. Pág. 247–277.

<sup>32</sup> Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Información estadística. Defunciones por grupo de edad y por sexo según causas agrupadas en la lista 6/67 de la OPS (CIE-10). 2003.

<sup>33</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lactancia y estado nutricional. En: Encuesta Nacional de la situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. 2005. Pág. 247–277.

<sup>34</sup> Colombia, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos. 2002

<sup>35</sup> Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Mortalidad y situación de la mujer. Capítulo 9. 2005. Pág. 189. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

<sup>36</sup> Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Mortalidad y situación de la mujer. Capítulo 9. 2005. Pág. 189. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

<sup>37</sup> Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág. 15–16

El grupo de personas mayores de 60 años, representa el 7,6% de la población total en 2003. La morbilidad por enfermedades nutricionales ocupa el segundo lugar en importancia y, al igual que la población menor de 10 años, los adultos mayores presentan una mayor frecuencia de defunciones debidas a anemias y deficiencias nutricionales. Las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, enfermedades gastrointestinales, obesidad, cáncer y osteoporosis.<sup>38</sup>

En lo relacionado con la salud familiar, se encuentra un predominio de familias nucleares (53,3%), seguidas por las familias extensas (33,6%); las familias unipersonales (7,7%) y las familias compuestas (5,4%) (23). La tasa nacional de notificación de violencia intrafamiliar fue de 184 /100.000 habitantes. Existe un alto índice de maltrato femenino siendo el de más alto grado la violencia psicológica, seguido por el maltrato físico por parte de los compañeros. (24).

Las enfermedades profesionales tuvieron una tasa de 1,38/10.000 trabajadores. Las tres primeras causas de enfermedad profesional fueron el síndrome del túnel de carpo, hipoacusia neurosensorial y trastornos de columna lumbosacra. La mortalidad por enfermedad profesional en el 2003 alcanzó una tasa de 18,29/100.000 trabajadores afiliados.(25).

Otro de los aspectos a contemplar en este panorama de salud que determina la demanda potencial de servicios en fisioterapia es el de la población con discapacidad. La prevalencia de limitaciones permanentes en la población fue de 6,4% (6,6% en hombres y 6,2% en mujeres). De estos presentan una limitación 71,2%; dos limitaciones 14,5%; tres limitaciones, 5,7%; y 8,7% cuatro o más limitaciones permanentes. Las principales limitaciones son para ver, a pesar de usar lentes o gafas, para moverse o caminar, para oír, a pesar de usar aparatos especiales, para hablar y para entender o aprender (DANE, 2006)<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de sus beneficiarios 2004. (Documento CONPES Social 86). 2004. (Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2004)

<sup>39</sup> Departamento Nacional de Estadística – DANE (2006). Censo General 2005- Discapacidad Colombia. Bogotá.D.C.

Esta caracterización de la condición de salud y de discapacidad muestra con claridad como la gran mayoría de la población colombiana requiere de una u otra forma la atención de fisioterapia, ya sea en el campo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la actividad física, o, en procesos de recuperación funcional o de atención a las condiciones discapacitantes.

A esta demanda se ha venido respondiendo a través de una oferta de servicios, ya caracterizada en términos de su concepción general y alcances, acciones profesionales y escenarios de práctica discutidas ya en un capítulo de este documento. De igual forma esta oferta, tiene unas características en términos de capital humano y de respuesta del sistema que vale la pena mirar de manera específica.

### Oferta de Servicios

La oferta de servicios en fisioterapia en Colombia se puede describir desde dos perspectivas fundamentales:

- Desde la respuesta que brinda el sistema a las necesidades poblacionales, a través de las instituciones, aseguradoras y agremiaciones; y,
- A través del capital humano que ejerce la profesión y su calidades técnicas y científicas.

Revisaremos a continuación como ha sido esta oferta en Colombia y el cómo si responde o no a estos determinantes.

### Instituciones relacionadas con la oferta de servicios en fisioterapia

Las instituciones con las cuales se relaciona la oferta de servicios en fisioterapia y a través de las cuales se brinda respuesta por parte del sistema ante la demanda de servicios, se enmarca en los siguientes grupos:

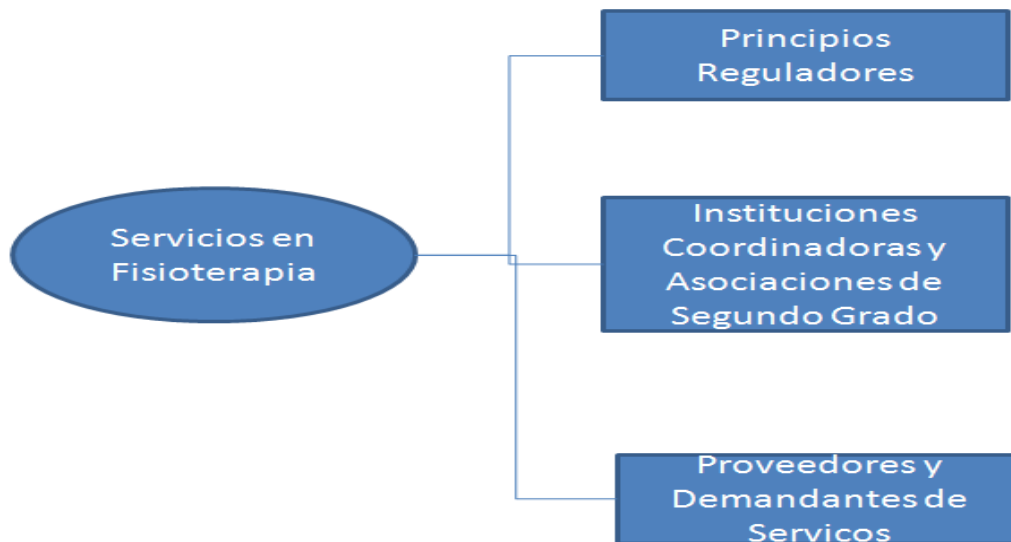
- Instituciones gubernamentales relacionadas con la formulación de políticas en salud
- Instituciones prestadoras de servicios
- Aseguradoras
- Organizaciones Gremiales

Es en el funcionamiento de estas instituciones que se enmarca la interacción de los diferentes agentes que conforman una sociedad, y por lo tanto se determinan las reglas de juego implícitas y explícitas, bajo las cuales se desenvuelve la economía. Mayor transparencia y estabilidad en las reglas de juego se traduce, invariablemente, en mayor desarrollo económico. Este ambiente institucional determina las reglas de juego en las cuales las organizaciones, en este caso la fisioterapia, se pueden llegar a proyectar a la sociedad. (Wiesner, 1998)<sup>40</sup> Desde esta perspectiva el mercado de servicios fisioterapéuticos estaría dado por:

#### Gráfico 2. Regulación de Servicios Fisioterapia

---

<sup>40</sup> Wiesner, E. (1998). *La efectividad de las políticas públicas en Colombia*. Departamento Nacional de Planeación. Tercer Mundo. Balesogotá.



Estas organizaciones tienen agendas con objetivos a largo plazo, con objetivos finales y este caso de la profesión de fisioterapia en el resultado de la agenda de país que tengamos determinada.

Sin embargo, se debe reconocer, que sólo en los últimos años la fisioterapia se ha responsabilizado de la participación en estas instancias reguladoras. Desde esta perspectiva, la fisioterapia empieza a formularse preguntas sobre y presentar respuestas a las necesidades del país, ofreciendo servicios dirigidos a las condiciones de salud más apremiantes. Es de destacar la relevancia de las acciones del fisioterapeuta en Colombia en Actividad Física y Salud, en especial en la relación entre estas acciones y su efecto en el control de condiciones como problemas del desarrollo motor (retrasos en el desarrollo sicomotor; enfermedades motrices cerebrales, síndrome de Down, autismo, síndrome de hiperactividad y déficit de atención); problemas cardiovasculares (Hipertensión Arterial, problemas cardiacos, recuperación funcional en condiciones cardiacas agudas y crónicas); condiciones metabólicas y hormonales (postmenopausia, problemas tiroideos y glicémicos y problemas hormonales del desarrollo); condiciones crónico degenerativas (artritis y todos los problemas del colágeno); y, de hábitos no adecuados de salud (sedentarismo, obesidad); consecuencias de la violencia (traumas, amputaciones, desplazamiento, tortura); entre otros muchos de los problemas principales de salud.

Falta que se trabaje más arduamente, porque fisioterapia en esta clase de condiciones, para que sea reconocida dentro de los planes obligatorios de salud, por ser una de las profesiones de mayor impacto en la recuperación funcional de los individuos, de sus libertades y de la capacidad productiva de un país.

Le siguen en la estructura general de organización, las acciones de las asociaciones gremiales y representativas del país. Estas asociaciones son presentadas con un mayor desarrollo en el contexto organizacional. Sin embargo, acá se debe reconocer que el trabajo realizado por la asociación profesional desde el año 1954 hasta la fecha (Asociación Colombiana de Fisioterapia-ASCOFI) ha logrado avances significativos en el reconocimiento de la profesión en términos de su aporte a los entes gubernamentales y ha logrado día a día y fundamentalmente durante la última década, asumir el papel de liderazgo que la profesión requiere para poder ofertar sus servicios en una más amplia gama de escenarios de importancia nacional.

Igual ha ocurrido en el ámbito académico a través de la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia-ASCOFAFI, institución que ha estado trabajando durante la última década en estructurar algunos lineamientos de calidad en la formación del recurso humano en fisioterapia.

No se puede dejar atrás el Consejo Profesional Nacional de Fisioterapia, formulado a nivel de la Ley 528 de 1999, y que ha permitido la coordinación entre los diversos estamentos reguladores de la profesión (ASCOFI y ASCOFAFI) y el gobierno (Ministerio de la Protección Social- antes Ministerio de Salud).

El siguiente nivel en la oferta de servicios son aquellos ofertados por los profesionales de fisioterapia directamente a la población. Este aspecto lo veremos con mayor énfasis en el ítem de capital humano, que se presenta a continuación.

## Capital Humano<sup>41</sup>

Se ha demostrado, que los países e instituciones desarrolladas son aquellas que consideran el capital humano como parte fundamental de su desarrollo. El factor trabajo ha sido reconocido en la teoría económica como determinante en el proceso productivo, desde los clásicos (Smith y Ricardo) hasta los teóricos del crecimiento endógeno (Romer, Lucas y Barro).<sup>42</sup>

Robert Lucas, quien construyó un modelo de crecimiento endógeno y autores como Azariadis y Drazen, desarrollaron un modelo de equilibrios múltiples, demostraron que es posible que el desarrollo social y humano fueran procesos paralelos que además iban de la mano, y que cuando el desarrollo de capital humano no se daba, los países podían generar desarrollos inferiores a los esperados o quedarse estancados en una trampa de pobreza.

Amartya Sen (Sen, 1998) establece dos factores que determinan el desarrollo económico y social: la acumulación de capital humano y la expansión de la capacidad humano. En el primero se involucra al hombre como agente que aumenta o determina la posibilidad de producción y el otro es la habilidad para llevar el tipo de vida que se considere valiosa o incremente sus posibilidades reales de elección.<sup>43</sup>

En el desarrollo de la fisioterapia en Colombia, es la evolución de este capital humano lo que ha permitido construir las relaciones con la sociedad y generado el impacto real de estos servicios, es por esto que nos detendremos en describir a partir de los estudios realizados por diversos agentes, el estado del capital humano en fisioterapia en Colombia.

Colombia ha desarrollado diversos estudios de recursos humanos en salud, en Colombia, estando dentro de los estudios más relevantes el realizado entre 1964 y 1967 (Estudio de

---

<sup>41</sup> Este aparte se desarrolla casi en su totalidad con los aportes del estudio de Recursos Humanos en Salud, elaborado por el Ministerio como parte del Programa de Apoyo a la Reforma. Esto se debe a que en el país aún no se han adelantado estudios sistemáticos desde la profesión que nos permita responder de manera más acertada a las condiciones de nuestros profesionales en el apái.

<sup>42</sup> Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cendex- Fedesarrollo- Family Health Foundation.(2007) Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Segunda Edición. Bogotá. Colombia

<sup>43</sup> Sen, A. (1998). Capital Humano y Capacidad Humana. Cuadernos de Economía. Vol. XVII. No.29. Departamento de Teoría y Política Económica. Universidad Nacional de Colombia



Recursos Humanos para la salud y la Educación Médica), en el cual se destaca la recomendación de organizar un inventario de recursos humanos en salud, que no se pudo realizar, entre otros motivos, debido a la desarticulación entre los diversos sectores. A partir de allí, diversos esfuerzos por parte de facultades y asociaciones, se realizaron en algunas áreas, fundamentalmente en odontología, medicina y enfermería. Sin embargo, estos estudios no contemplaron la situación del recurso humano en fisioterapia.<sup>44</sup>

En el año de 1971, se organizó el Consejo Nacional de Formación y Adiestramiento del Personal de Salud. En este Consejo tenían participación diversas instancias que comprendían el Ministerio de Salud, Instituto de Seguros Sociales, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Acofaen, Ascofame, el Departamento Nacional de Planeación y el Icetex. Este Consejo tenía entre otros objetivos el de aprobar el plan nacional de formación del personal de salud, los programas de educación continuada y las plazas y becas para salud. En este consejo como se evidencia, no tenía participación la profesión de fisioterapia. Por lo tanto la definición de políticas en términos de recursos humanos se hacía con base en las definiciones de otras profesiones de la salud y no desde una perspectiva disciplinar y profesional específica.

En 1975, con la estructuración del Sistema Nacional de Salud, se organiza el subsistema de personal, que tenía entre otros objetivos, el de: “Desarrollar los recursos humanos incorporados al Sistema nacional de salud, mediante el subsistema de personal que racionalice la adecuada formación, y actualización, ocupación y utilización del personal, conforme a las prioridades de los planes y programas establecidos”<sup>45</sup>.

En 1977, a través del Decreto 2905, se deroga el anterior consejo y se crea el Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud. Con este nuevo Consejo, conformado con un nivel más de carácter técnico, se trató de orientar el proceso de formación tanto de auxiliares como de profesionales de pregrado y posgrado. De manera adicional debía dar viabilidad a la creación de programas o facultades. En 1992, a través del decreto 1849, nace el Consejo Nacional para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud. En este

---

<sup>44</sup> Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cendex- Fedesarrollo- Family Health Foundation.(2007) Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Segunda Edición. Bogotá. Colombia

<sup>45</sup> Decreto 056, 1975. Por el cual se estructura el Sistema Nacional de Salud

consejo participaron los ministros de salud, educación y trabajo y era convocado por el Ministerio de Salud. En este consejo se conformaron grupos de apoyo para la toma de decisiones por profesiones. Los profesionales de fisioterapia, conformaron con representación del ministerio el grupo de la profesión. Sin embargo, este consejo en el área profesional sesionó dos veces y nunca más volvió a ser convocado, lo que generó una instancia muerta en el ejercicio de la toma de decisiones políticas.

Dada la no operatividad de estos consejos y de los comités de apoyo a la función de los mismos, se desarrollaron múltiples estudios destinados a caracterizar el recurso humano en salud. Ejemplo de estos estudios son: en 1987, Ascofame, evento sobre educación médica; 1987-1989, Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación, La salud en Colombia, estudio sectorial de salud; 1993, Dane, Estadísticas sociales en Colombia; 1995, Superintendencia Nacional de Salud, El recurso humano de la salud en Colombia; 1996, Ministerio de Salud, Recursos humanos en salud, proyecciones en el corto y largo plazos para Colombia; 1997, Superintendencia Nacional de Salud, El talento humano de la salud en Colombia; 1998, Ministerio de Salud. Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial, 1994-1998. En todos estos estudios se hace referencia de manera tangencial al recurso humano en fisioterapia, sin mayor análisis y sistematización de los resultados de las profesiones de la salud, no médicas. Esto hacía que se perdiera de vista el ámbito específico de desempeño en la profesión.

