

aceptación del mundo trágico implica la aceptación, a su vez, del mundo antiguo; de su permanente validez.

Una muestra de la similitud entre Hegel y Nietzsche, en cuanto a la dialéctica, es el hallazgo que hace el segundo en Demócrito y su filosofía de la naturaleza. Nietzsche encuentra la necesidad del devenir, necesidad fatal que implica la desaparición de cualquier culpa. Fatalidad que no puede hermanarse con culpa ni libertad. Así, filosofía natural para Nietzsche forma parte de lo estético. Es natural, no moral. Cualquier consideración sobre la culpa debe hacerse a partir del supuesto de la realidad trágica que nos gobierna. Con esto lo que se hace es resucitar a Dioniso, pues la tragedia vive en la naturaleza, y ésta es territorio de Dioniso.

La *humanitas* se ve atacada por el filósofo del martillo. El hombre abstracto de aquélla es rechazado, y junto a él la humanización concreta y social de Marx y Kierkegaard. Afirma más bien al hombre en su unidad con la naturaleza. Este pensamiento no es original de Nietzsche, ya Demócrito lo anunciaba. Para él ética y física son lo mismo. Al adoptar tal identificación, Nietzsche va en contravía de los conceptos morales propios de la modernidad. Muestra, pues, la contraposición entre moderno y antiguo, pero lo hace mediante conceptos filológicos.



Utiliza los términos *lirica* y *epos*. El primero es propio de la antigüedad, mientras el segundo, de la modernidad. Tal distinción apunta al origen, en cada una, de la tragedia. A su vez, dicha distinción muestra dos formas distintas de concebir el mundo y de habitarlo. La *lirica* es olvido de sí mismo, es vivir fatalmente el mundo. Entre tanto, el *epos* es permanencia en el mundo, agrado.

Con respecto a la dialéctica de Nietzsche, ésta se muestra más claramente en la perspectiva del juego. Allí se va a dar la absorción hegeliana de los contrarios. El juego trágico es precisamente ese tercer momento, el de la unidad. El movimiento se asegura por este juego de contrarios.

Puede pensarse que la dialéctica en Nietzsche y en Hegel no guardan ninguna diferencia. Sin embargo, nada más lejos de la verdad. En Hegel, la dialéctica se da entre conceptos. Hay además una relación de encadenamiento en la relación amo-esclavo. En Nietzsche se habla mejor de amos que luchan entre sí, la dominación la ejerce el instinto. Pero la similitud entre ambas permanece, ese tercer momento después del cual ambos extremos se modifican.

Aunque, y eso vale aclararlo, ese momento es otro en ambos. Hegel se juzga Dios en cuanto filósofo idealista, y atestigua la creación del mundo. Nietzsche es paciente y juzga en el momento de la tragedia.

Queda salvada la diferencia entre Nietzsche y Hegel, diferencia que marcaría el camino de cada uno, aunque con rasgos similares. Gutiérrez Girardot hace, pues, evidentes las relaciones entre el joven Nietzsche, la filosofía y la finalmente golpeada pero no destruida filología.

ALCIDES VELÁSQUEZ P.

Sanalotodos

Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990

Christopher Abel

Iepri-Cerec, Santafé de Bogotá, 1996, 142 págs.

El reciente libro del historiador inglés Christopher Abel, *Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990*, publicado por el Iepri y Cerec en 1996, se convierte en uno de esos textos con los que se intenta diseñar y orientar el curso de las investigaciones en un campo historiográfico específico. Así pare-

cen indicarlo las circunstancias en las que se producen los ensayos: La primera, el hecho de que el sistema de salud en Colombia experimenta una crisis con respecto a las políticas de seguridad social que se han diseñado a partir de la Constitución Política de 1991 y que ponen de relieve la necesidad de examinar las transformaciones que en la larga duración ha experimentado aquello que denominamos hoy Sistema Nacional de Salud y el proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en el mundo en el siglo XX. La otra circunstancia tiene que ver con el estado de avance y consolidación de las investigaciones en el campo de la historia de las ciencias, particularmente en historia de la salud y de la medicina, hecha por historiadores profesionales o por médicos historiadores, la cual apenas comienza a vislumbrarse como una especialidad historiográfica distinta. El proceso de reforma sanitaria y el estado de constitución incipiente de la historia de la salud en Colombia hacen de los ensayos de Christopher Abel un aporte de relevancia en la consolidación de este campo historiográfico. Es, además, un nuevo punto de vista sobre la historia de Colombia.

En 142 páginas, el libro contiene once ensayos sobre los más variados aspectos pertinentes al estudio de las políticas de salud, enfermedades, educación y Estado en Colombia, en los que se percibe la tendencia de una historia general.

La característica común en todos estos ensayos es una amplia mirada al proceso de constitución de las políticas de salud y un sistema nacional orgánico para la administración de las mismas, acompañada de un ejercicio comparativo con experiencias europeas.

La fluidez narrativa, cargada de múltiples acontecimientos, presentados en orden cronológico dentro de cada uno de los ensayos, permiten dibujar lo que podríamos llamar una propuesta seductora para los investigadores que de alguna manera se estén planteando preguntas sobre la problemática de la salud en Colombia desde el siglo XIX hasta el siglo XX, y que aborden análisis desde una perspectiva nacional o regional.

