

LA EMERGENCIA DE LA FONOAUDILOGÍA EN COLOMBIA

YASMIR BRISEL JARA MORENO

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar por el título de
Magíster en Educación

Directora

OLGA CECILIA DIAZ FLOREZ

Profesora Universidad Pedagógica Nacional

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

2024

AGRADECIMIENTOS

Este proceso académico se ha traducido en un viaje enriquecedor, marcado por el apoyo y amor de las personas que me han rodeado. Cada momento, decisión y circunstancia ha contribuido a mi desarrollo y hoy solo siento una inmensa gratitud.

Reconocimientos infinitos a mis padres, René y Stella, quienes creyeron en mí cuando elegí esta profesión. Su presencia constante, su luz, comprensión, escucha activa, amor incondicional y consejos diarios han sido fundamentales en mi camino.

A mi compañero de vida, Andrés, mi fiel acompañante de biblioteca, quien con paciencia y cariño supo escuchar cómo avanzaba cada día y soportó conmigo los momentos en que la tesis parecía no avanzar.

A toda mi familia, en especial a mi tía Miriam, Leidy, Deina, Santi, Alex y Fer por su alegría y cariño constante; ustedes han sido la luz que ha iluminado mi camino.

A mis amigas, mis maestras y todas las fonoaudiólogas del país porque juntas hemos tejido la historia de esta profesión.

A mi amada directora de tesis, Olga Cecilia, quien no solo me guio por los intrincados caminos de Foucault, sino que también me motivó y acompañó hasta culminar esta tesis que en momentos parecía no tener fin. Su sabiduría y aliento fueron cruciales para alcanzar este logro.

A mi alma mater, la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, cuna de mi formación y pasión por la fonoaudiología; un lugar que siempre llevaré en el corazón.

A la Universidad Nacional de Colombia por abrir sus puertas a todos y todas, promoviendo un espacio inclusivo y de crecimiento.

A ASOFONO, anteriormente conocida como ACFTL, por sus incansables luchas y por brindarme acceso a su valioso archivo.

A mi compañera Yadira que con su escucha y aliento me impulsó a alcanzar esta meta.

A mi compañero Oscar que apareció en el momento justo para enseñarme a manejar Atlas.ti con destreza.

Y finalmente, a todas las personas que lean esta investigación y contribuyan al enriquecimiento de la fonoaudiología. Su interés y participación son esenciales para el avance de nuestra autonomía.

DEDICATORIA

A todas las mujeres que me han precedido, les extiendo mi más profundo agradecimiento. Gracias por sus incansables luchas, por el conocimiento que han compartido, las enseñanzas que han impartido, el consuelo que han ofrecido, la escucha activa y las diversas formas de comunicar que ha enriquecido nuestra sociedad. Su legado es la base sobre la cual continuamos construyendo un futuro más equitativo y comprensivo.

Tabla de contenido

Introducción	6
Las políticas sanitarias en el marco de las estrategias del planeamiento para el desarrollo.....	12
Las necesidades sociales y médicas que posibilitan la institucionalización de la fonoaudiología31	
La fonoaudiología como carrera auxiliar de la medicina: la trayectoria de una profesión en busca de autonomía.....	51
Conocimientos y saberes que configuraron la profesión	59
A modo de cierre.....	81
Lista de referencias	89
Fuentes Primarias.....	89
Fuentes secundarias.....	91
Fuentes testimoniales	97
Anexos	98
Anexo 1. Nubes de conceptos y códigos de ATLAS.Ti.....	98
Anexo 2. Egresadas del IMAL que lideraron instituciones en Colombia	99
Anexo 3. Plan de estudios Universidad Nacional de Colombia, (Acuerdo 4 de 1966).....	101
Anexo 4. Plan de estudios Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario 1974... 106	
Anexo 5. Certificado plan estudios Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario 1966.....	110
Anexo 6. Comparativo plan de estudios Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario y Universidad Nacional de Colombia.....	112

Introducción

En el año de 1966 en Colombia se abren de forma simultánea dos programas de formación técnica, cuyas titulaciones serían denominadas terapia de lenguaje o fonoaudiología, ofertadas por dos instituciones educativas: la Fundación Colombiana de Rehabilitación¹ afiliada a la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario y la Universidad Nacional de Colombia, las cuales, en primera instancia, parecían responder a las necesidades de formar personal que pudiese atender a la población sorda o con limitaciones del lenguaje. Estas universidades fueron las pioneras en el país; después vendrían más instituciones que contribuirían con la unificación de la profesión en un solo nombre -fonoaudiología- y la reglamentación de esta profesión a través de la Ley 376 de 1997 en la que

Se entiende por Fonoaudiología, la profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio. Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones.

Para llegar a ser una profesión tuvieron que suceder muchos cambios políticos, educativos, económicos y sociales, además de una constante lucha liderada

¹ En esta coyuntura histórica se nombra legalmente como “Fundación Colombiana de Rehabilitación” de acuerdo con la resolución 547 de 1968 que corresponde a la reforma realizada en los estatutos en su reunión del 7 de noviembre de 1967 en la dirección de Juan Ruiz Mora y Horacio Tabora Palacio, presidente de la junta administradora y secretario respectivamente. Esta institución en referencia obtuvo su personería jurídica por resolución No 3381 de 1964 (Ministerio de Justicia, 1968). Es posible que durante la presente investigación se encuentre en algunas referencias bajo su nombre más actual “Escuela Colombiana de Rehabilitación” (ECR o E.C.R).

especialmente por mujeres para lograr la configuración y reconocimiento de este campo. Al indagar por la historia de la profesión desde sus inicios y cómo se configuró la fonoaudiología en el nivel de la educación superior en Colombia se encontraron pocos estudios históricos realizados, algunos de ellos generados en sus conmemoraciones o procesos de autoevaluación con fines de acreditación, pero es muy valioso documentar los saberes que han configurado la profesión porque permite reconocer las huellas que estos han dejado.

Sin embargo, la presente investigación al interesarse por la emergencia de esta carrera no ofrece un relato exhaustivo de todos los acontecimientos que rodearon su emergencia, ni lo realizará de manera lineal. Este trabajo lo que pretende es identificar las condiciones que posibilitaron la emergencia de la fonoaudiología y/o terapia de lenguaje en Colombia, dinámica que se dará en la década de los años sesenta. Este abordaje es relevante para identificar qué bases se construyeron y organizaron sus saberes y prácticas, además de reconocer quiénes somos, cómo nos hemos constituido y de dónde venimos los profesionales, en su mayoría mujeres, que optamos por este tipo de formación.

Las fonoaudiólogas por supuesto se han interesado por la investigación, sin embargo, en la búsqueda y estructuración del archivo se observa que no se han orientado al desarrollo de estudios históricos, sino que buena parte de las producciones investigativas se han concentrado en lograr el reconocimiento y la validez de sus prácticas profesionales a través de mejores estándares de eficacia, eficiencia y pertinencia para evaluar, intervenir, tratar, asesorar o aconsejar en sus áreas especializadas: voz, habla, deglución, audición, comunicación y lenguaje con población

infantil, adolescente, adulta o con poblaciones en los ámbitos educativos, hospitalarios, comunitarios y/o empresariales.

Para realizar este análisis, es necesario también reflexionar sobre cómo abordar metodológicamente, pues es común que las investigaciones privilegien abordajes historiográficos que ubican de manera lineal y causal el desarrollo de las instituciones y destacan las acciones de quienes se han considerado pioneras en la apertura de estos programas. “Estamos habituados a pensar en clave teleológica o finalista, viendo el presente como el destino natural del pasado y el pasado como germen del presente, de modo que este resulta banalizado” (Vázquez-García, 2021, p. 63). Desde este tipo de perspectivas, por ejemplo, se asumen que siempre habrían existido “los discapacitados”, “las personas con discapacidad”, “la terapia de lenguaje”, “la fonoaudiología”, “los limitados auditivos”, “los limitados del lenguaje” “los afásicos” “los retardados mentales”, pero ¿cuándo y cómo nos hemos acostumbrado a identificar a estas poblaciones bajo estas nominaciones y bajo la influencia de cuáles saberes? En vez de minimizar el extrañamiento lo que podemos es preguntarnos por estos hechos, interrogarnos por su singularidad.

El presente aparece entonces como resultado de contingencias que pudieron no tener lugar, de relaciones complejas y no jerárquicas entre series de acontecimientos diversos. Hacer inteligibles las realidades del presente en tanto pensables, pues la arqueogenealogía es una historia del pensamiento, no una historia social, de las ideologías o de las mentalidades, no consiste en identificar el factor causal subyacente que las ha producido, sino en trazar el “polígono” de circunstancias, el diagrama multidimensional de flechas, cuyo encuentro las hace emerger como efectos inesperados y no deseados (Vázquez-García, 2021, p. 65).

Esta perspectiva implica que la investigación no se centrará en una historia generalizada que dependa de una red de causalidad. En lugar de ello, lo que se buscará será recomponer el conjunto de series y acontecimientos que tuvieron confluencia e hicieron viable la estructuración de esta profesión en el país. ¿Cuáles circunstancias tuvieron que ocurrir para que la fonoaudiología emergiera en los años sesenta y cuáles contingencias tuvieron que darse para que empezara a preguntarse por una formación que atendiera a la población sorda y con limitaciones en el lenguaje y la audición? ¿Por qué su instauración se da dentro de las facultades de medicina? ¿la configuración ligada a la medicina permite comprender las limitaciones en su autonomía? ¿Qué intereses guiaron y moldearon esta formación paramédica en el país y para qué se requería? Estas problematizaciones implican tomar distancia de los hechos establecidos, de las mentalidades y representaciones vigentes con el fin de plantearlos de otro modo. “Implica una discontinuidad, una dificultad al pensar en nuevas relaciones sobre discursos que ya existían” (Vázquez-García, 2021, p.72). Estas problematizaciones son entonces el “encuentro de prácticas discursivas y no discursivas que introducen algo como objeto para el pensamiento (Castel 1994: 238), es decir, que introducen algo dentro del juego de lo verdadero y de lo falso o de lo aceptable y lo inaceptable” (Vázquez-García, 2021, p. 72).

Las prácticas discursivas son entonces el entrecruzamiento entre lo discursivo y lo no discursivo

son acontecimientos: *emergen* en un momento específico de la historia y quedan inscritas en un entramado de relaciones de poder. Solo hay prácticas en red. Para Foucault, no existen prácticas que sean independientes del conjunto de relaciones

históricas en las cuales funcionan. Por eso, aunque las prácticas son singulares y múltiples, deben ser estudiadas como formando parte de un ensamblaje, de un *dispositivo* que las articula (Castro-Gómez, 2010, p. 29).

El análisis de estas problematizaciones será entonces el punto de partida no pensando exclusivamente en una periodicidad sino en esas redes que permiten esclarecer el presente y entender que se combinan elementos heredados con las invenciones actuales. Para esto se hará necesario “no descuidar ninguna forma de discontinuidad, de corte, de umbral o de límite” (Foucault, 2002, p. 50) y como lo precisa el autor “describir enunciados en el campo del discurso y las relaciones de que son susceptibles” (2002, p. 50).

Para abordar estos interrogantes, la identificación y el análisis del archivo se constituye en el insumo principal, contemplando fuentes documentales tales como textos oficiales, comunicaciones y publicaciones de la época. Estos documentos permiten, en palabras de Foucault, “reconstituir, a partir de lo que dicen esos documentos –y a veces a medias palabras– el pasado del que emanan” (2002, p. 9).

En este sentido, se establecieron tres momentos para la investigación: el primero, enfocado en la identificación y localización de fuentes primarias como leyes, decretos, actas de consejos académicos y comités directivos de las instituciones, e informes de ministros; así como fuentes secundarias relevantes para el análisis como tesis, libros o artículos historiográficos de medicina y educación, sumado a fuentes testimoniales a través de relatos, análisis y entrevistas realizadas a las primeras egresadas de estos programas. El segundo momento correspondió a la lectura y análisis de datos, para lo cual fue imprescindible el uso del software Atlas.ti (Anexo 1), facilitando la gestión de

archivos dada la magnitud y volumen de documentos que se tuvo que escanear y categorizar. El tercer momento se dedicó al análisis de las problematizaciones y conexiones identificadas, así como a la organización de la macroestructura y microestructura de la tesis, lo que permitió comprender la emergencia de esta profesión a través del análisis de las prácticas que en su confluencia darán lugar a su estructuración.

Los capítulos dan cuenta del modo como se logra comprender esta emergencia y los desplazamientos en medio de los cuales se empieza a configurar esta profesión. El primero se relaciona con las políticas sanitarias en el contexto de las estrategias de planificación para el desarrollo y su impacto en la formulación de planes de salud para la población latinoamericana, especialmente la colombiana, con repercusiones significativas en la salud del país y su estructura social. El segundo capítulo aborda las necesidades que presentaba el país para la atención de la población sorda y con limitaciones en el lenguaje y/o la audición, además de apoyo al personal médico. El tercero se centra en la formalización de la carrera y los saberes que la estructuraron. Por último, se presentan algunas reflexiones que se derivan de este trabajo y en el que se trazan algunas iniciativas para continuar desarrollando investigaciones históricas relevantes en este campo.

Las políticas sanitarias en el marco de las estrategias del planeamiento para el desarrollo

Este capítulo pretende vislumbrar el juego estratégico que está a la base de los procesos que redefinieron, en una coyuntura histórica determinada, la influencia de ciertos países, especialmente de Estados Unidos en el contexto latinoamericano a nivel político, social y económico en los años sesenta. En el marco de estos procesos de modernización países como Colombia configura nuevas políticas públicas en agricultura, salud, educación, integración económica, eficiencia portuaria y regulación del mercado del café; lo cual implicó cambios que afectarían la formación del personal en salud.

A nivel internacional los países del denominado primer mundo, en los años sesenta, se encontraban en la recuperación de sus naciones después de las dos guerras mundiales, pero en América la preocupación estuvo centrada en que no surgieran estados socialistas y en particular evitar que se expandieran procesos revolucionarios como los generados en la isla de Cuba a finales de la década de los cincuenta. El gobierno estadounidense buscó neutralizar el respaldo a este tipo de ideologías tanto en su propio país como en los del continente americano, así como evitar la influencia y el respaldo de la antigua Unión Soviética para adoptar el comunismo como sistema social, de modo que Estados Unidos patrocinó un programa de ayuda externa para América Latina “con el fin de crear condiciones para el desarrollo y la estabilidad política en el continente durante los años sesenta” (Rojas, 2010, p. 92); además de lograr una intervención sistemática, a largo plazo y a escala regional.

El inicio de este programa, en el marco de la reunión de la Comisión especial para estudiar la formulación de mejoramiento económico, se formalizará a través del Acta de Bogotá del 12 de septiembre de 1960, en la que se plantea al Consejo de la Organización de Estados Americanos (OEA) un conjunto de medidas relacionadas con el incremento de la productividad a través del mejoramiento social y el desarrollo económico en América Latina, dentro del marco de la Operación Panamericana (Acta de Bogotá, 1960). Estas medidas se concentraron en mejorar las condiciones de vida rural y el uso de la tierra, la vivienda y servicios comunales; los sistemas educativos y de capacitación²; el mejoramiento de la salud pública³; la movilización de recursos nacionales y la creación de un Fondo Especial de Desarrollo Social, administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo (Acta de Bogotá, 1960).

La continuidad y seguimiento a este plan, se establece a través de la organización de reuniones anuales para analizar el progreso social y económico de los países miembros, para fortalecer la capacidad de asistencia del Consejo Interamericano Económico y Social de la ONU. A partir de este programa, al que se comprometieron 19

² Las medidas para los sistemas educativos y de capacitación se concentraba en la erradicación del analfabetismo, la ampliación de estudios en escuelas secundarias, la educación comercial e industrial especializada, la capacitación agrícola vocacional, en ciencias y artes industriales; la enseñanza a la población rural en lo concerniente a agricultura, salubridad, sanidad, nutrición y métodos para mejorar el hogar y la comunidad; y por último, los estudios superiores para administradores, directores, ingenieros, economistas y otros profesionales clave en el desarrollo económico (Acta de Bogotá, 1960, p.170).

³ Las medidas para el mejoramiento de la salud pública se centraron en el fortalecimiento y la expansión de los servicios nacionales y locales de salud, en particular los destinados a reducir la mortalidad infantil; el desarrollo progresivo de sistemas de seguro de enfermedad, de maternidad, de accidentes, de invalidez y otros, en zonas urbanas y rurales; la dotación de centros de salud o de hospitales y de puestos sanitarios a las zonas situadas lejos de los núcleos principales de población, según su importancia; la extensión de los servicios médicos públicos a las zonas que más lo necesitan; el fortalecimiento de las campañas para el control o la erradicación de enfermedades transmisibles, con especial atención a la erradicación de la malaria; la instalación de servicios de suministro de agua para el desarrollo económico y la salud; la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para funciones de salud; la intensificación de los programas de nutrición integral para las clases populares (Acta de Bogotá, 1960, p.170-171).

Gobiernos de Estados americanos, cada país miembro emprendió la realización de censos o estadísticas en los sectores a intervenir para determinar su estado, además de la posible inversión necesaria en aras del progreso de la región; sin embargo, la necesidad de implementación era de tal urgencia que no se esperó al año siguiente, sino que

La Organización de Estados Americanos (OEA) y, en la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social de dicha Organización, celebrada en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961, se aprobó la estrategia llamada “Alianza para el Progreso (APP)”, la cual, según el presidente de Estados Unidos, John Fitzgerald Kennedy, se constituía como “una demostración de la capacidad de las naciones libres para resolver los problemas materiales y humanos del mundo moderno” (Kennedy, 1961: 984), sin tener que recurrir a las ideas del marxismo y a los métodos de gobierno intervencionistas de orientación socialista. (Quevedo et al, 2021, p. 10)

La Alianza para el Progreso (APP), se configura como una estrategia política y económica integral que, a través de un programa de ayuda externa propuesto por los Estados Unidos para América Latina, buscó crear las condiciones para acelerar el desarrollo y disminuir la emergencia de los grupos revolucionarios. Su propósito se enunció en términos de

aunar todas las energías de los pueblos y gobiernos de las Repúblicas americanas, para realizar un gran esfuerzo cooperativo que acelere el desarrollo económico y social de los países participantes de la América Latina, a fin de que puedan alcanzar un grado máximo de bienestar con iguales oportunidades para todos, en sociedades democráticas que se adapten a sus propios deseos y necesidades (Carta de Punta del Este, 1961).

Una vez se adopta esta carta y la APP, las agencias encargadas de materializarla serán la Agencia Internacional para el Desarrollo [USAID], el Banco Interamericano para el Desarrollo [BID] y el Banco Mundial, quienes “se comprometieron en un proceso controlado de modernización de la economía, de la asistencia social y de la administración pública” (Quevedo et al, 2021, p.11) a generar en toda Latinoamérica reformas sanitarias, educativas, agrarias y sociales.

Sin embargo, “antes de que se iniciaran los programas de la Alianza para el Progreso, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya venía desempeñando un rol importante en la modernización de los servicios de salud en América Latina” (Quevedo et al, 2021, p. 13). Así, según lo aclaran estos autores, una vez se inician las acciones de la APP

Se dieron cambios en las orientaciones políticas y teóricas de dicha Organización para articularlas a la dinámica económico-política que se perfilaba en la región. Dichos cambios tendían a garantizar la inversión en salud por parte de los Estados latinoamericanos para apoyar y garantizar sus procesos de “desarrollo” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1992: 484). Para esto debería recurrirse a la medicina preventiva, a la medicina curativa y a la rehabilitación (2021, p. 13).

De manera que el proceso de modernización del área de la salud promovido por la OPS, sumado a las directrices de la Carta de Punta del Este, aceleraron el programa en el que ya se venía trabajando, llamado “Mejoramiento progresivo de los servicios de Salud Pública en Colombia” (Ministerio de Salud Pública, 1961, p. 4) bajo la asesoría técnica de la Organización Mundial de la Salud y la colaboración económica de la UNICEF, lo que condujo a consolidar el primer “Plan Decenal del Ministerio de Salud

Pública -1962 a 1971”, con miras a reestructurar de forma progresiva este Ministerio e impulsar procesos de planeación a mediano y largo plazo. Este Plan establece dos objetivos generales:

La reorganización y tecnificación progresiva del ministerio de salud pública y de sus organismos seccionales en todo el país y la elaboración de un plan de salud pública a largo plazo para Colombia. Como una demostración en la aplicación de este plan, utilizando una nueva organización administrativa, se desarrollará un programa piloto en una zona geográfica representativa del país cuya experiencia servirá para extender progresivamente los servicios reorganizados, al resto del país (Ministerio de Salud Pública, 1961, p. 5).

Para lograr esto el Ministerio creó la oficina de planeación y coordinación del Ministerio centrada en reorganizar, integrar y coordinar mejor las acciones para incrementar su rendimiento y posteriormente extender los planes a todo el país. Con este proceso se institucionalizan los procesos de planeación y tecnificación en el sector salud; prácticas que se mantendrán hasta el presente en todos los ámbitos y sectores del Estado.