En el estudio de apoyo a la Reforma de Salud realizado entre los 2000-2002, por el Ministerio de la Protección Social (antes Ministerio de Salud), en unión con la Pontificia Universidad Javeriana, Cendex- Fedesarrollo- Family Health Foundation, (Ministerio de la Protección Social, 2007) a través del cual se buscaba el fortalecimiento de los recursos humanos de salud en Colombia, y que tenía como propósito profundizar en el diagnóstico de la situación del recurso humano en salud, en cuanto a sus condiciones de oferta y demanda, situación laboral, distribución por categoría ocupacional y distribución geográfica. En este estudio se aborda el análisis del recurso humano a partir de las políticas que guían su desarrollo, determinadas por las regulaciones del mercado laboral y la oferta educativa, en el contexto del Sistema general de seguridad social en salud, especialmente en lo atinente al aseguramiento, provisión de servicios y administración

territorial del sistema. Es tal vez uno de los estudios con mayor profundidad y relevancia en lo que se refiere a la caracterización del recurso humano en fisioterapia.<sup>46</sup> No existe hasta el momento ninguna caracterización del recurso humano posgraduado en fisioterapia, lo cual hace que se pierdan de vista algunos elementos del contexto.

Por ser este uno de los documentos más actualizados en términos de fisioterapia, será el que tomemos como base para la caracterización del recurso humano en nuestra profesión.

La oferta de profesionales depende fundamentalmente del comportamiento del **mercado educativo**. Al analizar la evolución de la **oferta educativa** se encuentra que en términos de distribución de cupos por área de conocimiento, el área de ciencias de la salud en el año 2000, ocupa el cuarto lugar ofertar aproximadamente 9 cupos/10000 habitantes, lo cual nos ubica después de ingenierías (28/10.000), ciencias de la educación (16/10.000) y ciencias jurídicas. Ciencias de la salud es el área con mayor crecimiento a lo largo del período (1984-1999), al pasar de 2,97cupos/10000 habitantes en 1984 a 16,38 cupos/10000 y proyectándose a tener aproximadamente 39,74cupos/10000 habitantes en el 2020, lo que equivale a un crecimiento de 1.238%. Se proyecta que para el año 2020, las ciencias de la salud en conjunto son el área de mayor oferta de cupos a nivel de todo el sistema educativo<sup>47</sup>. Estando las instituciones de oferta educativa en salud, ubicadas normalmente en las grandes ciudades, esta proyección de datos hace pensar que para el año 2020, habrá una sobreoferta de profesionales los epicentros urbanos del país.

**Tabla 2.Oferta de Cupos por Población Ciencias de la Salud 1984-2020 (Tasa por 10000 habitantes)**

<sup>46</sup> Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cendex- Fedesarrollo- Family Health Foundation.(2007) Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Segunda Edición. Bogotá. Colombia

<sup>47</sup> Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cendex- Fedesarrollo- Family Health Foundation.(2007) Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Segunda Edición. Bogotá. Colombia

| Año  | Población  | Total  | Salud | Año  | Población  | Total  | Salud |
|------|------------|--------|-------|------|------------|--------|-------|
| 1984 | 29'654 319 | 55,59  | 2,97  | 2003 | 43'314 357 | 117,09 | 11,32 |
| 1985 | 30'253 335 | 55,76  | 2,96  | 2004 | 44'173 714 | 119,44 | 12,19 |
| 1986 | 30'864 451 | 61,69  | 3,48  | 2005 | 45'050 120 | 121,65 | 13,12 |
| 1987 | 31'487 911 | 57,91  | 3,20  | 2006 | 45'943 914 | 123,74 | 14,13 |
| 1988 | 32'123 966 | 55,33  | 3,12  | 2007 | 46'855 442 | 125,69 | 15,21 |
| 1989 | 32'772 869 | 58,49  | 3,53  | 2008 | 47'785 054 | 127,53 | 16,38 |
| 1990 | 33'434 879 | 57,38  | 3,77  | 2009 | 48'733 109 | 129,24 | 17,63 |
| 1991 | 34'110 262 | 64,85  | 3,69  | 2010 | 49'699 974 | 130,84 | 18,98 |
| 1992 | 34'799 288 | 73,09  | 3,83  | 2011 | 50'686 021 | 132,33 | 20,44 |
| 1993 | 35'502 233 | 74,65  | 4,19  | 2012 | 51'691 632 | 133,72 | 22,01 |
| 1994 | 36'219 376 | 84,82  | 4,75  | 2013 | 52'717 194 | 135,00 | 23,69 |
| 1995 | 36'951 006 | 99,60  | 6,28  | 2014 | 53'763 103 | 136,18 | 25,51 |
| 1996 | 37'697 415 | 102,22 | 6,58  | 2015 | 54'829 763 | 137,26 | 27,47 |
| 1997 | 38'458 901 | 113,66 | 7,80  | 2016 | 55'917 586 | 138,25 | 29,57 |
| 1998 | 39'235 769 | 115,71 | 8,31  | 2017 | 57'036 991 | 139,15 | 31,84 |
| 1999 | 40'028 330 | 99,05  | 8,43  | 2018 | 58'158 406 | 139,96 | 34,28 |
| 2000 | 40'836 901 | 109,18 | 9,07  | 2019 | 59'312 269 | 140,69 | 36,91 |
| 2001 | 41'645 472 | 111,96 | 9,76  | 2020 | 60'489 024 | 141,33 | 39,74 |
| 2002 | 42'471 718 | 114,60 | 10,51 |      |            |        |       |

Fuente: Cálculo CENDEX

De manera similar la **tendencia de graduados** por área de conocimiento ha ido en aumento. Es así como, la tasa de graduados por cada 10.000 habitantes ha variado de 1,54 en el año 1984 y de acuerdo con las proyecciones hechas por CENDEX, en el año 2008 esta tasa sería de 4,14 y para el año 2020 sería de 6,96. Estos datos muestran que comparativamente con la oferta de cupos, el crecimiento de la tasa de graduados, no sería tan acelerada.

Tabla 3. Graduados por Población Ciencias de la Salud 1984-2020 (Tasa por 10000 habitantes)

| Año  | Población  | Total | Salud | Año  | Población  | Total | Salud |
|------|------------|-------|-------|------|------------|-------|-------|
| 1984 | 29'654.319 | 12,55 | 1,54  | 2004 | 44'173.714 | 31,28 | 3,48  |
| 1985 | 30'253.335 | 14,11 | 1,73  | 2005 | 45'050.120 | 31,80 | 3,63  |
| 1986 | 30'864.451 | 16,34 | 1,87  | 2006 | 45'943.914 | 32,29 | 3,79  |
| 1987 | 31'487.911 | 16,61 | 1,81  | 2007 | 46'855.442 | 32,75 | 3,96  |
| 1988 | 32'123.966 | 19,05 | 2,00  | 2008 | 47'785.054 | 33,19 | 4,14  |
| 1989 | 32'772.869 | 17,95 | 2,00  | 2009 | 48'733.109 | 33,59 | 4,32  |
| 1990 | 33'434.879 | 17,78 | 1,89  | 2010 | 49'699.974 | 33,96 | 4,51  |
| 1991 | 34'110.262 | 21,30 | 2,10  | 2011 | 50'686.021 | 34,31 | 4,71  |
| 1992 | 34'799.288 | 19,14 | 1,98  | 2012 | 51'691.632 | 34,63 | 4,92  |
| 1993 | 35'502.233 | 20,38 | 1,89  | 2013 | 52'717.194 | 34,93 | 5,14  |
| 1994 | 36'219.376 | 25,08 | 2,19  | 2014 | 53'763.103 | 35,20 | 5,37  |
| 1995 | 36'951.006 | 24,88 | 2,36  | 2015 | 54'829.763 | 35,44 | 5,60  |
| 1996 | 37'697.415 | 27,08 | 2,25  | 2016 | 55'917.586 | 35,67 | 5,85  |
| 1997 | 38'458.901 | 31,72 | 2,67  | 2017 | 57'036.991 | 35,87 | 6,11  |
| 1998 | 39'235.769 | 27,04 | 2,82  | 2018 | 58'158.406 | 36,05 | 6,38  |
| 1999 | 40'028.330 | 25,94 | 2,80  | 2019 | 59'312.269 | 36,21 | 6,67  |
| 2000 | 40'836.901 | 28,83 | 2,92  | 2020 | 60'489.024 | 36,35 | 6,96  |
| 2001 | 41'645.472 | 29,50 | 3,05  |      |            |       |       |
| 2002 | 42'471.718 | 30,13 | 3,19  |      |            |       |       |
| 2003 | 43'314.357 | 30,72 | 3,33  |      |            |       |       |

Fuente: Cálculo CENDEX

En referencia al crecimiento de la oferta educativa en Fisioterapia, se encuentra que en menos de dos décadas se ha pasado de 5 instituciones que ofertaban programas de formación en fisioterapia en el año 1984 a 32 en el año 2008<sup>48</sup>. Es decir, que se ha presentado un aumento de más del 640% en este período de tiempo. Comparativamente con el crecimiento de otras áreas de la salud, en fisioterapia se presenta un mayor crecimiento de oferta tanto de cupos como de oferta de programas de formación. Este gran aumento y sin control ha hecho que de igual forma se aumente la oferta de profesionales en esta área.

El **número de profesionales en fisioterapia por habitante** ha ido en aumento pasando aproximadamente de 0,07ft/1000 habitantes en el año 1984 a 0,48 ft/1000 habitantes en el año 2000, siendo una de los grupos profesionales del área de la salud con mayor crecimiento a nivel nacional. Sin embargo, comparativamente con estándares

<sup>48</sup> De acuerdo a datos del ICES.

internacionales en los cuales se habla de 1 profesional de fisioterapia por cada 1000 habitantes, se encuentra que Colombia aún presenta rezago en cuanto al número de profesionales por grupo de habitantes en el país. Paradójicamente se encuentra que el nivel de desempleo de los mismos ha ido en aumento, debido a que los profesionales se concentran en los grandes epicentros urbanos y no tanto en las zonas rurales de nuestro país. A continuación se presenta una gráfica de la tasa de crecimiento del número de terapeutas por cada 1000 habitantes entre 1984-2020, dato tomado del estudio del Proyecto de Apoyo a la Reforma en Salud.

**Tabla 4. Distribución Stock del Recurso Humano por Categorías Ocupacionales.**

| Categoría                 | Número         | % Participación | Relación número de personas x 1.000 |
|---------------------------|----------------|-----------------|-------------------------------------|
| Médico                    | 51.118         | 24              | 1,25                                |
| Profesional de Enfermería | 21.976         | 10              | 0,54                                |
| Auxiliar de Enfermería    | 76.009         | 35              | 1,86                                |
| Odontólogo                | 28.310         | 13              | 0,69                                |
| Terapeuta                 | 16.078         | 7               | 0,39                                |
| Bacteriología y Nutrición | 23.096         | 11              | 0,57                                |
| <b>Total</b>              | <b>216.587</b> | <b>100</b>      | <b>5,30</b>                         |

**Fuente:** Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia, MPS - BARS, Universidad de Antioquia. Cálculo CENDEX.

Se calcula que por cada médico en el país, existen aproximadamente 0,31 fisioterapeutas. Comparativamente con otras profesiones es uno de los indicadores más bajos de número de profesionales (0,42 enfermeros/médico; 1.48 auxiliares de enfermería/médico; 0,55 odontólogos/médico; 0,45 bacteriólogos - nutricionistas/médico.

De acuerdo con el estudio del Programa de Apoyo a la Reforma los profesionales en fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia respiratoria, representan aproximadamente el 17% de la población total de profesionales de la salud. Sin embargo, no se encuentra ningún estudio que nos permita determinar de manera exacta que proporción hay de fisioterapeutas en el país. Por supuesto, estos son datos realizados a

nivel institucional. No se cuenta en la actualidad con ningún tipo de indicador sobre el número de profesionales en ejercicio independiente.

El **índice de desocupación** es un igualmente, un importante indicador de la utilización del recurso formado. De acuerdo a las proyecciones realizadas en la Encuesta de Coyuntura Social Etapa IV. Fedesarrollo, se encuentra que aproximadamente el 48% de los terapeutas (este dato incluye a terapia respiratoria, terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia), el 48% de los terapeutas está desocupado. Sin embargo, para poder tener una idea clara de nuestro recurso humano debería desarrollarse este cálculo específicamente para cada una de las profesiones, ya que esto no permite ver las características individuales de cada profesión.

**Tabla 5. Estimación del Recurso Humano Desocupado por Categoría Ocupacional. 2000**

| Categoría ocupacional         | Cantidad      | % Participación de desocupados (*) |
|-------------------------------|---------------|------------------------------------|
| Médicos                       | 3.367         | 7                                  |
| Profesionales en Enfermería   | 6.520         | 30                                 |
| Auxiliares en Enfermería      | 4.181         | 6                                  |
| Odontólogos                   | 3.836         | 14                                 |
| Terapeutas                    | 7.710         | 48                                 |
| Bacteriólogos, nutricionistas | 4.385         | 19                                 |
| <b>Total país</b>             | <b>30.000</b> | <b>14</b>                          |

\*Calculado sobre el stock.

Fuente: Encuesta Coyuntura social Etapa IV, FEDESARROLLO. Cálculo CENDEX.

## Estructura Salarial

En lo relacionado con salarios, se encuentra que en el año 2000, oscilaba entre 2 y 3 SMLV, como se puede observar en el siguiente gráfico.

**Tabla 6. Salarios Promedio Año 2000**

| Profesión                  | Naturaleza jurídica institución | Salario básico mensual |
|----------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Profesional Terapia Física | Privada                         | 871.000                |
|                            | Pública                         | 864.203                |
|                            | <b>Total</b>                    | <b>867.601</b>         |

**Fuente:** *Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia*, MPS - PARS, Universidad de Antioquia. Cálculo CENDEX.

A nivel nacional según lo reportado en el observatorio laboral en salud desde el año 2001 al 2006 el ingreso salarial en fisioterapia oscila entre 2 a 3 salarios mínimos legales vigentes (\$601.000.00- \$1.383.000.00 en pesos). Este salario varía de acuerdo a la región geográfica del país encontrándose que en departamentos como es el de Nariño el salario es el más bajo \$601.000.00 pesos y se ve un aumento mayor a la zona central del país Bogota con un salario de \$1.383.000.00 pesos y demostrándose un incremento en el ingreso salarial por formación postgradual oscilando a nivel nacional entre \$1. 630.000.00 a \$1.756.000.00. (Ministerio de la Protección Social, 2008)<sup>49</sup>

Sin embargo, hay que reconocer que los niveles de subcontratación y de contratación bajo otras modalidades han ido en aumento. Es así, como la gran mayoría de los profesionales que egresa en este momento, no es contratado a través de contrato de trabajo, sino que se le paga por honorarios. Esto hace que el profesional en fisioterapia en la actualidad, no cuente con cubrimiento en seguridad social y en pensiones, a no ser que lo cubra el profesional en forma directa como trabajador independiente. Actualmente las instituciones de salud han dejado de contratar en forma directa y a través de contratos a término fijo o indefinido para pasar a contratar en modalidades denominadas a “destajo”. Es decir, que dependiendo del número de usuarios atendidos efectivamente el profesional recibe su pago, sin importar cuántas horas de su tiempo dedique a la institución. Otra de las modalidades que ha ido en aumento es la subcontratación, es decir profesionales de la salud (administradores de los servicios, médicos o profesionales en fisioterapia) que subcontratan y le pagan al profesional sólo un porcentaje por el ejercicio profesional. En esta modalidad además de no tener el

<sup>49</sup> Observatorio laboral Colombiano <http://www.graduadoscolombia.edu.co:8080/>. Acceso Diciembre de 2008



cubrimiento en seguridad social, el profesional sólo recibe un porcentaje del costo de su servicio. Los porcentajes más frecuentemente encontrados son la distribución de 40% para el profesional y 60% para el contratante ó 50% =-50% respectivamente. Este tipo de contratación en muchas ocasiones implica que el profesional deba disponer de los recursos técnicos y tecnológicos necesarios para la prestación del servicio.

