



reseñas

Historia de la medicina en Colombia. De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica, 1782-1867 - Tomo II

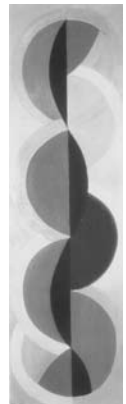
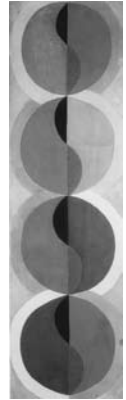
Claudia Margarita Cortés-García*

El 12 de febrero de 2008 se dio a conocer el primero de cinco tomos que compondrán la obra *Historia de la Medicina en Colombia*. Este primer volumen se tituló *Prácticas médicas en conflicto, 1492-1782* y aborda el encuentro de tres medicinas durante los siglos XVI y XVII y buena parte del siglo XVIII. Se trata de la medicina española de raíz hipocrático-galénica, la de los pueblos americanos y la traída por los africanos. Este proceso fue analizado “desde el escenario médico y sanitario propio del encuentro de dos mundos hasta el alba de la medicina ilustrada, pasando por la medicina de la conquista y la medicina de las ciudades coloniales”, como mencionó Juan Carlos Eslava al reseñar este primer tomo. Desde el punto de vista metodológico, el primer volumen enfatizó en “el trabajo

de fuentes primarias inexploradas y en una relectura meticulosa de fuentes tradicionales ampliamente reseñadas” (1).

Prácticas médicas en conflicto 1492-1782 ha tenido una gran acogida por parte de los sectores educativos, científicos y gremiales nacionales e internacionales. El coordinador general de la obra, Emilio Quevedo, ha recibido las opiniones expresadas por académicos de diferentes países, opiniones que coinciden, de manera unánime, en cuanto al serio nivel de análisis que sustenta la obra, la riqueza documental y la calidad de la impresión. Flavio Edler, historiador brasileño de la Medicina, al recibir el libro escribió: “Se trata de una contribución fundamental para los estudios de la medicina”. El histo-

* Antropóloga. MsC en Salud Pública. Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, Escuela de Ciencias Humanas, Universidad del Rosario. Correspondencia: Carrera 6ª No. 14-13, Edificio Santafé, Oficina 516, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: claudiam.cortes@urosario.edu.co - clauco4@yahoo.com



riador peruano Marcos Cueto simplemente escribió: “¡Impresionante!”. La chilena Soledad Zárate lo calificó de “imponente”. El historiador australiano de la ciencia Roy MacLeod: “Es un maravilloso, además de hermoso, libro, del cual los autores deben sentirse orgullosos. Comenzaré a leerlo (...) tan pronto me consiga un par de guantes blancos”. El primer tomo, como sucederá con los siguientes, ha llegado a las bibliotecas de 33 países de Europa, Asia, América y Oceanía, entre las cuales se destacan las bibliotecas del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore, la Biblioteca para la Historia y la Compresión de la Medicina del Instituto Wellcome de Londres, la National Library of Medicine de Bethesda, y la Biblioteca de la Universidad de McGill de Canadá (2).

Siguiendo esta línea de trabajo, en octubre de 2009 se hizo el lanzamiento oficial del segundo volumen de esta gran obra, volumen titulado *De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica, 1782-1865*. Éste fue desarrollado por el mismo equipo de investigación del primero, integrado por médicos, enfermeras, historiadores, sociólogos y antropólogos. Desde una mirada que integra las herramientas de la historia de la Medicina y la historia social, describe y analiza el proceso de nacimiento de una medicina nacional, en el marco de la transición desde las ideas y las prácticas de la medicina española ilustrada hacia la mentalidad anatomoclínica francesa. Los 83 años que juiciosamente analiza el texto se presentan en cuatro capítulos que abarcan los avatares de la Medicina y los médicos frente a los problemas de salud y enfermedad en el tránsito de una colonia a un emergente Estado republicano. La configuración de la Medicina de esos momentos se articuló en los retos que imponían los conflictos de un periodo caracterizado por contradicciones y

enfrentamientos de tipo ideológico, político y social, por la formación de una nación donde las élites criollas se consolidaban y donde la realidad se suscribió a coyunturas de tipo religioso y étnico-raciales. Una época marcada por las guerras civiles y de reconquista, en las que los traumas propios del enfrentamiento armado, las enfermedades y especialmente las epidemias, marcaron una senda sobre la cual se transformaron la práctica y el saber médico.

Este segundo tomo comienza el 20 de noviembre de 1782, cuando el arzobispo- virrey Antonio Caballero y Góngora anunció oficialmente la presencia en Santafé y sus alrededores de una nueva epidemia de viruela. La explicación predominante fue la centrada en concepciones religiosas de raigambre católica, que la concibió como un castigo divino, además de una calamidad pública. En escena apareció el médico y cirujano gaditano José Celestino Mutis, quien estableció una relación de causalidad directa entre el flagelo epidémico y la actitud revoltosa de los comuneros de Santander en 1781. Asimismo, se presentaron explicaciones relacionadas con las condiciones de vida de la población, explicaciones reflejo del espíritu ilustrado. La pobreza y la falta de higiene, generalizadas dentro de las clases bajas, se consideraron como pilares de la enfermedad y dieron pie para denunciar la existencia de prácticas curativas de origen indígena, africano o mestizo caracterizadas como “supersticiosas” y carentes de base racional. Los autores enfatizan en que con este proceso de lucha contra la viruela se dio inicio a la hegemonía de la medicina universitaria española, y especialmente europea, en Colombia. Por esta época se introdujeron las prácticas de inoculación antivariólica, junto a algunas medidas terapéuticas, además de recomendaciones sobre higiene pública y privada relacionadas con la renovación del



aire en espacios cerrados y la necesidad de un régimen alimenticio sano.