Otro objetivo del Ministerio fue la preparación de personal técnico y auxiliar en salud pública, debido a la escasez de personas formadas en el área, para lo que se planteó emplear

las facultades docentes de la Escuela Superior de Higiene, hoy Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, o de otras instituciones de enseñanza en el país, organizar cursos de adiestramiento para el siguiente personal que trabajará en las Direcciones Departamentales y Centros de Salud en la Zona Piloto: Médicos, enfermeras, inspectores sanitarios, oficiales de estadística y auxiliares de enfermería. Seleccionar, de acuerdo

con la OMS, los candidatos que recibirán adiestramiento en el exterior, utilizando las becas que otorga la OMS (Ministerio de Salud Pública, 1961, p. 6).

A partir de la identificación de estas necesidades de formación de personal técnico en salud pública, sumado a las pocas Facultades y programas de salud existentes en esta época en el país, se impulsó la creación de programas especializados de “adiestramiento” para responder a los requerimientos y metas formuladas en este plan.

Las intervenciones de estas agencias internacionales se mantuvieron y para el año de 1962, se reunió en Washington un Grupo Asesor en torno al tema de la atención médica con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para establecer los mecanismos para la integración de los servicios

desde dos enfoques: el técnico-científico y el ético-político” (Hernández Álvarez et al., 2002: 162). En el ámbito de lo técnico-científico, la atención médica se entendía como el conjunto de servicios preventivos, de curación y rehabilitación centrados en la atención individual de las personas. En el ámbito ético-político se recogía el planteamiento de la OPS que rezaba que la salud era un derecho humano que debería ser garantizado por el Estado sin discriminaciones. (Rosen, 1993 [1958]: 460, citado por Quevedo et al, 2021, p. 13)

El programa Piloto para mejorar los servicios de salud pública para toda la población formulado en este Plan Decenal se centró en atender las problemáticas consideradas prioritarias : higiene materno-infantil, mortalidad infantil, atención y promoción del desarrollo normal de lactantes, preescolares y escolares; control de enfermedades transmisibles en la infancia y adultez; actividades para la higiene y la

alimentación infantil y, por último el saneamiento, que incluía agua potable, disposición de excretas junto a control sanitario de productos alimenticios (Ministerio de Salud Pública, 1961).

Posteriormente, la OPS en 1963 adoptó otra estrategia complementaria a través de la conformación del Grupo de Estudio de todos los ministros de Salud de las Américas, para organizar la ejecución de los cambios y así procurar el bienestar, la salud y la mejora económica en la región, que básicamente cumplía con los mismos objetivos del plan decenal:

[La] erradicación de enfermedades transmisibles, el saneamiento, sobre todo en el abastecimiento de agua y la eliminación de aguas negras para la disminución de la mortalidad infantil y especialmente de recién nacidos y el mejoramiento de la nutrición. Que recomiende, asimismo, medidas para la educación y el adiestramiento de personal y para el mejoramiento de los servicios de salud. (Organización Panamericana de la Salud, 1963)

Si bien estos apoyos favorecieron la aceleración de estas medidas de mejoramiento que se venían generando, tanto en Colombia como en varios países de la región latinoamericana, no hay que dejar de lado que este impacto también implicaría que todas las reformas estarían en la línea de promover el capitalismo y crearían una dependencia hacia los países posicionados en este sistema económico, especialmente los Estados Unidos de América.

Sumado a los apoyos internacionales para trabajar en estos aspectos en Colombia existía “un aire de esperanza” que favoreció priorizar estos objetivos, debido a que en la década de los sesenta el país se encontraba en el primer periodo presidencial del Frente

Nacional. Este se configuró como un régimen político resultado de la alianza generada entre de los partidos tradicionales *liberal* y *conservador* con el fin de “derrocar al régimen militar y populista del general Gustavo Rojas Pinilla (1953-1957) y para poner término a la crisis política que se vivía en el país” (Quevedo et al, 2021, p. 7). En los 16 años de este pacto político sostenido, se alternaron los cargos políticos estos dos partidos y se tuvo la ilusión de culminar la violencia⁴ que azotaba al país.

La confluencia de la intervención de estas agencias internacionales, la esperanza de lograr el fin de la violencia y la necesidad nacional de cumplir con los objetivos planteados, incluidos los de mejorar la salud en el país. En este último ámbito una de las principales dificultades era no contar con el suficiente personal para la atención de la población, lo que hizo prioritario el adiestramiento en todos los niveles para este sector.

Si bien la OMS brindó algunas becas para formación en el exterior, unos pocos no darían a basto con las necesidades crecientes de la población en el país y la inspección necesaria para el desarrollo y seguimiento del plan decenal de salud; de modo que la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en 1964 abanderó el tema con suficiente autoridad, tanto así que propuso que las instituciones relacionadas con la salud y la educación médica pensarán en “la necesidad de comenzar a formar «el médico que Colombia necesitaba»”. (Quevedo et al, 2021, p. 9)

⁴ En el periodo comprendido entre 1946 y 1966, Colombia fue el escenario de un agudo conflicto interno conocido como “La Violencia”, en el cual se estima que más de 190,000 colombianos perdieron la vida y otros dos millones más fueron desplazados de sus tierras. Después de la revolución mexicana, la Violencia fue el conflicto interno más largo y sangriento en el hemisferio occidental durante la primera mitad del siglo XX (Chacón Barrero, 2004, p. 3). Adicionalmente, en este periodo nacieron las guerrillas entre estas una de las más antiguas a nivel mundial -las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP).

Por supuesto, el médico que el país necesitaba no podría ser el mismo que se venía formando porque los retos y objetivos eran otros, además de la alta influencia de Estados Unidos mediante sus visitas, becas e invitaciones a las élites y personal de salud joven, que se maravilló al observar sus avances en medicina, lo que llevaría a Colombia a un cambio de paradigma en la formación médica.

Del modelo anatómico-clínico francés a la medicina de laboratorio: el giro de la enseñanza de la medicina en la década de los sesenta en Colombia

En Colombia desde el siglo XIX se veía adoptando la tradición francesa en la medicina debido a su proximidad idiomática (lenguas romances) y tendencia que a nivel mundial había generado por “la atracción que el desarrollo político y cultural francés ejerció, al menos desde la Revolución de 1789”, además de sus grandes logros que la “convirtieron en la vanguardia de la llamada medicina «científica»” (Miranda Canal, 2017b); sin embargo, en la década de los sesenta se produce un desplazamiento a nivel mundial, que se deriva de los efectos de las dos guerras mundiales, a propósito de los avances generados en los Estados Unidos y del modo como esta nación asumió la guerra fría y sus mecanismos para disminuir la influencia del comunismo y el socialismo en los países de América Latina.

Para el año de 1867 pocos años después de fundada la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, Manuel Uribe Ángel (1822-1904), justificaba la afinidad de la medicina colombiana con la francesa debido a la proximidad de

Relaciones más fáciles y frecuentes con el pueblo francés que con los demás pueblos civilizados, mayor parentesco en el idioma y, por consiguiente, mayor comodidad para la lectura de los libros de enseñanza, más intimidad en las relaciones comerciales, más

proximidad en las creencias políticas y religiosas. (Uribe Ángel, 1936, p. 53, citado por Miranda Canal, 2017a, p. 143)

Sin embargo, después de las dos guerras mundiales y el desciframiento de la cadena ADN en la década de los cincuenta, esta soberanía se traslada hacia la medicina estadounidense constituida por dos orientaciones y las especificidades de los saberes que en cada una se privilegian: “la fisiopatológica, centrada en la fisiología, y la etiopatológica, armada con la microbiología y la bacteriología a partir de los descubrimientos de Louis Pasteur (1822-1895) y Robert Koch (1843-1910)” (Miranda Canal, 2017a, p. 145). El autor aclara que, en el primer caso, la enfermedad se entiende como una “alteración funcional, previa a la lesión anatómica”, y en el segundo, la enfermedad se produce por “un agente externo vivo, químico o físico”. Según Miranda estas “dos mentalidades médicas” conforman la denominada “medicina de laboratorio [que] encontraron eco en la segunda mitad del siglo XIX. Pero su asimilación efectiva y, sobre todo, su introducción en el ejercicio médico, se dieron con un desfase considerable” (Miranda Canal, 2017b).

Para Miranda Canal (2017b), a raíz de la influencia norteamericana que se genera en distintos niveles de la vida nacional, incluida la salud pública, y que se gestionan a través de convenios bilaterales desde la segunda década del siglo XX, hacen que la medicina colombiana se vaya separando de la tutela francesa y vire progresivamente hacia los Estados Unidos. Este movimiento renovador, que también tendrá gran influencia sobre la medicina latinoamericana, se deriva igualmente de las transformaciones económicas, políticas y militares que le permitirán a Estados Unidos posicionarse a la cabeza de los países desarrollados.

Para otros historiadores de la medicina, este giro igualmente se debió a un cambio generacional de las élites del país atraídas por las promesas del progreso, la modernidad y la industrialización:

Se podría decir que el viraje de la medicina colombiana se trató, en cierta medida, de un cambio generacional. Los médicos de finales del siglo XIX cargaban toda la tradición de la nación al estilo francés, y con el paso al siglo XX las nuevas generaciones de la élite colombiana, a la que por lo general pertenecían los médicos, comienzan a deslumbrarse por el país del norte que se consolidó como el centro político, económico y cultural del mundo, dejando atrás a Europa y ondeando los ideales de modernidad, progreso e industrialización como máximas que captaron la atención de las clases pudientes colombianas, las cuales comenzaron a apostar por una construcción de país distinto al del siglo anterior, virando la política, la economía y el orden social hacia los Estados Unidos. Así muchos médicos empezaron a viajar a Norteamérica para formarse, dejando atrás la tradición y el anhelo de viajar a París a formarse con la medicina hospitalaria. (Olaya, 2013, p. 41)⁵

Los conocimientos y tendencias que se desarrollaban en Estados Unidos llegarán al país por distintas vías: de una parte, por las élites que podían viajar y formarse allá, o por las misiones que visitaban a Colombia. Así, Estados Unidos en su consolidación como potencia impulsó una corriente médica que ya no solo la concebía como un arte sino una ciencia que empleaba laboratorios para comprobar sus hipótesis.

⁵Juanita Olaya Ruiz, en su tesis plantea algunos aspectos en los que se manifestaron las reformas en la medicina y la salud en Colombia entre 1945 y 1960, en particular develar la conformación e integración de los servicios de salud para la población, los mecanismos de poder desplegados para el correcto funcionamiento económico de las aspiraciones del Estado, con una fuerte dependencia de Estados Unidos, y el rol que comenzó a jugar la medicina como herramienta fundamental para el control de la población.

Los convenios bilaterales se suceden desde la segunda década del siglo XX. Al país del Norte le interesan las enfermedades tropicales y los problemas de salud pública de nuestros países en relación con sus políticas de comercio internacional y sus economías de enclave. A nuestro país le interesa la movilización de recursos humanos, técnicos y financieros externos para paliar sus enormes problemas de salud, ligados a las condiciones de miseria. (Olaya, 2013, p.41)

Estos convenios bilaterales implican para Estados Unidos no solo el interés por estudiar las enfermedades tropicales o de salud pública y por concentrar un mayor conocimiento y ser referentes en estos temas, sino también porque era la puerta de entrada para que los países de América Latina generen una dependencia en términos económicos, tecnológicos, políticos y en las asesorías para las reformas educativas y del sector salud tanto en el mediano como en el largo plazo.

Este plan se daba a través de varios de los objetivos contemplados en la Alianza Para el Progreso, que para el caso de la medicina se centraba en “incrementar la esperanza de vida al menos en cinco años, así como mejorar las medidas de saneamiento y la atención en salud a la población” (Rojas, 2010, p.97). La confluencia de estas distintas condiciones en el campo de la medicina acelerará los cambios que favorecerán la apropiación de la tradición estadounidense en los hospitales, universidades y facultades que formaban personal en salud.

En las publicaciones médicas colombianas anteriores a las reformas de 1958- 1961, que desplazan a la medicina de impronta francesa, no existen referencias y análisis de significación sobre el Informe Flexner⁶. Pero es claro que los jóvenes médicos que

⁶ Abraham Flexner, conocido en el campo de la salud por el Informe Flexner que lleva como nombre original “*Medical Education in the United states and Canada*” vio la luz en 1910 y, con toda seguridad, constituye

viajaron entre los años veinte y los sesenta del siglo pasado a Estados Unidos a realizar o perfeccionar estudios pudieron presenciar sus efectos en las escuelas de medicina y los hospitales universitarios por donde discurrieron. Al retornar difundieron las bondades del nuevo paradigma que caminaba hacia su apogeo. A esta difusión boca a boca se sumó la presencia de las misiones médicas de Estados Unidos que visitaron el país entre 1948 y 1958 para adelantar estudios similares al que cumplió Flexner⁷ en Norteamérica (Miranda Canal, 2017, p. 152).

Ante el efecto del informe Flexner en Estados Unidos y Canadá, más el impacto del voz a voz entre los médicos de la élite que habían podido ver las bondades en los países del norte, se sumó

La apertura de la escuela de medicina de la Universidad del Valle, en 1951, que contaba con los apoyos de las Fundaciones Kellog y Rockefeller y con el de algunas universidades norteamericanas (Tulane, Cornell, Harvard, Toronto). Aquí jugó un rol fundamental el médico caleño Gabriel Velásquez Palau⁸ (1919-2015), quien promovió y

la publicación sobre educación médica más citada en la literatura especializada. A partir de este informe un número significativo de escuelas de Medicina fueron cerradas, mientras otras debieron generar importantes cambios (Vicedo Tomey, 2002).

⁷ El Informe Flexner es una de las discusiones teóricas más importantes en la historia de la educación médica, en el que se enuncian problemas educativos que se relacionan con la mala conexión entre la escuela secundaria, el college y la universidad, y la existencia de modelos pedagógicos basados en el enseñar y no en el aprender. Entre los problemas médicos, se señalan las desiguales formaciones en los profesionales, la sobrepoblación profesional con mala distribución geográfica, el abandono de las zonas rurales, los problemas en la formación de posgrado, los peligros de la superespecialización, la necesidad de una medicina que priorice al paciente, y la necesidad de formarse a lo largo del ejercicio de la profesión (Spinelli, 2022).

⁸ Gabriel Velásquez Palau (1919-2015) médico de la Universidad Nacional de Colombia (1944), con estudios en educación médica en el Cornell Medical Center – Estados Unidos. Fue fundador, junto con otros médicos, de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle (1950) y ejerció como su Decano desde ese mismo año hasta 1970. Desempeñó honrosos cargos como: Ministro de Salud Pública Nacional; Secretario de educación del Departamento del Valle del Cauca y profesor visitante de la Escuela de Medicina de Harvard; lideró el desarrollo de la educación médica en el país y el continente, particularmente a partir de la organización del I Seminario de Educación Médica, de la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, FEPAFEM – PAFAMS (Comunicando salud, 2015).

fundó con otros galenos la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) en 1959, desde la cual se extendieron las reformas hacía la biomedicina a las demás escuelas médicas del país.

La facultad de Medicina de la Universidad del Valle se consolida, así como una escuela ejemplo de este nuevo modelo y sus docentes como unos vanguardistas en los modernizadores saberes y prácticas médicas. El primer director ejecutivo de esta Asociación (1959 - 1965) José Félix Patiño, la describe en estos términos:

con un enfoque pedagógico radicalmente diferente al obsoleto modelo anatomoclínico francés imperante en la época, e introduce la estructura departamentalizada de tipo norteamericano con las características flexnerianas de fuertes ciencias básicas biológicas y sociales, salud pública, práctica clínica hospitalaria y comunitaria, énfasis en la investigación para creación del conocimiento, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad (Miranda Canal, 2017, p. 167).

Es así como en el marco de estos cambios se producirán las reformas en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y la reapertura de la Escuela de Medicina de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Es decir, que ambas facultades estaban incorporando estas modificaciones en su formación en medio de cambios y discusiones importantes en su interior, lo que será relevante para comprender y ubicar el tipo de orientaciones que se va a privilegiar en las carreras de medicina y su influencia en las carreras paramédicas, pues en ellas se configuran las primeras ofertas educativas en lo que se denominará las carreras técnicas en fonoaudiología y terapia del lenguaje.

La facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia fue incorporada en 1857 mediante la ley 66 de 1867 que adscribió el Hospital San Juan de Dios a la facultad como un escenario de aprendizaje y prácticas. Desde sus inicios y hasta los años sesenta estuvo altamente influenciada por la medicina europea, principalmente por el paradigma médico francés que se fue desplazando hacia el norteamericano ante la presión proveniente de diferentes instancias que destacaban las múltiples virtudes de la tradición estadounidense que generó “cambios en el plan de estudios, el gobierno y la administración de la facultad de medicina entre 1958 y 1961, qué sería bautizado como la «Reforma Paredes»” (Miranda Canal, 2017, p. 167) en honor al decano y transformador Raúl Paredes Manrique, quien organizó la facultad por departamentos, creó la carrera docente con categorías y dedicaciones, estableció tiempos definidos a los programas académicos de postgrado junto a sus planes de estudio (Universidad Nacional de Colombia, 2014).

Estas reformas serían las antecesoras y prepararon a la facultad para iniciar la reforma Patiño, denominada de este modo por el apellido del rector ⁹, que se realizaría entre 1964-1966, quién venía de liderar la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina e impulsar estas iniciativas en la Universidad del Valle. Esta reforma buscó integrar las facultades y promover una formación integral que combinará la educación

⁹ José Félix Patiño Restrepo (1927-2020) Inició su carrera de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, donde alcanzó a permanecer entre 1945 y 1948 pero, a raíz del “bogotazo” del 9 de abril de 1948, viajó a los Estados Unidos y estudió en la Universidad de Yale, New Haven, graduándose de médico y especialista en cirugía general, torácica y cardiovascular. Fue director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-; ministro de Salud; docente, director y rector de la Universidad Nacional; director ejecutivo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, (FEPAFEM). Presidió varias asociaciones científicas nacionales e internacionales, incluida la *International Society of Surgery/Société Internationale de Chirurgie*. Fue el principal motor de la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes (Gamarra Hernández, 2023).

básica y la profesional, enfocándose en la investigación y en la conexión con las necesidades del país; y es justamente dentro del marco de esta reforma que nacen las carreras paramédicas en la facultad y en el país.

En el mismo periodo y ante la urgente necesidad de formar médicos para el país, a partir de los diagnósticos críticos que se formularon en esta década tanto en el ámbito nacional como internacional, el consecuente impulso a las reformas sanitarias, los compromisos con las agencias internacionales, el gobierno del frente nacional y la reforma de la educación superior se da la reapertura de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario luego de haber suspendido por 100 años su funcionamiento, debido a la poca acogida que tenía la medicina en aquel entonces. Sin embargo, otras serán las condiciones en 1965, debido a que uno de los hospitales más grande de Bogotá e impulsor para reabrir esta facultad nuevamente fue el Hospital San José quienes iniciaron su búsqueda de alianza una vez la Universidad Javeriana dejó este espacio

Una vez que la Universidad Javeriana abandonó el Hospital de San José, y en vista de que la legislación nacional del momento no permitía que existiese en el país ninguna facultad, de ningún ramo, si no estaba vinculada a una universidad, los miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá comenzaron una búsqueda infructuosa para encontrar alguna institución universitaria que respaldara el proyecto. (Quevedo et al, 2021, p.37)

El director del Hospital de San José, Guillermo Fergusson Manrique, intentó de manera fallida establecer contacto con las universidades “Externado de Colombia, Santo Tomás, Libre, y de los Andes, pero ninguna de ellas se quiso comprometer en esta ambiciosa iniciativa” (Tribín Piedrahita, 1996: 87, citado por Quevedo et al, 2021, p.

38). De manera que siguieron buscando oportunidades y fue Alfonso Tribín Piedrahita¹⁰, oftalmólogo del Hospital de San José, quien lograría el acercamiento con la Universidad del Rosario:

Como consecuencia de sus gestiones se concertaron una serie de reuniones entre Guillermo Fergusson, la Junta Directiva de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y Monseñor Castro Silva, rector del Colegio del Rosario. Como resultado final de estas reuniones se firmó un contrato entre el Colegio y la Sociedad de Cirugía, el día 15 de junio de 1965, para reabrir la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 118-129) (Quevedo et al, 2021, p.39)

Una vez se firmó el convenio entre el Hospital de San José y el Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, se estableció la propuesta de creación de la Facultad y se remitió al gobierno para su aprobación; sin embargo, este confió la tarea a la Asociación Colombiana de Universidades (Ascun), quienes a su vez remitieron los documentos a “la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), una organización de carácter privado fundada por los decanos de las distintas facultades de Medicina del país” (Quevedo et al, 2021, p.39).

Ascofame no le dará el aval a la propuesta por considerarla “retardatorio. Su recomendación se apoyaba en el hecho de que el Plan de Estudios retoma parte del modelo francés de enseñanza, al vincular al estudiante a la práctica hospitalaria desde el

¹⁰ Médico y especialista en oftalmología de la Universidad Nacional de Colombia. Entre 1972 y 1975, ocupó la Decanatura de la Facultad de Medicina del Alma Mater y, adicionalmente, fue profesor de oftalmología en las Facultades de Medicina de las Universidades Javeriana y Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, del cual fue colegial y consiliario. Coordinador de Oftalmología en el Instituto de Seguros Sociales y en el Hospital de San José. En la Clínica San Rafael tuvo el privilegio de haber sido el Fundador y primer director del Departamento de Oftalmología (Cuellar, 2004).

primer momento de su ingreso a la Facultad” (Quevedo et al, 2021, p.41). No obstante, después de muchas conversaciones “ASCUN pasó por encima de las opiniones de ASCOFAME y aprobó provisionalmente la iniciación de los estudios en la nueva Facultad” (Quevedo et al, 2021, p.41) y finalmente el primero de marzo de 1966 inician los nuevos estudiantes de medicina sus estudios que duraría 11 semestres más un año de internado.