Como se ve el panorama de salarios por el servicio de fisioterapia, no solo no muestra mejoría, sino que por el contrario ha llevado que en muchas ocasiones los profesionales de esta área prefieran trabajar en un área diferente a la de su área de conocimiento. De igual forma, estas formas de contratación generan desmotivación y conducen a generar desfases totales en los procesos de desarrollo de la profesión. Los profesionales prácticamente se ven forzados a trabajar en condiciones denigrantes para él (ella) y para la profesión.

En relación con los **costos de los servicios** de fisioterapia, se debe reconocer que hasta el momento no se encuentra un estudio de costos que permita determinar de manera efectiva cuánto vale la prestación de un servicio con la calidad esperada de servicio. En la actualidad la Asociación Colombiana de Fisioterapia, se encuentra adelantando un estudio de costos que permita guiar a los profesionales sobre el costo y el valor real del servicio que prestan.

### Precio de los Servicios de Fisioterapia

A través de una encuesta telefónica aplicada bajo la modalidad a profesionales de Bogotá y de otras áreas metropolitanas (Barranquilla, Cali, Medellín) se encuentra que el precio de una sesión al usuario oscila entre los costos establecidos por el sector público (\$12.000.00 M/cte/sesión aprox.-2,6%SMLV) hasta los costos en el sector privado (\$60.000.00/sesión -13%SMLV). Sin embargo, el costo de las sesiones al usuario tiende más hacia los valores inferiores oscilando entre (\$12.000.00 y \$30.000.00; 2,6%-7,5%SMLV). Los costos de sesión por encima de estos precios se localizan en las zonas que prestan sus servicios a población de los estratos socioeconómicos 4,5 y 6.

Los precios por consulta en fisioterapia a nivel de las grandes ciudades tienen muy pocas variaciones. De la zona rural no se tienen datos disponibles.

### Tasa de Retorno de la inversión en la formación en Fisioterapia

El proyecto de Apoyo a la Reforma realizó una aproximación a las variables que se deben tener en cuenta para calcular la tasa de retorno o recuperación de la inversión en educación para los profesionales en salud. Para este cálculo se tuvieron en cuenta las siguientes variables y condiciones:

- Valor anual de la matrícula
- Ingreso no percibido durante el tiempo de estudio
- Ingreso básico anual percibido durante la vida laboral
- Tasa de descuento de 10%.
- Los valores corresponden a precios constantes del año 2000
- No existe incremento en el valor de los salarios, costo de matrícula e ingresos no percibidos
- El ingreso percibido es destinado a la amortización de la deuda
- No se perciben ingresos durante el tiempo de estudio
- No existe período cesante, es decir, se empieza a trabajar una vez se gradúa
- El tiempo de graduación corresponde al mínimo para cada profesión (cinco años).

De acuerdo con este cálculo se encuentra que: Los profesionales de las áreas de la salud analizadas redimen la inversión, en promedio, a los doce años de haber iniciado su formación.

La deuda, antes de iniciar la actividad laboral para los profesionales de la salud, oscila entre 23'399.263 pesos y 37'552.060 pesos, encontrándose Fisioterapia de 25'997.216 en el año 2000 y presentando los datos una dispersión inferior al 20% del valor promedio, índice claro de concentración.

**Tabla 7. Montos Promedio de Deuda y Comparativos, antes de Iniciar Actividad Laboral**

| Profesión             | Costo deuda antes de iniciar su actividad laboral | Relación (%) |
|-----------------------|---|--------------|
| Medicina              | (37.552.060)                                      | 100          |
| Enfermería            | (24.059.669)                                      | 64           |
| Odontología           | (31.375.464)                                      | 84           |
| Bacteriología         | (27.251.018)                                      | 73           |
| Nutrición y Dietética | (25.650.359)                                      | 68           |
| <b>Fisioterapia</b>   | <b>(25.997.216)</b>                               | <b>69</b>    |
| Terapia Ocupacional   | (24.620.402)                                      | 66           |
| Terapia Respiratoria  | (23.399.263)                                      | 62           |
| Media                 | (27.488.181)                                      |              |
| Desviación            | (4.762.166)                                       |              |
| % Dispersión          | 17  |              |

Haciendo una proyección de estos datos con base en el promedio del aumento del salario mínimo durante los últimos 10 años se encuentra que hacia el año 2008, la deuda inicial estaría aproximadamente en 43'025.282 pesos y para el año 2020 esta deuda correspondería a 91'604.965 pesos:

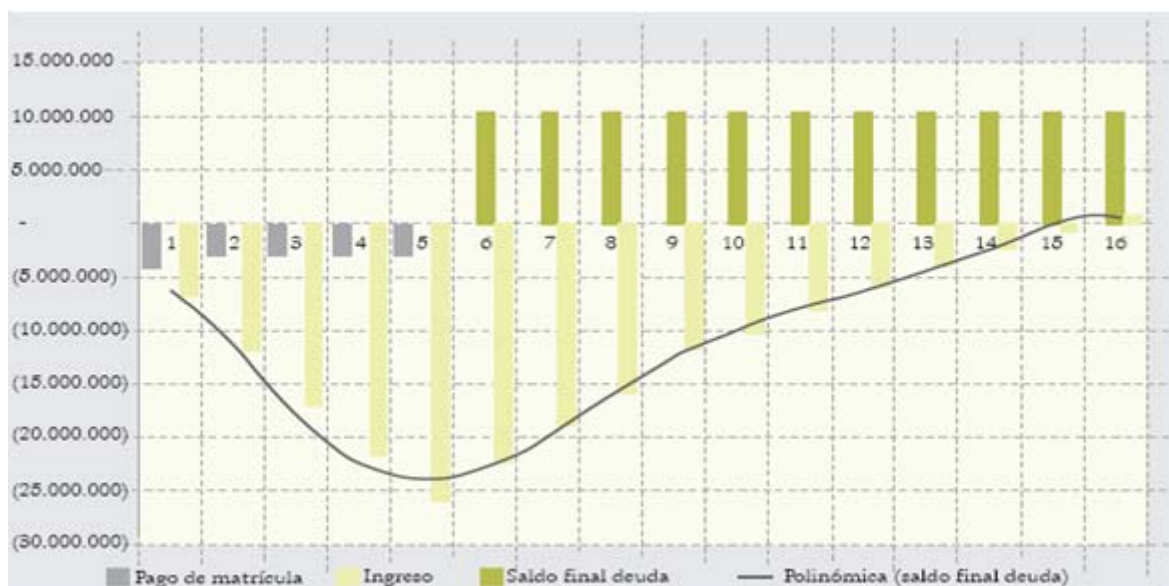
**Tabla 8. Deuda Antes de Iniciar Actividad Laboral- Fisioterapeutas**

| Año  | Deuda Inicial |
|------|---------------|
| 2000 | 25.997.217    |
| 2001 | 27.687.036    |
| 2002 | 29.486.693    |
| 2003 | 31.403.329    |
| 2004 | 33.444.545    |
| 2005 | 35.618.440    |
| 2006 | 37.933.639    |
| 2007 | 40.399.325    |
| 2008 | 43.025.282    |
| 2009 | 45.821.925    |
| 2010 | 48.800.350    |
| 2011 | 51.972.373    |
| 2012 | 55.350.577    |
| 2013 | 58.948.365    |
| 2014 | 62.780.008    |

|      |            |
|------|------------|
| 2015 | 66.860.709 |
| 2016 | 71.206.655 |
| 2017 | 75.835.087 |
| 2018 | 80.764.368 |
| 2019 | 86.014.052 |
| 2020 | 91.604.965 |

Las proyecciones anteriores llevan a calcular de acuerdo con los costos establecidos en el año 2000, que los fisioterapeutas tienen un período más largo que el promedio para la recuperación de su inversión, siendo de aproximadamente 15 años, como lo muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Recuperación Inversión en Fisioterapia, Precios Año 2000



### [Proyección de la Oferta del Recurso Humano en Fisioterapia<sup>50</sup>](#)

De acuerdo con las proyecciones realizadas por CENDEX, se encuentra que de acuerdo a la tendencia observada entre 1984 y el 2000, se proyectó la oferta de profesionales en fisioterapia de acuerdo a modelos matemáticos. Con base en estos modelos se encuentran las proyecciones registradas en la tabla 9 de la oferta de recurso humano en fisioterapia hasta el año 2020.

<sup>50</sup> Incluimos acá los modelos matemáticos de proyección del recurso humano realizados como parte de la caracterización del recurso humano en salud, al interior del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. En: Los Recursos Humanos en Salud.

Como se puede observar con estas proyecciones se espera que en el año 2008, el número de terapeutas graduados fuera aproximadamente 34916 profesionales y para el año 2020 esta proyección alcanza la cifra de 63163 profesionales. Se debe hacer énfasis en el hecho de que estas proyecciones cubren a cuatro profesiones (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Terapia Respiratoria) y no sólo a la profesión de fisioterapia. Por lo tanto, aquí como en varios de los componentes anteriores de este texto se debe hacer énfasis en la necesidad de estudios que permitan caracterizar la oferta y demanda de los profesionales en fisioterapia en Colombia.

**Tabla 9. Proyección de la Oferta del Recurso Humano a 2020**

| Año  | Total   | Médicos | Profesionales<br>Enfermería | Auxiliares<br>Enfermería | Odontología | Terapias | Bacteriología<br>y Nutrición |
|------|---------|---------|-----------------------------|--------------------------|-------------|----------|------------------------------|
| 2000 | 216.587 | 51.118  | 21.976                      | 76.009                   | 28.310      | 16.078   | 23.096                       |
| 2001 | 229.851 | 53.399  | 22.911                      | 80.252                   | 29.760      | 18.431   | 25.099                       |
| 2002 | 243.288 | 55.683  | 23.861                      | 84.599                   | 31.211      | 20.784   | 27.150                       |
| 2003 | 256.895 | 57.972  | 24.827                      | 89.050                   | 32.661      | 23.137   | 29.249                       |
| 2004 | 270.876 | 60.307  | 25.825                      | 93.714                   | 34.129      | 25.491   | 31.410                       |
| 2005 | 284.923 | 62.625  | 26.830                      | 98.405                   | 35.592      | 27.854   | 33.617                       |
| 2006 | 299.007 | 64.917  | 27.837                      | 103.147                  | 37.040      | 30.208   | 35.857                       |
| 2007 | 313.316 | 67.224  | 28.865                      | 108.023                  | 38.493      | 32.562   | 38.149                       |
| 2008 | 327.798 | 69.536  | 29.908                      | 113.003                  | 39.946      | 34.916   | 40.490                       |
| 2009 | 342.674 | 71.898  | 30.986                      | 118.207                  | 41.417      | 37.272   | 42.894                       |
| 2010 | 357.523 | 74.223  | 32.061                      | 123.407                  | 42.873      | 39.627   | 45.333                       |
| 2011 | 372.538 | 76.550  | 33.152                      | 128.710                  | 44.328      | 41.981   | 47.818                       |
| 2012 | 387.727 | 78.882  | 34.257                      | 134.118                  | 45.783      | 44.335   | 50.352                       |
| 2013 | 403.090 | 81.218  | 35.379                      | 139.631                  | 47.239      | 46.690   | 52.934                       |
| 2014 | 418.870 | 83.611  | 36.536                      | 145.382                  | 48.714      | 49.046   | 55.582                       |
| 2015 | 434.517 | 85.943  | 37.683                      | 151.085                  | 50.163      | 51.392   | 58.251                       |
| 2016 | 450.405 | 88.293  | 38.851                      | 156.917                  | 51.620      | 53.746   | 60.977                       |
| 2017 | 466.466 | 90.648  | 40.034                      | 162.855                  | 53.077      | 56.100   | 63.752                       |
| 2018 | 482.701 | 93.007  | 41.233                      | 168.898                  | 54.535      | 58.454   | 66.574                       |
| 2019 | 499.111 | 95.371  | 42.447                      | 175.047                  | 55.993      | 60.808   | 69.445                       |
| 2020 | 515.696 | 97.739  | 43.677                      | 181.302                  | 57.462      | 63.163   | 72.364                       |

Fuente: Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia, MFS -BARS, Universidad de Antioquia. Cálculo CENDEX.

## Impacto Social y Económico de la profesión de Fisioterapia

A pesar de no tener estudios que nos demuestren el impacto que una profesión como la Fisioterapia tiene en el Contexto Social y Económico, es importante realizar una recopilación de la importancia que una profesión como esta puede hacer en el contexto del desarrollo social, económico y humano de un país.

Es así, como se debe recordar, como la Fisioterapia es una de las profesiones importantes en la recuperación funcional y a partir de allí en la recuperación de la capacidad

productiva de un país. No cabe duda que cuando una persona recupera sus niveles funcionales, se le está devolviendo a la sociedad, no sólo un individuo, se está generando el aumento de productividad de todo un grupo humano compuesto por lo menos por el grupo familiar de la persona en situación de discapacidad. Es decir, que esta profesión tiene una clara relevancia en el desarrollo del país.

De igual forma, una profesión como la fisioterapia, tiene gran proyección en la atención de necesidades de salud de la población colombiana. Como ya observamos en la caracterización sociodemográfica y epidemiológica del país, de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país, la fisioterapia podría intervenir y lograr resultados positivos en por lo menos el 80% de estas condiciones. Aunemos a este hecho, el poder afirmar que la fisioterapia utiliza medios de intervención no invasivos y por lo tanto menos costosos para el sistema y menos riesgosos para la persona que demanda nuestros servicios.

La proyección de lo que fisioterapia puede hacer a nivel profesional no se limita únicamente a los procesos de atención de los problemas de salud o prevención de la enfermedad y las condiciones discapacitantes. A nivel mundial y el país no es ajeno a esto, se encuentra que la profesión de fisioterapia tiene un papel importante en el mejoramiento del desempeño ocupacional y por tanto contribuye de manera directa a los procesos de desarrollo económico de un país. Es así, como sus acciones en el sector productivo y en el sector educativo, no son por mucho, menos relevantes que sus acciones en todos los niveles de complejidad del sector salud.

Esta es una profesión que ha sido catalogada como una de las de mayor demanda futura a nivel de los países desarrollados por la gran posibilidad que brinda de generar un mejor país.

## ENTORNO ORGANIZACIONAL DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA

Se entiende el entorno organizacional como el conjunto de factores generales o específicos de la organización que son percibidos como especialmente relevantes en la toma de decisiones y en el devenir de la misma. (Ahumada, 2008)<sup>51</sup> Para efectos del análisis del entorno organizacional de la fisioterapia en Colombia, se presentará desde los ámbitos Nacional e Internacional, haciendo énfasis en la organizaciones en salud y las organizaciones gremiales. (Ver gráfico 4)

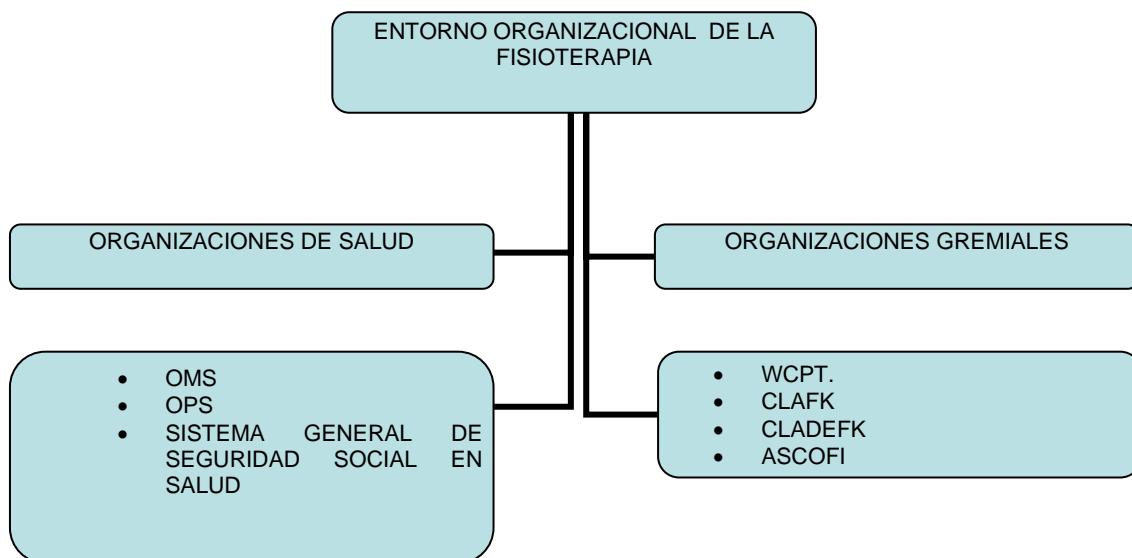
Desde la perspectiva de las organizaciones en salud, se encuentran: La Organización Mundial de la salud (OMS), como referente mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como referente regional y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como referente nacional.