En las páginas siguientes, y teniendo como telón de fondo el contexto de la Ilustración, se devela la manera como el Nuevo Reino aceptó la comprensión de la enfermedad y de la higiene como problemas “públicos” que competían al Estado. Las ideas ilustradas, como se analiza en este segundo tomo, fueron abrazadas por las élites criollas y tuvieron expresión en varias líneas de pensamiento de la juventud estudiosa del Nuevo Reino. Recogiendo los debates de Jaime Urueña Cervera y Jaime Jaramillo Uribe, se expone la existencia de tres tendencias de la Ilustración criolla: una ubicada en la línea del pensamiento español; otra que simpatizaba con las versiones francesa e inglesa; y la otra situada en la medianía de las anteriores. En las tres el pensamiento mutisiano fue central. En este contexto, los conflictos entre médicos, cirujanos y sangradores se analizan en relación con las transformaciones de la política, la economía y la decadencia colonial en la Indias. El análisis de la epidemia de viruela de 1801-1802 cierra ese primer capítulo titulado “Medicina ilustrada y crisis de autoridad, 1782-1802”.

“La medicina ilustrada en la encrucijada del autogobierno, 1802-1822” es el título del segundo capítulo. La razón se reconoce como la piedra angular que contiene la medida de todas las obras y las acciones humanas. Este acápite inicia rememorando la precaria situación de salud de la población tras las epidemias de viruela. Se resalta cómo las medidas de higiene utilizadas no lograron dar respuesta suficiente a la enfermedad en la cotidianidad. En reacción con este hecho, los médicos de la Nueva Granada propusieron el desarrollo de una educación médica local, acorde con la medicina europea y expresada en planes de estudio integrales y coherentes. Además, se plantea

que los médicos y otros practicantes de los oficios relacionados con la salud (cirujanos romancistas y latinistas, sangradores, algebristas, parteras, etc.) tuvieran formación superior, y de ser posible, títulos reconocidos y sancionados por la autoridad del naciente Estado. Los autores recrean la manera en que el aprendizaje y la práctica de la Medicina se inscribieron en la lucha por la hegemonía de la medicina occidental sobre las demás prácticas en el Nuevo Reino. Se resalta el papel de los planes de enseñanza médica formulados por José Celestino Mutis y Miguel de Isla entre 1802 y 1805, y se hace un análisis de los mismos.

Dos acontecimientos marcaron la comprensión de la historia de la Medicina entre 1802 y 1822. El primero de ellos fue el proceso de incorporación de la medicina ilustrada a la medicina académica, proceso que se expresó con la puesta en práctica de los planes anteriormente mencionados en la primera facultad de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, institución que logró realizar este propósito después de varios intentos fallidos para establecer cátedras de Medicina en Santafé entre 1636 y 1802. En esta universidad se formaron los primeros galenos neogranadinos, quienes expandieron la medicina ilustrada por las ciudades más importantes del Nuevo Reino de Granada.

El segundo, importante para el proceso de creación de una medicina nacional, fue la reorganización política y social de la nación entre 1808 y 1816, derivada del llamado grito de Independencia y prolongada en los avatares de la Patria Boba y los primeros esbozos de la Gran Colombia. En estas condiciones, los integrantes de la primera generación de médicos universitarios colombianos, formados en los planes mutisianos, avanzaron en el ejercicio profesional, vinculados a las contiendas políticas y mili-

tares, y fueron dirigiendo su mirada hacia la Medicina de la Francia revolucionaria; entre ellos se destacaron médicos como José Félix Merizalde, el fraile Antonino Macary, el cartagenero José Fernández Madrid, José María del Castillo y Rada, y Joaquín Camacho.

El tercer capítulo, “La conexión francesa: de la misión Zea a las doctrinas médicas de Broussais (1822-1847)”, está centrado en el proceso de transición de las prácticas e instituciones médicas coloniales hacia las republicanas, “con la mirada en Francia y los pies en Colombia”, como lo dicen los autores. Durante esta época los acontecimientos se sucedieron vertiginosamente, pero se destaca el cambio de concepción de la institución hospitalaria: los “conventos-hospitales” coloniales comenzaron a tornarse en “hospitales generales”. De esta manera, se observa cómo se reorganiza la enseñanza médica en las nuevas universidades: la Central en Bogotá, la del Magdalena e Istmo en Cartagena, y la del Cauca en Popayán.

En este periodo muchas enfermedades, además de las viruelas, azotaron a los neogranadinos, enfermedades entre las que pueden mencionarse los catarros, las fiebres, el cólera, la lepra, los cotos y las enfermedades venéreas (chancros, blenorragia y la temida sífilis). Algunas contenían una carga cultural y social, además de moral y emocional negativa, relacionada con el castigo, el pecado, la degeneración y los vicios. Las patologías más comunes fueron comprendidas dentro de los esquemas descriptivos y explicativos de la medicina francesa, que experimentaba una metamorfosis responsable de cambios profundos en el saber, la práctica, las instituciones y la formación médicos. Esta nueva medicina ponía en el centro de sus discursos sobre la enfermedad la lesión anatómica, en tanto alteración de la forma y la estructura de los órganos, la cual se expresaba a través

de signos físicos. Con ellos surgieron nuevas técnicas de exploración diagnóstica como la auscultación y la percusión, y se reconoció al hospital como espacio para la práctica y la enseñanza, así como para la articulación entre Medicina y cirugía. De esta manera, la medicina universitaria reordenó la enfermedad y la práctica. Esta nueva visión, que no es otra cosa que la mentalidad anatomoclínica, se incrustó con fuerza en la medicina nacional después de 1850, como se muestra en el último capítulo, “Revoluciones y medicina anatomoclínica (1847-1865)”.