Posteriormente, el 24 de abril de 1969, luego de la posesión de Arturo Aparicio Jaramillo, las directivas completaron y construyeron elementos pendientes del currículo para garantizar un plan de estudios que condujo a la graduación de la primera promoción el 18 de enero de 1972. Previamente, en 1970, se realizó una modificación en la duración de la formación reduciendo el tiempo a 10 semestres, más un año de internado.

En las décadas de los sesenta y setenta, las directivas del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario se concentraron en la conformación y consolidación del modelo curricular junto al plan de estudios, tal como lo refiere José Heber Astaiza¹¹ (1995):

En términos generales la organización curricular de la Facultad de Medicina fue la misma desde 1965 hasta 1987 [...] En efecto, en dichos años y aún hoy [1995], persiste el modelo curricular rígido de Flexner que divide en tajante dicotomía los estudios médicos en una fase de ciencias básicas y otra de ciencias clínicas, con un claro predominio de lo teórico en la parte inicial y de lo práctico en la segunda fase. (Astaiza, 1996: 332, citado por Quevedo et al, 2021, p. 78-79)

¹¹ Jefe de la Oficina Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario.

La reapertura en la Universidad del Rosario y las reformas en la Universidad Nacional dan cuenta de los múltiples cambios en la educación médica que en consecuencia afectó la orientación que terminó por predominar en las denominadas carreras paramédicas que estarían prontas por nacer en el país.

Las necesidades sociales y médicas que posibilitan la institucionalización de la fonoaudiología

El presente capítulo explora las condiciones y demandas en las que surge esta profesión en la década de los sesenta, a partir de tres situaciones principales desde las cuales se empieza a manifestar la necesidad de contar con personal formado en esta carrera paramédica de la que se carecía en Colombia: una de ellos serán las familias de la élite colombiana de las personas con desórdenes comunicativos, quienes buscaban contar con alternativas de rehabilitación para sus hijos y generan alternativas para la formación de especialistas que atendieran los procesos educativos.

La segunda condición tendrá que ver con la constante preocupación por parte de los hospitales en lograr la atención de sus pacientes y el apoyo al personal médico de las instituciones, dada la gran cantidad de población que llegaba y que no podía indicarle el tratamiento pertinente.

La tercera se relaciona con las instituciones de rehabilitación, quienes carecían de personal formado para atender a una población con limitaciones y pese a existir la educación especial, se requería la experticia proveniente de especialidades, de acuerdo con cada limitación.

Al avanzar en la investigación surgieron varias problematizaciones que orientaron análisis en concordancia a la idea de conocer ¿cuáles fueron las necesidades, demandas o solicitudes con las que surge esta formación? ¿Cómo y cuáles escenarios de desempeño influyeron en la organización de los primeros sitios de prácticas? ¿A qué

población estaba dirigida esta nascente profesión? ¿Qué alcances tiene en esta coyuntura esta carrera paramédica que se consideraba debía ofrecerse en una modalidad intermedia?

En primera instancia, es importante destacar el papel que cumplieron algunas familias de la élite que, al no encontrar en el país alternativas para la atención de sus hijos sordos, iniciaron viajes a otros países en los que encuentran opciones e identifican instituciones encargadas de atender, rehabilitar, enseñar a hablar; lo cual los motiva a organizarse en torno a asociaciones de padres de familia, tal como lo reseña el Ministerio de Educación Nacional (1970, p. 1):

Hacia el año de 1960 surgieron asociaciones de padres de familia que unidos por el problema trataron de buscar solución a su situación. Muchos de estos padres habían viajado al exterior y observado la enorme labor que en el campo de la educación se estaba realizando con este tipo de niños.

Estos grupos se organizan no solamente en torno a la atención y educación de los niños sordos sino de otras condiciones como la parálisis cerebral:

En el año de 1961 se realizó una reunión sobre parálisis cerebral cuyas principales conclusiones fueron las de crear centros para la atención de los niños con secuelas de parálisis cerebral y parálisis infantil (Ministerio de Educación Nacional, 1970, p. 1).

Estas familias desencadenan dos situaciones: la primera en la que varios de ellos buscarían becar a algunas mujeres para que fuesen a estudiar fuera del país, principalmente en México en el Instituto Mexicano de Audición, Voz y Lenguaje -

IMAL¹²- para que a su regreso pudieran proporcionar la atención de sus hijos; y la segunda, las mismas madres de estos pequeños se capacitarán para mejorar su crianza y enseñanza.

En el año de 1961 hubo un movimiento bastante activo en las clases favorecidas, en el sentido de mejorar y crear servicios en este campo, para niños sordos en este nivel y fue así como del Cauca, antiguo Caldas y Bogotá, se enviaron 15 personas a especializarse al Instituto Mexicano de Audición, Voz y Lenguaje. Este grupo creó y atiende escuelas en Medellín, Popayán, Manizales y Bogotá; contribuyó a la organización de los cursos de preparación para terapeutas del lenguaje y educación del sordo (Ministerio de Educación Nacional, 1970, p. 1).

Estas primeras mujeres que se formaban en el extranjero facilitarían la atención de los nacientes centros de atención en el país, pues a su regreso cumplirán con la contraprestación de la rehabilitación de los parientes de quienes fueron sus patrocinadores y de otras personas a quienes le pudiesen costear este tipo de servicios. Además, varias de las familias siguieron trabajando en el país en la creación de las instituciones y cuando se dio el regreso de las fonoaudiólogas o terapeutas del lenguaje se pudiesen sumar a los hospitales, institutos o fundaciones.

¹² En 1951 el Dr. Pedro Berruecos Téllez edificó la primera institución privada dedicada al campo audiológico en el país, el Centro Audiológico y Foniátrico de México, ahora Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL). Acompañaron en su fundación: el Dr. Salvador Durán Torres, el Dr. Severino Tarasco Camino, el Ing. Sergio Martínez Sopeña, la Profa. Guadalupe Arias Ortiz y la Sra. Paz Villalobos de Berruecos, especializada en técnicas de audición y lenguaje. El Instituto tiene como finalidad la formación de maestros y técnicos en audición y lenguaje, diagnóstico audiológico y foniátrico, rehabilitación, escuela oral para niños sordos, clínica de adiestramiento auditivo y corrección de los defectos del lenguaje para niños débiles auditivos, clínicas para los defectos de la fonación, clínicas para corrección de los defectos del lenguaje, clínica de lectura labio-facial para adultos, clínica para el adiestramiento en el uso de audífonos, e investigación en los campos audiológico y foniátrico. Para el año de 1953, el IMAL se convirtió en el primer promotor en América Latina de la licenciatura de médicos y terapeutas, con el reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación Pública (Toledo-de Coutinho & Cano-de Gómez, 2004; p. 75).

El caso de la familia Arango Restrepo en la ciudad de Manizales ilustra este tipo de situaciones, el cual es relatado por Maruja Castrillón de Quiceno en la publicación «Recopilando historias» por los 50 años de la fonoaudiología en Colombia, allí refiere que la hija de estos manizaleños tenía problemas auditivos y ellos propician “con una beca la formación de Especialistas¹³ en la Educación del Sordo y en la Terapia del Lenguaje en México” (Castrillón, 2016, pp. 36-37). Posteriormente refiere la autora que esta familia continúa su trabajo en el país hasta fundar en 1961 el Instituto de Audición, Voz y Lenguaje Hospitalito, anexo al Hospital Infantil de la Cruz Roja en Caldas. Una vez regresa la becaria forman “equipo con un médico otorrinolaringólogo, un foniatra y una técnica en audiología” (Giraldo, 2016, p. 92¹⁴), e inician labores en el Instituto que tiene como objetivo brindar “atención, inicialmente, a niños y jóvenes con problemas auditivos, en modalidad grupal, con un enfoque pedagógico terapéutico, siguiendo los lineamientos del Método Oral propuesto por el IMAL” (Giraldo, 2016, p. 92).

Esta misma situación se replica en varios lugares del país según lo reseña Maruja Castrillón, como es el caso de Popayán:

En 1963 nuevamente la iniciativa es de los padres preocupados por sus hijos sordos. Las familias Grueso Vejarano, Obando Mejía, Penagos Muñoz y Zambrano Caicedo fundan en Popayán el Instituto de la Audición y el Lenguaje con dos exalumnas del IMAL: Mireya García y María Cecilia Castrillón, bajo la dirección del otorrinolaringólogo, doctor Edgar Penagos Casas (Castrillón, 2016, p. 37).

¹³ En esta coyuntura histórica no se encontró evidencia de que se tratara de especialistas.

¹⁴ Relato anecdótico publicado en «Recopilando historias» por los 50 años de la fonoaudiología en Colombia

Se destaca que en varias de estas instituciones que se fundaron en Colombia se establecen equipos liderados por médicos con especialidad en otorrinolaringología.

En Medellín este proceso de creación de instituciones o fundaciones se produce hacia 1968 también por la influencia de familias prestantes que organizan alternativas para quienes eran considerados “débiles auditivos”, una nominación que hacía parte de las formas de categorizar las pérdidas auditivas:

En 1968 en Medellín, un grupo destacado de antioqueños: Raúl Jaramillo, Margarita de Barrientos, José Betancur y su esposa Silvia, Juan y Colette Winograv, liderados por el Dr. Marcos Barrientos, otorrinolaringólogo, y por la Sra. Olga Amaya de Jaramillo, dan vida a la Fundación Pro-Débiles Auditivos cuya primera Terapista es María Irma Castro llegada de Manizales, y a quien se unen luego Lucía Ochoa y María Cecilia Castrillón de Quiceno, también egresadas del IMAL (Castrillón, 2016, p.37).

Una de las familias que más influencia generará en la configuración de la fonoaudiología en Colombia es la familia Samper (Felipe y Blanca) quienes ante el diagnóstico de pérdida auditiva de su primera hija iniciarán acciones para su rehabilitación, y a la postre propiciarán diversas iniciativas para la atención especializada y la educación de personas sordas. Brigard y Brigard (2016) relatan la historia de esta familia, quienes en 1961 se encontraba en México porque Felipe trabajaba en la embajada de Colombia y Blanca decide iniciar estudios de “Licenciatura en Terapia del Lenguaje en el Instituto Mexicano de Audición y el Lenguaje -IMAL-, mientras Felipe después de su trabajo en la Embajada cuidaba las dos niñas y Blanquita realizaba sus prácticas con Tina su hija «sorda»” (p. 50). Este cambio de residencia permitió que las familias Brigard y Samper establecieran vínculos y junto con otras

familias plantean la idea de crear una institución dedicada a la atención de esta población en Colombia, tal como lo relatan las autoras:

el 25 de octubre de 1961 se reunieron en la casa del doctor Miguel Trías y su señora Olga, padres de [una] niña «sorda», su padre el profesor Antonio Trías, eminente cirujano español radicado en nuestro país y su señora Monserrat, el doctor Benjamín Gutiérrez y señora Inés, el doctor Daniel Brigard y señora Inés Elvira, las señoritas Helena y María Elvira Brigard, el doctor Jorge García Gómez, el señor Santiago Samper y señora Blanca Gnecco¹⁵, y el doctor Héctor Charry (acta No.1) con el fin de fundar un instituto de acuerdo a lo conversado en México. Según esta acta en dicha reunión se establecieron algunos de los parámetros que guiarían el Instituto Colombiano de la Audición y el Lenguaje ICAL (2019, pp. 50-51).

La familia Samper decide que la madre (Blanca Samper de Samper¹⁶) se formaría para garantizar la atención a su hija, y posteriormente se organizó la creación del ICAL:

En diciembre de ese año una vez terminaron sus estudios en el IMAL Blanquita Samper de Samper cofundadora del ICAL y Alicia Torres Chávez, se constituyó la planta de la institución con Blanquita como directora, Alicia Torres quien manifestó su interés en vincularse al proyecto como terapeuta y experta en diagnóstico diferencial entre «sordos y afásicos» y como auxiliares Helena y María Elvira Brigard, quienes adelantaban estudios en la Facultad de Psicología de la Universidad Javeriana [...] En enero de 1962

¹⁵ Ella adopta el apellido de su esposo y será reconocida como Blanca Samper de Samper.

¹⁶ Blanca Samper de Samper -se define a sí misma como- madre de 5 hijos, la mayor de ellos con pérdida auditiva profunda. Luchadora incansable, investigadora y una máquina de ideas. Psicóloga de la Universidad de Lovaina-Bélgica y fonoaudióloga del IMAL de México. Creó el programa de fonoaudiología en la Escuela Colombiana de Rehabilitación afiliada a la Universidad del Rosario. Gestora de la Asociación Colombiana de Fonoaudiología. Fundadora del ICAL y de la Fundación CINDA - Centro de Investigación e Información sobre Deficiencias Auditivas- (Samper de Samper, 2016, p. 144).

se obtiene la personería jurídica y en febrero del mismo año, el Instituto ABRE SUS PUERTAS para iniciar la rehabilitación del niño sordo y con problemas del lenguaje. Número de alumnos: UNA y en lista de espera para pasar por diagnóstico: SEIS. Metodología de rehabilitación: Triple Adiestramiento (Lectura labio facial, articulación, entrenamiento auditivo), oralista y orientación católica (Brigard y Brigard, 2016, p. 51¹⁷).

Como se aprecia en este relato, en este periodo los esfuerzos están centrados en lograr la producción de lenguaje oral y del habla en la población sorda a través del proceso de rehabilitación centrado en la lectura labio facial, articulación y entrenamiento auditivo. Así mismo, llama la atención que además de los procesos terapéuticos en la institución se incluía la formación en la religión católica.

Estos primeros centros de atención en audición y lenguaje en el país serán liderados e impulsados por las familias de los denominados débiles auditivos y limitados del lenguaje; instituciones que contribuirán con la demanda de ampliar la formación de nuevos técnicos o licenciados en este campo.

Otra de las instituciones que facilitará la instauración de este campo de saber y de práctica se situará en el sector hospitalario, quien tendrá como protagonista al Hospital San Juan de Dios de Bogotá, por la necesidad de apoyo a los servicios que prestaba, lo que lo llevó a ser uno de los primeros espacios de práctica en los que se formaban estudiantes en estas carreras técnicas.

¹⁷ Relato anecdótico publicado en «Recopilando historias» en conmemoración por los 50 años de la fonoaudiología en Colombia

Así, a mediados de la década de los sesenta el Hospital San Juan de Dios (HSJD) y la Universidad Nacional de Colombia (UN), en el marco del convenio para la atención por parte de practicantes de medicina y sus especialidades en el hospital, sus representantes se reunían semanalmente para realizar un seguimiento a los compromisos de estas dos instituciones. Precisamente en una de estas reuniones de la Junta administradora del Hospital, concretamente en la sesión del 28 de enero de 1966 bajo la presidencia de Monseñor Carlos Vargas Umaña, uno de los puntos de sesión fue la presentación de la iniciativa de la creación de las carreras de terapia, una de ellas la de terapia del lenguaje. En la sesión el profesor Acosta comenta los “antecedentes del proyecto elaborado por el Consejo Superior Universitario para la creación de la Carrera de Terapia Física, Terapia Ocupacional, y Terapia del Lenguaje en la facultad de ciencias de la salud. Agrega que ese proyecto lo tenía el hospital hace mucho tiempo” (Junta Administradora Hospital San Juan de Dios, 1966, Acta 2).

Si bien no se logra esclarecer a partir del archivo el tiempo específico en el que se configuró esta iniciativa en el hospital y en el que se expresa la necesidad de terapeutas del lenguaje, es claro que no es la primera vez que se aborda el tema y esto se relaciona con que en la década de los sesenta en el país se intensifican los requerimientos derivados de los diagnósticos internacionales y nacionales que enfatizaban en la necesidad de generar una modernización en la salud en el país para atender las demandas sanitarias de la población. Dentro de ellas se destacaba la recomendación de contar con personal paramédico formado en carreras intermedias en salud; requerimiento que no era nuevo, pues Colombia ya había recibido recomendaciones previas a partir de las visitas de técnicos norteamericanos, en las que a

través de la cooperación se dio impulso a la educación al personal médico y paramédico y se generó una enorme influencia en la dirección del Ministerio de Higiene:

[De] una gira de Nelson Rockefeller¹⁸ (1908-1979) en 1942 por Colombia y otros países, se derivó la creación del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), un ente teóricamente separado del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social para profundizar la cooperación con el gobierno nacional en salud, higiene pública y educación médica y paramédica (Miranda Canal, 2017, p. 152).

A partir de la creciente demanda de este personal, que se venía presentando en este centro médico, la misma Junta Administradora Hospital San Juan de Dios (1966) plantea la posibilidad de que “esas escuelas estén bajo la dependencia del hospital” (p.2) y no de la Universidad Nacional. Al respecto, se acuerda: “con el fin de aclarar la situación planteada si el hospital puede otorgar títulos se decide que se consulte al Ministerio de Educación tal punto y que en la próxima junta se establezca si el hospital puede o no administrarlas directamente” (Junta Administradora Hospital San Juan de Dios, 1966, Acta 2, p.2). En el acta del mismo día el Dr. Casas intenta aclarar que es necesario contar con permisos por parte del Ministerio de Educación y que al Hospital no cuenta con los permisos de ley para ofertar este tipo de formación:

¹⁸ Nelson Aldrich Rockefeller (1908- 1979) fue un empresario y político que introdujo en Venezuela nuevas formas de producción y mercadeo agrícola. Nieto del magnate petrolero John Davidson Rockefeller. Graduado en *Dartmouth College* en 1930, inicia un período de aprendizaje en las empresas de su familia. Rockefeller es nombrado coordinador de Asuntos Interamericanos por el presidente Franklin Delano Roosevelt (1942-1944), cargo que le permite ampliar sus conocimientos, y tener un papel importante en las negociaciones que concluyen con la promulgación de la Ley de Hidrocarburos venezolana de 1943. Cuando Gerald Ford asume la presidencia tras la renuncia de Richard Nixon lo escoge como vicepresidente de Estados Unidos (1974-1976). En 1973, al suscribir Venezuela el Acuerdo de Cartagena e ingresar en el Pacto Andino, la mayoría de las filiales de la IBEC en Venezuela deben pasar al control de capitalistas venezolanos, específicamente, en este caso, la Organización Diego Cisneros que negocia con el consorcio Rockefeller la compra de sus activos en el país (Fundación Polar, s.f.).

considera que por tratarse de carreras intermedias únicamente la Universidad Nacional puede dirigirlas; además, que es necesario pedir el permiso correspondiente al Ministerio de Educación con el fin de que autorice su funcionamiento, agrega que el hospital no puede expedir títulos lo que es corresponde únicamente a la universidad (Junta Administradora Hospital San Juan de Dios, 1966, Acta 2, p.2).

En la siguiente reunión de junta se ratifica el planteamiento de que sea la Universidad Nacional quien se haga cargo de estas tres carreras paramédicas que se proyectan como intermedias. A partir de las sesiones del 11 y el 18 de febrero de 1966 se realizó y aprobó un contrato específico entre la universidad y la beneficencia¹⁹ para que el hospital sea el sitio de práctica de estas carreras, además de determinar los derechos y obligaciones a las que se comprometen las dos partes:

Como el contrato entre la universidad y la beneficencia no se ha firmado aún la universidad podría hacer un contrato específico para que el hospital prestará sus facilidades físicas, de pacientes, etc., como campo de trabajo de dichas carreras, contrato con el cual se determinaría también los derechos y obligaciones a las que se comprometen las dos (2) partes (Junta Administradora Hospital San Juan de Dios, 1966, Acta 4).

Fue necesario avanzar en un periodo tan corto de tiempo y lograr la rápida aprobación por parte de la Junta del hospital, presidida por médicos y monseñor, debido a que ya se había emitido el acto de creación de las carreras en la Universidad Nacional mediante el acuerdo 4 del 20 de enero de 1966 (ver anexo 3), lo proporcionaba un

¹⁹ Los inicios del Hospital San Juan de Dios datan de 1564, cuando Fray Juan de los Barrios y Toledo, arzobispo de Santafé, donó una de sus casas para la atención a enfermos. En 1723 pasó a ser un Hospital Público administrado por la Beneficencia de Cundinamarca.

aumento en la atención de los pacientes al contar con las primeras²⁰ practicantes de terapia de lenguaje debido a que en ese entonces solo se contaba con practicantes de terapia física de la Fundación Colombiana de Rehabilitación.

Otras instituciones que requerirán los servicios de atención a pacientes con demandas comunicativas serán el Hospital de la Misericordia y el Asilo-Taller Franklin D. Roosevelt (actual Instituto Roosevelt). En la publicación “*Recopilando historias*” relatan Charria y Guzmán (2016)²¹ que estas instituciones, por esta época, presentaban requerimientos en su consulta, por la necesidad de atención de muchas patologías infantiles y de adultos en el terreno del lenguaje abre a su vez la posibilidad de contar con servicios institucionales oralistas para las personas con deficiencia auditiva como eran los “afásicos en los servicios de neurología del hospital de la Misericordia, Roosevelt y otros más, atendidos por profesionales formados en México y en Argentina” (Charria y Guzmán, 2016, p. 18).