Desde el contexto gremial, se incluye: La Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT), como referente mundial, La Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología (CLAFK) y el Centro Latinoamericano de Desarrollo de la Fisioterapia/ Kinesiología (CLADEFK), como referentes regionales, La Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI) y Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI) como referentes nacionales.

---

<sup>51</sup> Luis Ahumada. La organización como una red de relaciones y conversaciones. [http://www.euv.cl/archivos\\_pdf/libros\\_nuevos/Equipos\\_de\\_Trabajo.pdf](http://www.euv.cl/archivos_pdf/libros_nuevos/Equipos_de_Trabajo.pdf). Consultado 29 de Noviembre de 2009.

Gráfico 4. Organización Fisioterapia



## CONTEXTO ORGANIZACIONAL EN SALUD

La organización representativa en el contexto de salud a nivel mundial es la OMS, conformada actualmente por 193 Estados miembros uno de los cuales es Colombia y cuyas funciones están encaminadas a hacer efectivas las decisiones y políticas de las asambleas de salud. (OMS, 2008)<sup>52</sup> La regional de esta organización para Latinoamérica es la OPS de la cual hacen parte 56 países, que se dividen en regiones y subregiones los cuales son: América del Norte, América Latina, Centro América, Área Andina a la cual pertenece Colombia, Cono Sur, Caribe Latino y Caribe no Latino. (OPS, 2008)<sup>53</sup>

Como lineamientos de trabajo, estas dos organizaciones tienen los mismos programas y planes los cuales son: La atención primaria en salud, la salud pública, prevención y control de enfermedades crónicas, la discapacidad y los 3 objetivos de desarrollo del milenio relacionados directamente con salud, los cuales son (OMS, 2008)<sup>54</sup>:

- Reducir la mortalidad de los menores de 5 años
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

<sup>52</sup> OMS (2008). Gobernante de la OMS. Sin fecha <http://www.who.governance/es/index.html>. Consultada Octubre 2008

<sup>53</sup> Organización Panamericana de la salud. Documento Básico de la OPS, décimo sexta edición 2002. disponible en: <http://www.pos.org>

<sup>54</sup> OMS. (2007). La OMS y los Objetivos de desarrollo del milenio. <http://www.who.int/mdg/es/>



En relación a las acciones mencionadas, la fisioterapia ha tomado mayor conciencia de las políticas internacionales formuladas a partir de estas organizaciones y se ha venido vinculando al trabajo de diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la atención primaria en salud, la salud pública, la discapacidad y la prevención y control de las enfermedades crónico-degenerativas.

Además de lo mencionado anteriormente, la fisioterapia se ha vinculado a algunos Proyectos Básicos de acción de la OPS en Colombia, los cuales son (OPS, 2008)<sup>55</sup>:

- Salud en Desplazados y Emergencias Complejas
- Desarrollo de sistemas y servicios de salud
- Prevención y Control de Enfermedades
- Salud y Población

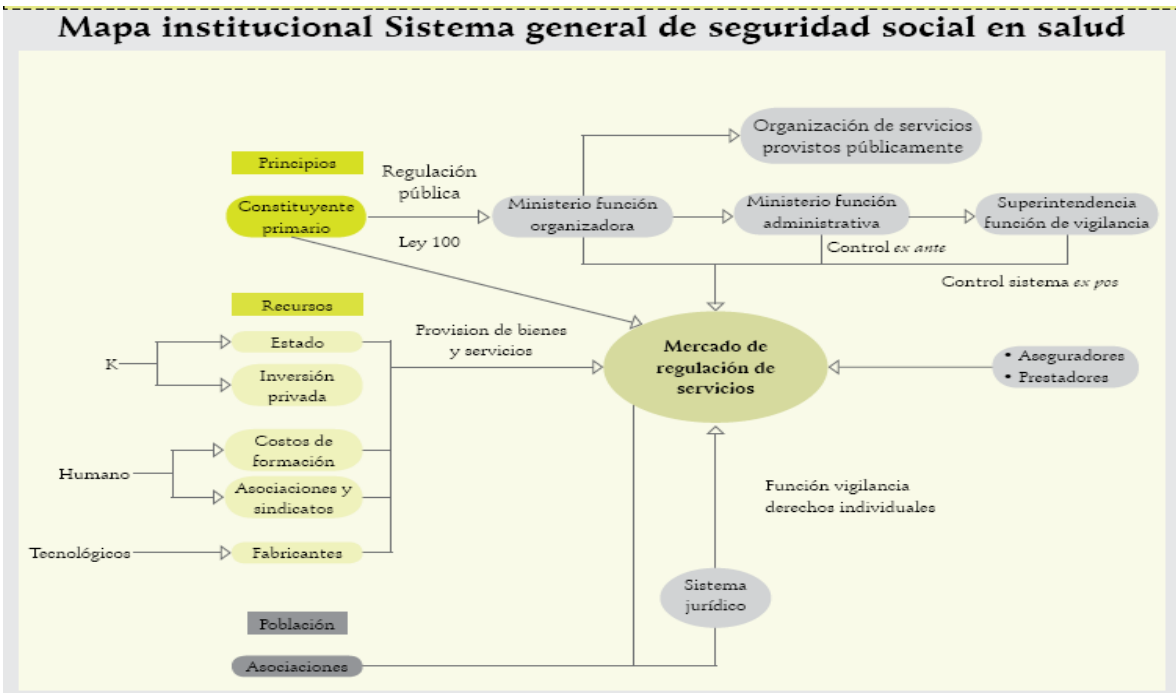
En el ámbito nacional, el Sistema General de Seguridad Social es el encargado de generar las políticas para garantizar los derechos fundamentales de la población referidos entre otros a la salud, al bienestar y al trabajo.

En relación con la salud, el sistema está organizado como se muestra en el Grafico 5 y es el encargado de generar políticas dirigidas a la gestión de la salud pública, la promoción, fomento y protección de la salud; la salud ambiental; los riesgos profesionales; y la promoción social. De igual forma, formula e implementa los mecanismos de vigilancia y control en lo referente a la prestación de los servicios de salud.

**Gráfico 5. Mapa Institucional del Sistema de Seguridad Social en Salud**

---

<sup>55</sup>OPS. Historia de la OPS. Sin fecha <http://www.col.ops-oms.org/acerca/historia.asp>. Consultado. Octubre 2008.



**Fuente:** Ministerio de la Protección Social (2007). Recursos Humanos de la Salud en Colombia.

En el marco de la generación de políticas la fisioterapia se ha venido vinculando cada vez mas y de manera propositiva. La participación ha sido evidente en los ámbitos de discapacidad, salud infantil, salud ocupacional, salud pública y en el aseguramiento de la calidad.

**CONTEXTO ORGANIZACIONAL GREMIAL**

La organización más representativa actualmente en fisioterapia a nivel mundial, es la Confederación Mundial de Fisioterapia, (WCPT por sus siglas en inglés). Esta institución está compuesta por 101 miembros de organizaciones que en conjunto representan más de 300.000 fisioterapeutas en el mundo. Colombia pertenece a la Confederación a través de su asociación nacional desde 1957.

La Confederación está organizada en cinco regiones; una de estas regiones es la Región Suramérica en la cual está incluido nuestro país.

La WCPT centra su trabajo en mejorar la salud mundial mediante el fomento de altos niveles en la investigación, la educación y la práctica de los fisioterapeutas. Sus lineamientos de trabajo son:

- Práctica basada en la evidencia. Entendida como la mejor investigación disponible que sustenta la experiencia clínica, la cual: mejora la atención de los pacientes - clientes, las comunidades y cuidadores; reduce las variaciones en la práctica: permite el uso de pruebas de alta calidad; garantiza el equilibrio entre beneficios y los riesgos conocidos y facilita la toma de decisiones.
- Atención Primaria en Salud (APS) y Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Propuestas como estrategias para empoderar a las personas con discapacidad en el desarrollo de sus habilidades físicas, mentales y sociales. Reconoce que la salud va más allá y abarca dominios tales como los educativos, sociales, de formación profesional y la rehabilitación. A través de estas estrategias el fisioterapeuta puede contribuir en la intervención destinada a: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, tratamiento y rehabilitación; educación a cuidadores y la comunidad; consultorías, apoyo y servicio en salud; gestión de programas; y asesoría a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y de personas con discapacidad.
- Aplicación de la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. La WCPT adopta y promueve la equiparación de las oportunidades para las personas con discapacidad en consonancia con los lineamientos de las Naciones Unidas.
- Gestión en desastres. La WCPT reconoce que los desastres naturales, tecnológicos y pandemias, tienen un importante y duradero impacto en las personas y los países en los que viven. Los Fisioterapeutas deben participar en la preparación para casos de desastres y la planificación de la política, en materia de educación preventiva y en la rehabilitación de las víctimas.

- Atención con calidad. La WCPT considera que la disposición de una efectiva atención con calidad dentro de los derechos del paciente - cliente debe ser la consideración primordial del fisioterapeuta. Por esta razón debe conocer las políticas de seguridad del paciente enmarcadas en las normas de calidad<sup>56</sup>

En Latinoamérica existe la Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, CLAFK, institución de carácter permanente, que agrupa a las asociaciones, confederaciones, colegios o sociedades de fisioterapia/ kinesiólogía de los países de América Latina; Colombia pertenece a la Confederación desde 1988.

La Confederación se plantea como propósitos y lineamientos los siguientes (CLAFK, 2008)<sup>57</sup>:

- La actualización permanente de sus asociados
- El establecimiento de convenios entre los países miembros y sus entidades académicas, con el fin de lograr intercambio investigativo, científico y tecnológico.
- Fomentar el sentido comunitario y de solidaridad entre los profesionales de fisioterapia de los países miembro.
- Promover la comunicación de información, conocimientos y actividades entre los miembros.

La CLAFK creó el Centro Latinoamericano de Desarrollo de la Fisioterapia/ Kinesiología (CLADEFK), como su órgano académico, que opera bajo la figura de redes integradas de académicos e investigadores, encargados de adelantar proyectos estratégicos de investigación, desarrollo e innovación para la garantía de la calidad, vigencia e impacto de la profesión en la región. Dentro de su plante de desarrollo tienen planteados los ejes y objetivos que se muestran en la Tabla 10. (CLADEFK, 2007)<sup>58</sup>

**Tabla 10. Ejes y Objetivos del Plan de Desarrollo de CLADEFK**

<sup>56</sup> WCPT. Programas y Publicaciones. Disponibles en: <http://www.wcpt.org.co>. Consultada 17 y 18 de Octubre de 2008.

<sup>57</sup> Portafolio de Servicios, Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. Periodo 2004-2006.

<sup>58</sup> Compromiso de Paso Pehuenche. Talca 06 de Octubre 2007.

| EJES                                     | OBJETIVOS  |
|--|--|
| Fisioterapia/ Kinesiología y contexto    | Identificar las prioridades de investigación profesional del fisioterapeuta en el contexto sanitario regional.   |
| Estándares de calidad en la educación    | Generar insumos para definir estándares internacionales básicos de calidad para la educación en Fisioterapia / Kinesiología en la región, en consonancia con los lineamientos mundiales            |
| Fundamentación disciplinar y profesional | Desarrollar el funcionamiento teórico conceptual de la Fisioterapia/ Kinesiología en la región.  |
| Integración estratégica de CLADEFK       | Desarrollar una cultura académica regional de trabajo en red, intercambio de experiencias, comunicación y fortalecimiento sinérgico de los Fisioterapeutas / Kinesiólogos en la región             |
|  | Favorecer la conformación de redes temáticas de investigación que promuevan el intercambio de conocimientos entre grupos de investigación y la protección de la cooperación como método de trabajo |
|  | Favorecer la actualización de los Fisioterapeutas / Kinesiólogos de la región a través de cursos cortos.   |

Fuente: Compromiso de Paso Pehuenche. Encuentro de Académicos Latinoamericano. Talca 06 de Octubre 2007

A nivel nacional los profesionales se encuentran agrupados y representados por la Asociación Colombiana de Fisioterapia, ASCOFI, entidad de carácter permanente, científica, privada, autónoma, sin finalidad de lucro destinada a propender por el reconocimiento y buen desempeño del profesional de Fisioterapia (ASCOFI, 2003)<sup>59</sup>.

Dentro de los lineamientos de trabajo la Asociación propone:

- Liderar el desarrollo científico y académico de la profesión.
- Vigilar el desempeño laboral de los profesionales
- Medir el impacto social en el campo de la salud
- Contribuir a la satisfacción de las necesidades del fisioterapeuta

ASCOFI, se consolidó como organización de representación nacional en el año 1953 y en la actualidad cuenta con más 700 asociados.

Por último es de gran importancia retomar dentro del entorno organizacional de la profesión la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia, ASCOFAFI, organización de carácter académico, sin ánimo de lucro, dedicada a promover el progreso de le

<sup>59</sup> Estatutos ASCOFI, Artículo 2. Revista ASCOFI- Edición Especial- Diciembre de 2003.

educación superior en Fisioterapia en el país. (ASCOFAFI, 2005)<sup>60</sup> La Asociación en su plan operativo de 2007 plantea las siguientes áreas estratégicas:

- Desarrollo académico y calidad educativa. Que contempla, el intercambio académico, la excelencia académica, participación en políticas públicas y la consolidación de un sistema de información.
- Posicionamiento Nacional e Internacional. Que apunta a promover y consolidar la inserción de ASCOFIFI a nivel del país así como en América y Europa, a partir de una mayor injerencia nacional e internacional en los procesos relacionados con la actividad académica y el impacto de esta en la sociedad.
- Consolidación de la investigación. En el cual se integra el fortalecimiento de la investigación y el reconocimiento a la misma.
- Consolidación financiera. Que agrupa el capital cultural y la gestión financiera
- Construcción de la comunidad ASCOFIFI. Apunta al fortalecimiento de la identidad, la estructura interna y la articulación académica y profesional.

Como ente regulador de la profesión de Fisioterapia existe el Consejo Profesional Nacional de Fisioterapia, órgano encargado del fomento, promoción, control y vigilancia del ejercicio de la profesión de Fisioterapia en Colombia, el cual tiene entre otras, las siguientes funciones:

a. Analizar las necesidades de Fisioterapia de la población Colombiana, como base para la planeación y proyección de la profesión, en los aspectos referentes al ejercicio profesional, a la formación y a la investigación.

---

<sup>60</sup> Estatutos ASCOFIFI.

- b. Analizar las estrategias para el ejercicio profesional de la Fisioterapia a la luz de los requerimientos y cambios permanentes del medio externo.
- c. Proponer las políticas y disposiciones referentes a la formación, actualización y ubicación de los profesionales en Fisioterapia.
- d. Dar lineamientos para la definición de estándares y criterios de calidad en la formación académica y presentación de servicios del profesional en Fisioterapia.
- f. Establecer criterios para garantizar condiciones laborales adecuadas de bienestar y seguridad en ejercicio Profesional.<sup>61</sup>

Además de las anteriores organizaciones, la fisioterapia tiene relaciones con múltiples grupos de trabajo relacionados con salud, discapacidad, rehabilitación, salud pública, a través de los cuales funge una función de desarrollo de la profesión.