En este capítulo se dibuja el panorama contextual que contiene la revolución anti-colonial de 1850 y el ascenso del radicalismo liberal desde esta época. Se hace alusión a la Ley 15 del 15 de mayo de 1850, que declaró libre el ejercicio de las profesiones sin necesidad de obtener títulos universitarios, lo que generó el cierre de las universidades y trastornó la fragmentada educación médica que existía en ese entonces. Varios jóvenes colombianos viajaron a Francia para cualificarse como médicos y otros ya graduados rehicieron allí sus estudios universitarios. A su regreso, algunos de ellos trabajaron para reorganizar la enseñanza médica y promover publicaciones especializadas en este campo como *La Lanceta*, en 1852, y la *Gaceta Médica de Colombia*, en 1864, y así cohesionar a los médicos universitarios en lo que hoy se sigue llamando “el cuerpo médico nacional”. En todo este proceso jugó un papel de primer orden el santandereano Antonio Vargas Reyes, quien además promovió la fundación, en 1864, de una escuela de Medicina, privada, que en la práctica fue el pivote para reinstaurar la enseñanza médica. Este recorrido afirmativo de la medicina universitaria en Colombia se completó con la fundación de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, en 1873.



El tomo finaliza con un análisis desde la sociología de las profesiones, donde se reconoce que la constitución de una profesión moderna se enmarca en tres hechos: la creación de una publicación especializada, la reproducción formalizada del conocimiento por medio de una institución educativa estable, y la conformación de una asociación académico-gremial. De esta manera, los autores concluyen que la medicina colombiana universitaria entró en el camino hacia su constitución como una profesión liberal.

A lo largo de todo el texto se expone, de manera sencilla y agradable, la manera en que el proceso de legitimación de la Medicina y la práctica médica se insertan en la comprensión de la historia nacional y las transformaciones de un país que trataba de convertirse en una nación. Los galenos se formaron así dentro de los planes de estudios conformes con los avances de la medicina europea, especialmente la francesa.

La medicina y los médicos colombianos centraron su acción en un proceso permanente que buscaba construir un cuerpo teórico de saberes, materializado a su vez en prácticas de salud que respondieran a las necesidades y particularidades locales y regionales. Para ello, los propios médicos debieron acceder a las élites sociales para garantizar su legitimación y avanzar hacia la hegemonía, en continuo forcejeo con otras medicinas que seguían teniendo vigencia dentro de las poblaciones, especialmente las de escasos recursos. De esta manera, el tomo reconstruye la transición de una medicina en Colombia a una medicina colombiana.

Otra característica de esta obra es su aproximación temática y gráfica, que desde una profunda investigación histórica recuperó material inédito, elaboró una línea de tiempo a través del seguimiento exhaustivo de la prensa nacional, regional y especializada (publicaciones médicas), además del ya tradicional manejo de los archivos históricos y personales para proponer un recorrido visual por el periodo cubierto.

Este trabajo permite evidenciar una nueva manera de reconstruir la historia de la Medicina en el país, desde una explicación integral y documentada de la práctica y el conocimiento médico nacionales, eludiendo las narraciones descriptivas anteriores. Se denota el esfuerzo colectivo de trabajo que reúne a diversos investigadores, para quienes la Medicina es un hecho histórico y social en el que participan múltiples actores provenientes de diversos y complejos sectores que se interrelacionan ampliamente. El gran dinamismo en la construcción del conocimiento y la transformación de los sistemas de representación social en Colombia entre 1782 y 1865, se reflejan en este tomo permitiendo una profunda reflexión sobre la legitimación e institucionalización de una medicina propia, sus procesos, conflictos y consolidación.

Referencias

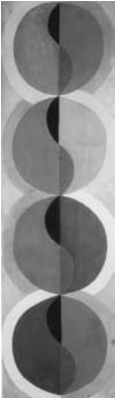

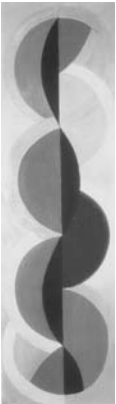
1. Eslava Castañeda JC. Una mirada a La historia de la Medicina en Colombia. Tomo I: "Prácticas médicas en conflicto 1492-1782". Reseña. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2008; 7(17): 187-90.
2. Quevedo Vélez E. Discurso de lanzamiento del tomo II. Documento de circulación restringida. 2009.



reseñas

Una cuestión poco cono-sida: evaluación crítica del Proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía – Hacia la formación de una política pública (2006-2008), de John Harold Estrada Montoya, Universidad Nacional de Colombia, Colciencias, 2009

César Ernesto Abadía-Barrero*

El libro *Una cuestión poco cono-sida: Evaluación crítica del Proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía – Hacia la formación de una política pública (2006-2008)* presenta una detallada disertación sobre las distintas problemáticas que se relacionan con la evaluación de este proyecto piloto, el cual dará sustento a la Política Pública Nacional de Educación para la Sexualidad, problemáticas como lo son los contextos internacional y nacional, y las orientaciones ideológicas que los mismos tienen sobre el enfoque pedagógico, el tipo de salud sexual y reproductiva que se promueve, la perspectiva específica de género que sustenta la política, y como hallazgo importante, la ausencia de la categoría clase social. Esta forma de evaluación se constituye en un aporte

innovador para el campo de la salud pública. Saludamos este libro como una contribución fundamental a la triple interacción académica evaluación-educación-salud pública.