Las otras instituciones que impulsarán la apertura de los programas y la necesidad de esta carrera son las nacientes instituciones de rehabilitación y educación especial, que requerían personal técnico de apoyo en terapia de lenguaje o fonoaudiología para los niños con parálisis cerebral, quienes presentaban limitaciones para comunicarse, comer y/o hablar. Un ejemplo de este tipo de instituciones es Propace - Asociación Pro-Niño con Parálisis Cerebral- que tiene su fundación el 30 de agosto de 1965 y desde sus inicios

²⁰ La primera promoción de terapeutas de lenguaje de la Universidad Nacional tuvo un total de 17 graduandas.

²¹ Relato anecdótico de las egresadas de las primeras promociones, publicado en «*Recopilando historias*», libro que se publicó en 2016 en conmemoración por los 50 años de la Fonoaudiología en Colombia.

manifestaron su preocupación de no contar con el personal especializado requerido para la atención de esta población:

Sobre el problema de preparación de personal especializado se oyeron varias opiniones: El Dr. Gómez propuso pedir en la facultad de medicina del Colegio del Rosario preparación de personal especializado en esta rama. Se habló también de las religiosas que llegarán próximamente al Instituto Roosevelt especializadas en rehabilitación quienes en un futuro podrían ser de gran utilidad para la asociación. (Junta Directiva Propace, 1965, acta 6)

En ese mismo año, se plantea en otra de las reuniones de esta Asociación la necesidad de organizar un espacio al interior del Hospital infantil para ofrecer alternativas de rehabilitación con el apoyo de los otros servicios médicos que ofrecía la institución, lo cual implicaba

Habilitar lo más pronto posible el local que ofrece el Hospital Infantil y ponerlo a funcionar con un pequeño grupo de niños cuyos padres puedan costear un tratamiento y evitando que se disminuya el capital de la asociación [...] además del local el hospital ofrece equipo médico, terapia del lenguaje y otras de las especialidades que ya están funcionando en el hospital. (Junta Directiva Propace, 1965, acta 10)

Propace se instala así en el Hospital Lorencita Villegas de Santos pues allí podían beneficiarse del servicio de terapia de lenguaje ya existente en el ICAL - Instituto de Audición y Lenguaje-, sumado a que sus aspiraciones era lograr que se configurara como un modelo a nivel internacional:

Según palabras del Dr. Gómez la asociación debe ser un modelo en América lo que significa un gran trabajo porque para lograrlo debe reunir personal especializado en dichos

campos, a saber: pediatría, ortopedia, neurología, psicología, terapia del lenguaje, educación especial y terapia ocupacional (Junta Directiva Propace, 1965, acta 11).

Sin embargo, este servicio de terapia de lenguaje para mayo de 1966 seguía siendo una de las preocupaciones para Propace, por lo que se propuso al ICAL trabajar en conjunto, lo cual no fue viable y posteriormente “habló con las señoras Elvira de Izasa y Beatriz de Plata sobre lo relacionado con la Terapia del Lenguaje. Opina el Dr. Mora²² que el problema del lenguaje es muy difícil para este año” (Junta Directiva Propace, 1966, acta 30).

Si bien Propace inicia sus servicios el 2 de mayo de 1966, no logra incluir la atención en terapia de lenguaje, pese a haber generado compromisos con dos terapeutas, dado que las mismas profesiones eran las impulsoras de la Escuela de Fonoaudiología y no lograban cumplir con tantas actividades.

El examen y tratamiento del lenguaje se ve aplazado en el presente año por la indisponibilidad en que están las fonoaudiólogas, Sras. Elvira de Izasa y Beatriz de Plata, socias fundadoras de Propace, pero han prometido su colaboración para el próximo año (III Asamblea General Propace, 1966).

Quienes en primera instancia se beneficiaron de los servicios de esta institución son las familias que habían apoyado este proyecto desde sus inicios en calidad de socios,

²² Carlos Mora Mora, médico cirujano de la Universidad Nacional. En el año 1959 recibió el título de cirujano de ortopedia de *Harvard Medical School*, posteriormente asiste a la Fundación *Warm Springs* en Georgia, y en 1962, le es conferido el título en Medicina Física y Rehabilitación en *New York University*. Inicia su vida laboral en el Instituto Franklin Delano Roosevelt en donde comenzó a concebir la idea de ofrecer en un solo lugar todos los servicios para la habilitación y rehabilitación de los niños con parálisis cerebral. Se desempeñó como coordinador del servicio de rehabilitación del Instituto Colombiano del Seguro Social, docente de anatomía y patología en la Escuela Colombiana de Rehabilitación. Director Científico de la Asociación Colombiana Pro-Niño con Parálisis Cerebral Propace 1965 -2005 (Comunidad Propace, s.f.).

dentro de las cuales el 30 % correspondía a quienes tenían miembros con parálisis cerebral o algún tipo de deficiencia. Así se relata y recoge en el acta de la III Asamblea de Propace (1996):

Fueron atendidos en primer lugar los niños de los socios activos, observándose que entre los socios más del 70% corresponden a familias simpatizantes con la obra de Propace, sin que los mismos tengan casos de parálisis cerebral en su hogar. Luego se procedió a llamar a los niños de las familias inscritas en Propace pero que no eran miembros activos actualmente [...] Explicó que la junta directiva actualizó, [que] se cobrará la suma de \$50.00 para recibir todos los servicios anotados, valor que ha hecho efectivo únicamente para los niños que han sido considerados como habilitables, los cuales además en un buen porcentaje se han hecho socios de Propace (p.36).

Llama la atención la selección que se realizó con los niños considerados “habilitables”, es decir, que no se generaba el ingreso a quienes presentaban otras condiciones, ya fuese “retardo mental, retardo motor sin parálisis cerebral o condiciones mentales constitucionales que hacen imposible su rehabilitación” (III Asamblea General Propace, 1966). Esta era una institución especializada en la atención de solo este tipo de población con parálisis cerebral.

La ubicación de personal especializado en terapia de lenguaje en esta institución se extendió por dos años, pues hasta el 25 de agosto de 1967 se reporta que se logra que Alicia Torres sea la “encargada del departamento de audición y lenguaje, con la misma asignación salarial que la directora de terapia ocupacional” (Junta Directiva Propace, 1967, acta 61). A ella se le asigna una remuneración importante debido a la escasez de personal con esta formación en el país.

Esta necesidad de especialistas no cesaba allí porque el centro piloto de Propace requería el apoyo de más terapeutas, pero no contaban con los recursos suficientes. Así que para el 20 de septiembre de 1967 el Dr. Mora continúa buscando oportunidades o alianzas y logra establecer convenio con la Universidad Nacional a través del apoyo del director del departamento de rehabilitación el Dr. Jorge Pardo y así se formaliza la primera rotación de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de lenguaje:

por el hecho de ser las señoritas Alicia Trujillo y Alicia Torres profesoras de Terapia Ocupacional y Audición y Lenguaje respectivamente de la Universidad Nacional. Estas prácticas iniciarán en el mes de enero de 1968, y se llevarán a cabo dos o tres seminarios sobre parálisis cerebral para los estudiantes durante el curso del año (Junta Directiva Propace, 1968, acta 63).

De manera que no solo lograrían la participación de futuras terapeutas, sino que impactarían en su formación, al tener capacitaciones en este espacio. De este modo, se observa cómo esta institución fue una de las que buscó ofrecer este servicio a partir del reconocimiento de la importancia de la terapia del lenguaje para los niños con parálisis cerebral. Asimismo, incluyó dentro de su planta estas terapeutas, ayudó a gestar la necesidad en varias instituciones educativas de educación superior y se constituyó en sitio de práctica.

Así, se logra identificar tres condiciones e instituciones que resultaron fundamentales para la emergencia de esta carrera en el país: las familias con niños con discapacidad –especialmente sordos y con parálisis cerebral–; los hospitales, las instituciones de rehabilitación y educación especial, que al no tener un profesional que

pudiese atender las demandas de la población confluyeron para poder generar los espacios de formación y práctica.

En el discurso pronunciado por Jorge García Gómez²³ en la graduación de la primera promoción de Fonoaudiólogas de la Fundación Colombiana de Rehabilitación, adjunta a la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario el 6 de diciembre de 1968, se justifica la necesidad y relevancia de esta carrera paramédica y manifiesta que esta formación ya se viene dando hace muchos años en otros países:

Quiero aprovechar este momento solemne y significativo para decir ante auditorio tan ilustre, lo que significa esta nueva carrera de la fonoaudiología, su importancia, su objetivo y la necesidad imperiosa que existía en Colombia de formar un personal especializado en este campo de la rehabilitación [...] en el campo de la audición y el lenguaje, en que si comparamos con las conquistas que han hecho otros países y han alcanzado, nos encontramos muy lejos de la realidad. (García Gómez, 1969, p.64)

En este discurso igualmente se hace visible el tipo de funciones y roles que se espera cumplan las egresadas de esta formación desde los espacios y servicios en las áreas de lenguaje, comunicación, audición y voz a todos los grupos poblacionales a los que se espera atienda estas primeras 11 egresadas de la formación técnica en fonoaudiología. En este discurso se da prioridad a las personas sordas, asumidos como inválidos y que, no obstante, se reclama para ellos oportunidades laborales y normas que las garanticen. Así

²³ Jorge García Gómez, bumangués y médico por la Universidad Nacional (1947), fue becario luego de la Fundación Kellogg en la Universidad de Illinois; vuelto al país, se encargó del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San José. Fue fundador y presidente de la Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología (1961). En el sector público, sirvió como vice y ministro de Salud de la administración Turbay (Universidad del Rosario, 2017).

mismo, se encomienda a las egresadas de esta carrera atender esta problemática desde la rehabilitación de la audición y el lenguaje:

Muy lejos nos encontramos también con la legislación que ampara a los sordos. Se debe expedir la ley que obligue a las fábricas a dar trabajo obligatorio a los inválidos. En Japón 45.000 sordomudos trabajan en la industria manufacturera, representando una tremenda fuerza laboral y una gran economía para el Estado. Estas conquistas ya alcanzadas en estos países, debo mencionarlas para poner de presente nuestras necesidades en el campo de la rehabilitación de la audición y del lenguaje. En Colombia, de los 75.000 sordomudos solo un millar están recibiendo alguna rehabilitación. A vosotras corresponde esta labor y el campo es ilimitado. (García Gómez, 1969, p.65)

Si bien se reconoce como una labor especializada y nueva, en este discurso también se expresa que en varios países ya se trabaja en la posibilidad de integrar a las personas con limitaciones como sujetos productivos, debido a que muchos por la carencia de oportunidades deben vivir de la caridad. El siguiente grupo que se resalta es la atención que deberán ofrecer las fonoaudiólogas a los niños en etapa escolar y quienes enfrentan distintos tipos de trastornos de la comunicación, así como los pacientes con parálisis cerebral:

De los tres millones y medio de niños que forman la edad escolar, existen aproximadamente 350.000 que sufren severos trastornos en la comunicación. Estos niños pueden y deben rehabilitarse para incorporarlos a la vida activa del país como ciudadanos productivos. Mencionaremos también el grave problema de los pacientes con parálisis cerebral, cuya incidencia alcanza en nuestro medio a 84.000, y ellos un 50% tienen trastornos de la fonación... Recordemos también la alta incidencia de esta patología por

accidentes cerebro vasculares, cáncer de laringe, dislexias o tartamudez (García Gómez, 1969, p. 65).

Otras alternativas de desempeño laboral se relacionan con la atención a la población adulta, que ha sido la más desprotegida hasta la fecha y que se vincula con la denominada medicina industrial:

En [este] campo [...] la Fonoaudiología tiene proyecciones ilimitadas. El ruido en la industria es una de las causas que más afecta la audición, y en nuestro medio 400.000 obreros están expuestos al trauma acústico por ruido o accidentes auditivos (García Gómez, 1969, p.65).

De aquí que se inicien los controles en los trabajadores, al observar que varios de ellos perdían su capacidad auditiva y de identificación de los sonidos del lenguaje y quedaban aislados e incomunicados. García Gómez (1969) finaliza su intervención con estadísticas en las que justifica impulsar esta formación, según las estimaciones y proyecciones epidemiológicas y teniendo en cuenta lo que se considera una “madurez científica” de esta carrera en el “mundo civilizado”:

Para un país de veinte millones de habitantes, se necesitan no menos de 2.000 técnicos o especialistas en audiología y foniatría. El país tiene en el momento actual una alta tasa de crecimiento vegetativo, y Colombia duplicará su población en 20 años. Este aumento implica más patología de la comunicación, más pacientes sordos, más accidentes cerebrovasculares, más tartamudez, afasias o dislexias. La población colombiana menor de 15 años constituye el 48% del total, y estos problemas son más frecuentes en la edad escolar. La fonoaudiología es una carrera que ha llegado a su madurez científica en el mundo civilizado, y no podíamos estar al margen de países de nuestra misma estructura social y económica que ya se han incorporado a este campo con grandes conquistas (p.66).

Esta intervención permite comprender cómo se explicaba la razón de ser de esta carrera en su institucionalización, pese a que en algunas instituciones de salud y educación ya se contaba con técnicas y licenciadas formadas en el extranjero y se reconocía su importancia dentro de los equipos de trabajo. A su vez, el esfuerzo y convicción del Dr. García al pronunciar este discurso en la graduación, su influencia en el sector salud y la posterior publicación de este permitió hacerle difusión a la esta carrera paramédica, con el personal de salud de la misma institución y comunidades que accedían a este medio de comunicación escrito, que podía solicitar o generar la contratación de las egresadas, que en su mayoría dirigieron centros e instituciones de rehabilitación y educación.

Este discurso además deja entrever la atribución de los países del primer mundo y la idea de seguir estos caminos en la medicina, al mencionar que ya se venía trabajando y rehabilitando personas que habían tenido desordenes en su comunicación, audición y/o lenguaje junto a las implicaciones estadísticas que puede significar para el país dado los altos índices de población infantil y trabajadora.

Sumado a lo anterior la Universidad Nacional (1973) también se sumaba a la posición de incentivar la integración productiva de los sujetos a la sociedad

La creación de las Carreras de Terapia se fundamentó en la necesidad de extender los servicios paramédicos dentro de la nueva concepción de rehabilitación de personas que presentan deficiencias o pérdidas en su aparato locomotor; en su esfera psíquica o en los sistemas de audición y lenguaje, a fin de lograr su integración productiva a la sociedad; con miras a ello, se hacía indispensable la formación de personal capacitado para colaborar con los equipos médicos en la realización de las actividades de Terapia. En

relación con ello el ejercicio de la Terapia fue reglamentada mediante Ley del Congreso y se estableció que la aplicación de las Técnicas de Terapia debía ceñirse al diagnóstico y prescripción de los médicos profesionales (Concepto sobre el cambio de título de carreras de terapia, párrafo 1).

Acorde con lo observado en este capítulo es vital resaltar que no fue solo una necesidad o factor el que originó esta formación, sino la convergencia de varios requerimientos en el mismo momento histórico.

La fonoaudiología como carrera auxiliar de la medicina: la trayectoria de una profesión en busca de autonomía

A mediados del siglo XX en Colombia se limitaba el acceso de las mujeres a la educación superior, así que existían carreras dirigidas exclusivamente a mujeres como lo serían las carreras paramédicas y dentro de ellas la fonoaudiología o terapia de lenguaje. La formación de esta nueva carrera incluyó saberes y prácticas de diversas disciplinas y profesiones para lograr la especialización en las áreas de voz, audición y lenguaje que serían los que dirigirán a estas futuras fonoaudiólogas. A continuación, se mostrará cómo se llega a los conocimientos propios de la futura profesión.

En los años sesenta existía la división de Educación Femenina en el Ministerio de Educación que se encargaba de la “organización, supervigilancia y control de instituciones docentes que se proponen capacitar de manera íntegra a la mujer, y de conformidad con las normas y exigencias de la vida moderna” (Vargas Rubiano, 1960, p. 299), en consecuencia existían secciones para encargarse de: los Colegios Mayores e Institutos Politécnicos, educación secundaria femenina, educación doméstica, escuela de orientación fundamental y escuelas hogar, oficina de inspección; y por último, la oficina de becas, certificados y diplomas.

Para este caso los de interés serán los Colegios Mayores que “fueron creados para atender necesidades profesionales de nivel académico superior, que exigen diferentes niveles de capacitación media, cuatro o seis años de bachillerato y otorgan títulos profesionales: Bacteriología, Servicio Social, Delineantes de Arquitectura, Cerámica, Secretariado Comercial, Bibliotecología, Curso Hogar” (Vargas Rubiano,

1960, p. 299). Es decir, que dentro de las primeras carreras en las que las mujeres²⁴ podían iniciar su desempeño se encontraban las anteriormente nombradas y la naciente escuela de fisioterapia en Bogotá (1952).

El acceso a la formación se manifestaba en los clasificados de los periódicos en los años sesenta, pues las universidades hacían las convocatorias para estas carreras únicamente para mujeres: “las carreras sociales, paramédicas, artísticas y literarias se abrieron a las mujeres en establecimientos separados de los para hombres” (Helg, 2002, p.381).

Así mismo la apertura de las carreras intermedias diseñadas para la mujer y que tendrá atribución en las carreras paramédicas se formularon contemplando su condición socioeconómica, pues estos estudios

le permitían ejercer una actividad bien remunerada por fuera de su hogar [y] se organizaron a nivel universitario. Eran reservadas con exclusividad a las jóvenes de las clases media y alta que habían podido acceder al bachillerato. La estructura de la enseñanza femenina seguía con perfección las estructuras sociales, al tiempo que obedecía a los principios de la Iglesia. (Helg, 2002, p.381)

²⁴ En 1925 se da el primer ingreso de una mujer a una carrera profesional en Colombia, ella es Paulina Beregoff quien estudió “medicina en la Universidad de Cartagena y, además, años más tarde fue la primera docente mujer del claustro” (Equipo Exploremos, 2022). Aun cuando se da esta admisión seguía siendo muy restringido para las mujeres acceder a este tipo de preparación, en consecuencia “El 10 de diciembre del año 1934 se presentó al Congreso de la República un proyecto de ley para que las mujeres pudieran ingresar a la universidad en igualdad de condiciones que los hombres” (Ramírez, 2004) pese a su controversia se aprobó y esto permitió el ingreso Gerda Westendorp en 1935 a la Universidad Nacional quien fue admitida a la carrera de medicina. Lo anterior da cuenta de lo difícil y limitado que fue el ingreso de las mujeres a la educación superior para la época.

En las carreras paramédicas, la Escuela de Fisioterapia pionera en Colombia y que posteriormente se convertiría en la Fundación Colombiana de Rehabilitación (FCR) divulgó en el periódico El Tiempo en enero de 1952 su apertura y requisitos:

Al fundar una escuela con este fin, se abre a la mujer colombiana un nuevo porvenir en el campo de la especialización. La mujer por sus dotes de paciencia y constancia que la capacitan especialmente es la llamada para ejercer esta profesión que en tanto que lleva alegría, consuelo y alivio a los seres que han sido heridos por enfermedades crueles tales como la parálisis infantil, lesiones de nacimiento, accidentes, etc., le ofrece buenas posibilidades pecuniarias y un campo en la vida digno de todo aprecio y respeto (Comité de Revista de Fisioterapia, 1986, p. 26). Los requisitos de ingreso a la carrera son los siguientes: ser mujer mayor de 18 años y menor de 35 años, soltera, sin obligaciones que le impidan cumplir el reglamento y acreditar, por medio de certificados de personas de alta solvencia moral, su honestidad y buenas costumbres (Cruz y Sarmiento, 1997, p. 60).

Los requisitos eran bastantes específicos, ya existía un perfil en el que por su sexo se esperaba que encajara en la profesión, era necesario que fuese soltera dado que no tenía a su cargo un hogar que atender y cuidar, se esperaba un comportamiento idóneo digno de las buenas costumbres infundadas desde casa.

Lo anterior tendría influencia en las otras carreras paramédicas de la escuela como lo relato Piedad Guzmán²⁵ en la revista realizada en la que menciona que la “nueva facultad de fonoaudiología se ajustó al plan de estudios para técnicos, como era

²⁵ Fonoaudióloga egresada de la primera promoción de la Escuela Colombiana de Rehabilitación adscrita a la Universidad del Rosario. Docente universitaria, investigadora. Miembro fundador y presidenta de la Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia de Lenguaje. Presidenta de la Asofono.

fisioterapia. Por decisión de la Junta Directiva de la E.C.R. y exclusivamente femenina” (P. Guzmán, comunicación personal, 27 de agosto de 2023).

De modo que muchas de las prácticas que se venían realizando en fisioterapia fueron trasladadas a fonoaudiología, incluyendo con esto que fuera solo para población femenina y lo mismo sucedería en la Universidad Nacional

Debido a las funciones eminentemente técnicas que habrían de desempeñar los egresados de las carreras de Terapia, bajo la dirección de médicos especialistas y a través de una labor integrada dentro de equipos de trabajo, se dio a estas carreras el carácter de carreras intermedias con una duración de 3 años, o sea, 6 períodos académicos, a cuya conclusión se otorga el título de "Técnicos" en Terapia Física, Ocupacional o del Lenguaje. La admisión en Terapia se circunscribió a los estudiantes del sexo femenino en razón del tipo de actividades que implicaban estas carreras. (Universidad Nacional de Colombia, 1973, concepto sobre el cambio de título de carreras de terapia, párrafo 5)

De manera que desde sus orígenes se circunscribió con obligatoria admisión al sexo femenino porque esto se configuraría dentro del cuidado del otro, los valores maternos, la disposición a ayudar y proteger.