---

<sup>61</sup> Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la fisioterapia, se citan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Septiembre 14 de 1999.

## ENTORNO TECNOLÓGICO DE LA FISIOTERAPIA EN COLOMBIA

El entorno tecnológico hace referencia a todos aquellos procesos, procedimientos, y equipos e instrumentos utilizados dentro del ejercicio de una profesión. Para describir el entorno tecnológico de la profesión se analizará desde dos categorías: tecnología blanda y tecnología dura.

### Tecnología Blanda

Describe los procesos y procedimientos utilizados en fisioterapia. Para la descripción de esta tecnología se tomó como fuentes el Manual de Lineamientos Técnicos para el Ejercicio Profesional de la Fisioterapia (2008) y los lineamientos para la práctica fisioterapéutica formulados por la Confederación Mundial de Fisioterapia (2007).

Los procesos inherentes a la prestación de servicios en fisioterapia, incluyen:

- Procesos de Aseguramiento de la Calidad del Servicio: Es aquel que cumple el fisioterapeuta como prestador de servicios de salud para garantizar ante el estado y la sociedad, servicios de calidad. Está conformado por la habilitación de los servicios, el programa de mejoramiento continuo para la atención en salud, los sistemas de información y la acreditación institucional.

Incluye acá entre otras acciones:

- Elaboración de Manuales de Bioseguridad.
- Manejo y mantenimiento de dispositivos médicos.
- Elaboración de guías de práctica clínica.
- Registros en historia clínica y elaboración del consentimiento informado



Relacionado con los procesos anteriormente enunciados, se han ido desarrollando procedimientos para el ejercicio de la profesión. Estos procedimientos han ido evolucionando desde una perspectiva netamente médica en el momento en que la profesión no presentaba un mayor desarrollo disciplinar, hasta la formulación de procedimientos propios, científicamente sustentados, con evidencia de la efectividad de los mismos y que permiten la consolidación de guías de evaluación e intervención basadas en la evidencia.

De acuerdo con los lineamientos de la WCPT, la práctica fisioterapéutica está conformada por elementos básicos como examen, evaluación diagnóstico, pronóstico y plan de cuidado/ intervención/tratamiento. Cada uno de estos procedimientos está estandarizado con los mínimos requeridos para ser considerado una atención de calidad. En Colombia se ha avanzado a partir de la Academia y algunas instituciones prestadoras de servicios en salud, en la adopción de estos estándares.

### Tecnología Dura

Describe el desarrollo tecnológico en la profesión, tecnología utilizada actualmente de acuerdo a la clasificación de dispositivos médicos, y características de inversión en tecnología.

La tecnología dura en la profesión, ha avanzado gracias a la investigación en ciencias básicas lo que permitió el desarrollo y uso de numerosos agentes físicos (masaje, agua, sonido, electricidad, movimiento, luz, calor, frío) en las modalidades de electroterapia, ultrasonoterapia, hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, magnetoterapia o laserterapia.

En relación con la tecnología aplicada a la profesión hoy en día, se hace indispensable, incluirla dentro de los parámetros de dispositivos médicos que se contemplan en el Decreto 4725 de 2005. Dentro del cual primero se describen estos como cualquier instrumento, aparato, artefacto o equipo biomédico, utilizado solo o en combinación con otros, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para detectar, medir, restablecer o modificar las estructuras o el funcionamiento del organismo, con fines de salud. Y segundo se da la clasificación de dispositivos médicos de acuerdo al grado de riesgo. Con estos lineamientos, se presentan en la Tabla 11, los dispositivos tecnológicos utilizados en fisioterapia actualmente en nuestro contexto nacional.

**Tabla 11. Clasificación de Dispositivos Tecnológicos Utilizados en Fisioterapia**

| DISPOSITIVOS                     | CLASIFICACIÓN SEGÚN RIESGO | TIPO  |
|----------------------------------|----------------------------|---|
| <b>Equipos de electroterapia</b> |                            |   |
| Electroestimulación              | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| Estimulador galvanofarádico      | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| Ultrasonido                      | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| TENS – NMES                      | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| Onda corta (diatermia)           | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| Microdyne                        | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| Biofeedback                      | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| Lasér                            | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| Equipos de gimnasia pasiva       | IIA Regla 9 Activo         | Equipo                                      |
| <b>Equipos de mecanoterapia</b>  |                            |   |
| Tracción lumbar eléctrica        | I regla 12 Activo          | Equipo                                      |
| Tracción lumbar mecánica         | I regla 1                  | Equipo                                      |
| Tracción cervical eléctrica      | I regla 12 Activo          | Equipo                                      |
| Tracción cervical mecánica       | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo, de uso transitorio |
| Mesa de bipedestación eléctrica  | I regla 12 Activo          | Equipo                                      |
| Mesa de bipedestación mecánica   | I regla 1                  | Equipo                                      |
| Bicicleta                        | I                          | Dispositivo no invasivo                     |
| Bicicleta horizontal             | I regla 12 Activo          | Equipo                                      |
| Pedales ciclo ergónometro        | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Caminador- banda sin fin         | I regla 12 Activo          | Equipo                                      |
| Escalador mecánico               | I regla 1                  | Equipo                                      |
| Escalador eléctrico              | I regla 12 Activo          | Equipo                                      |
| Poleas                           | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Balón terapéutico                | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Plastilina terapéutica           | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Rueda de hombro                  | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Balancín                         | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Bandas de estiramiento           | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Bandas terapéuticas, mancuernas  | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Digiflex, ejercitador de mano    | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Ejercitador de MMSS; MMII        | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |
| Pelota para ejercitar mano       | I regla 1                  | Dispositivo no invasivo                     |

|  |                     |                                |
|--|---------------------|--------------------------------|
| <b>Goma de diferentes colores</b>            | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Barras de equilibrio</b>                  | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Barras paralelas</b>                      | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Escalera rampa</b>                        | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Escalerilla dedos</b>                     | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Mesa de cuadriceps</b>                    | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Mesa de Kanavet</b>                       | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Meza en Z</b>                             | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Pesas</b>                                 | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Pronosupinador</b>                        | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Pronosupinador con flexión</b>            | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Equipos de termoterapia/ hidroterapia</b> |                     |                                |
| <b>Hidrocollartor</b>                        | I regla 12 Activo   | <b>Equipo</b>                  |
| <b>Paquete caliente</b>                      | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Tanque de paquetes fríos</b>              | I regla 12 Activo   | <b>Equipo</b>                  |
| <b>Paquetes fríos</b>                        | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Tanque de remolino MMII</b>               | I regla 12 Activo   | <b>Equipo</b>                  |
| <b>Tanque de remolino MMSS</b>               | I regla 12 Activo   | <b>Equipo</b>                  |
| <b>Tanque de parafina</b>                    | I regla 12 Activo   | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Parafina terapéutica</b>                  | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Piscina terapéutica</b>                   | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Tanque de Houbard</b>                     | I regla 12 Activo   | <b>Equipo</b>                  |
| <b>Recipientes para hacer hielo</b>          | I regla 1           | <b>Dispositivo no invasivo</b> |
| <b>Lámpara de infrarroja</b>                 | IIA Regla 9 Activo  | <b>Equipo</b>                  |
| <b>Equipos Terapia Respiratoria</b>          |                     |                                |
| <b>Ventilador</b>                            | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Pulsoxímetro, oxímetro de pulso</b>       | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Vibropercutor</b>                         | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Micronebulizador</b>                      | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Máscaras</b>                              | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Circuitos delgados</b>                    | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Venturis</b>                              | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Nebulizadores</b>                         | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Cánula nasal</b>                          | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Humificador</b>                           | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Compresor para nebulizar</b>              | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Sonda para succión</b>                    | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Ambú</b>                                  | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Succionador portátil con circuito</b>     | IIA Regla 11        | <b>Dispositivo activo</b>      |
| <b>Generador de oxígeno</b>                  | <b>IIA Regla 11</b> | <b>Dispositivo activo</b>      |

Fuente: Grupo de ejercicio y práctica profesional, EPRAFI. Manual de lineamientos Técnicos para el ejercicio profesional de la fisioterapia. Primera edición 2008.

Para definir, las características de inversión en tecnología se debe tener en cuenta: definición de necesidades, elaboración del listado de los equipos con características y especificaciones claras, selección del proveedor, lista de chequeo con el fin de que la cotización cumpla con los requisitos, análisis de las cotizaciones, decisión y adquisición.

## ENTORNO OCUPACIONAL EN LA FISIOTERAPIA

El objetivo principal de este capítulo es describir el entorno ocupacional de la fisioterapia a nivel internacional y nacional, lo cual permitirá identificar la acción de la ésta a nivel profesional en las diferentes áreas y escenarios de acción.

El desarrollo de este capítulo parte de comprender los conceptos de escenarios o campos de acción y áreas de desempeño de la fisioterapia, el concepto de campo de acción o escenario se entiende como el espacio o entorno que permite la praxis social de las profesiones a través de la intervención, en el cual se contextualiza y permite explicar y comprender el movimiento corporal humano, la adaptación y el uso de tecnología y la técnica para dar soluciones a las problemáticas de salud. Las áreas de desempeño son definidas como el tipo de actividades o la naturaleza de la producción que hacen factible el propósito ocupacional, el área de desempeño no hace referencia a un sector económico en particular, sino al tipo o clase de actividad que debe efectuarse para poder cumplir con el propósito de una ocupación.

### CONTEXTO OCUPACIONAL INTERNACIONAL

Organizaciones internacionales tales como la confederación mundial de fisioterapia (WCPT) (WCPT, 2007)<sup>62</sup>, la asociación americana de fisioterapia (APTA), Asociación Canadiense de Fisioterapia(ACP) (CPA, 2004)<sup>63</sup>, Asociación Australiana de Fisioterapia(APA), entre otros, han definido los siguientes campos o entornos ocupacionales: Clínico, educativo, laboral y deportivo y determinan diferentes áreas de desempeño entre las cuales se encuentra musculoesqueletica, neuromuscular, cardiovascular-pulmonar(en algunas ocasiones enunciada como cardiorrespiratoria) e integumentaria. El área integumentaria es enunciada únicamente por la APTA.<sup>64</sup>

En los ámbitos de actuación, entendidos estos como los espacios físicos en los cuales se ejerce la profesión, en la revisión documental se encuentra que estos son variados pero

---

<sup>62</sup> . WCPT. (2007) . Declarations of Positions and Statements.

<sup>63</sup> CPA,(2004).Essential Competency Profile for Physiotherapists in Canada.

<sup>64</sup> WCPT. (2007) Declarations of Positions and Statements.

claramente diferenciados en ambientes intra y extrahospitalarios o clínicos y no clínicos (ver tabla 12).

**Tabla 12. Ámbitos de Actuación Profesional**

| <b>Asociación</b>                     | <b>Entornos</b>                                | <b>Acciones en salud</b>  | <b>Áreas de desempeño</b>   | <b>Ámbitos de actuación</b>  |
|---------------------------------------|--|---|---|--|
| <b>WCPT</b>                           | Comunitario<br>Educativo<br>Clínico<br>laboral | Promoción<br>prevención<br>Recuperación<br>Rehabilitación<br>Habilitación | Músculo esquelética<br>Cardiovascular y pulmonar<br>Neuromuscular<br>Integumentario | <b>Hospitales</b><br><b>Consulta externa</b><br><b>Centros de rehabilitación</b><br><b>Casas de enfermería</b><br><b>Hogares geriátricos</b><br><b>Centros de educación</b><br><b>Centros de investigación</b><br><b>Colegios y jardines</b><br><b>Hospicios</b><br><b>Centros de salud corporativos</b><br><b>Industrias</b><br><b>Casas atléticas</b><br><b>Centros de fitness</b> |
| <b>WCPT<br/>comunidad<br/>europea</b> | Comunitario<br>Educativo<br>Clínico<br>laboral | Promoción<br>prevención<br>Recuperación<br>Rehabilitación<br>Habilitación | Músculo esquelética<br>Cardiovascular y pulmonar<br>Neuromuscular<br>Integumentario | <b>Hospitales</b><br><b>Consulta externa</b><br><b>Centros de rehabilitación</b><br><b>Casas de enfermería</b><br><b>Hogares geriátricos</b><br><b>Centros de educación</b><br><b>Centros de investigación</b><br><b>Colegios y jardines</b><br><b>Hospicios</b><br><b>Centros de salud</b>  |

|             |   |   |   |  |
|-------------|---|---|---|--|
|             |   |   |   | <b>corporativos</b><br><b>Industrias</b><br><b>Casas atleticas</b><br><b>Centros de fitness</b>  |
| <b>ACP</b>  | Comunitario<br>Educativo<br>Clínico<br>Laboral<br>Gubernamental | Promoción<br>prevención<br>Recuperación<br>Rehabilitación<br>Habilitación | Musculoesqueletica<br>Cardiorrespiratoria<br>Neuromuscular                          | <b>Hospitales</b><br><b>Consulta externa</b><br><b>Centros de rehabilitación</b><br><b>Casas de enfermería</b><br><b>Hogares geriátricos</b><br><b>Centros de educación</b><br><b>Centros de investigación</b><br><b>Colegios y jardines</b><br><b>Hospicios</b><br><b>Centros de salud corporativos</b><br><b>Industrias</b><br><b>Casas atleticas</b><br><b>Centros de fitness</b> |
| <b>APTA</b> | Comunitario<br>Educativo<br>Clínico<br>Laboral                  | Promoción<br>prevención<br>Recuperación<br>Rehabilitación<br>Habilitación | Músculo esquelética<br>Cardiovascular y pulmonar<br>Neuromuscular<br>Integumentario | <b>Hospitales</b><br><b>Consulta externa</b><br><b>Centros de rehabilitación</b><br><b>Casas de enfermería</b><br><b>Hogares geriátricos</b><br><b>Centros de educación</b><br><b>Centros de investigación</b><br><b>Colegios y jardines</b><br><b>Hospicios</b><br><b>Centros de salud corporativos</b>   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <b>Industrias</b><br><b>Casas atleticas</b><br><b>Centros de fitness</b> |
|--|--|--|--|--|

De acuerdo a lo planteado la práctica de la fisioterapia es amplia y se desarrolla en diversos ámbitos profesionales a nivel clínico, no clínico y a nivel comunitario, dentro de estos escenarios a nivel internacional los espacios de trabajo son:

1-a nivel clínico: hospitales, centros de rehabilitación, clínicas de atención ambulatoria, casas de cuidado de adultos mayores y hospicios.

2- a nivel no clínico : centros de educación e investigación, colegios y jardines infantiles, centros o corporaciones de salud, a nivel industrial, industrias y empresas de trabajo, espacios atléticos (colegiados, amateur y profesionales) centros de entrenamiento deportivo y de actividad física y cárceles

3- a nivel comunitario: centros de atención primaria, centros de promoción de la salud y programas de rehabilitación basada en la comunidad.

En todos los documentos existentes se evidencia que las acciones en salud se explicitan y se dirigen esencialmente a promoción, prevención, intervención , restauración, paliación o mantenimiento, habilitación y rehabilitación, las cuales son determinadas para algunos como servicios que provee la fisioterapia y para otras son acciones en salud específicas.