Lo primero por resaltar es que el libro refleja una serie de reflexiones que un docente ha llevado a cabo durante casi dos décadas de vida académica, una síntesis de varias trayectorias intelectuales del profesor Estrada. Más que la presentación de una investigación tradicional, el lector se encuentra con las ideas de un intelectual comprometido con la educación y la salud pública y con la propuesta de construcción de, en palabras del mismo autor, una “sociedad democrática y una ciudadanía crítica”, tejiendo lazos con varios de los temas que le han interesado más en su vida académica.

* Odontólogo. Doctor en Ciencias Médicas (Área Antropología Médica). Correspondencia: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia, Calle 44 No. 45-67, Bloques B5 y B6, Unidad Camilo Torres. Correo electrónico: cesar_abadia@post.harvard.edu

mica como son la tradición marxista, los estudios de género, y ahora, las pedagogías críticas. Así, el texto presenta disertaciones profundas sobre las formas como la clase social, el género y las políticas públicas han seguido desarrollos históricos particulares hasta llegar al neoliberalismo, y hacen parte sustancial del *Proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía (2006-2008)*. El texto se constituye, sin duda alguna, en una de las discusiones más relevantes frente a los desarrollos del capitalismo bajo la égida neoliberal y sus implicaciones para los procesos de educación en salud pública. Igualmente refrescante es el posicionamiento del autor, quien señala que el texto se escribe “a la luz de una perspectiva democrática, humanista y latinoamericana” (p. 22). Tal posicionamiento académico, analítico y de compromiso surge como una de las mejores fortalezas del texto, y ayuda a argumentar en contra de la aparente neutralidad y objetividad que deben contener los ejercicios académicos.

El libro del profesor Estrada revitaliza discusiones propias de la epistemología de la ciencia al proponer que no nos toca esperar a que los métodos científicos nos ayuden a evaluar el futuro de las políticas y los programas, para decidir sobre su impacto, sino que el carácter ideológico puede ser develado y que los desarrollos teóricos frente a las desigualdades sociales, el Estado, y los tipos de sociedad de los que hacemos parte, nos pueden ayudar a evaluar y a decidir a cuáles direccionamientos en política pública nos adscribimos como investigadores y cuáles posicionamos como actores políticos. Las pedagogías críticas nos ofrecen la posibilidad de evaluar la ideología, y sabemos que ésta es el sustento del accionar político, y por supuesto, de la política social. Esta forma innovadora de evaluación a la salud pública nos permite develar nuevos giros en la relación capitalismo y salud, propios de la

historia disciplinar; además, gracias a ella podemos anticiparnos para generar la necesaria movilización social que, anclada en un pensamiento antisistémico, nos sirva como fuerza contrahegemónica a estos postulados. Con este texto, el profesor Estrada nos entrega una nueva forma de evaluar las políticas y los programas en salud pública. Este es, a modo de ver de quien aquí escribe, el primer estudio en el mundo que utiliza una tradición intelectual y política como lo son las pedagogías críticas aplicadas a la evaluación de políticas en salud pública, y en este caso se plantean nuevas posibilidades de pensar la relación entre salud y educación y los programas de promoción y prevención.

La corriente de las pedagogías críticas, gestadas en el pensamiento de Paulo Freire, no es nueva para el área de la salud. Numerosos aportes aplicados han alimentado de posibilidades los procesos educativos en salud, y además, sirvieron de referente principal, por muchos años, en lo que desde la salud se llama el trabajo con comunidades. Lo novedoso del presente libro es que ya no se trata de aplicar el pensamiento de Freire a nuestro accionar y trabajo de prevención, sino de utilizar sus planteamientos y los desarrollos que se han logrado desde las pedagogías críticas para investigaciones de evaluación en salud pública, investigaciones en las que tradicionalmente se hace uso de indicadores cuantitativos o cualitativos, y con el tiempo, se miden impactos de políticas y programas.

Lo que este libro propone es que si se lee el diseño de una política, su contenido, sus textos, sus énfasis y sus omisiones, a la luz del contexto socio-político nacional e internacional, es decir, los desarrollos históricos que anclan cada Estado-nación con el todo del sistema mundo capitalista, se puede entender el sustento ideológico de políticas y programas, sus intencionalidades, prever

sus posibles alcances, impactos y resultados, y promover fuerzas que les apoyen o les generen resistencia. Por lo tanto, el autor plantea que la educación, que se ha visto como panacea desde la prevención en salud pública, desde una perspectiva crítica se ve solamente como uno de los elementos, si bien fundamental, de las realidades sociales complejas y diversas que deben tenerse en cuenta en la formulación de políticas, planes y programas de prevención. Si se toma la educación y la escuela como propuesta de prevención, de forma aislada, o como aquel ámbito al que le corresponde hacer y responder por los resultados de acciones preventivas, tal como se propone con la atomización del paradigma actual del trabajo por sectores o ámbitos, no se podrá desarrollar una estrategia de prevención efectiva. La prevención, como la educación, incluye sin duda el mundo escolar, pero más importante es el mundo escolar anclado a la familia, a las relaciones de género, al mundo del trabajo de padres y educadores, al ambiente y el territorio, y en fin, a todas las dimensiones socioculturales en las que niños, niñas y jóvenes, en compañía de adultos, crecemos, aprendemos y vivimos.