En 1966 inicia la carrera en la Universidad Nacional de Colombia con aras de lograr la titulación en *Técnico en terapia de lenguaje* y en la Fundación Colombiana de Rehabilitación adscrita a la Universidad del Rosario correspondería a *Fonoaudióloga* dada la incidencia extranjera en su denominación, al revisar la literatura nacional se localiza que el término Fonoaudiología deriva de Argentina que a su vez procede de Europa y terapia de lenguaje de Norteamérica según refiere Cuervo (1998):

En Colombia, a partir de 1966, año en que se crearon los primeros programas de formación en la Universidad Nacional de Colombia y en la Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación, coexistieron hasta 1994 las denominaciones “terapia del lenguaje” y “fonoaudiología”, adoptadas respectivamente por cada una de estas instituciones. Las decisiones sobre estos nombres las tomaron las personas que tuvieron la iniciativa de crear los primeros programas de formación en el país. En la Universidad Nacional influyó la escuela norteamericana del campo profesional denominado “medicina física y rehabilitación” el cual pretendió abarcar, según se comentó, además de una especialidad médica llamada “fisiatría”, a las profesiones de terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje. En la Escuela Colombiana de Rehabilitación influyeron las escuelas de Argentina y México las cuales, a su vez, fueron producto de los desarrollos europeos. De ahí las dos denominaciones que han prevalecido en Colombia (p. 69).

Por esta afirmación se decidió indagar en las investigaciones realizadas en Argentina para conocer su origen en este país y por qué decidieron optar por esta denominación

En 1937 se crea la Escuela Municipal de Fonación, luego Escuela Municipal de Foniatría (1939-1950), en el Hospital Rawson. Allí se realizaban cursos para especializar a profesoras para la atención de pacientes con patologías de voz, audición y lenguaje. En 1947 se crea el Instituto de Foniatría en Buenos Aires para atender personas con problemas de voz y lenguaje y en 1948 se inicia un curso de Reeducadores Fonéticos en dicho instituto. En 1948 el Dr. Tato crea un curso para la formación de Técnicos de Audiometría en el Hospital Rivadavia, destinado a profesores de sordos. En 1948-1949 el Dr. J. Tato organiza un curso de Audiología y en 1950 el Dr. R. Segre dicta un curso de Foniatría. Ambos se fundieron en un Curso de Fonoaudiología de 2 años de duración realizado en la Universidad de Buenos Aires (UBA) que otorgaba el título de técnico en Fonoaudiología.

Este término se adoptó luego en gran parte de Sudamérica. El término “fonoaudiología” fue creado por el Dr. Tato en 1951. (Martínez et al., 2006, p. 233)

Por supuesto esta investigación no es la primera que habla acerca de las dos nominaciones que tuvo esta carrera en el país, además de la dificultad global para la identificación de este

profesional o especialista en alteraciones del lenguaje, voz, habla y audición, recibe distintas denominaciones en los distintos países. En Gran Bretaña existe el terapeuta o terapeuta del lenguaje y del habla (*speech therapist*) y el audiólogo (*audiologist*). En Norteamérica existe el terapeuta del lenguaje/habla (*speech & language pathologist*) y el audiólogo (*audiologist*). En el ámbito anglosajón, es necesario optar por una u otra especialidad desde el master o, incluso, como en Gran Bretaña, desde el pregrado. En España existe el logopeda, especialista en trastornos del lenguaje y de la comunicación en general. En Latinoamérica, tampoco existe una denominación uniforme. Se usa mayoritariamente el término fonoaudiólogo, pero también en menor medida el de terapeuta del lenguaje y el de tecnólogo médico especialista en trastornos del lenguaje. (Martínez et al., 2006, p. 233)

De manera que desde 1966 y hasta 1994 en Colombia van a coexistir las dos titulaciones: terapia de lenguaje y fonoaudiología, y a partir de este último año se optará por unificar en todas las facultades la titulación de fonoaudiología al ser una carrera profesional. A continuación, se explorará cómo la Universidad Nacional de Colombia y la Fundación Colombiana de Rehabilitación adscrita a la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario logran de manera simultánea la apertura de esta carrera y los conocimientos que la constituyeron.

En Colombia a inicios de los años sesenta ya se contaba con varias personas formadas en el exterior en este campo, es decir, ya existían prácticas centradas en la rehabilitación de personas sordas y con limitaciones en el lenguaje así como centros de atención, hospitales y fundaciones que contaban con terapeutas del lenguaje (formadas en México), fonoaudiólogas (formadas en Argentina) y según reportes del Ministerio de Educación una sola persona con certificado de Estudios en terapia del lenguaje y educación del niño sordo y afásico (formada en Estados Unidos).

Algunos relatos de fonoaudiólogas manifiestan que varias de ellas al graduarse ejercieron en instituciones en las cuales iniciaban de voluntarias, lo que puede asociarse con labores de caridad o filantropía dado que varias de ellas pertenecían a la aristocracia del país.

En el Instituto Roosevelt se atendían niños con parálisis cerebral y patologías del lenguaje asociadas. Las alteraciones motoras las manejaba Fisioterapia, pero se hacía imperativa la necesidad de un grupo profesional que apoyara el tratamiento fonoaudiológico de estos niños. La señora Beatriz Bernal de Plata, fonoaudióloga formada en el Museo Social Argentino de la ciudad de Buenos Aires, se integró al Roosevelt como voluntaria para apoyar a las religiosas que trabajaban con los niños con el fin de corregir su lenguaje durante su periodo de hospitalización. (Guzmán, 2016, p. 55)

Otras mujeres de la élite colombiana o de las patrocinadas por estas familias fueron formadas en los valores de ayuda, comprensión y protección que cursaban esta carrera en el IMAL al regresar a Colombia realizaban la creación, dirección o enseñanza en estas primeras instituciones que atendían a las personas -en su mayoría niños- con diagnósticos

médicos de limitaciones y/o subnormalidades que hasta la fecha no tenían cómo ser atendidos (Ver anexo 2).

Al ser tan pocas no daban abasto en la atención como sucedió en el ICAL que funcionaba dentro del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos liderado por Beatriz Bernal de Plata y Blanca Samper de Samper. La experiencia de Beatriz y Blanca según el relato anecdótico de Charria y Guzmán²⁶ daría lugar al primer curso de auxiliares de Terapia de Lenguaje en 1965 con el fin de capacitar a algunas mujeres.

Ayudando proyectos de rehabilitación de niños y jóvenes con dificultades de lenguaje y la atención a la educación de niños sordos y viendo la necesidad de preparar en el país profesionales en el área, el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, donde se encontraba el ICAL, se plantea un primer curso para la formación de auxiliares de Terapia de Lenguaje en el año de 1965 (Charria y Guzmán, 2016, p. 18).

El curso en el Lorencita Villegas de Santos tendría una duración muy corta, pero esta misma idea había funcionado en Argentina para la apertura del programa; así que sirvió para impulsar aún más la idea de formalizar esta carrera paramédica, para lo cual se requería que fuera una institución con los permisos por parte del Ministerio de Educación Nacional. Este curso se ligará entonces a la apertura de la carrera en la Fundación Colombiana de Rehabilitación que contaba desde 1952 con el programa de fisioterapia fundado por Franklin Delano Roosevelt “adscrita al Instituto Roosevelt y aprobada por el acuerdo No 001 de 1952 del Consejo Directivo de la Escuela Superior de Higiene, entidad

²⁶ Relato anecdótico publicado en «Recopilando historias» en conmemoración por los 50 años de la Fonoaudiología en Colombia

encargada en esa época de la vigilancia de las profesiones paramédicas” (Cruz y Sarmiento, 1997, p. 58).

Al tener experiencia la FCR en una carrera paramédica y personería jurídica, se convirtió en un escenario en que se podría abrir “la Escuela de Fonoaudiología” para lo cual se reunieron y trabajaron arduamente Beatriz Bernal de Plata, Fonoaudióloga formada en el Museo Social Argentino de la ciudad de Buenos Aires; Blanca Samper de Samper, Psicóloga de la Universidad de Lovaina-Bélgica y terapeuta del lenguaje del Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje (IMAL); Jorge García Gómez, médico otorrinolaringólogo; Miguel Orticochea, médico cirujano plástico y Carlos Mora Mora, médico fisiatra:

ante la necesidad en el país de formar Fonoaudiólogos para trabajar en las áreas de foniatría, sordera y audiología, y con las experiencias anteriores en las áreas docente y asistencial en el área de fisioterapia, según consta en el acta 23 del 6 de octubre de 1965; la Fundación Colombiana de Rehabilitación con el apoyo del Dr. Jorge García Gómez y las Señoras Blanca de Samper y Beatriz de Plata, crean el programa de formación en Fonoaudiología, dando inicio a sus actividades académicas en el año 1966. (Escuela Colombiana de Rehabilitación, 2020, p. 11)

Conocimientos y saberes que configuraron la profesión

En las dos universidades pioneras la duración de la carrera se proyectó a tres años y su inicio de actividades se da en el año de 1.966. En la UN bajo la reforma Patiño con los cambios que esto implicó a nivel interno en la cual existe el primer año una formación básica, posteriormente en el segundo y tercer año avanza a conocimientos propios de la carrera en terapia de lenguaje. Así mismo, en la FCR su plan de estudios se estructura: el

primero de carácter teórico, el segundo teórico-práctico y el tercero práctico; al final de los cuales se otorgaría el título de Fonoaudióloga.

En la Fundación Colombiana de Rehabilitación inicialmente funcionó la Escuela de Fonoaudiología, pero al vincularse con la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, mediante el contrato del 16 de febrero de 1968, pasó a ser una sección. Sus características iniciales y justificación de fundación se expresan en el informe de autoevaluación presentado al ICFES en 1974 (ver anexo 4), en el marco del proceso de sustentación de la existencia de las carreras paramédicas y su cambio de carácter técnico a licenciatura:

Las carreras llamadas paramédicas han llegado a ser en la actualidad una necesidad imperiosa para la medicina. Dentro de éstas se encuentra la Fonoaudiología que se creó en 1.966 en la Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación, ante la necesidad del país de contar con personal preparado para rehabilitar numerosas personas con problemas de voz, habla, audición y lenguaje, es decir de comunicación tanto oral como escrita. La Fonoaudiología tiene un campo de trabajo muy amplio puesto que debe estar presente en hospitales, centros de rehabilitación, escuelas especiales y colegios de niños normales. Muchas de estas Instituciones no cuentan actualmente con el servicio de Fonoaudiología por falta de personal especializado (Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 104).

En la entrevista realizada a una de las primeras egresadas, Piedad Guzmán mencionó que no se tenía un plan de estudios estructurado para los tres años, sino que a medida que fueron las profesoras y alumnas avanzando este se fue estableciendo. Si bien en su primera cohorte no hubo una planeación escrita de las asignaturas a cursar, fue

posible a través de una publicación de la misma Piedad Guzmán (2016) reconstruir el primer año:

En este año de 1966 aprendimos: Anatomía: las clases teóricas se dictaban en la Cruz Roja Colombiana carrera séptima con calle 34 en compañía de estudiantes de enfermería y las clases con el doctor Darío Cadena las teníamos en el anfiteatro del Hospital de San José en la calle 10 con carrera 18. Lingüística y gramática con Ligia Parra de Neira. Física con el ingeniero Alberto Beltrán. Fonética articulatoria con Dora Monroy egresada del IMAL de México. El doctor Jorge García Gómez nos enseñó todo lo relacionado con la audición y su vía nerviosa. Flor Alba Cano de Becerra, profesora de la Universidad Nacional, nos dictó lecciones de Pedagogía. Y nuestras maestras de base: Blanca de Samper con la historia de la Educación del sordo y Beatriz de Plata con técnicas de relajación y respiración como prerrequisito para el trabajo de voz. En el Hospital Militar Central recibimos clase de Neurofisiología con el maestro Andrés Roselli Quijano. David Ordoñez Rueda, ortopedista maxilar, nos dictaba patología oral y nos entrenaba para hablar en público, era un docente holístico. Lógicamente estudiamos psicología, psicopatología, foniatría, musicoterapia con la profesora María Isabel Reyes. Tuvimos como conferencistas a los maestros argentino foniatras Juan Manuel Tato y Renato Segre (p. 57).

Con el fin de conocer más acerca de este plan de estudio se realizó una entrevista de manera escrita a esta egresada de la primera promoción, con el fin de indagar por el segundo año frente a las características de la formación de este periodo:

Avanzando el plan de estudios, en el 2° año iniciamos observaciones en la consulta privada de las profesoras Blanca y Beatriz y visitas al Instituto San Luis de Monfort que dirigía Soledad Vélez y al IMAL de Alicia Torres, los dos con enfoque para Sordos y Afasias e hicimos observaciones en la U. Pedagógica Nacional, en el programa de jardín Infantes.

En 1.967 iniciamos clase con Ruth Baena Garzón que tenía formación en la Universidad Las Américas de la ciudad de México y cubría los temas de Afasia infantil, retraso en el desarrollo del lenguaje. El área de trastornos de la voz la manejaba la profesora Beatriz de Plata: Disfonías, tartamudez, disartrias, dislalias, parálisis de cuerdas (P. Guzmán, comunicación personal, 27 de agosto de 2023).

De manera que, si bien estaban matriculadas en la Escuela de Fonoaudiología, varias de sus clases se daban en otros espacios de acuerdo con los convenios y profesionales convocados a hacer parte de esta formación. Además, se vincularon a varios profesionales que impartían clases en otras universidades, especialmente de la Universidad Nacional, dada la escasez de facultades de medicina en el país. Para identificar el plan de estudios del segundo y tercer año, además de la entrevista mencionada, se consultó a la secretaria académica (ver anexo 5) y el archivo de la Universidad del Rosario de la entonces afiliada Fundación Colombiana de Rehabilitación en los folios de 1968 y 1969 y allí se lograron reconocer cuáles eran las asignaturas que cursaban las estudiantes para este periodo:

Tabla 1.

Folios 1968 y 1969 FCR/UR

Segundo Año	Tercer Año
Articulación	Patología oral
Lectura labiofacial adiestramiento Auditivo	Diagnóstico
Lenguaje	Foniatría
Clave	Clave
Psico foniatría	Neurofisiología
Foniatría	Ritmo
Ética	Lenguaje para el sordo
Inglés	Metodología especial
Prácticas rotatorias foniatría	Ética
Prácticas rotatorias sordos	Metodología en problemas del lenguaje
Audiometría	Inglés

Prácticas en audiometría	Psicopatología
	Prácticas foniatría
	Prácticas Sordos
	Prácticas audiometría

Como se aprecia, la formación estaba estructurada por años y se observa la alta influencia de las asignaturas vinculadas con la foniatría. En lo pertinente al segundo y tercer año esta formación tiene un carácter más práctico para responder a la necesidad de los tres servicios de: foniatría, otorrinolaringología y la intervención con la población sorda.

Es importante aclarar que, dado que en 1968 se realiza el convenio entre la Fundación Colombiana de Rehabilitación y la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, los documentos correspondientes a los folios de 1966 y 1967 fueron solo parte de la Escuela²⁷ y por este motivo no están disponibles dentro del archivo histórico de la Universidad del Rosario.

Ahora bien, en lo que respecta a la Universidad Nacional de Colombia, institución de carácter público, las tres carreras de terapia fueron creadas de forma simultánea mediante el Acuerdo No. 4 aprobado el día 20 de enero de 1966. En la justificación con la cual se sustentó, casi una década después, el cambio en la titulación de nivel técnico al nivel de licenciatura, se reconstruyen los argumentos para reformar las carreras de terapia:

[Esta] se fundamentó en la necesidad de extender los servicios paramédicos dentro de la nueva concepción de rehabilitación de personas que presentan deficiencias o pérdidas en su aparato locomotor; en su esfera psíquica o en los sistemas de audición y lenguaje, a fin

²⁷ Se buscó establecer contacto con la Escuela Colombiana de Rehabilitación, pero manifiesta que toda la información de esta etapa la tiene la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

de lograr su integración productiva a la sociedad; con miras a ello, se hacía indispensable la formación de personal capacitado para colaborar con los equipos médicos en la realización de las actividades de Terapia. En relación con ello el ejercicio de la Terapia fue reglamentada mediante Ley del Congreso y se estableció que la aplicación de las Técnicas de Terapia debía ceñirse al diagnóstico y prescripción de los médicos profesionales (Universidad Nacional de Colombia, 1973, concepto sobre el cambio de título de carreras de terapia, párrafo 4).

Tal como se señala, al ser consideradas como carreras paramédicas se asumen como colaboradoras de los médicos y por tanto dependientes de su criterio profesional. Por esto mismo su nacimiento se da dentro de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, bajo la dependencia académica y administrativa de la Facultad de Medicina.

En lo que respecta a los planes de estudios de las carreras de Terapia, estos estaban “programados para 6 semestres, de los cuales, los 2 primeros son comunes a las 3 Especialidades: en los 4 últimos se concentran las actividades específicas de cada una de las ramas de la Terapia” (Universidad Nacional de Colombia, 1973, concepto sobre el cambio de título de carreras de terapia, párrafo 6).

Durante el primer año estas tres carreras se nutren de materias que ya funcionaban en la universidad de básicamente tres facultades: la primera es Ciencias Humanas - que nació en 1966 bajo la rectoría de José Félix Patiño, producto de la unificación de las antiguas facultades de Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras, Psicología, Sociología y Ciencias Económicas (Universidad Nacional de Colombia, 2017). La segunda facultad es la de Ciencias -la misma reforma Patiño agrupó en una sola instancia administrativa las

facultades de Química, Farmacia, Matemáticas, Geología y el Departamento de Física, que estaba adscrito a la Facultad de Ingeniería. También incluyó el Observatorio Astronómico Nacional y el ICN con su Museo de Historia Natural (Caballero Leguizamón, 2014, UNAL). La última de la facultad es medicina, justamente de donde se origina.

Así en el primer año todas las terapias compartían asignaturas, es decir, los estudiantes de estos tres programas: terapia física, ocupacional y lenguaje recibiendo las mismas orientaciones, no requería la contratación de personal especializado, dado que estas asignaturas ya existían en otras facultades de la universidad como lo era medicina, psicología y humanidades. Además, hacía parte de los estudios generales que debían cursar la mayoría de las carreras en la universidad en concordancia con lo gestado en la reforma Patiño

Los estudios generales constituyen la pieza maestra de la nueva orientación. Es por medio de la enseñanza en los primeros semestres, de las ciencias (los estudios básicos), y de la economía, la sociología, la antropología, el arte, etc. (los estudios generales), que adquirirá el estudiante, esa visión integral que le permitirá poner sus destrezas especializadas al servicio del desarrollo colombiano. Se advierte que esos estudios generales no son un preuniversitario sino parte integrante de las carreras. Se establece así una diferencia importante con el modelo norteamericano del cual provienen (Universidad Nacional de Colombia, 1990, p.45).

Como elemento diferencial en la admisión con las otras terapias se encontró que la UN estableció el perfil del terapeuta de lenguaje más ligado a la pedagogía al ser la única carrera que admitía normalistas.

Como requisito de admisión se prescribió el título de bachiller para las 3 carreras; solo la carrera de Terapia del Lenguaje recibe también aspirantes que posean título de Normalistas superior, además se exigen los requisitos comunes a las demás carreras que ofrece la Universidad tales como inscripción, examen [sic] de admisión, etc. (Universidad Nacional de Colombia, 1973, concepto sobre el cambio de título de carreras de terapia, párrafo 6).

Para el segundo año terapia de lenguaje en su primer semestre mantiene la influencia de saberes de las carreras de psicología, educación y medicina, pero en el segundo semestre especializa su plan de estudios de manera que son asignaturas propias, lo que genera la vinculación de quienes se habían formado en el exterior para que impartan estos saberes.

En lo que respecta al último año de formación se observa un gran peso en las prácticas clínicas que corresponden a todo un año, de manera que ya inician su apoyo a hospitales, clínicas, centros de educación especial y/o consultorios.

Esta organización del plan de estudios se estructura en consonancia con la influencia que en su momento experimentaron los programas tanto del área de Medicina como del conjunto de la Universidad a partir de la reforma Patiño y por tanto “convertir a la Universidad Nacional en un efectivo "instrumento" del cambio económico-social colombiano” (Universidad Nacional de Colombia, 1990, p.45). Esta reforma impulsó el vínculo entre la universidad y el desarrollo²⁸, es decir, que se buscaba que los

²⁸ Desarrollo es la palabra de moda en los años 60. Está escrita con letra mayúscula en los planes que redactan los gobiernos del Frente Nacional y no sólo se corresponde con una evidente transformación que el país ha sufrido en los treinta años anteriores, caracterizados por un rápido crecimiento industrial, sino que es una palabra con status internacional, otorgado por los programas de los Estados Unidos y de los organismos interamericanos que ofrecen su ayuda, en préstamos e inversiones, a los países latinoamericanos para superar el atraso (Universidad Nacional de Colombia, 1990, p.46).

profesionales al recibir esta formación lograran articularse con las necesidades productivas que requería el país.