Es importante determinar que por la historia de la fisioterapia como profesión del área de la salud y de máximo desarrollo en el ámbito clínico la WCPT enfoca gran parte del desarrollo de sus principios y características centrales a explicar que el fisioterapeuta como profesional desempeña su acción en los entornos donde el individuo se mueve,

restaurando el movimiento y la capacidad funcional a través de todo el ciclo vital del individuo y aclara que el movimiento funcional es lo que determina que el individuo esté saludable. (Agamez, 2005 )<sup>65</sup>

Es importante resaltar que para la mayoría de estas asociaciones internacionales la práctica de la fisioterapia es una parte esencial de los servicios de salud y bienestar del individuo y la comunidad y que a su vez ésta contribuye al desarrollo local, nacional e internacional de políticas de salud y de estrategias de salud pública.

A nivel latinoamericano según el estudio de Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. se reporta que en el año 2000 en los países del cono sur el perfil ocupacional estaba relacionado con las prácticas profesionales desarrolladas a nivel universitario. Se pudo determinar que en éstas, los fisioterapeutas desarrollan sus acciones profesionales en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y sus escenarios son a nivel Comunitario, Clínico y se están generando nuevos escenarios a nivel deportivo, educativo , de salud ocupacional y a nivel administrativo<sup>66</sup>

Según el documento de la Universidad Nacional de Colombia sobre el marco de fundamentación conceptual de los exámenes de estado ECAES, la práctica profesional a nivel latinoamericano refiere los siguientes campos de desempeño profesional: Prevención, recuperación , rehabilitación y promoción, y en algunos casos se referencia además campos como Educación, salud ocupacional, Administración y deporte, esto permite observar que no existe claridad conceptual en todos los países que expliciten los escenarios y acciones profesionales.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup>.Agamez J. La Fisioterapia, sus campos de acción y sus áreas de desempeño (2005)

<sup>66</sup> Sarmiento M., Cruz V. y Molina V. (2204) Nivelación y globalización curricular de la fisioterapia y la kinesiología en América Latina: Diagnóstico Curricular de la fisioterapia en Colombia. Bogotá.

<sup>67</sup> ICFES-UN (2004). Evaluación de la Calidad de la Educación Superior en Fisioterapia. ECAES -2004,Marco de Fundamentación Conceptual y Especificaciones de Prueba



En Latinoamérica los entornos ocupacionales se relacionan de cierta manera con los entornos a nivel mundial, teniendo en algunos países mayor énfasis a nivel clínico con desarrollo de las áreas a nivel músculo esquelética y neuromuscular, y menor énfasis en las áreas de cardiovascular- pulmonar e integumentario.

## CONTEXTO OCUPACIONAL NACIONAL

En la Ley 528 de 1999 por la cual se reglamenta el ejercicio profesional en Colombia, se evidencia que en la profesión existen escenarios de desempeño específicos similares a las que se encuentran a nivel mundial y que sus acciones en salud y áreas de intervención profesional están directamente relacionadas con los lineamientos de la confederación mundial de fisioterapia WCPT.

En esta ley además se reconoce que el campo de interacción profesional, va más allá del Individuo y que trasciende al ámbito comunitario. Reconoce que el movimiento involucra no sólo el aspecto biológico funcional, sino que incluye la dimensión social y cultural; además de ser un facilitador de la relación dinámica entre sujeto y medio externo, es un mecanismo de expresión y socialización y por tanto su estudio no se puede enmarcar exclusivamente en el aspecto funcional adaptativo. (ECAES)<sup>7</sup>. Según este mismo documento, el fisioterapeuta se desempeña ocupacionalmente en diferentes escenarios profesionales desde el nivel clínico, educativo, deportivo, entre otros.

En Colombia se consideran 4 escenarios de práctica ocupacional, los cuales son:<sup>68</sup>

**Escenario Clínico:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación, argumentación y desarrollo de propuestas de intervención sobre el movimiento corporal alterado por factores biológicos, sociales, ambientales y psicológicos, aplicando acciones

---

<sup>68</sup> Sarmiento M., Cruz V. y Molina V. (2204) Nivelación y globalización curricular de la fisioterapia y la kinesiología en América Latina: Diagnóstico Curricular de la fisioterapia en Colombia. Bogotá.

y procesos de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación con el propósito de potencializar el movimiento y recuperar la salud.

**Escenario laboral:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación, argumentación y desarrollo de propuestas de intervención del movimiento Corporal humano en relación con el proceso de salud- enfermedad en situaciones de trabajo.

**Escenario Educativo:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación y argumentación y desarrollo de proyectos para la construcción de saberes y prácticas saludables en la comunidad escolar a partir del desarrollo y potencialización del movimiento corporal humano como facilitador de los procesos educativos, que permitan la construcción de estilos de vida saludables desde, para y por los sujetos propios de la escuela. Será producto de la interacción entre el ser, el querer ser y el deber ser cultural y social para la formación de hábitos y comportamientos sostenibles orientados a mantener la salud, reducir los factores de riesgo y potenciar saberes y prácticas saludables.

**Escenario Deportivo y Recreativo:** Espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación y argumentación y desarrollo de propuestas de interacción del movimiento corporal por medio del ejercicio físico, la actividad física y el deporte. Se constituyen en dispositivos que permiten favorecer la salud de las personas incidiendo positivamente desde el punto de vista biológico, Psicológico, social afectivo incluso cultural, por esto es importante la comprensión de los mecanismos que permiten que estos sean utilizados como protectores de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como potencializador y/o facilitador y como medio para lograr proyectos de vida saludable desde el desarrollo y potencialización del movimiento corporal.

En cada uno de estos escenarios se efectúan acciones y procesos evaluativos, de diagnóstico individual y de colectivos, de interacción, de investigación y de administración y gestión.

Es importante resaltar que desde los estudios de egresados de las universidades colombianas se puede evidenciar que los fisioterapeutas se desempeñan en los escenarios profesionales clínicos en su gran mayoría, seguidos por los de recreación y deporte, la de educación y docencia y siendo en menor cuantía en la parte administrativa, en el sector clínico según lo reportado están en áreas osteomusculares, neurológicas y cardiopulmonares según los escenarios descrito anteriormente. (Herrera & Camargo, 2004)<sup>69</sup>, (UMB, 2007)<sup>70</sup>, (Universidad Nacional de Colombia, 2007)<sup>71</sup>, (Universidad Simón Bolívar, 2003)<sup>72</sup>, (Duran D, 2007)<sup>73</sup>, (Universidad del Rosario, 2007)<sup>74</sup>, (Rojas L, 2001)<sup>75</sup>

---

<sup>69</sup> Herrera E, Camargo D. Perfil profesional de los fisioterapeutas egresados de la UIS 1980-2003. Revista salud UIS 2004

<sup>70</sup> Universidad Manuela Beltrán. Estudio de egresados de la universidad. Agosto 2007

<sup>71</sup> Universidad Nacional de Colombia. Documento de presentación del programa de fisioterapia. Departamento movimiento corporal humano.

<sup>72</sup> Universidad Simón Bolívar. Documento justificación del programa. Programa de fisioterapia.2003

<sup>73</sup> Duran D, Martínez J .Educación postgradual para los fisioterapeutas en el area cardiopulmonar Colombia Revista de ciencias de la salud.2007

<sup>74</sup> Universidad del Rosario 2007

<sup>75</sup> Rojas L, Argote L y cols. Los egresados y su desempeño en el medio: un desafío de las instituciones formadoras del recurso humano en salud universidad del Valle. Colombia Medica 2001

## ENTORNO EDUCATIVO

El presente capítulo pretende contextualizar la fisioterapia en el entorno educativo. Para esto realizará una descripción del marco internacional incluyendo Latinoamérica para terminar en el análisis del contexto colombiano. Esta descripción se realiza con base en el análisis de documentos de la Confederación Mundial de Fisioterapia, estudios realizados en las regiones del mundo y Latinoamérica e información disponible en las páginas web de las universidades que ofrecen estos programas.

### CONTEXTO EDUCATIVO INTERNACIONAL

La Confederación Mundial de Fisioterapia, WCPT, es la organización mundial que desde 1951 agrupa las asociaciones de fisioterapia de todos los países organizados en cinco regiones. Desde su fundación ha estado preocupada por generar lineamientos relacionados con la profesión y ha elaborado múltiples documentos que sirven de orientación a cada uno de los países, siempre respetando las diferentes culturales, sociales, económicas de cada uno de ellos.

En su documento, “Asuntos relacionados con la cualificación para el reconocimiento de los Terapeutas físicos”<sup>76</sup> recomienda que los programas educativos, independiente de las condiciones ambientales, sociales, económicas, culturales y políticas de cada país, debe ser de un nivel universitario, con un mínimo de formación de cuatro años y debe contener un plan de estudios que permita a los terapeutas físicos, lograr el conocimiento, habilidades y cualidades para una práctica autónoma. La educación profesional permite al profesional integrar la teoría, la evidencia y la práctica a través de un aprendizaje continuo que comienza en el momento en que el estudiante es admitido al programa hasta su retiro de la práctica activa.

---

<sup>76</sup> WCPT, “Exploring Issues Related to the Qualification Recognition of Physical Therapists. Junio, 2003. Disponible en: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org)

La Confederación Mundial reconoce como equivalentes los títulos de Terapia Física y Fisioterapia. Aunque la tabla 13 se observan los títulos que se ofertan en algunos países de África, Asia, Europa y Norteamérica.

**Tabla 13. Titulación en Europa,Asia y Africa**

| Región | País       | Título   |
|--------|------------|--|
| África | Nigeria    | Rehabilitation Therapist   |
|        | Zimbabwe   | Physiotherapist  |
| Asia   | Sri Lanka  | Physiotherapist  |
|        | Japón      | Physical Therapist   |
| Europa | Bélgica    | Kinesithérapeute,<br>Graduee en Kinesithérapie, Masseur-<br>Kinesithérapeute |
|        | Bulgaria   | Rehabilitation Therapist   |
|        | Finlandia  | Fizioterapeut  |
|        | Israel     | Physical Therapist   |
|        | Turquía    | Fizik Tedavici, Physiatrist  |
|        | Yugoslavia | Physiatrist, Technician of Physiotherapy                                     |

Fuente: WCPT (2007). Guidelines for Physical Therapy Entry Level Education

En Latinoamérica la profesión de la Fisioterapia/kinesiología se institucionaliza para su enseñanza en 1922 en Argentina. Este primer curso surge anexo a la cátedra de Radiología y Fisioterapia del Hospital Nacional de Clínicas. Solo hasta 1937 aparece, en este mismo país, la Escuela de Kinesiología. En los otros países de Latinoamérica la fisioterapia aparece hasta mediados del siglo XX.<sup>77</sup>

Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. en 2004 reportaron que la naturaleza jurídica de las universidades a las que pertenecen los programas estaba distribuida en un 48.5% públicas (33/68) y el restantes en universidades privadas.

Con respecto a titulaciones en Latinoamérica, en la tabla 14 se puede observar lo reportado por Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. en 2004:

**Tabla 14. Titulaciones en Latinoamerica**

| TITULOS A 2000 |
|----------------|
|----------------|

<sup>77</sup> Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. (2004) Nivelación y globalización curricular de la fisioterapia y la kinesiología en América Latina: Fase I Diagnóstico. Bogotá

| PAIS      |  |
|-----------|--|
| Argentina | Licenciado en kinesiología y Fisiatría         |
|           | Licencia en Terapia Física                     |
| Chile     | Licenciado en Kinesiología                     |
| Ecuador   | Tecnólogo Médico en Fisioterapia               |
| Paraguay  | Licenciado en kinesiología y Fisioterapia      |
| Perú      | Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física  |
| Uruguay   | Licenciado en Fisioterapia                     |
| Venezuela | Técnico Superior Universitario en Fisioterapia |

Fuente: Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. 2004

Al consultar en las páginas web de las universidades que ofertan programas de fisioterapia se puede observar que Brasil cuenta con dos titulaciones Fisioterapeuta: y licenciado en fisioterapia; Ecuador el título de licenciado en Terapia Física y México, Licenciado en Rehabilitación y Licenciado en Fisioterapia

Con relación a la duración, Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. en 2004 reportaron que ésta variaba entre cinco y tres años. La mayor frecuencia era de cinco años representados en un 59% (24/40).

## CONTEXTO EDUCATIVO NACIONAL

Para el análisis de la situación de Colombia se tomó como referencia la investigación realizada en 2004 por Sarmiento M., Cruz I. y Molina V., dentro del marco del macroproyecto Nivelación y Globalización Curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América Latina cofinanciada por la Confederación Mundial de Fisioterapia. Los resultados arrojados por esta investigación tomaron como base 24 de los 26 programas que existían en el año 2000.

Las fuentes de datos consultadas fueron: i) el Sistema Nacional de Información de Educación Superior, SNIES, del Ministerio de Educación; ii) Las páginas web de las instituciones y iii) Información suministrada por algunos de los programas.

## Primeros programas de fisioterapia en el país

La fisioterapia se institucionalizó para su enseñanza en 1952 en la Escuela Nacional de Fisioterapia. Este primer programa obedecía a una profesión técnica, auxiliar de la medicina con una duración de cuatro semestres y exclusivamente para la mujer colombiana<sup>78</sup>.

En los años 60 se abren cuatro programas en universidades públicas del país: Universidad Industrial de Santander, Universidad de Antioquia (solo tituló tres promociones), Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá) y Universidad del Valle. Posteriormente, en los años 70 aparece el primer programa de fisioterapia en la Costa Atlántica en la Universidad Metropolitana y en los años 80 se funda en la Universidad Autónoma de Manizales<sup>79</sup>. Es a partir de la década del 90 y con la promulgación de la Ley 30 de 1992 cuando aparece el mayor número de programas distribuidos en toda la geografía colombiana. Para finales de ésta década se contaba con 26 programas de nivel de formación universitario y tres de nivel de formación técnico. A partir de 2000 otras universidades han creado programas contando actualmente con 32 programas activos, uno de nivel de formación técnica profesional y el restante en el nivel de formación universitario<sup>80</sup>.

A octubre de 2008, en el SNIES<sup>81</sup>, del Ministerio de Educación aparecen registrados 39 programas de pregrado y 7 de postgrado. Ver Anexo 1.

## Situación actual de los programas de fisioterapia

---

<sup>78</sup> Sarmiento M, Cruz I. Molina V., Martínez. A. (1994) Fisioterapia en Colombia: Historia y Perspectiva. Asociación Colombiana de Fisioterapia. Vol XXXIX p. 7 -11

<sup>79</sup> Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. (2004) Nivelación y globalización curricular de la fisioterapia y la kinesiología en América Latina: Diagnóstico Curricular de la fisioterapia en Colombia. Bogotá. p.14

<sup>80</sup> Ibid. p.14

<sup>81</sup> Sistema Nacional de Información de Educación Superior. Consultado el 2 de octubre de 2008. Disponible en: <http://snies.mineducacion.gov.co/men/sniesBasico/informacionProgramasAcademicos.jsp?nivel=&d-49781-s=2&departamento=&d-49781-o=2&orden=&Submit=Buscar+programa&programa=fisioterapia&departamentoL=&municipio=&area=&origen=>

Al realizar el análisis de los datos encontrados en el SNIES, se observó que del total de programas inscritos 10 no tienen información referente a situación de su proceso de calidad, es decir, no tienen datos ni de registro calificado ni de acreditación. La tabla 15 muestra los 10 programas que tienen esta situación.