Desde el punto de vista intelectual, quien aquí escribe considera que el profesor Estrada ofrece una crítica muy bien argumentada al paradigma liberal, paradigma revigorizado moralmente con la aceptación acrítica de la perspectiva de derechos humanos de las Naciones Unidas y de capacidades y libertades de Amartya Sen. El énfasis en desarrollar el capital humano a través del realce de la capacidad individual y las potencialidades de cada individuo, si bien mejorado con la propuesta de Sen al anclar dicho análisis a sí los medios con los que cuenta el individuo permiten o no este tipo de desarrollo, y a las diferencias inequitativas entre distintos sectores sociales, no deja de tener un sesgo liberal que ve al sujeto libre

y autónomo anclado en un presente sin historia que lo separa de otras propuestas que analizan y entienden a los seres humanos como sujetos histórico-sociales; el paradigma liberal, por lo tanto, no aborda las transformaciones estructurales necesarias para el desarrollo de las capacidades humanas. En últimas, si no se aborda la tensión propia del modelo capitalista, la apropiación privada de las ganancias a expensas de la socialización de la producción, no es posible trabajar por una propuesta de desarrollo emancipadora, humanista y necesariamente anticapitalista, en donde se entiende que el desarrollo pleno de las capacidades individuales pasa necesariamente por un ideario solidario, dirigido hacia los colectivos, en donde las desigualdades relacionadas con el clasismo, el sexismo, el heterosexismo, el racismo y otras formas de opresión social puedan enfrentarse y superarse.

Esta perspectiva ayuda a encontrar una línea de demarcación entre propuestas de la democracia liberal, ligadas aún al modelo capitalista, y otras que intentan luchar por modelos de democracias socialistas (radicales, raizales, reales, entre otras propuestas y acepciones), y se convierte en un aporte fundamental para entender, entre otras cosas, las distintas formas como se puede entender la relación ciudadanía y democracia. Cuando el autor junta estos referentes con el paradigma de las competencias ciudadanas, las propuestas del Plan Nacional en cuanto al género, la ocultación de la clase social como referente central de cualquier política, y los usos del paradigma de “capacidades” y “libertades” por parte del neoliberalismo, resulta muy clara y contundente la necesidad de redefinir nuestra comprensión de ciudadanía y democracia; en palabras del profesor Estrada, movernos hacia una ciudadanía crítica y una democracia participativa.



Comparto la afirmación del autor cuando plantea que en este libro se encuentra “una perspectiva teórica-metodológica innovadora de evaluación de programas educativos desde la perspectiva crítica, que podrá ser utilizada para otro tipo de políticas en salud y educación y que contribuya a la discusión teórica y metodológica que sobre evaluación educativa y en particular desde la salud pública se adelanta en el país” (p. 39). Esperamos que este sea el primer libro de una nueva área de investigación en salud pública, *la evaluación desde las pedagogías críticas*, y un nuevo campo de estudio para las pedagogías críticas, *la educación en salud*. Con este libro, el profesor Estrada está llamado a convertirse en el pionero de este campo en el país ya que su conocimiento es docto, tanto en salud pública como en pedagogías críticas, y tiene un compromiso histórico para fortalecer este nuevo campo.

Para terminar, vale citar las palabras que a cargo de la profesora Lyla Piedad Velosa

Amature aparecen en la contraportada del libro. La profesora Velosa resume magistralmente lo que significa transformar una orientación tradicional de prevención y sexualidad en una pedagogía libertaria en la que niños, niñas, adolescentes y adultos podamos vivir plenamente el amor:

... La ciudadanía es un ejercicio político constante y diverso que orienta el quehacer educativo, y es un aspecto fundamental en el encuentro sexual, en cuanto favorece, promueve y facilita la experiencia variada, divergente y creativa de los sujetos.

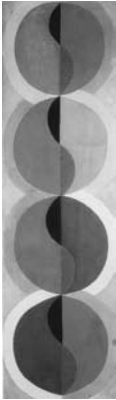

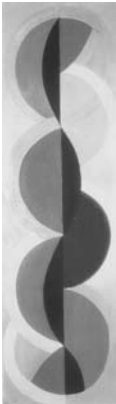
Amar es un asunto político, es la construcción real y concreta, histórica y social, solidaria y propositiva de la sociedad a través de los deseos colectivos, los anhelos sociales y las esperanzas comunitarias. Amar en el contexto colombiano no puede ser más que un ejercicio de profunda subversión erótica y social.



reseñas

Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres, de Débora Tajer, Buenos Aires, Paidós, 2009*

Sara Yaneth Fernández-Moreno**

En Argentina casi la mitad de las muertes se deben a accidentes cerebrovasculares o cardiovasculares. Desde este hecho, para analizar las características y diferencias de la presencia de esta enfermedad en hombres y mujeres, la autora se adentra en las más diversas disciplinas como la epidemiología, la fisiología, las ciencias médico-biológicas, la psicología, la sociología, el análisis institucional, la lectura de discursos culturales; con sumo cuidado, las trasciende para desarrollar propuestas que cruzan también estos saberes. Como especialista en Género que es, y como militante de la salud colectiva en el continente, la doctora Tajer lleva más allá este cúmulo de saber de años

en su práctica clínica y contrasta una interesante ruta problematizadora de las enfermedades cardiovasculares, las diferencias en razón del género. Esta perspectiva se funda en la convicción de que no existe un modo único de construcción de la vulnerabilidad, sino que existen ciertos modos específicamente femeninos y otros específicamente masculinos, y que también existen diferencias al interior de los géneros según el grupo social de pertenencia.