De manera que, mientras en la Universidad Nacional se optó con incluir asignaturas que se desarrollaban en otros programas académicos de la institución, la FCR/Universidad del Rosario, por su parte, se respaldó en los profesionales que enseñaban estos saberes en otras profesiones y también acudió a ofrecer en otros espacios e instituciones, fuera de la sede, para lograr cumplir con el plan de estudios previsto.

Si bien en un inicio no fueron claras las áreas y el plan de estudios en la Fundación Colombiana de Rehabilitación se puede tomar a partir del informe de autoevaluación presentado al ICFES en 1974 por la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, en el cual detalla cada asignatura: sus objetivos, la razón de ser y el contenido, el cual se mantiene para esta primera etapa de la fonoaudiología. En este informe se presentan las ocho (8) áreas que hacen parte esta formación: área básica, pedagógica, lingüística, médica, psicológica, audiología, foniatría y lenguaje sordo. Al contrastar este plan de estudios de la Universidad Nacional presenta bastante similitud, al menos en su nominación (Ver Anexo 6).

En aras de conocer los saberes que influenciaron la formación de estas fonoaudiólogas y técnicos en terapia del lenguaje en su primera etapa, se tomarán las mismas áreas que se proponía en el informe de autoevaluación presentado al ICFES en 1974 por parte de la FCR/UR para las dos universidades.

En el área básica la FCR/UR comprende: inglés, metodología del aprendizaje y la investigación, orientación a Fonoaudiología. Materias indispensables para ampliar

conocimientos adquiridos en forma deficiente en el bachillerato y para facilitar a las alumnas estudios posteriores” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 295). Este mismo propósito, al parecer, se relaciona en la UN con la inclusión de la asignatura de inglés; en su primera etapa no se incluye metodología del aprendizaje. El área pedagógica, por su parte comprende:

pedagogía, ayudas audiovisuales, ritmo, metodología de las matemáticas, ciencias sociales y ciencias naturales, programa de kínder. Uno de los objetivos de la carrera de fonoaudiología es preparar personal apto para rehabilitar niños con problemas de lenguaje, se requiere por esto tener conocimientos de pedagogía y conocer los métodos modernos de enseñanza, así como los programas (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 295).

En la UN corresponderá a la asignatura de pedagogía general, sin embargo, en la entrevista realizada a Clemencia Cuervo²⁹ mencionó que “con los profesores de educación tomábamos pedagogía y didáctica, y didáctica de las diferentes asignaturas como didáctica de la lectura, la escritura y las matemáticas” (C. Cuervo, comunicación personal, 11 de julio de 2023), es decir, que pese a que en el Acuerdo se hubiesen definido unas asignaturas específicas, en su realización estas tuvieron algunos cambios. Esta área tendrá una importante influencia en la carrera derivada de su relación estructural con los programas y prácticas de las licenciaturas existentes, lo que se traducirá en los énfasis en

²⁹ Fonoaudióloga egresada de la primera cohorte en 1969 de la Universidad Nacional de Colombia con postgrado de la Universidad de Illinois (Estados Unidos) en Desórdenes de la Comunicación Humana y de la Universidad de Southampton (Inglaterra) en Lenguaje en la Educación. Profesora de la Universidad Nacional desde el año 1969 hasta su jubilación, se desempeñó en actividades docentes, investigativas, administrativas y de proyección social. Recibió distinciones de Profesora Emérita, Medalla al Mérito Universitario y Docencia Excepcional. Ha sido protagonista del devenir de la fonoaudiología colombiana y un miembro visible de su comunidad profesional y de la Universidad del Estado a través de diversas publicaciones, conferencias y asesorías (Restrepo Arias, en Cuervo, 1998, p. 3).

la intervención de los desórdenes comunicativos, pero también en el manejo de los procesos escolares relacionados con la enseñanza.

Área lingüística: comprende: gramática, fonética y hoy fonología, lexicología (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 295). En la UN se oferta fonética y gramática; asignaturas que corresponden a las reglas y principios del idioma.

El área que predominará con sus saberes en ambas universidades será medicina desde sus generalidades y se halló que compartían clases con enfermería, las otras carreras de terapia y con los estudiantes de medicina en las asignaturas de: anatomía y fisiología, neurofisiología, patología de laringe y patología de oído, primeros auxilios, fisiología neuromuscular, anatomía funcional, patología general y neuromuscular, kinesiología, psicopatología, anatomía y patología especiales. Estas asignaturas se consideran imprescindibles “para conocer los órganos del cuerpo humano, su funcionamiento y sus enfermedades. Conocimientos fundamentales para posteriormente poder aprender el tratamiento de las distintas manifestaciones patológicas” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 295). El abordaje de estos saberes era básico para lograr la conocer las estructuras y posteriormente lograr distinción entre la normalidad y deficiencia, limitación o anormalidad, además estaban bajo la nueva corriente de la medicina que había realizado su desplazamiento hacia la medicina estadounidense.

La siguiente área es la psicológica, que comprendía: psicología general, psicología evolutiva, psicología médica, psicofoniatría, psicometría y psicopatología.

Este grupo se hace indispensable en vista del tipo de pacientes tan especiales que tiene que tratar una fonoaudióloga³⁰. No solo es necesario darles conocimientos básicos de psicología general sino también de psicología evolutiva para que la terapeuta pueda captar debidamente la actitud de sus pacientes de acuerdo con su edad. Es así mismo necesario darles nociones de psicopatología porque los pacientes que se tratan con estas disciplinas son individuos que su enfermedad de por sí les causa trastornos psicológicos (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 296).

Los trastornos que pueden tener los individuos requieren un manejo básico de la conducta, la comprensión del desarrollo y la terapeuta debe tener constante comunicación con la familia.

El área de audiolología será una de las que más popularidad tendrá debido a la posibilidad de medir el nivel de audición normal. En la UN comprendió audiometría y en la FCR/UR “comprende: acústica, audiolología I, audiolología II. Es un método para valorar la función de uno de los sentidos más importantes la audición cuya lesión motiva precisamente esta carrera” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 296). En cuanto al área de foniatría involucra “educación perceptual, foniatría I, foniatría II, dislexia, afasia. Es la metodología propia del tratamiento de todos los problemas de voz, habla y lenguaje” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 296) y en la UN se encontró rehabilitación de la voz. Esta área será quizás en donde más se susciten conocimientos propios de la carrera y sus las aclamadas nuevas intervenciones en los desórdenes y problemas comunicativos.

³⁰ En varias de las fuentes primarias es evidente la feminización de la profesión, debido a que como se mencionó solo se admitían personas de este sexo.

Por último, el área del lenguaje sordo comprendió “lenguaje del sordo I, lenguaje del sordo II, clave³¹. Es la metodología propia en la rehabilitación en los pacientes sordos e hipoacústicos” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 296) y en la UN era métodos en sordos. Justamente en el capítulo anterior se explicó cómo los familiares de la población sorda fueron unos de los demandantes de esta formación y por supuesto era de esperarse que en la carrera se especializara en su atención, a su vez, se evidencia el cambio en su denominación y diferenciación a la población con pérdida auditiva o hipoacusia centrados en la valoración auditiva que veían en el área de audiolgía, pero sobre todo para esta coyuntura histórica se trataba de lograr oralizar al sordo.

Se observa que las prácticas en las universidades tenían una intensidad (30 o 20 horas semanales), la población objeto a atender tenía en común a las personas sordas, seguido de los individuos con problemas en la voz como bien se podría asociar a foniatría, pero tenía una práctica diferencial la de afásicos y la de audiometría, esta última corresponde a que en la Fundación Colombiana de Rehabilitación sus fundadores estaban altamente interesados y formados en la exploración auditiva como lo era el médico otorrinolaringólogo Jorge García Gómez y la psicóloga/fonoaudióloga Blanca Samper de Samper, de modo que no sería sino hasta 1980 que en la Universidad Nacional la dirección de carreras de terapias sumada a la sección de otorrinolaringología logrará introducir la práctica de audiolgía para las terapeutas del lenguaje en formación. La diferencia se centraba en los afásicos o tratamiento de la afasia de la Universidad Nacional en la que

³¹ Esta asignatura tenía como objetivo capacitar a las alumnas para que pudieran realizar un buen trabajo en organización del lenguaje del niño sordo, según una estructura gramatical previamente establecida, y de acuerdo con su proceso de adquisición del lenguaje. Dentro de la bibliografía se encontró a Polito Castro y Cáceres con su libro “Clave para la estructura del lenguaje en el niño sordo”.

uno de los sitios con mayor demanda para su creación fue el Hospital San Juan de Dios y en la FCR se empezó a conocer a través de los seminarios ofertados a partir de 1974 cuando buscó cambiar su titulación a licenciatura en Fonoaudiología.

A su vez, se observa que la carrera enfatizaba en la formación práctica y en las intervenciones necesarias para las poblaciones con las cuales se realizaban las intervenciones. Este proceso implicaba que desde el primer semestre se realizaban observaciones y el último año era netamente centrado en la atención.

De este modo, en esta primera etapa hubo una predominancia del saber médico, seguido de los saberes de la educación, que se mantiene en la década de los setenta cuando se realiza el cambio de titulación de una formación técnica a licenciatura.

Este cambio implicó una ampliación en el número de créditos y la titulación mantendrá en cada caso la nominación previamente adoptada. Así, para el caso de la FCR/UR será de “*fonoaudióloga*” a “*licenciada en fonoaudiología*” y en la UN de “*técnica en terapia de lenguaje*” a “*licenciada en terapia del lenguaje*”. En la FCR/UR corresponderá a un año más de formación en seminarios o cursos que prepararía a las técnicas ya graduadas o próximas a graduarse en la atención de patologías específicas. Los nuevos seminarios ofertados eran:

Voz, tartamudez, afasia, fisura palatina y labial, laringectomía.

Dislexia, retardo en el lenguaje, adiestramiento auditivo, lectura labio facial y articulación.

Metodología de las matemáticas, ciencias sociales, ciencias naturales, pedagogía.

Psicología infantil, psicología sordos (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1974, p. 296).

Por el contrario, en la UN solo fueron cursos de 35 horas académicas para las egresadas, debido a que, al realizar el análisis del número de créditos, este programa cumplía con el número requerido para una formación equivalente a la de otras profesiones y para las próximas a graduarse solamente se sumó la realización de una monografía como requisito de grado. Algunos de los cursos que se identificaron en el archivo con los nombres de las personas que los desarrollaron fueron: técnicas de organización del lenguaje para el niño sordo (Blanca de Samper de la FCR/UR), administración educativa (Norberto Cogollos de la división de Educación Especial del Ministerio de Educación Nacional) y la educación del sordo en Colombia (María Victoria de Mendoza de INSOR). Como se observa no eran cambios de fondo, sino actualizaciones.

El cambio de titulación en la UN requirió que desde la oficina de planeación de la Vicerrectoría Académica se sustentará y oficializará la “propuesta de reforma a las carreras de terapia”, documento que tuvo como fin lograr escalar a la categoría de licenciatura a las formaciones de terapia física, ocupacional y lenguaje. En este documento se detalla la “actitud terminal” de los estudiantes, en la cual prevalece la influencia y el control por parte de los médicos en la toma de decisiones, la exigencia de mejorar las capacidades para el tratamiento de las personas y se integra la habilidad de investigación:

- a) Preparación para planear, programar, dirigir y desarrollar las actividades terapéuticas que recomienda el médico.
- b) Interés por el estudio e investigación sobre materias médicas o científicas y sobre las condiciones generales y concretas del país en asuntos relacionados con su carrera.
- c) Capacidad para estimular al paciente en su recuperación; habilidad para dar el tratamiento adecuado a personas que adolecen de impedimentos físicos o psíquicos;

capacidad para analizar continuamente los resultados obtenidos con el paciente (Universidad Nacional de Colombia, 1973, p.3).

En este mismo informe se encontró las actitudes específicas que se desean para terapia de lenguaje que son el “interés por el trabajo con niños, conocimientos o facilidad para el trabajo pedagógico” (Universidad Nacional de Colombia, 1973, [p.8]), además del objetivo específico para el plan de estudios:

Conocimientos pedagógicos; buena expresión idiomática; facilidad de comunicación y perfecta dicción; conocimientos especiales de psicología para detectar las posibles causas psíquicas del problema del lenguaje (Universidad Nacional de Colombia, 1973, p.4).

Estos enunciados expresan el tipo de perfil profesional que se buscaba en esta primera etapa, algunos patrones que se valoraban en las entrevistas y el cumplimiento de estándares para la graduación; por supuesto esto también implica como se constituyen las prácticas y los saberes para lograr este experto.

Dentro de las recomendaciones que se brindó en este mismo documento se encontraba el reformar

los objetivos de las 3 carreras de Terapia, puesto que la Licenciatura implica de hecho una orientación científica e investigativa en los planes de estudio, además de que pretende formar individuos que asuman una actitud analítica y de mayor autonomía frente a los contenidos académicos de la disciplina respectiva y se encuentran en condición de tomar decisiones frente a situaciones imprevistas o para la solución de problemas que puedan presentarse en el ejercicio de la profesión (Universidad Nacional de Colombia, 1973, [p.16]).

Si bien el cambio de titulación se sustentó más en que cumplía los requisitos, desde los programas se aspiraba a que los cambios que se introdujeron en la UN para sustentar la formación como licenciadas fueran más amplios y se aspiraba a una transformación en pro de afianzar la formación profesional.

En lo que concierne a la Universidad del Rosario/FCR las habilidades que se pretendían conseguir en las estudiantes a partir de los saberes ofrecidos durante la carrera se relacionaban en los siguientes términos:

La Sección de Fonoaudiología busca la formación de personal apto para:

1. Realizar exámenes de audición, voz, habla y lenguaje de pacientes niños y adultos.
2. Planear y ejecutar tratamientos en los diferentes problemas de comunicación.
3. Controlar y evaluar dichos tratamientos.
4. Organizar y administrar departamentos de Fonoaudiología.
5. Realizar estudios e investigación sobre los diferentes aspectos de la profesión (Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, 1974).

Estos enunciados si bien no explicitan el lugar que se otorga al saber médico, establece el tipo de funciones y acciones que debía cumplir: evaluación, planeación, ejecución, intervención y tratamiento, además que no lo ligaba al ambiente médico-hospitalario. Del mismo modo, en esta universidad se resalta la importancia de lograr que las fonoaudiólogas realicen estudios e investigaciones, pero estas se circunscriben a los aspectos de la profesión, pero no involucran la producción de conocimiento básico o disciplinar para fundamentar este campo.

En el relato anecdótico de Charria y Guzmán (2016) acerca de la creación de estos dos programas manifiestan que abre

la posibilidad no sólo de formar los recursos humanos que pudieran abrir servicios institucionales oralistas para las personas con deficiencia auditiva, sino también pensar en la atención de otras muchas patologías infantiles y de adultos en el terreno del lenguaje que por esa época ya se empezaban a atender, como los niños afásicos en el ICAL y los adultos afásicos en los servicios de neurología del hospital de la Misericordia, Roosevelt y otros más, atendidos por profesionales formados en México y en Argentina (p. 18).

Es decir que la formación se centró en la atención y técnicas para la rehabilitación de estos grupos, sin embargo, no se vislumbraba el fortalecimiento conceptual de la profesión en sus bases para responder a su autonomía y generación de conocimiento.

En esta misma década la Educación Especial cobra auge y una de las docentes - Helena Manrique³²- quien estuvo en la consolidación del programa de terapia de lenguaje en la UN, también se configura como una de las principales impulsoras en el Ministerio de Educación Nacional desde su rol como directora, en la primera etapa, de la división de Educación Especial³³

[Esta división fue] creada por el Decreto No. 3157 de 1968, reorgánico del Ministerio de Educación Nacional; en su artículo 19 dice: corresponde a la División de Educación Especial, a través de sus Secciones, promover programas y servicios de Educación

³² Helena Manrique Pinto. Normalista del Instituto Pedagógico Nacional. Licenciada en Psicología y Ciencias de la Educación Universidad Pedagógica Nacional. Certificado de Estudios en terapia del lenguaje y educación del niño sordo y afásico *Washington University "Central Institute for the Deaf" USA*. Instructora terapia de Lenguaje en la Universidad Nacional de Colombia. Jefe División Educación Especial, Ministerio de Educación de Colombia.

³³ Los campos que debe cubrir la educación especial son los siguientes: desde el punto de vista Intelectual: dotados, retardo mental (entrenables, educables y los lentos en el aprendizaje). Desde el punto de vista físico: limitados visuales (ciegos y semividentes). Limitados del oído basados en la Asociación Americana de Salud Pública clasifica las limitaciones auditivas en cuatro categorías limitación auditiva ligera, moderada, severa y profunda. Por último, los limitados del lenguaje (Ministerio de Educación Nacional, 1970b).

Especial, tanto para alumnos Subnormales, como para estudiantes sobresalientes.
(Ministerio de Educación Nacional, 1970b, p. I).

La consolidación de esta división significó para la fonoaudiología o terapia de lenguaje su visibilización en este campo, dado que en varios de los documentos se encontró que se destaca esta formación para la atención de la población subnormal³⁴. Para el año siguiente, el Ministerio de Educación Nacional publicó “1969 año de la transformación educativa” en el que elabora un balance de sus realizaciones en este año y los avances obtenidos en la sección de Educación Especial. Al respecto manifiesta que “durante 1969 funcionaron en Colombia dos escuelas de Terapia Ocupacional, tres escuelas de terapia de lenguaje, tres escuelas de Terapia Física [...] Se prepararon 100 terapeutas del lenguaje en la Escuela de Terapia del Lenguaje” (Ministerio de Educación Nacional, 1969, pp. 5-6). Para consolidar este número de egresadas, al parecer, se sumaron las egresadas del curso de terapia de lenguaje de 1965, las graduandas de la Universidad Nacional y de la Fundación Colombiana de Rehabilitación adscrita al Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, dado que según las anécdotas de las primeras egresadas y el reporte de las universidades la primera promoción de la Universidad Nacional fueron 17 técnicas en Terapia de Lenguaje y de la Universidad del Rosario 11 fonoaudiólogas.

En este periodo, el Ministerio y su división de educación especial, continuó el arduo trabajo y dentro de sus acciones elaboró un directorio con el fin de proporcionar a las personas los datos de todas las instituciones y fundaciones existentes en el país así que realiza la publicación de Instituciones de Educación Especial en Colombia en donde

³⁴ Término de la época para referirse a las personas que tienen como diagnóstico médico retardo mental.

aparece las dos escuelas de esta carrera paramédica dentro de la categoría audición y lenguaje:

ESCUELA COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA

Fecha de Fundación: 1.966. Dirección: Carrera 7 No. 76 - 75 Telf. 49-39-29. Directora: Sra. Blanca de Samper. Servicios prestados: Formación de personal para educación del sordo y corrección de problemas de voz y lenguaje. Educación y Rehabilitación para sordos y formación de personal. Costo: Matrícula y pensión

Financiación: Fondos de la Fundación Universidad Colombiana de Rehabilitación. Pensiones. Donaciones (Ministerio de Educación Nacional, 1970b, p.3).

ESCUELA DE TERAPIA DEL LENGUAJE "Universidad Nacional" Facultad de Medicina. Fecha de Fundación: 1.966. Dirección: Ciudad Universitaria. Facultad de Medicina. Director: Dr. Jorge Pardo Ruíz Dr. Josué Estrada. Servicios prestados: Preparación de terapeutas del lenguaje, física y ocupacional. Costo: Según declaración de renta. Financiación: Presupuesto universitario (Ministerio de Educación Nacional, 1970b, p.3).

Sumado a lo anterior el ministro de Justicia encargado del Ministerio de Educación en 1971 realiza un reconocimiento a la apertura de esta escuela:

Entre agosto de 1969 y julio de este año hemos continuado con actividades como son la participación en la formación y graduación de la segunda promoción de terapeutas del lenguaje de la Universidad Nacional (Ministerio de Justicia, 1971, p. 55).

De acuerdo con lo observado anteriormente se evidencia que era un gran avance para la educación haber logrado la preparación de este personal especializado para la atención de los subnormales, limitados del lenguaje, habla y audición junto a la población sorda debido a que era una población a la que no se estaba educando o atendiendo en ese

entonces. Sin embargo, el carácter de las carreras paramédicas por supuesto tuvieron dificultades debido a que su primera etapa en muchos casos implicó ensayos, pruebas y errores como lo menciona H. de Alvarado, Cuervo & Trujillo (1986)

La relación de las Carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje con unidades disciplinares ha variado en la Universidad Nacional a través de los años. Esta relación fue anómala de 1966 hasta 1985, a la luz del estatuto universitario vigente; el periodo 1966-1978 se caracterizó por la existencia de un vínculo epistémico carente de validez conceptual por cuanto el eje del proceso educativo de los terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, y terapeutas del lenguaje no se fundamentó en los objetos de estudio de las disciplinas que se interesan por la fisiocinética humana y sus alteraciones, la ocupación humana y sus disfunciones, y la comunicación humana y sus desórdenes. Esta grave distorsión que se perpetuó durante doce años fue acentuada por la notoria insuficiencia de personal docente formalmente vinculado por la Universidad a las Carreras de Terapia y la imposición de un nivel académico inferior. (p.324)

Al observar el plan de estudios de esta primera etapa se observa que varios de los conocimientos de los cuales se nutrió la terapia del lenguaje o la fonoaudiología se desprendían de la formación médica y de los licenciados, pero al existir tan poco personal preparado en el país en las dos universidades eran dos o máximo tres profesoras que se habían preparado fuera del país y que replicaban lo que habían aprendido en dichos lugares. Esto llevó a que sus conocimientos y saberes relacionados al plan de estudios no se centraran en la mayoría en su disciplina como lo era la comunicación humana y sus desórdenes, sino en tomar elementos de otras profesiones y en seguir recomendaciones o conocimientos que tenían otras formaciones en especial la de los médicos quienes disponían como debía ser el tratamiento o intervención por parte de la terapeuta del

lenguaje o fonoaudióloga. Por esto mismo durante esta etapa varias de las primeras egresadas viajaron al exterior para lograr profundizar sus conocimientos, nutrir de estudios, iniciar investigaciones propias o traducciones con el fin de darle validez y carácter de profesión.