**Tabla 15. Instituciones sin información de condición de calidad**

| Nombre de la institución                              | Estado    | Ciudad              | No. de registros en SNIES | Acreditación         |
|---|-----------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| Corporación Universitaria Regional del Caribe –IAFIC: | Activo    | Sincelejo, Montería | 2                         | No tiene información |
| Fundación Real de Colombia                            | Activo    | Bogotá              | 2                         | No tiene información |
| Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación        | Inactivo  | Sincelejo           | 1                         | No tiene información |
| Fundación Universitaria María Cano                    | Activo    | Neiva               | 1                         | No tiene información |
| Fundación Universitaria María Cano                    | Inactivos | Bogota              | 2                         | No tiene información |
| Universidad Cooperativa de Colombia                   | Activo    | Bogota              | 1                         | No tiene información |
| Universidad Nacional de Colombia                      | Activo    | Bogota              | 1                         | No tiene información |
| <b>Total</b>  |           |                     | <b>10</b>                 |                      |

Fuente: SNIES. Ministerio de Educación

Estos programas se encuentran en la siguiente situación:

- Corporación Universitaria Regional del Caribe –IAFIC: En la página web de la Corporación no aparecen los programas de Técnica Profesional en Fisioterapia ni en Sincelejo ni en Montería.
- Fundación Universitaria para la Educación Superior “Real de Colombia”: Ofrece actualmente el programa de fisioterapia en el nivel de formación técnico profesional. Aparece con registros para diurno y nocturno. Para este estudio se tomará como un solo programa
- La Fundación Universitaria María Cano, Extensión Neiva. Programa en funcionamiento.
- Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá. Actualmente no ofrece el programa.
- La Universidad Nacional de Colombia. Cuenta con un sistema especial de calidad por ser régimen especial. Actualmente tiene acreditación de alta calidad.



De estos 10 programas, seis fueron excluidos del estudio dado que tres aparecen inactivos y tres no ofrecen actualmente el programa. En conclusión, para el presente estudio se analizarán 32 programas.

### Nivel de formación y modalidad

A la fecha una institución ofrece su programa en jornadas diurna y nocturna, en el nivel de formación Técnico profesional. Los programas restantes lo ofrecen en la jornada diurna y corresponden a un nivel de formación profesional universitario. Todos los programas tienen modalidad presencial.

### Títulos otorgados

Sarmiento M., Cruz I. y Molina V. reportan que en el año 2000 existían cuatro titulaciones. Para 2008 se observa que los títulos de Terapeuta Físico y Profesional en Terapia Física desaparecieron. En la tabla 16 se pueden observar las titulaciones en los dos años observados.

Tabla 16. Títulos otorgados en los programas de fisioterapia. Colombia 2000 y 2008

| TITULOS A 2000                | No. de programas | TITULOS A 2008                             | No. de programas |
|-------------------------------|------------------|--|------------------|
| Fisioterapeuta                | 20               | Fisioterapeuta                             | 30               |
| Profesional en fisioterapia   | 2                |  | 0                |
| Terapeuta Físico              | 1                |  | 0                |
| Profesional en Terapia Física | 1                |  | 0                |
|                               |                  | Profesional en Fisioterapia y kinesiología | 1                |
|                               |                  | Técnico profesional en fisioterapia        | 1                |
| <b>Total</b>                  | <b>24</b>        |  | <b>32</b>        |

Se puede afirmar que, actualmente el 93.8% (30/32) de los programas, otorgan el título de Fisioterapeuta lo que evidencia la unificación en torno a lo reglamentado por la Ley 528 de 1999. Las titulaciones “Profesional en Fisioterapia y Kinesiología” y “Técnico Profesional en Fisioterapia” llaman la atención porque no acogen la norma y se desconoce cómo se realizará el reconocimiento de sus egresados en el ámbito laboral.

## Naturaleza jurídica

En la tabla 17 se puede observar que el 21.9% (7) corresponden a universidades públicas. Al comparar con el estudio de 2000, el porcentaje de programas en universidades públicas era de 19%, permitiendo evidenciar un aumento de la oferta de cupos en el sector público. Estos nuevos programas son ofrecidos en las ciudades de Pamplona y Pereira.

Tabla 17. Naturaleza jurídica de los programas de fisioterapia. Colombia 2008

| NATURALEZA JURÍDICA  | TOTAL     | PORCENTAJE |
|----------------------|-----------|------------|
| Privada              | 25        | 78.1       |
| Pública              | 7         | 21.9       |
| <b>Total general</b> | <b>32</b> | <b>100</b> |

Fuente: SNIES. Ministerio de Educación

## Condición de calidad

El Sistema de Aseguramiento de la Calidad para la Educación Superior tiene definidas dos estrategias que buscan mejorar la calidad de los programas que se ofrecen en todo el país: el registro calificado y la acreditación.

- El *Registro Calificado* es un proceso obligatorio que busca garantizar que los programas cuentan con unos estándares básicos para ofertar educación superior. Tiene una vigencia de siete años.
- La *Acreditación* es un proceso voluntario en el cual un programa o institución deciden, a partir de un proceso de mejoramiento continuo, evaluarse tomando como referencia estándares de máxima calidad.

Actualmente la situación para fisioterapia es la siguiente: El 84.4% (27) con registro calificado; el 3.1% (1) sin información; el 12.5% (4) están acreditados.

De los cuatro programas acreditados, tres están reacreditados. Como se observa en la tabla 18, dos programas pertenecen a universidades públicas y dos a privadas. Esto significa que el 28.6% de las universidades públicas cuentan con programas acreditados comparado con solo un 8% de universidades privadas que se cuentan con el mismo reconocimiento.

**Tabla 18. Distribución de programas de fisioterapia acreditados según naturaleza jurídica. Colombia 2008**

| NATURALEZA JURÍDICA | No. PROGRAMAS | ACREDITACIÓN | PORCENTAJE ACREDITACIÓN |
|---------------------|---------------|--------------|-------------------------|
| Pública             | 7             | 2            | 28,6                    |
| Privada             | 25            | 2            | 8,0                     |
| Total               | 32            | 4            | 12,5                    |

Vale la pena destacar que aunque el proceso de acreditación es un proceso de más o menos 10 años en el país, otras disciplinas han avanzado en el proceso de manera importante como enfermería que cuenta con el 24.3% de programas acreditados y odontología con el 18.4%. Disciplinas como medicina cuentan con 13.3% cercana al número de programas de fisioterapia que es del 12.5%.<sup>82</sup>

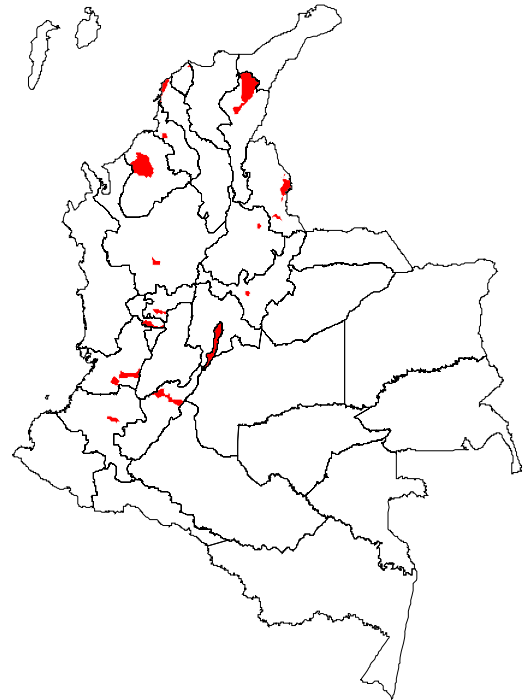
### Distribución geográfica

Con respecto a la distribución de los programas en el país, se observa que existe una concentración igual en el centro como en el suroccidente del país con un 25% de los programas, seguido de la región Costa Atlántica con un 21.9%. Ver tabla 19.

<sup>82</sup> SNIES. Ministerio de Educación.

Tabla 19. Distribución geográfica de los programas de fisioterapia. Colombia 2008

| Región               | Municipio    | Total     | Porcentaje |
|----------------------|--------------|-----------|------------|
|                      | Bogotá       | 7         |            |
|                      | Tunja        | 1         |            |
|                      | Barranquilla | 3         |            |
|                      | Cartagena    | 1         |            |
|                      | Montería     | 1         |            |
|                      | Sincelejo    | 1         |            |
|                      | Valledupar   | 1         |            |
|                      | Cali         | 4         |            |
|                      | Palmira      | 1         |            |
|                      | Popayán      | 2         |            |
|                      | Neiva        | 1         |            |
|                      | Bucaramanga  | 3         |            |
|                      | Cúcuta       | 1         |            |
|                      | Pamplona     | 1         |            |
|                      | Manizales    | 1         |            |
|                      | Pereira      | 1         |            |
|                      | Medellín     | 2         |            |
| <b>Total general</b> |              | <b>32</b> | <b>100</b> |



Al comparar con el estudio de Sarmiento M, Cruz I, y Molina V. se puede afirmar que los nuevos programas se han ubicado así: dos en la región centro y dos en Antioquia y eje cafetero, y uno en cada una de las regiones Costa Atlántica, suroccidente y oriente.

### Duración de la formación

En la tabla 20 se puede observar que un 62.5% de los programas tienen una duración de 10 semestres. El restante 37.5% está distribuido entre 6, 8 y 9 semestres.

Tabla 20. Duración de los programas de fisioterapia. Colombia 2008

Fuente: SNIES. Ministerio de

| DURACIÓN DEL PROGRAMA (semestres) | No. PROGRAMAS |
|-----------------------------------|---------------|
| 6                                 | 1             |
| 8                                 | 1             |
| 10                                | 4             |
| <b>Total general</b>              | <b>6</b>      |

Educación

Vale la pena pensar la modificación con

destacar la respecto al estudio

de 2000 en el cual un 58% de los programas tenía una duración de diez semestres, el 29% una duración de ocho semestres y solo el 13% tenían una duración de nueve semestres.

En la tabla 21 se puede observar la duración de los programas creados en el periodo 2000 – 2008.

Tabla 21. Duración de programas de fisioterapia creados en el periodo 2000-2008. Colombia

Fuente: SNIES, Ministerio

| DURACIÓN DEL PROGRAMA (semestres) | No. PROGRAMAS | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|---------------|------------|
| 6                                 | 1             | 3.1        |
| 8                                 | 6             | 18.8       |
| 9                                 | 5             | 15.6       |
| 10                                | 20            | 62.5       |
| <b>Total general</b>              | <b>32</b>     | <b>100</b> |

de Educación, 2008

Se puede afirmar una tendencia a

que existe crear

programas con una duración de diez semestres.

### Estructura curricular

Para el análisis de la estructura curricular de los programas se contó con información de 22 programas. Cabe anotar que cuatro universidades tienen sede, extensiones o convenios en otras ciudades y funcionan con la misma estructura curricular.

La tabla 22 muestra las denominaciones dadas a los diferentes componentes o áreas de formación en las estructuras curriculares de los programas. Aunque no existe una forma estandarizada de currículo, se evidencia que el área básica está presente en el 71.4% de los programas mientras que el área de complementarias o electivas se encuentra en el 86.4%. Es llamativo que las áreas de formación referentes a investigación y administración sólo se enuncian explícitamente en dos programas.

Tabla 22. Denominaciones de la malla curricular por campos o áreas de formación de los programas de fisioterapia. Colombia 2008

| ÁREAS O CAMPOS DE FORMACIÓN  |                       |                                      |                            |                            |                |                   |  |                     |
|--|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|-------------------|--|---------------------|
| Nuclear (Básicas, específicas)   |                       |                                      |                            |                            |                |                   | Flexible (Electiva, contexto, profundización)    |                     |
| Básica   | Integral              | Profesionalización o complementarias |                            |                            |                |                   | Electivas  |                     |
| Básica   | Social humanística    | Profesional                          |                            |                            |                |                   | Complementaria                                   |                     |
| Básico profesional   |                       |                                      | Profesional complementario | Básico general             |                |                   | Electivas  |                     |
| C. naturales   | C. sociales y humanas | Disciplinar                          |                            | Investigación              | Administración |                   | Electivas complementarias y profesionales        |                     |
| C. biológicas o físico naturales   | Social humanística    | Disciplinar y profesional            |                            | Metodológica investigativa |                |                   |  |                     |
| Básica   | Básica profesional    | Profesional                          |                            |                            |                |                   |  |                     |
| Científico tecnológica   |                       | Profesional                          |                            |                            | Administrativa |                   | Complementarias                                  |                     |
| Básica   | Social humanística    | Específica                           | Profundización             | Investigación              | Humanidades    | Apoyo profesional | Electivas  |                     |
| Nuclear (Institucional, Básicas, profesional)  |                       |                                      |                            |                            |                |                   | Electivo (profundización, complementaria, libre) | Obligatorio de Ley  |
| Básicas  | Social humanística    | Disciplinaria                        |                            |                            |                |                   | Complementarias                                  |                     |
| Básicas  | Social humanística    | Profesional disciplinar              |                            |                            |                |                   | Profesional complementaria                       |                     |
| Fundamentos disciplinar específico (epistemología, Físico naturales, social humanística) |                       | Profesional específica               | Profundización             |                            |                |                   | Fundamentación complementaria                    | Común institucional |

|                             |   |                                     |             |  |  |  |                             |  |
|-----------------------------|---|-------------------------------------|-------------|--|--|--|-----------------------------|--|
| Básicas (Físico Natural)    | Énfasis Profundización (social humanístico) | Profesionalización (fisiológico)    |             |  |  |  | Complementarias y electivas |  |
| Biológicas (Físico natural) | Social humanística                          | Ciencias básicas de la fisioterapia | Profesional |  |  |  | Flexible                    |  |

## Créditos académicos

El crédito académico es la unidad que mide el tiempo estimado de actividad académica del estudiante en función de las competencias profesionales y académicas que se espera que el programa desarrolle. El crédito académico equivale a 48 horas totales de trabajo del estudiante, incluidas las horas académicas con acompañamiento docente y las demás horas que deba emplear en actividades independientes de estudio, prácticas, preparación de exámenes u otras que sean necesarias para alcanzar las metas de aprendizaje propuestas, sin incluir las destinadas a la presentación de exámenes finales<sup>83</sup>

El sistema de créditos fue implementado en Colombia a partir de 2002<sup>84</sup> y tenía como objetivo facilitar los procesos de homologación y de convalidación de asignaturas o de títulos en el exterior.

A partir de la expedición de la norma, las universidades y cada uno de los programas iniciaron el análisis del sistema de créditos para su posterior implementación. En este sentido el proceso de registro calificado exige demostrar en términos de créditos académicos la organización curricular de cada uno de los programas.

Para el análisis de este ítem se comparó la información registrada en el SNIES, la disponible en la página web de cada universidad y la enviada por algunos programas. Vale la pena resaltar la diferencia de información encontrada en las diferentes fuentes. Solo siete programas presentan uniformidad en los datos reportados en el SNIES y los encontrados en sus portales o enviados por los mismos.

<sup>83</sup> Ministerio de Educación Nacional. Decreto 2566 de 2003

<sup>84</sup> Ministerio de Educación Nacional. Decreto 808 de 2002



En la tabla 23 se encuentra la información encontrada en el SNIES. Se puede observar que hay una gran dispersión en el número de créditos en los programas: estos varían entre 136 y 188. De los 31 programas de los que se conoce esta información la moda es 171 en cuatro ocasiones, aunque se contrasta con un promedio de 163.5 y una mediana de 161. El 50% de los datos está en el intervalo 156 – 171 que incluye 3 de los 4 programas acreditados.

Por su parte, si se observan los datos encontrados en las páginas web de las universidades y los enviados por los programas (Tabla 24), se cuenta con información de 25 programas, observándose una mayor dispersión en el número de créditos (rango 132 – 188). Los números de créditos que tienen más de una ocurrencia, corresponden a las universidades que tienen extensiones, sedes en otras ciudades o que tienen convenios con otras universidades. Al igual que con el SNIES, la moda es 171 créditos, el promedio es 168,6, la mediana es 171. El 50% de los datos está en el intervalo 164.2 – 177.8 observándose que los tres de los cuatro programas acreditados se encuentran fuera de este rango: dos por encima (rango superior al 75%) y uno por debajo (rango inferior al 25%).

Aunque el número de créditos de un programa depende de las competencias que se quieren formar en el futuro profesional y dependen de las estrategias pedagógicas utilizadas, se puede concluir que falta contar con un lineamiento nacional construido en consenso por la comunidad académica que determine el número de créditos necesarios para la formación de fisioterapeutas de calidad, disminuyendo la dispersión encontrada.