La revisión crítica de la literatura existente en cardiología clínica, el psicoanálisis y la epidemiología social, adicional a la indagación directa a profesionales de diversas escuelas,

* Psicoanalista. Especialista en Género y Salud Pública. Profesora adjunta de Estudios de Género en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, y consultora de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

** Trabajadora Social, Universidad Nacional de Colombia. Doctora en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco UAM-X. Docente investigadora de la Universidad de Antioquia, Red de Género y Salud Alames. Correspondencia: Calle 67 No. 53-108, Bloque 9, Segundo Piso, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: spartacolombia@yahoo.com.mx



géneros y generaciones acerca de cómo entienden esta problemática y cómo la abordan en su trabajo cotidiano, permitió a la doctora Tajer explorar su criterio sobre cuáles son en la actualidad los *impases* y los diálogos necesarios, que en muchos casos aún no han sido profundizados, entre esas diversas disciplinas que abordan el mismo objeto de preocupación.

De otra parte, la mirada género-sensible y la perspectiva sociosanitaria del problema isquémico abordado por la autora la llevan a encontrar que una de las consecuencias más generalizadas de la falta de percepción de estas diferencias ante la enfermedad coronaria es que las mujeres, aun aquellas que están en riesgo, la desconocen o la subregistran, fundamentalmente porque hay una idea muy arraigada de que esta es sólo una enfermedad “de varones”. Para llegar a ello, la rigurosidad con que está hecho el texto muestra, de forma destacada, que existen aspectos de la vida cotidiana y de la conformación de subjetividad de las mujeres contemporáneas que las han llevado a desarrollar un definido perfil específico de vulnerabilidad coronaria.

La revisión que hace la autora sobre la comprensión del riesgo psicosocial en varones y en mujeres le permitió identificar que falta una línea de reflexión que articule modos “generados” de vivir con modos de enfermar, consultar, ser atendidos y morir. De allí que la mayoría de los y las especialistas en el campo médico suelen insistir en explicar los fenómenos de la diferencia entre los géneros únicamente con argumentos que provienen de la biología, y caen en lo que en epistemología se denomina “biologicismo”. Implicaciones directas de estos vacíos se reflejan en las llamadas personalidades cardíacas: la del tipo A, que se relacionan con una mayor capacidad de enfermar con respecto a la segunda tipología, *definida como no A*. En el momento de la construc-

ción de este marcador de riesgo no llamaba la atención de los científicos el hecho de que la mayoría de los sujetos con personalidad de tipo A fuesen varones, ya que asociaban el desarrollo de ese tipo con las funciones laborales y los roles sociales tradicionalmente masculinos en la división sexual del trabajo propia de la modernidad.

Los cambios de la sociedad que señala la doctora Tajer, como la particular inserción de las mujeres en el mundo del trabajo –que no reprodujo el patrón de inserción masculina, sino que tuvo un desarrollo específico– y los modos diferentes de subjetivación femeninos adquirieron nuevas modalidades, no homologables a la femineidad ni a la masculinidad tradicional, aspectos esenciales que junto con una revisión crítica y profunda de los conceptos de vulnerabilidad y de riesgo conforman un cuerpo de conocimiento ciertamente novedoso para el área de la salud pública y la medicina social.

El aporte de este libro ofrece no sólo un modelo de abordaje trasladable a otros problemas de salud, en otros contextos y momentos históricos, con la condición de que su base sea la relación entre los modos de vivir, de enfermar y de ser atendidos y atendidas; es también un libro de texto para la formación de estudiantes de pregrado y de posgrado en el área de la salud, pues su contenido y su desarrollo abren caminos en la formación médica desde la perspectiva sociosanitaria y la mirada género-sensible, esenciales hoy en la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención.

Como la autora remarca a lo largo de su texto:

El género influye tanto en los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la vulnerabilidad coronaria en mujeres. Hasta la menopausia, las mujeres estamos

más protegidas, pero los riesgos se elevan exponencialmente, luego de esa etapa, fundamentalmente, cuando no se ha hecho un enfoque preventivo. A nivel psicológico, la interiorización de los mandatos relativos al nuevo rol de las mujeres con la superposición de tareas sumado al ideal de hacer todo “10 puntos”, más la fragilización y poca cobertura de las redes e instituciones y la sobrecarga de ser –en muchos casos– única proveedora económica de la familia.

Y agrega: “La incorporación de los valores de productividad a destajo que, hasta hace

poco, eran patrimonio de los varones (como valores ligados al desarrollo y la autonomía) para las actuales mujeres han aumentado la vulnerabilidad coronaria”.