A modo de cierre

La emergencia de la fonoaudiología se dio en medio de cambios políticos, educativos y sociales que permitieron el acceso a la educación superior y el liderazgo en esta profesión por parte de y para las mujeres que en ese momento podían acceder a carreras intermedias y en algunos casos profesionales. Esta época se enmarca en la promoción del desarrollo, por parte de Estados Unidos, a partir de una estrategia de intervención denominada la Alianza para el Progreso en América Latina, desde la cual se definiría el modo de asumir la modernización de la salud pública en Colombia a través de los mecanismos de planificación. Esto significó la firma de acuerdos internacionales, la generación de asesorías y transferencia de tecnologías -incluidas las sociales- basadas además en mecanismos de préstamos para los países de América Latina, la constante reunión para hacer seguimiento con los líderes de cada país, la organización y el seguimiento a los planes enfocados en cumplir las demandas pactadas con las organizaciones internacionales, como lo fue la Agencia Internacional para el Desarrollo, el Banco Interamericano para el Desarrollo y el Banco Mundial.

Los intereses de Estados Unidos en prevenir el comunismo y el socialismo en América Latina hicieron que buscara aliados para mostrar cómo el modelo económico y social capitalista implicaba avances y desarrollos. Al encontrar a Colombia como un país socio, EE. UU le apostó a mostrarle al resto de países de la región que podría “mejorar la vida de los habitantes” y tener una mediación provechosa en tanto implicaba planificación y desarrollo a nivel económico, social y político; sin embargo, esto

también significó sumisión y dependencia hacia dicho país -huella que se ha mantenido en el tiempo-.

Esta atribución, a su vez, llevó a cambios en la formación médica que se alejó de su anterior influencia, la medicina francesa. El flujo de médicos a Estados Unidos también implicó la apropiación del informe Flexner, a partir del cual se impulsaron reformas que se venían dando dentro de las facultades de medicina que las élites médicas tomaron como referencia para reorientar la formación médica en el país. Estas reformas se basaron en una medicina basada en el laboratorio y centrada en parámetros más rigurosos, desde los cuales se configuraron nuevos planes de estudios dentro de las facultades de medicina. En este contexto de cambio surgiría también la terapia de lenguaje.

La terapia de lenguaje o fonoaudiología nace en el país como una carrera paramédica y de nivel técnico; esta formación tuvo una significativa influencia del tipo de conocimientos del que hacía parte el saber médico, así como en función de las recomendaciones en la actuación de la formación que se privilegiaba en esta época, centrada en la fisiología y la etiopatológica, basada en una organización que privilegia, en una primera etapa, la formación básica y posteriormente se desarrollan las prácticas. Para este periodo la formación convoca sobre todo al “hacer” y el seguir las indicaciones de los médicos, motivo por el cual tenían observaciones desde el primer año y prácticas en el segundo y tercer año.

La tesis ilustra las distintas influencias que se produjeron para impulsar la gestión de esta formación especializada que surge bajo la influencia internacional. Una de ellas corresponde al papel de la élite y varios médicos, que lograban viajar a otros países e

importaron las prácticas para la población con limitaciones en la comunicación, buscando la consolidación de instituciones de rehabilitación y el impulso para crear la carrera intermedia de fonoaudiología o terapia de lenguaje para atender a la población con trastornos del lenguaje, habla o voz y que no tenían esta atención. Es así como surgieron instituciones como Propace, el Instituto de Audición, Voz y Lenguaje Hospitalito, Fundación Pro-Débiles Auditivos, el ICAL, entre otras, que buscaban la rehabilitación de personas con limitaciones en su lenguaje, muchas de ellas para responder a las necesidades educativas de su grupo social y de sus propias familias.

En esta coyuntura histórica el acceso de las mujeres a la educación superior en Colombia era limitado, por lo que esta carrera significó formación especializada específicamente dirigida hacia las mujeres, pues se vinculaba con los atributos considerados femeninos: actividades de cuidado, hogar y atención con respeto social y aprecio por trabajar para los menos favorecidos, además de acceder a una retribución económica. Esta posibilidad privilegiaba a las mujeres de clases media y alta que habían podido acceder al bachillerato; que cumplían con las recomendaciones de tener buenas costumbres, solvencia moral y principios vinculados con la iglesia; y fueron las primeras mujeres profesionales en su familia.

También se dio el caso de mujeres de alta sociedad que tenían familiares con discapacidad en su entorno y decidieron capacitarse o impulsaron becas para que otras mujeres realizaran esta formación. En cualquiera de los casos era un limitado y selecto grupo que logró acceder a estas posibilidades.

Ambas universidades trabajaron arduamente para ofrecer una formación integral y suplir la falta de profesionales especializados, buscaron además adaptarse a los nuevos

estándares y demandas del campo, realizando los cambios en la titulación, de técnico a licenciatura. En este sentido, es notable la diferencia en su surgimiento vinculada a una universidad o a una institución como la escuela, en especial en relación con los alcances del plan de estudios y el vínculo con las reformas de la Universidad Nacional. Por su parte, en la Fundación Colombiana de Rehabilitación no fue sino hasta su profesionalización que consiguió consolidar este plan y organizar su proyección. En el caso de la UN fue posible acudir a otras disciplinas para apoyar la apropiación de conocimientos, mientras que en la fundación funcionó como una educación intermedia en los primeros dos años de formación. Posteriormente y luego de estar adscrita a la Universidad del Rosario, funcionó desligada de todas las demás facultades, incluso de medicina. Sumado a esto, sus miembros fundadores vinculaban docentes de varias universidades, fundaciones y hospitales de su afinidad pedagógica/médica.

Esta formación paramédica, a su vez, significó un esfuerzo por atender a las personas con discapacidad que para esta época fueron nominadas como “subnormales”, “sordos”, “limitados auditivos” y/o “limitados del lenguaje”; también se dejan ver los sesgos asociados a la normalidad y anormalidad al considerar que no todos los sujetos eran “educables”, de manera que continuaron siendo excluidos de los procesos de rehabilitación, según las pruebas, *test* o valoraciones de los médicos expertos.

Respecto a los tratamientos por parte de los médicos pudieron dedicarse más al direccionamiento dado que las carreras paramédicas seguían las indicaciones según lo prescrito, además de tener un mejor estatus al ser profesionales y se les otorgaba mayor conocimiento.

La perspectiva arqueogenealógica de Michel Foucault nos brinda una comprensión más enriquecida de la emergencia de esta profesión y nos permite descubrir la historia de nuestra profesión de una forma que se desnaturaliza diversos acontecimientos, en particular aquellos vinculados a una lógica unidimensional de causas y consecuencias, que comúnmente se presenta en las instituciones educativas para explicar nuestros comienzos. Algunos de los vacíos que hoy día están presentes en la formación de los fonoaudiólogos se relacionan con los escasos estudios históricos que se han desarrollado en torno a esta profesión, además de la visión que ha atravesado a las fonoaudiólogas y pese a un sinnúmero de luchas en la que debemos seguir subordinadas a la superioridad médica, en la que sin la remisión o autorización no se puede actuar, pese a tener los conocimientos para diagnosticar, tratar e intervenir los desórdenes neuro-comunicativos, de allí la importancia de lograr potenciar sus alcances, aumentar la producción de conocimiento propio y fortalecer la autonomía de esta profesión.

El análisis de las prácticas permitió ver que ligar esta formación únicamente al saber y a la función médico-terapéutica, no ha permitido que se logre establecer completamente su autonomía profesional en el sector salud. Aún se puede observar cómo en Colombia (incluso en otros países) sin una remisión o autorización es imposible que los pacientes puedan asistir a las intervenciones fonoaudiológicas en voz, habla y lenguaje. También se requiere autorización para solicitar exámenes audiológicos o deglutorios, usar audífonos —pese a haber cursado estudios posgraduales en audiología— o tecnologías que mejoren su condición. Incluso en salud ocupacional el médico es el último que firma la valoración y confirma que la persona tiene adecuadas condiciones para laborar,

aunque la fonoaudióloga/el fonoaudiólogo también tenga estudios posgraduales en esta área.

Aunque las fonoaudiólogas y los pocos fonoaudiólogos en el país han realizado esfuerzos por lograr autonomía y valoración en el campo médico, su nacimiento desde las facultades de medicina y el ligarse como carrera auxiliar sigue estando presente. Esto, además de limitar el quehacer profesional, también restringe las oportunidades a la población que requiere de este servicio que debe cursar por muchos obstáculos para llegar a la prestación del servicio ya sea terapia, intervención o uso de tecnología para mejorar su comunicación, sin hablar de su aislamiento social o no lograr tener calidad de vida al no poderse comunicar/comer/escuchar con su entorno de manera efectiva.

Otro campo que se ha visto afectado para la fonoaudiología ha sido el laboral, ya que, al atarse siempre con el campo médico, en las convocatorias de carácter educativo, social, o empresarial, o quizás otros nuevos campos que se pudieran gestar, no se le considera apto y no se le permite aplicar a esta profesión a pesar de haber adelantado acciones y conocimientos desde sus inicios en estos sectores. Entonces se mantiene la idea de un campo especializado e incluso aún se piensa que es una especialidad de la medicina, es decir, solo se le consulta cuando ya se han agotado todas las posibilidades y no cuando aún es prevenible cualquier dificultad, desfase, retraso o trastorno.

Si bien varias fonoaudiólogas han fundado instituciones falta más reconocimiento, no se ha encontrado aún que alguna logre ser decana de las facultades de medicina, por ejemplo, sino que estos cargos siempre son ejercidos por médicos. En las fundaciones o instituciones educativas se ha observado que se valoran más sus conocimientos y logra ser quien dirige estos establecimientos sobre todo en el sector privado dado que el sector

público le continúa ligando al sector salud por lo que no se le contempla para apoyar políticas públicas en educación o tener un rol específico para apoyar los procesos de enseñanza, lenguaje, lectura, escritura y/o educación inclusiva. En el campo social y comunitario es imperioso trabajar, pese a que varias fundaciones han empezado a integrarlas a sus grupos de trabajo, nuevamente el sector público no le permite participar en concursos.

La oferta laboral implica que los servicios ofertados desde fonoaudiología, en su mayoría, siguen siendo exclusivos para los sectores privados o grupos económicamente favorecidos y, en menor medida, para la población con discapacidad de bajos recursos económicos.

Dentro de los planes de estudio de este periodo se observa una alta dependencia del área médica, sin embargo, existe una gran influencia de la pedagogía, área que garantizaba la correcta enseñanza e instrucción para la población a atender. Además, se encontró que era muy específica en torno a algunos conocimientos metodológicos para las áreas de ciencias y matemáticas, área que implica la generación de trabajo interdisciplinar en educación que no se logró explorar en la presente investigación.

Esta investigación deja abiertas las puertas para que fonoaudiólogas y fonoaudiólogos en los próximos años puedan indagar más por entender nuestra configuración y cómo los discursos nos han constituido en lo que somos hoy día. Además, sería pertinente conocer las condiciones en que surgieron las instituciones de rehabilitación y educación que atendieron personas de bajos recursos económicos. También podría ser relevante continuar esta investigación en los setenta ochenta y noventa, periodo en que se inicia la generación de saberes propios de la profesión, se impulsa la Asociación Colombiana de

Fonoaudiología y Terapia de Lenguaje, se consolida su ley como una profesión independiente y se abren especializaciones en su formación. A su vez, en este periodo inician los intentos por desprenderse de las disposiciones de los médicos.

Lista de referencias

Fuentes Primarias

- Betancourt, A. (1970). *1969 año de la transformación educativa*. Ministerio de Educación Nacional.
- “Carta de Punta del Este”. (1961). *El Trimestre Económico*, 28(112(4)), 735–764.
Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/23394329>
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- García Gómez, J. (1969). Importancia y objetivos de la fono-audiología. *Revista del Rosario*, 63(482), ene.-feb. Recuperado de <https://urosario.edu.co/static/Blog-Archivo-Historico/Cronica-rosarista/Agosto-2017/Fonoaudiologia-discurso-para-la-primera-promocion/index.html>
- Hinestrosa, F. (1971). *Memoria del ministro de Educación Nacional*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Junta Administradora Hospital San Juan de Dios. (1966). Sesión del día 28 de enero de 1966. Acta número 2. Fondo histórico Universidad Nacional de Colombia.
- Junta Directiva Propace. (1966-1971). Libro de actas Asociación Pro-Niño con Parálisis Cerebral. En *Asociación Pro-Niño con Parálisis Cerebral* (pp. 1-200).
- Ministerio de Educación Nacional. (1965). *Memoria del ministro de Educación Nacional al Congreso de Colombia*.
- Ministerio de Educación Nacional. (1966). *Un programa de desarrollo para la Educación en Colombia*. Bogotá D.E.

- Ministerio de Educación Nacional. (1969). *1969 año de la transformación educativa*. Balance de labores realizadas por el Ministerio de Educación Nacional durante el año de 1969. Preparado por Alberto Betancourt G., jefe de Relaciones Públicas. Bogotá D.E.
- Ministerio de Educación Nacional. (1970a). *Instituciones de educación especial en Colombia*. Enero 1970.
- Ministerio de Educación Nacional. (1970b). *La educación en Colombia 1960-1968. Educación Especial*. Documento de trabajo. División de Educación Especial - M.E.N.
- Ministerio de Educación Nacional. (1973). *División de Educación Especial: Funciones, Programas, Proyecciones*. Serie Educación Especial N°3. Bogotá D.E.
- Ministerio de Educación Nacional. (1979). *Los niños excepcionales y sus posibilidades educativas*. División de educación pre-escolar y educación especial.
- Ministerio de Justicia. (1968). Resolución 547 de 1968 por la cual se aprueban reformas a los estatutos de una Fundación.
- Ministerio de Justicia. (1971). *Memoria del ministro de Educación Nacional*. Fernando Hinestrosa, ministro de justicia, encargado del Ministerio de Educación Nacional.
- Ministerio de Salud Pública. (1961). *Plan decenal del Ministerio de Salud Pública – 1962 a 1971 en desarrollo de la “Alianza para el Progreso”*. Bogotá D.E. – Colombia. Julio de 1961.
- Organización Panamericana de la Salud. (1963). Reunión de ministros de Salud (grupo de estudio), celebrada de acuerdo con la resolución A.4 de la Carta de Punta del

- Este. CD14/11. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/26022>
- Universidad Nacional de Colombia. (1966). Acuerdo 4 de 1966. Recuperado de http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=63207
- Universidad Nacional de Colombia. (1976). Resolución 99 de 1976. Por la cual se aprueba la reestructuración del Plan de Estudios de las Carreras de Terapia.
- Universidad Nacional de Colombia. (1973). *Propuesta de reforma a las carreras de terapia*. Vice-rectoría académica. Oficina de Planeación. Bogotá, Julio de 1973.
- Vargas Rubiano, G. (1960). *Memoria del ministro de Educación al Congreso de 1960*. Bogotá D.E. Imprenta Nacional. República de Colombia.

Fuentes secundarias

- Brigard, H., & Brigard, M. (2016). ICAL, fundación y primeros años. En Asofono, *Recopilando Historias* (pp. 50-54). Asofono.
- Caballero Leguizamón, J.E. (2014). La casona que es un hito de las ciencias nacionales. Agencia UNAL. Recuperado de <https://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/la-casona-que-es-un-hito-de-las-ciencias-nacionales>
- Castellanos, N. (2018). Del oficio de cuidar a la estructuración de la formación en el arte del cuidado: la emergencia de las escuelas de enfermería en Colombia en las dos primeras décadas del siglo XX [Tesis de maestría no publicada, Universidad Pedagógica Nacional]. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12209/11122>

- Castrillón, M. (2016). El Instituto Mexicano de la Audición el Lenguaje y la Fonoaudiología en Colombia. En Asofono, *Recopilando Historias* (pp. 34-39). Asofono.
- Castro-Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores / Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Cruz, I., & Sarmiento, M. (1997). Historia de la fisioterapia en Colombia: 1952 - 1960 periodo de institucionalización académica. Proyecto docente institucional. Corporación Universitaria Iberoamericana.
- Comunicando salud. (2015). Gabriel Velásquez Palau, pionero de la educación médica en Latinoamérica. Recuperado el 4 de mayo de 2024, de <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/?p=5356>
- Comunidad Propace. (s.f.). Nosotros. Reseña. Recuperado el 27 de marzo de 2024, de <https://comunidadPropace.com/Proyecto/40/Pagina/23/Nosotros>
- Cuellar, Z. (2004). El profesor Alfonso Tribín Piedrahíta. *Revista Medicina*, 26(4), 281. Recuperado el 2 de mayo de 2024, de <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/67-13/550>
- Cuervo, C. (1998). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. Universidad Nacional De Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Comunicación Humana.

- Chacón Barrero, M. (2004). Dinámica y determinantes de la violencia durante “la violencia” en Colombia. Universidad de los Andes, Facultad de Economía, CEDE. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1992/8857>
- Charria, M., & Guzmán, P. (2016). Apuntes para una reseña histórica de la fonoaudiología. En Asofono, *Recopilando Historias* (pp. 16-33). Asofono.
- Elisei, G. (2012). Berta Derman en la institucionalización de la carrera de fonoaudiología en la Universidad de Buenos Aires. Agencia y práctica. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4216022>
- Escuela Colombiana de Rehabilitación. (2020). Informe de autoevaluación con fines de acreditación. Programa de fonoaudiología.
- Fundación Polar. (s.f.). Rockefeller, Nelson Aldrich. Recuperado de <https://bibliofep.fundacionempresaspolar.org/dhv/entradas/r/rockefeller-nelson-aldrich/>
- Gamarra Hernández, G. (2023). José Félix Patiño y la Academia Nacional de Medicina. *Medicina*, 45(2), 375–378. <https://doi.org/10.56050/01205498.2254>
- Giraldo, R. (2016). Historia de la Fonoaudiología en CEDER Manizales. En Asofono, *Recopilando Historias* (pp. 92-94). Asofono.
- Goic, A. (2006). Informe Flexner y educación médica. *Anales de historia de la medicina*, 16, 111-112. Recuperado de http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/05/anales_ano16_vol1_p111.pdf

- Guzmán, P. (2016). Breve recuento histórico del inicio y del desarrollo de la Fonoaudiología en la E.C.R. 1966-2016. En Asofono, *Recopilando Historias* (pp. 55-59). Asofono.
- H. de Alvarado, M. L., Cuervo E., C. y Trujillo R., A. (1986). Reflexiones humanistas sobre conocimiento y servicios en terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31089>
- Helg, A. (2022). *La educación en Colombia: 1918 – 1957. Una historia social, económica y política* (3ª ed.). Universidad Pedagógica Nacional.
- IMAL. (s.f.). Organizaciones e instituciones nacionales y extranjeras fundadas, dirigidas o apoyadas por personal especializado en el IMAL. Recuperado de <http://imal.org.mx/organizaciones-e-instituciones/>
- Martínez, L., Cabezas, C., Labra, M., Hernández, R. Martínez, L.M., Cerutti, M., Malebrán, M.C. (2006). 25 congreso Internacional de AELFA, Granada 28-30 junio 2006. Diplomatura de logopedia de la UGR. 2º Encuentro Iberoamericano de Logopedia /Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología. ISBN 8433839160. pp. 233-256. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Carola-Cabezas/publication/228870137_LA_LOGOPEDIA_EN_IBEROAMERICA/links/552570870cf295bf160ea18c/LA-LOGOPEDIA-EN-IBEROAMERICA.pdf
- Miranda Canal, N. (2017). Afrancesados versus norteamericanizados, por un cambio de paradigma en medicina (1930-1961). En E. Restrepo Zea, C. H. Sánchez & G.

Silva Carrero (Eds.), *Ciencias de la vida. Tomo 1* (pp. 142-180). Universidad Nacional de Colombia.