**Tabla 23. Número de Créditos por programa de Fisioterapia. Colombia 2008**

| No. CRÉDITOS | No. PROGRAMAS |
|--------------|---------------|
| 136          | 1             |
| 148          | 2             |
| 150          | 1             |
| 151          | 2             |
| 154          | 1             |
| 155          | 1             |
| 157          | 1             |
| 159          | 2             |
| 160          | 3             |
| 161          | 1             |

Fuente: SNIES. Ministerio de

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| 162                  | 1         |
| 164                  | 1         |
| 168                  | 1         |
| 169                  | 1         |
| 171                  | 4         |
| 174                  | 2         |
| 179                  | 3         |
| 181                  | 1         |
| 188                  | 1         |
| SD                   | 1         |
| <b>Total general</b> | <b>32</b> |

Educación

Tabla 24. Número de créditos por programa de fisioterapia. Colombia 2008

| No. Créditos         | Total     |
|----------------------|-----------|
| 132                  | 1         |
| 146                  | 1         |
| 147                  | 1         |
| 155                  | 1         |
| 157                  | 1         |
| 162                  | 1         |
| 164                  | 1         |
| 165                  | 1         |
| 167                  | 1         |
| 168                  | 1         |
| 169                  | 1         |
| 170                  | 1         |
| 171                  | 4         |
| 174                  | 3         |
| 179                  | 1         |
| 180                  | 1         |
| 181                  | 2         |
| 184                  | 2         |
| 188                  | 1         |
| SD                   | 6         |
| <b>Total general</b> | <b>32</b> |

Fuente: Datos página web y programas

### Grupos de investigación

Con relación a los datos reportados en 2004 por Sarmiento M, Cruz I. y Molina V. se puede observar el avance que ha tenido la investigación en el país al pasar de ningún grupo de investigación reconocido por Colciencias en 2004 a diez grupos reconocidos (18.8% de los programas) y 20 registrados en Colciencias en 2008.

Todos los programas acreditados cuentan con por lo menos un grupo reconocido y cuatro grupos pertenecen a programas que cuentan con registro calificado. Esta situación evidencia el interés y el compromiso de las universidades por la investigación de alta calidad.

En la tabla 25 se encuentra el listado de los grupos que se encuentran reconocidos con su respectiva clasificación.

**Tabla 25. Grupos de investigación en fisioterapia reconocidos por Colciencias. Colombia 2008**

| NOMBRE DEL GRUPO   | UNIVERSIDAD             | LIDER                         | ESTATUS |
|--|-------------------------|-------------------------------|---------|
| Rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad | Rosario                 | Israel Cruz Velandia          | A       |
| Cuerpo movimiento  | Autónoma de Manizales   | José Armando Vidarte Claros   | A       |
| Movimiento corporal humano   | Cauca                   | Adriana Guzmán Velasco        | B       |
| Neurocinemática  | Manuela Beltrán         | María Piedad González Arévalo | B       |
| Promoción de la salud y actividad física                           | Nacional de Colombia    | Adriana Prieto Rodríguez      | B       |
| Actividad física y desarrollo humano                               | Rosario                 | Jorge Enrique Correa Bautista | B       |
| Biomecánica y fisioterapia osteomuscular                           | Manuel Beltrán          | Claudia Rocío López Castro    | B       |
| Ejercicio físico y deporte   | Manuel Beltrán          | Johana Montenegro             | B       |
| Grupo de estudio del dolor   | Industrial de Santander | María Cristina Sandoval Ortiz | C       |
| Profundización en kinesiterapia                                    | Nacional de Colombia    | Carmen Lilia Rodríguez Medina | C       |

Fuente: <http://scienti.colciencias.gov.co> Consultado Octubre 15 de 2008

En la tabla 26 se encuentran relacionados los 20 grupos registrados en Colciencias.

**Tabla 26. Grupos de investigación en fisioterapia registrados en Colciencias. Colombia 2008**

| NOMBRE DEL GRUPO   | UNIVERSIDAD          | LIDER                          |
|--|----------------------|--------------------------------|
| Salud, cognición y trabajo                                       | Rosario              | Juan Alberto Castillo Martinez |
| Postura y movimiento corporal (Poymoco)                          | Libre                | Eulalia María Amador Rodero    |
| Entropia   | Santander - Cúcuta   | Sandra Messier Riaño           |
| Fisioterapia, cuerpo, movimiento y salud                         | María Cano - Popayán | María Claudia Astaiza Aragón   |
| Grupo de investigación del tejido conectivo - GITCO              | Antioquia            | Sandra Patricia Mejía Delgado  |
| Grupo de análisis mecánico y neuromecánico del movimiento humano | Nacional             | Karim Alvis Gómez              |
| Movimiento y salud   | CES                  | Vicente Agredo Silva           |
| GIPPAM   | Pamplona             | Henry Alfonso Becerra Riaño    |
| CORPS  | Boyacá               | Elisa Andrea Cobo Mejía        |

|  |                                      |                                    |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| Funcionamiento y discapacidad ECR                            | Escuela Colombiana de Rehabilitación | Olga Pastrán Alfonso               |
| Fisioter: Importancia del movimiento en el desarrollo humano | Cooperativa - Cali                   | Ruth Elizabeth Gutiérrez Monroy    |
| Terapias alternativas  | Manuela Beltrán                      | Ángela Puerto Rodríguez            |
| Fisioterapia y curriculum                                    | Escuela Colombiana de Rehabilitación | Martha Patricia Navarrete Martínez |
| Salud y movimiento   | María Cano - Neiva                   | Martha Isabel Rodríguez Merchán    |
| Fisioterapia Integral  | Santander - Valledupar               | Gloria Rojas Caicedo               |
| Fisioinped   | Escuela Colombiana de Rehabilitación | Yanethy Torres Triana              |
| Comunidad académica "Conceptualización en fisioterapia"      | María Cano – Neiva                   | Elizabeth Roldán González          |
| Salud y motricidad humana                                    | Cauca                                | Nancy Janneth Molano Tobar         |

Fuente: <http://scienti.colciencias.gov.co> Consultado Noviembre 30 de 2008

## Educación avanzada

Para el análisis de este aspecto se tomó como referencia la información que se encuentra disponible en los portales de las universidades. Se pudo observar que no existe diferencia notoria con la situación que se presentaba en el 2000.

La oferta de especializaciones específicas para fisioterapia sigue estando centrada en el área cardiopulmonar. Actualmente cuatro universidades, tres ubicadas en Bogotá, ofertan especializaciones relacionadas con esta área.

En la tabla 27 se encuentran listados las especializaciones.

**Tabla 27. Especializaciones relaciones con fisioterapia. Colombia 2008**

| UNIVERSIDAD                          | ESPECIALIZACIÓN  |
|--------------------------------------|--|
| Rosario                              | Ejercicio Físico para la Salud                                   |
|                                      | Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar                               |
|                                      | Terapia manual   |
|                                      | Prevención de riesgos laborales                                  |
| Iberoamericana                       | Fisioterapia en cuidado crítico                                  |
|                                      | Formulación y gestión de programas de acondicionamiento cinético |
| Escuela Colombiana de Rehabilitación | Cuidado respiratorio   |
|                                      | De la mano y miembro superior                                    |

|                       |                                      |
|-----------------------|--------------------------------------|
|                       | Fisioterapia en Neuro-rehabilitación |
| Valle                 | Fisioterapia cardiopulmonar          |
| Autónoma de Manizales | Neuro-rehabilitación                 |

**Fuente:** Páginas Web universidades

Con respecto a maestrías, actualmente la Universidad Nacional de Colombia oferta la maestría Discapacidad e Inclusión Social. A la fecha no se cuenta con ningún doctorado en fisioterapia.

## RECOMENDACIONES FINALES

Con base en el análisis presentado en este documento, los autores del mismo se permiten realizar las siguientes recomendaciones:

- Se considera que para fortalecer el desarrollo de la profesión y el impacto de la misma, se debe promover la formación académica posgradual a nivel de maestría y doctorado y aumentar la oferta de programas en estas áreas.
- Se requiere desarrollar investigación en torno a las acciones profesionales, su impacto, y al ejercicio profesional en general, que permita contar con documentos de referencia nacional para futuros estudios o caracterizaciones.
- El fortalecimiento así mismo de las acciones del fisioterapeuta en atención primaria en salud y en salud pública.
- Las agremiaciones tanto académicas como gremiales, deben trabajar mancomunadamente en la formulación de lineamientos específicos para la formación y el ejercicio de la profesión en nuestro país, de tal forma que se pueda responder a las necesidades del contexto de manera efectiva.

## Referencias Bibliográficas

- Agamez, J. (2005 ). *La Fisioterapia, sus campos de acción y sus áreas de desempeño*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.
- Ahumada, L. (2008, Noviembre 29). *La organización como una red de relaciones y conversaciones*. Retrieved from [http://www.euv.cl/archivos\\_pdf/libros\\_nuevos/Equipos\\_de\\_Trabajo.pdf](http://www.euv.cl/archivos_pdf/libros_nuevos/Equipos_de_Trabajo.pdf)
- ASCOFAFI. (2005). *Estatutos Asociación Colombiana de Fisioterapia*. Bogotá.
- ASCOFI. (2003). Estatutos ASCOFI. *Revista ASCOFI* .
- CLADFEK. (2007). *Compromiso de Paso Pehuenche*. . Talca.
- CLAFK. (2008). *Portafolio de Servicios.2004-2006. Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. Bogotá.
- CPA. (2004). *Essential Competency Profile for Physiotherapiss in CANada*. Toronto: Canadian Physiotherapy Association.
- DANE. (2006). *Censo General 2005. Discapacidad-Colombia*. Bogotá: Colombia, Departamento Nacional de Estadística.
- Duran D, M. J. (2007). Educación postgradual para los fisioterapeutas en el area cardiopulmonar Colombia. *Revista de ciencias de la salud* .
- Herrera, E., & Camargo, D. (2004). Perfil profesional de los fisioterapeutas egresados de la UIS 1980-2003. . *Revista salud UIS* .
- ICFES-UN. (2004). *Marco de Fundamntación Conceptual Examen de Calidad de la Educación Superior Programas de Fisioterapia- 2004*. Bogotá: Icfes.
- Ley 528, Por el cual se reglamenta el Ejercicio Profesional de la Fisioterapia y se dictan normas en materia de ética (Presidencia de la República Septiembre 1999).
- Ministerio de la Protección Social. (2008, Noviembre). *Observatorio de Recursos Humanos en Salud*.
- OMS. (2008, Octubre). *Gobernanta de la OMS*. Retrieved from <http://www.who.governace/es/index.html>.
- OMS. (2008, Noviembre 22). *La OMS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Retrieved from <http://www.who.int/mdg/es/>
- OPS. (2008, Octubre). *Documento Básico de la OPS, décimo sexta edición*. Retrieved from <http://www.pos.org>
- OPS. (2008, Octubre). *Historia de la OPS*. Retrieved from <http://www.col.ops-oms.org/acerca/historia.asp>.
- Rojas L, A. L. (2001). Los egresados y su desempeño en el medio: un desafío de las instituciones formadoras del recurso humano en salud universidad del Valle. . *Colombia Medica*
- UMB. (2007). *Universidad Manuela Beltrán. Estudio de egresados de la universidad. Agosto 2007*. Bogotá.
- Universidad del Rosario. (2007). *Seguimiento Egresados*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Universidad Nacional de Colombia. (2007). *Documento de presentación del programa de fisioterapia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Universidad Simón Bolívar. (2003). *Documento justificación del programa. Programa de fisioterapia*. Barranquilla.
- WCPT. (2007). *Declarations of Principles and Positions Staments*. London: World Confederation for Phuyical Therapy.
- WCPT. (2007). *Guidelines for Physical Therapist Professional Entry Level Education*. London: World Confederation for Physical Therapist.

**ANEXO 1**

| <b>INSTITUCION</b>                                    | <b>ACREDITACIÓN</b>   | <b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>          | <b>ESTADO</b> | <b>DEPARTAMENTO</b> | <b>MUNICIPIO</b>  |
|---|-----------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| Corporación Universitaria Regional del Caribe -IAFIC  | N/A                   | Técnica Profesional en Fisioterapia | Activo        | Bolívar             | Cartagena         |
| Corporación Universitaria Regional del Caribe -IAFIC  | N/A                   | Técnica Profesional en Fisioterapia | Activo        | Sucre               | Sincelejo         |
| Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación        | N/A                   | Fisioterapia                        | Inactivo      | Sucre               | Sincelejo         |
| Fundación para la Educación Superior Real de Colombia | N/A                   | Técnica Profesional en Fisioterapia | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Fundación para la Educación Superior Real de Colombia | N/A                   | Técnica Profesional en Fisioterapia | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Fundación Universitaria María Cano                    | N/A                   | Fisioterapia                        | Activo        | Huila               | Neiva             |
| Fundación Universitaria María Cano                    | N/A                   | Fisioterapia                        | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Fundación Universitaria María Cano                    | N/A                   | Fisioterapia                        | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Universidad cooperativa de Colombia                   | N/A                   | Fisioterapia                        | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Universidad nacional de Colombia                      | N/A                   | Fisioterapia                        | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Colegio mayor de nuestra señora del rosario           | Registro Alta Calidad | Fisioterapia                        | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Universidad Autónoma de Manizales                     | Registro Alta Calidad | Fisioterapia                        | Activo        | Caldas              | Manizales         |
| Universidad industrial de Santander                   | Registro Alta Calidad | Fisioterapia                        | Activo        | Santander           | Bucaramanga       |
| Corporación Universitaria de Sucre                    | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Sucre               | Sincelejo         |
| Corporación Universitaria Iberoamericana              | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Escuela nacional del deporte                          | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Valle del cauca     | Cali              |
| Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación        | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Bogotá D.C.         | Santafé de Bogota |
| Fundación Universitaria María Cano                    | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Antioquia           | Medellín          |
| Fundación Universitaria María Cano                    | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Valle del cauca     | Cali              |
| <b>INSTITUCION</b>                                    | <b>ACREDITACIÓN</b>   | <b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>          | <b>ESTADO</b> | <b>DEPARTAMENTO</b> | <b>MUNICIPIO</b>  |
| Fundación Universitaria María Cano                    | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Cauca               | Popayán           |
| Universidad Autónoma de Manizales                     | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Antioquia           | Medellín          |
| Universidad de Boyacá Uniboyacá                       | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Boyacá              | Tunja             |
| Universidad de la sabana                              | Registro Calificado   | Fisioterapia                        | Activo        | Bogota D.C.         | Santafé de bogota |



|                                    |                     |                             |        |                    |                   |
|------------------------------------|---------------------|-----------------------------|--------|--------------------|-------------------|
| Universidad de Pamplona            | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Norte de Santander | Villa del rosario |
| Universidad de San Buenaventura    | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Bolívar            | Cartagena         |
| Universidad de Santander           | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Norte de Santander | Cúcuta            |
| Universidad de Santander           | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Santander          | Bucaramanga       |
| Universidad de Santander           | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Cesar              | Valledupar        |
| Universidad del cauca              | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Cauca              | Popayán           |
| Universidad del Sinú               | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Córdoba            | Montería          |
| Universidad del valle              | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Valle del cauca    | Cali              |
| Universidad libre                  | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Atlántico          | Barranquilla      |
| Universidad Manuela Beltrán-umb-   | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Santander          | Bucaramanga       |
| Universidad Manuela Beltrán-UMB-   | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Bogota D.C.        | Santafé de bogota |
| Universidad Metropolitana          | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Atlántico          | Barranquilla      |
| Universidad Santiago de Cali       | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Valle del cauca    | Palmira           |
| Universidad Santiago de Cali       | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Valle del cauca    | Cali              |
| Universidad Simón Bolívar          | Registro Calificado | Fisioterapia                | Activo | Atlántico          | Barranquilla      |
| Universidad Tecnológica de Pereira | Registro Calificado | Fisioterapia y Kinesiología | Activo | Risaralda          | Pereira           |

Fuente: SNIES. Ministerio de Educación.