No queda más que invitar a leer este trabajo que en lo académico, lo social y lo político tiene muchos elementos y aportes que hacer a quienes tengan como materia la comprensión de enfermedades prevenibles, en buena parte como éstas, que requieren sistemas de salud y modelos de atención más solventes e integrales, a la altura de nuestra sociedad.





reseñas

*Economía de salud en Colombia: el estado de arte**

Introducción a la economía de la salud en Colombia, Jairo Humberto Restrepo Zea (editor), Medellín, Universidad de Antioquia

Yuri Gorbaneff**

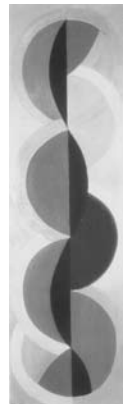
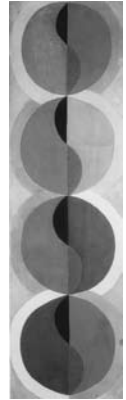
El libro, dedicado a un tema de relevancia social y política, está compuesto por cuatro capítulos. El capítulo 1, “Introducción”, hace pensar que se trata de un texto universitario, porque presenta las definiciones y hace la discusión de conceptos básicos de Economía. Esta discusión no está libre de dudas. Por ejemplo, se declara que el debate principal en la economía de la salud es sobre el papel del Estado en la economía (p. 3). Al discutir la escasez, los autores, intelectualmente, se quedan con Malthus, sin tener en cuenta los aportes posteriores, por lo cual la discusión se vuelve trivial. Concretamente, los autores ponen el clásico ejemplo de la escasez que es el petróleo, pero interpretan la búsqueda de las fuentes alternativas de la energía casi como el castigo

divino que se impone por agotar las fuentes del petróleo. Si bien es cierto que el petróleo se agota, las capacidades creativas y productivas de la humanidad no se agotan, y en este sentido, Malthus se equivocó. La referencia al tiempo como un recurso limitado es algo confusa. Con el tiempo pasa lo mismo que con la cosecha de hortalizas: una cosecha se agota, pero la serie de todas las cosechas es infinita. Así mismo, cada persona trae consigo sus 50 años de vida activa.

Al caracterizar el racionamiento como una forma de distribución de bienes y servicios, los autores dicen que es propio de los países socialistas y “ciertos sistemas políticos” (p. 7). Olvidan decir que entre estos “ciertos sistemas” están Colombia y la mayoría

* El autor agradece al doctor Nelson Contreras su valiosa ayuda y orientación.

** Periodista internacional. Magíster en Economía. Profesor del Departamento de Administración, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Correspondencia: Calle 86, No. 10- 68, apartamento 601, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: yurigor@javeriana.edu.co



de los países del mundo, porque casi todos utilizan algún sistema de beneficios dirigidos a los sectores menos favorecidos, tipo Sisben y los subsidios de desempleo y vivienda.

Los autores caracterizan la racionalización como la búsqueda de los mejores resultados (p. 7). No queda claro, ¿mejores para quién? ¿Para la Entidad Promotora de Salud (EPS)?, ¿para el Instituto Promotor de Salud (IPS)?, ¿para los usuarios? Evidentemente, para definir qué es el mejor resultado, es necesario establecer qué es lo justo en el sistema de salud. Esta discusión no se hace.

El primer capítulo anuncia el análisis de los conceptos microeconómicos; sin embargo, uno de los temas del capítulo es el rol del Estado en la economía, que es un tema macroeconómico (p. 27). Así mismo, se enumeran y discuten las características económicas de los servicios de salud: la incertidumbre, los fallos del mercado, de la demanda y la oferta, el seguro privado de la salud (p. 39). Infortunadamente, en esta discusión, los autores siguen muy de cerca la literatura estadounidense, la cual citan al pie de la letra junto con los pasajes que no aplican a Colombia. Por ejemplo, hablan del crecimiento descontrolado de la prima del seguro, o de las personas de bajo riesgo que tienden a retirarse del seguro médico. Uno no se opondría a tal recordatorio de algunos rasgos del sistema de salud estadounidense, pero el libro es sobre Colombia (p. 45).

La discusión de los fallos del mercado termina con la propuesta de la política. Si bien es un poco prematuro hacer tal propuesta en el primer capítulo, otra cosa llama la atención. Los autores proponen establecer el seguro médico obligatorio (p. 46). Esta propuesta dista mucho de ser novedosa, porque el seguro obligatorio y universal es el objetivo declarado del sistema de salud colombiano.

Los autores tratan de convencer al lector de la utilidad de la economía de la salud como disciplina académica, y para tal fin citan cuatro casos. El primero describe a un hospital que piensa ampliar su sección de urgencias para atender mejor a los pacientes con traumas. Según los autores, la teoría económica debería hacer que el hospital reflexionara sobre el bien común y se dedicara a disminuir los accidentes viales, en lugar de ampliar las urgencias. Al lector no le queda claro qué puede hacer el hospital para reducir la accidentalidad vial. Otros casos son interesantes y relevantes. El lector los aprovecharía mejor en la sección de ejercicios y preguntas con que termina el primer capítulo.

El primer capítulo tiene la vocación del texto universitario, y como se ha dicho, está acompañado de preguntas y ejercicios (pp. 56-58). Para que esta sección sea utilizada por los docentes, es deseable dar las respuestas correctas. Actualmente, los profesores tendrían que adivinar las intenciones pedagógicas de los autores.

El capítulo 2, “Los principales temas de estudio de la economía de la salud”, es un completo resumen de la literatura internacional sobre el sector salud y los factores que determinan el estado de la salud, la oferta y la demanda de servicios, la demanda inducida, el riesgo moral, la demanda del seguro, los costos de los hospitales, la remuneración y los incentivos, la evaluación económica de los tratamientos, y otros temas. Si bien es interesante, aporta poco para entender el papel de la economía de la salud en Colombia. Este capítulo no tiene vocación docente, e igual que el resto del libro, excepto el capítulo 1, no incluye preguntas ni ejercicios.