Miranda Canal, N. (2017). La medicina en Colombia: de la influencia francesa a la norteamericana. Recuperado de <https://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-29/la-medicina-en-colombia>

Olaya, J. (2013). La medicina norteamericana en Colombia 1945-1960 Discursos y prácticas en la salud pública, La facultad de medicina de la Universidad Nacional y el Hospital san Juan de Dios. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10554/14300>

Quevedo V., E., Palacios-Sánchez, L., Núñez-Gómez, M. C., Sánchez Martínez, M. C., Labrador-Morales, M. S., Yaya Quezada, C. J., Roa Losada, T., & Canti, C. K. (2021). El renacer de una ilusión. Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, 1969-2019, (Tomo I). Bogotá D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
<https://doi.org/10.12804/urosario9789587847420>

Ramírez, M. H. (2004). Febrero 1 de 1935: la primera mujer entra a la universidad. Recuperado de <https://www.semana.com/especiales/articulo/febrero-1935-brsin-discriminacion/65915-3>

Ramírez, M. (2020). El feminismo, el género y la profesionalización del trabajo social en Colombia (1936-2004). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Rojas, D. M. (2010). La alianza para el progreso de Colombia. *Análisis Político*, 23(70), 91–124. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/45595>

- Revista de la Facultad de Medicina, 40(3), 321–326. Recuperado de
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31089>
- Samper de Samper, B. (2016). Artesanos de la palabra. En Asofono, *Recopilando Historias* (pp. 55-59). Asofono.
- Spinelli, H. (2022). Abraham Flexner: trayectoria de vida de un educador.
<https://doi.org/10.18294/sc.2022.4053>
- Toledo-de Coutinho H, Cano-de Gómez A. (2004). Pasado, presente y futuro de la audiolología en México. *Otorrinolaringología*, 49(2), 74-79. Recuperado de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2004/aom042j.pdf>
- UNESCO Thesaurus. (s.f.). Recuperado el 10 de abril de 2024, de
<http://vocabularies.unesco.org/thesaurus/concept14861>
- Universidad de Chile. (s.f.). Historia de la Escuela de Fonoaudiología. Recuperado el 1 de mayo de 2023, de <https://medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/escuela-de-fonoaudiologia>
- Universidad del Rosario. (2017). Fonoaudiología: discurso para la primera promoción rosarista, en 1968. Recuperado el 1 de mayo de 2023, de
<https://urosario.edu.co/static/Blog-Archivo-Historico/Cronica-rosarista/Agosto-2017/Fonoaudiologia-discurso-para-la-primera-promocion/index.html>
- Universidad Nacional de Colombia. (1990). 25 años de la reforma Patiño 1965 - 1990. *Revista de la Universidad Nacional (1944 - 1992)*.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/48699>

Universidad Nacional de Colombia. (2014). Autoevaluación y seguimiento de la calidad de los programas de pregrado - Proyecto Educativo de Programa: Medicina.

http://www.pregrado.unal.edu.co/docs/pep/pep_2_10.pdf

Universidad Nacional de Colombia. (2017). La facultad. Recuperado de

<https://www.humanas.unal.edu.co/2017/facultad/la-facultad/historia>

Vicedo Tomey, A. (2002). Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica.

Educación Médica Superior, 16(2), 156-163. Recuperado el 27 de marzo de 2024,

de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

[21412002000200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412002000200010&lng=es&tlng=es).

Fuentes testimoniales

Agradecimientos especiales a las fonoaudiólogas y maestras Clemencia Cuervo, Piedad Guzmán y Gladys Santos.

Anexo 2. Egresadas del IMAL que lideraron instituciones en Colombia

A continuación, se incluye la lista de organizaciones e instituciones dirigidas o apoyadas por personal especializado en el IMAL que realizaron estos roles pioneros en Colombia -principalmente en Bogotá- como lo son:

Instituto Colombiano de la Audición y el Lenguaje. Fundadores: Blanca S. de Samper. Inés Elvira. Elena y Ma. Elvira Brigard: Miguel y Olga Trias: Dr. Jorge García Gómez. Profa. Alicia Torres Chávez

Instituto Tecnológico. INPI (ahora Corporación Universitaria Iberoamericana) Fundadora: Profa. Mercedes Patiño Posse. Bogotá, Colombia.

Universidad del Rosario. Facultad de Fonoaudiología. Directora: Profa. Blanca Samper de Samper Bogotá, Colombia. Bogotá, Colombia

Escuela Colombiana de Rehabilitación. Cofundadora. Blanca S. de Samper. Docentes: Ruth Baena de Castaño y Dora Monroy

Asociación Colombiana de Fonoaudiología. Promotora: Blanca S. de Samper

Centro de Investigación e Información sobre Deficiencias Auditivas (CINDA) Cofundadora: Blanca S. de Samper

Universidad Nacional. Facultad de Terapia de Lenguaje. Bogotá, Colombia. Director: Dr. Josué Estrada. Docentes: Alicia Torres y Berta Romero

Clínica privada de terapia del lenguaje y aprendizaje. Bogotá, Colombia. Directora: Profa. Ruth Baena de Castaño.

Instituto Médico-pedagógico de audición y lenguaje. Bogotá, Colombia. Fundadora:
Profa. Alicia Torres Chávez

Fundaciones pro-débiles auditivos. Medellín, Colombia. Fundadora: Doña Olga Amaya
de Jaramillo. Directora pedagoga: Profa. Maruja Castrillón de Quiceno. Docentes: Profa.
María Irma Castro A., Lucia Ochoa, María Cecilia Castrillón de Quiceno y Martha Lillyan
Ortiz.

Instituto de la Audición y el Lenguaje. Popayán, Colombia. Fundadoras: Profa. María
Cecilia Castrillón y Mireya García.

Departamento de Audición y Lenguaje en el Hospital de la Cruz Roja (hoy CEDER)
Fundadoras: Profas. Ma Irma Castro, Cecilia Aguirre y Dr. Josué Estrada. Directora Inés
Giraldo. Docentes: Miriam Salazar Marta Lucia Henao, Ligia Gallegos Manizales.
Colombia

Práctica privada. Grace Mandelbaum Roseband. Gloria Manzano V. Luz Mérida
Orozco.

Escuela de Educación Especial “Club de Leones”. Profa. María Eugenia Franco. Cali,
Colombia. (IMAL, s.f.)

Anexo 3. Plan de estudios Universidad Nacional de Colombia, (Acuerdo 4 de 1966)

ACUERDO 4 DE 1966

(20 de enero)

Acta 2

"Por el cual se crean las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje de la Facultad de Ciencias de la Salud".

EL CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

En uso de sus facultades legales,

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Crear, en la Facultad de Ciencias de la Salud, las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje, a partir del año académico de 1966.

ARTÍCULO 2. Derogado por Art. 1, Acuerdo CSU 12 de 1978. Las tres carreras mencionadas estarán dirigidas por el jefe de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, con la cooperación de un Comité Asesor, Académico y Administrativamente, estarán bajo la dependencia de la Facultad de Ciencias de la Salud.

PARÁGRAFO. Mientras se completa la integración de la Facultad de Ciencias de la Salud, estas carreras estarán adscritas académica y administrativamente a la Facultad de Medicina.

ARTÍCULO 3. Las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje tendrán un Comité Asesor, el cual será organizado y reglamentado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, mientras se integra la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTÍCULO 4. Serán requisitos para ingresar a las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje tener el Título de Bachiller o de Normalista Superior y haber cumplido con las normas de admisión que fije la Universidad.

ARTÍCULO 5. El Plan de Estudios de las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje, para el primer año, será el siguiente:

<u>Primer semestre</u>	<u>Horas semanales</u>
Anatomía y fisiología	5
Física	5
Psicología general	4
Sociología	3
Orientación	2
Primeros auxilios	1
Inglés	5

<u>Segundo Semestre</u>	-
Fisiología neuromuscular	4
Anatomía funcional	4
Patología general y neuromuscular	4
Psicología médica	2
Kinesiología	6
Inglés	5

ARTÍCULO 6. El Plan de Estudios de la Carrera de Terapia Física para los años Segundo y Tercero, será el siguiente:

<u>Segundo Año- Primer Semestre</u>	<u>Horas Semanales</u>
Conferencias clínicas	5
Psiquiatría	3
Modalidades físicas de tratamiento	5
Actividades básicas cotidianas	2
Amputados, prótesis y aparatos ortopédicos	3
Ejercicios terapéuticos	10

<u>Segundo año-Segundo semestre</u>	
Conferencias clínicas II	5
Psiquiatría	3
Prácticas en modalidades Físicas de tratamiento	20

<u>Tercer año- Primer Semestre (6 meses)</u>	
Conferencias clínicas III	5
Prácticas clínicas:	
a. Rehabilitación	30
b. Ortopedia	
c. Pediatría	
(En bloques de dos meses cada uno)	
Ética profesional	1

<u>Tercer año- Primer semestre (6 meses)</u>	<u>Horas semanales</u>
Conferencias clínicas IV	5
Organización de Servicios de Fisioterapia	2
Prácticas Clínicas en:	
A. Neurología	30
B. Neurocirugía	
C. Medicina interna	
D. Cardiología y neumología	
E. Cirugía plástica y quemados	
(En bloque de un mes cada una)	

ARTÍCULO 7. El Plan de Estudios de la carrera de Terapia Ocupacional, para los años segundo y tercero, será el siguiente:

<u>Segundo año- Primer semestre</u>	<u>Horas semanales</u>
Conferencias clínicas I	5
Psiquiatría	3
Artes Manuales y Artesanía	10
Terapia ocupacional I	3
Férulas y adaptación de equipos	8

<u>Segundo año- Segundo semestre</u>	
Conferencias clínicas II	5
Psiquiatría	3
Artes manuales y artesanía	10
Terapia ocupacional II	3
Prácticas clínicas	10

<u>Tercer año- Primer Semestre (6 meses)</u>	
Conferencias clínicas III	5
Prácticas clínicas	30
a. Pediatría	

b. Psiquiatría	
Ética profesional	1
Conferencias clínicas IV	5
Organización y administración de terapia ocupacional	1
Prácticas clínicas en rehabilitación	30

ARTÍCULO 8. El plan de estudios de la carrera de Terapia del Lenguaje para los años segundo y tercero será el siguiente:

<u>Segundo Año- Primer Semestre</u>	<u>Horas Semanales</u>
Conferencias Clínicas I	5
Pedagogía general	3
Fonética y gramática	3
Anatomía y patología especiales	5
Psicología. Tests. Mentales	3
Prácticas	6

<u>Segundo Año- Segundo Semestre</u>	<u>Horas Semanales</u>
Conferencias clínicas II	3
Métodos en afásicos	5
Métodos en sordos	5
Prácticas en diagnósticos pedagógicos	5
Audiometría	6
Prácticas	10

<u>Tercer Año- (doce meses)</u>	
Conferencias clínicas III (1 Semestre)	3
Rehabilitación de la voz (1 semestre)	2
Ética profesional (1 semestre)	1
Conferencias Clínicas IV (2 Semestre)	3
Organización de servicios de rehabilitación del lenguaje (2 semestre)	2

Prácticas Clínicas:	
a. Afásicos	30
b. Sordos	
c. Problemas de la voz	
(En bloque de a cuatro meses cada una)	

ARTÍCULO 9. El estudiante que haya completado satisfactoriamente el Plan de Estudios de la respectiva carrera y los demás requisitos que exigen los estatutos y reglamentos de la Universidad, recibirá, respectivamente, el título de "Técnico en Terapia Física", "Técnico en Terapia Ocupacional" o "Técnico en Terapia del Lenguaje".

ARTÍCULO 10. El profesorado de las carreras que por el presente Acuerdo se crean, será provisto por los diversos Departamentos de la Facultad de Ciencias de la Salud y por otras Unidades de la Universidad.

ARTÍCULO 11. Mientras se expide reglamentación especial, regirán para las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del lenguaje, los reglamentos de la Facultad de Medicina.

COMUNÍQUESE

Dado en Bogotá D.E., a los veinte días del mes de enero de mil novecientos sesenta y seis.

ANDRÉS RESTREPO POSADA

Presidente

VICTOR EMILIO JARA

Secretario

Anexo 4. Plan de estudios Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario 1974

En el informe de autoevaluación presentado por parte de la Universidad del Rosario al ICFES en 1.974 con el fin de lograr expedir el título de licenciadas para las tres carreras de terapias, en el folio fonoaudiología se identificaron sus objetivos y el plan de estudios de la carrera, con las asignaturas por año y su intensidad para optar por el título de licenciada en fonoaudiología, el cual se transcribe a continuación:

Asignaturas	Horas semanales			Horas totales		
	Teoría	Práctica	Total	Teoría	Práctica	Total
PRIMER AÑO						
<i>Primer semestre</i>						
Psicología general	3		3	54		54
Anatomía y fisiología	4		4	72		72
Acústica	3		3	54		54
Gramática	3		3	54		54
Fonética y Fonología	2		2	36		36
Pedagogía	3		3	54		54
Programas de kínder	2		2	36		36
Observaciones kínder		4	4		72	72
Metodología del aprendizaje	2		2	36		36
Inglés	5		5	90		90
Orientación a Fonoaudiología	1		1	18		18
Subtotales (18 semanas)	28	4	32	504	72	576
<i>Segundo semestre</i>						
Psicología general	3		3	54		54
Anatomía y fisiología	4		4	72		72
Gramática	3		3	54		54
Fonética y Fonología	2		2	36		36
Ayudas audiovisuales	2		2	36		36
Inglés	5		5	90		90
Observaciones kínder		4	4		72	72
Metodología de la investigación	3		3	54		54
Subtotales (18 semanas)	22	4	26	396	72	468
Totales (36 semanas)	-	-	-	900	144	1.044

Asignaturas	Horas semanales			Horas totales		
	Teoría	Práctica	Total	Teoría	Práctica	Total
SEGUNDO AÑO						
<i>Primer semestre</i>						
Psicología evolutiva	3		3	54		54

Anatomía y fisiología	2		2	36		36
Acústica	1		1	18		18
Gramática	1		1	18		18
Fonética y Fonología	2		2	36		36
Pedagogía	2		2	36		36
Programas de kínder	1		1	18		18
Observaciones kínder	2		2	36		36
Metodología del aprendizaje	1		1	18		18
Inglés	1		1	18		18
Observaciones foniatría (9 semanas)		12	12		108	108
Observaciones sordos (9 semanas)		12	12		108	108
Subtotales (18 semanas)	16	12	28	216	216	504
<i>Segundo semestre</i>						
Psicología evolutiva	3		3	54		54
Psicofoniatría	2		2	36		36
Neurofisiología	2		2	36		36
Audiología I	1		1	18		18
Foniatría I	3		3	54		54
Lenguaje sordo I	3		3	54		54
Lexicología y semántica	1		1	18		18
Ética	1		1	18		18
Observaciones kínder		12	12		108	108
Metodología de la investigación		12	12		108	108
Subtotales (18 semanas)	16	12	28	288	216	504
Totales (36 semanas)	-	-	-	576	432	1.008

Asignaturas	Horas semanales			Horas totales		
	Teoría	Práctica	Total	Teoría	Práctica	Total
TERCER AÑO						
<i>Primer semestre</i>						
Psicometría	1		1	18		18
Psicopatología	2		2	36		36
Foniatría II	3		3	54		54
Dislexia	2		2	36		36
Afasia	2		2	36		36
Lenguaje sordo II	3		3	54		54
Clave	3		3	54		54
Audiología II	1		1	18		18
Práctica sordo (6 semanas)		12	12		108	108
Práctica foniatría (6 semanas)		12	12		108	108
Práctica audiología (6 semanas)		12	12		108	108
Subtotales (18 semanas)	17	12	29	306	216	522
<i>Segundo semestre</i>						
Psicometría	1		1	18		18
Psicopatología	2		2	36		36
Foniatría II	3		3	54		54

Dislexia	2		2	36		36
Lenguaje Sordo II	3		3	54		54
Clave	3		3	54		54
Audiología II	1		1	18		18
Diagnóstico		2	2		36	36
Práctica sordo (6 semanas)		12	12		108	108
Práctica foniatría (6 semanas)		12	12		108	108
Práctica audiolología (6 semanas)		12	12		108	108
Subtotales (18 semanas)	15	14	29	270	252	522
Totales (36 semanas)	-	-	-	576	468	1.044

Asignaturas	Horas semanales			Horas totales		
	Teoría	Práctica	Total	Teoría	Práctica	Total
CUARTO AÑO						
<i>Primer semestre</i>						
Adaptación de prótesis auditivas	1	1	2	18	18	36
Ritmo	1	1	2	18	18	36
SEMINARIOS Voz- Tartamudez- Afasia Fisura Palatina y Labial Laringectomía- Dislexia Retardo en el Lenguaje	4		4	72		72
Adiestramiento Auditivo Lectura Labio Facial y Articulación – Metodología de las matemáticas. Ciencias Sociales- Ciencias Naturales, Pedagogía- Psicología Infantil, Psicología Sordos						
Prácticas Sordos Prácticas Foniatría Prácticas Audiología (24 semanas)		20	20		480	480
SUBTOTALES (18 semanas)	6	22	23	100	516	624
<i>Segundo semestre</i>						
SEMINARIOS Voz- Tartamudez- Afasia Fisura Palatina y Labial Laringectomía- Dislexia Retardo en el Lenguaje	4		4	72		72
Adiestramiento Auditivo Lectura Labio Facial y Articulación – Metodología de las matemáticas. Ciencias Sociales- Ciencias Naturales, Pedagogía- Psicología Infantil, Psicología Sordos						
SUBTOTALES (18 semanas)	4	20	24	72	480	552

TOTALES (36 semanas)	-	-	-	180	996	1.176
GRAN TOTAL (144 semanas)				2.232	2.040	4.272

Anexo 5. Certificado plan estudios Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario 1966

En un esfuerzo por parte de la secretaria académica de Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud por colaborar con esta investigación entrega el siguiente documento aproximado del pensum de la primera cohorte de fonoaudiólogas, este corresponde a uno de los certificados que se les expide a las egresadas que realizaron la profesionalización sobre los años setenta por esto puede presentar variaciones.

MATERIAS	Intensidad horaria semanal - HS	Intensidad horaria total - HT
PRIMER AÑO: 1966		
Fonética I	4	64
Física	3	48
Gramática	3	48
Foniatría I	2	32
Psicología	3	48
Educación del sordo	2	32
Anatomía	1	16
Ética general	2	32
Inglés I	5	80
OBSERVACIONES		
Kínder	3	48
Universidad pedagógica	3	48

SEGUNDO AÑO: 1967		
Articulación	1	16
Lectura labiofacial adiestramiento auditivo	2	32
Lenguaje	1	16
Psicofoniatría	2	32
Inglés II	3	48
Audiometría	1	16

TERCER AÑO 1968		
Patología	1	16
Diagnóstico	2	32
Foniatría II	3	48
Clave	2	32
Neurofisiología	2	32
Lenguaje para el sordo	3	48

CUARTO AÑO 1969		
Metodología especial	2	32
Ética profesional	2	32
Metodología en problemas del lenguaje	2	32
Inglés III	2	32
Psicopatología	2	32
PRÁCTICAS:		
Audiometría	20	180
Foniatría	20	180
Sordos	20	180

Anexo 6. Comparativo plan de estudios Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario y Universidad Nacional de Colombia

A continuación, se presentan las agrupaciones por áreas que se realizó y su comparativo entre las dos instituciones que iniciaron en esta formación con el fin de identificar sus conocimientos de cuáles disciplinas o saberes provenían.

ÁREA MÉDICA

UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Primeros auxilios	Anatomía y fisiología
Anatomía y fisiología	Neurofisiología
Fisiología neuromuscular	Audiología I
Anatomía funcional	Foniatría I
Patología general y neuromuscular	Foniatría II
Kinesiología	Audiología II
Conferencias Clínicas I	Adaptación de prótesis auditivas
Anatomía y patología especiales	
Audiometría	
Conferencias clínicas III (1 Semestre)	
Conferencias Clínicas IV (2 Semestre)	

ÁREA CIENCIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Física	Acústica

ÁREA PSICOLÓGICA

UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Psicología general	Psicología general

Psicología médica	Psicología evolutiva
Psicología. Tests. Mentales	Psicofoniatría
	Psicometría
	Psicopatología

ÁREA BÁSICA

UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Sociología	Metodología de la investigación
Ética profesional	Ética

ÁREA LENGUAJE

UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Inglés	Inglés
Fonética y gramática	Gramática
	Fonética y Fonología
	Lexicología y semántica

ÁREA PEDAGÓGICA

UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Pedagogía general	Pedagogía
Prácticas en diagnósticos pedagógicos	Programas de kínder
	Observaciones kínder
	Metodología del aprendizaje
	Ayudas audiovisuales

ÁREA ESPECÍFICA DE LA FORMACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
----------------------	-------------------------

<p>Orientación</p> <p>Prácticas</p> <p>Conferencias clínicas II</p> <p>Métodos en afásicos</p> <p>Métodos en sordos</p> <p>Rehabilitación de la voz (1 semestre)</p> <p>Organización de servicios de rehabilitación del lenguaje (2 semestre)</p> <p>Prácticas Clínicas:</p> <p>a. Afásicos</p> <p>b. Sordos</p> <p>c. Problemas de la voz</p>	<p>Orientación a Fonoaudiología</p> <p>Observaciones foniatría (9 semanas)</p> <p>Observaciones sordos (9 semanas)</p> <p>Lenguaje sordo I</p> <p>Práctica sordo (6 semanas)</p> <p>Práctica foniatría (6 semanas)</p> <p>Práctica audiología (6 semanas)</p> <p>Dislexia</p> <p>Afasia</p> <p>Lenguaje sordo II</p> <p>Clave</p> <p>Ritmo</p> <p>SEMINARIOS</p> <p>(Voz- Tartamudez- Afasia, Fisura Palatina y Labial, Laringectomía- Dislexia, Retardo en el Lenguaje, Adiestramiento Auditivo, Lectura Labio Facial y Articulación – Metodología de las matemáticas. Ciencias Sociales- Ciencias Naturales, Pedagogía- Psicología Infantil, Psicología Sordos)</p>
--	---