El capítulo 3, “Desarrollo académico de la economía de la salud en Colombia”, enumera, en orden cronológico, los eventos



académicos que marcaron el inicio de esta disciplina en Colombia, las líneas de investigación de los grupos en Colciencias, y analiza la producción científica. El análisis se limita a cuantificar la producción, clasificada por tipo de producto (libro, capítulo, artículo nacional e internacional, trabajo de grado e investigación) y por tema. Seguramente debe existir una masa crítica para que la disciplina académica pueda producir algo interesante para la sociedad, pero el volumen de las publicaciones por sí solo es un indicador insatisfactorio para evaluar el estado de la economía de la salud.

El capítulo 4, “Qué hemos aprendido y qué hemos de aprender sobre la economía de la salud en Colombia?”, es el que genera la mayor expectativa del lector. Lamentablemente, los autores se limitan a hacer el resumen de la literatura colombiana sobre los temas de la economía de la salud, clasificada por temas, pero sin reflexión crítica. Así mismo, el capítulo contiene una descripción del sistema de salud colombiano que pudo leerse con interés hace 15 años.

El gran logro de la economía de la salud en Colombia consiste en que los investigadores aprendieron a leer el sistema de la salud colombiano desde la perspectiva económica (p. 236). Si bien este es un resultado positivo, deja una inquietud: ¿Cuál es la relevancia social de 15 años de la investigación? Es deseable responder a esta inquietud antes de formular, como hacen los autores, una lista de temas sugeridos para los nuevos estudios sobre esta materia.

Algunas referencias indirectas hacen pensar que el campo de la economía de la salud no es tan consensual como parece. Los autores mencionan las posiciones extremas, y en

ocasiones, más ideológicas que técnicas (p. 243) de investigadores. Es una mirada positivista algo anticuada, en el sentido que lo técnico no debe ser contaminado por la ideología. Tal vez en la Física se puede separar lo técnico de lo ideológico, pero no así en las ciencias sociales.

Este libro se ocupa de un tema de mucho interés, al cual le falta definir su razón de ser. A juzgar por el primer capítulo, es un texto para los que quieren estudiar la disciplina académica de la economía de la salud. Los tres últimos capítulos son el estado del arte de la literatura nacional e internacional. Quizá esta indefinición obliga a los autores a insistir en justificar lo que escriben, de tal manera que además de la introducción al libro, cada capítulo, e incluso los párrafos, tienen sus respectivas introducciones.

El libro tiene errores fácilmente evitables. Por ejemplo, a diferencia de lo que hacen los autores, producto no es sinónimo de servicio (p. 39). En ese sentido, Amartya Sen es tan economista hindú (p. 4) como García Márquez escritor católico. En el nombre Otto Bismark se utiliza la partícula *von*, no *Van* (p. 157), para indicar su rango aristocrático. Se recomienda omitir la escritura de dicha partícula, dado que el objeto del texto no es la historia política de Alemania.

El libro cumple el papel de hito. Deja la constancia del origen y el estado actual de la disciplina y estimula al lector a plantear preguntas sobre la relevancia social de la investigación en la economía de la salud, la delimitación entre esta disciplina y la administración en salud, y qué se debe investigar y publicar para que nuestro sistema de salud sirva mejor a la sociedad.



Hacia un nuevo Sistema de Salud en Colombia

Fecha: 24, 25 y 26 de noviembre de 2010
Lugar: Auditorio Félix Restrepo - Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá – Colombia

Los sistemas de salud modernos hacen parte de la estructura social económica y política de las naciones. El tema de la salud y los sistemas de salud hacen parte de las preocupaciones corrientes de ciudadanos, profesionales de la salud, políticos, jueces, empresas de medicamentos y tecnologías, parlamentarios, partidos políticos y gobiernos enteros.

El congreso sobre el sistema de salud, tiene tres fines centrales, el primero, interpretar las condiciones políticas, sociales y económicas, de la reforma colombiana en el contexto nacional e internacional. El segundo, qué beneficios y pérdidas en términos de bienestar ha producido la reforma y el sistema y cómo se distribuyen en los grupos y clases sociales; y el tercero, poder encontrar herramientas predictivas para comprender cómo los sistemas se vuelven insuficientes para responder por las expectativas ciudadanas en términos de bienestar en salud.

Director General del Congreso
Francisco José Yepes Luján



PROGRAMAS DE POSGRADO EN
ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL

PROGRAMA PRELIMINAR

Miércoles 24 de noviembre
Hora: 8:00 a.m. — 6:00 p.m.

Conferencia Inaugural: Ética de las Políticas de Protección Social en Salud
Francisco de Roux S.J. (Colombia)

Conferencia 2: Experiencia de Estados Unidos y Canadá

Panel 1: Financiamiento y Aseguramiento
Panel 2: Calidad
Panel 3: Medicamentos

Jueves 25 de noviembre
Hora: 8:00 a.m. — 6:00 p.m.

Conferencia 3: Experiencia de Europa
Vicente Otún (España)

Panel 4: Equidad
Panel 5: Hospitales
Panel 6: Recursos Humanos

Conferencia 4: Experiencia de América Latina

Celia Almeida (Brasil) – Raquel Abrantes (México) – Mario Rovere (Argentina)

Panel 7: Tecnología
Panel 8: Resultados en Situación de Salud
Panel 9: Participación Ciudadana

Viernes 26 de noviembre
Hora: 8:00 a.m. — 6:00 p.m.

Conferencia 5: Experiencia de Colombia

Panel Final: Política de Salud, Política Social.
Mesa de Trabajo Propositivo

Contacto e inscripciones:

Andrés Cubillos Novella
Coordinador Académico del Evento
Teléfono: (+571) 3208320 ext. 5427
Email: congresosalud@javeriana.edu.co