Abel sugiere, como una tarea actual de los historiadores, ayudar a rectificar

lo que llama "dos omisiones" en los estudios que hasta el presente han contribuido al conocimiento de la historia de las enfermedades y los servicios de salud: "La primera es una visión integral de los servicios de salud que relacione los procesos a nivel nacional con las influencias externas y las iniciativas del gobierno central con las variaciones locales y regionales; la otra es una perspectiva a largo plazo que tenga en cuenta la importancia acumulativa de los pequeños cambios tanto hacia adelante como hacia atrás".

Según el autor, su reflexión implicó tres consideraciones que definen su postura:

Primero: "La evolución de los servicios médicos debe entenderse en términos de la relación entre el cambio interno y las presiones del exterior, entre los sectores privados filantrópicos y el gobierno y entre los procesos específicos que se relacionan con el sector de los servicios públicos y los procesos exógenos, tales como el ingreso y el crecimiento". Queremos entender aquí que dichas relaciones ponen en juego la realidad de los modelos externos de reforma sanitaria y las formas de recepción, hibridación o resistencia a las políticas internacionales. Sin embargo, tal como lo plantea Abel, esta consideración parece no contemplar como supuesto la evolución de dichos servicios de salud en el ámbito de la medicina social, entendida en su triple vertiente histórica: como medicina de Estado, medicina urbana y medicina de la fuerza laboral. En consecuencia, tiende a examinar la práctica médica como medicina privada y la medicalización como un azar en manos de la iniciativa privada y filantrópica, en manos de líderes profesionales o de empresas progresistas extranjeras.

Segundo: "Los datos comparativos de otros países, tanto 'desarrollados' como 'en desarrollo', son útiles para verificar algunos aspectos de un tema poco familiar". Este supuesto, aunque indiscutible, no le permite al autor la verificación de los datos, en cuanto se desconocen aspectos concretos de la evolución de la medicalización y de los servicios de salud y se atiende al análisis comparativo de tendencias por analogía. Se observa cierta inequidad de

los factores de la comparación. En un texto dirigido a especialistas, desconcierta el intento de verificación de ciertas afirmaciones con ejemplos tomados de otros contextos sociales, económicos y políticos.

Tercero: "Nada se gana con volver a plantear la vieja polémica entre partidarios del estudio de los 'grandes hombres' y los progresos científicos y los propulsores del estudio de las conexiones entre el sector de los servicios de salud y su ambiente político y socio-económico". Una consideración bastante sana, pero que corre el riesgo de perderse entre esa historia como inventario de los progresos de la ciencia, el problema de la cultura científica en confrontación con los saberes locales y las resistencias, en el proceso de recepción, adaptación o hibridación de saberes, que pueden ser examinados en el conjunto de las prácticas y los discursos objetivados en el proceso de formación de la salud pública en Colombia.



Con tales presupuestos, el análisis de la enfermedad y perfil epidemiológico, a pesar de que se asocia con las condiciones topográficas del país, se convierte en un inventario sintético de factu- lidades como historia positiva. El autor hace un recuento de las enfermedades más frecuentes entre los colombianos en el período de su estudio, indicando que "la complejidad de la topografía colombiana estuvo a la par con la complejidad del perfil epidemiológico". Aunque el autor no se detiene en este aspecto, considero que es importante señalar que nuestra complejidad topográfica y climática constituyó una circunstancia que propició la manera particular como los médicos colombianos, en el cambio del siglo XIX al siglo XX, intentaron adaptar las nosologías de los

manuales extranjeros a la realidad de las patologías y terapéuticas nacionales, produciendo numerosas geografías médicas. Sin embargo, cabe hacer resaltar que el inventario de las enfermedades endémicas y epidémicas: fiebre amarilla, viruela, malaria, se hace breve pero con una interesante relación de las circunstancias de su presencia en campos y ciudades colombianas.

En el ensayo "Estado, tendencias internas y factores externos en las décadas de 1930 y 1940", se expone con claridad el problema de la salud como un asunto de Estado. Sin embargo preocupa el hecho de que, en un texto que pretende constituirse en propuesta orientadora para los historiadores de la salud, el problema de la medicina social, en cuanto medicina de Estado, se deja de lado como un asunto de los "profesionales de la medicina" que, entre 1880 y 1890, "compartieron un crecimiento del conocimiento internacional de las medidas de higiene preventivas que sirven para luchar contra determinadas enfermedades", donde la exigencia de las potencias económicas (a través de convenciones sanitarias internacionales) aparece más como circunstancia histórica particular que como condición para admitir la participación de las economías de los países en desarrollo en el mercado mundial. Dichas políticas de salud se presentan bajo la forma de medicalización como estrategia de control económico y político del capitalismo, en el que se produce la tendencia hacia la socialización de la medicina como variable determinante del proceso de modernización de las economías de los países pobres.

Los problemas de la medicina de Estado como expresión más notoria de la medicina social entre 1880 y 1920, se exponen con gran destreza en el ensayo "Crecimiento, enfermedades, propiedad y Estado, entre 1902 y 1940", donde el autor recurre a los acontecimientos anteriores para explicar el comportamiento de un Estado débil para hacer cumplir las exigencias que se hacían desde el exterior en materia sanitaria. En este ensayo, aprecia el lector un panorama nutrido de referencias factuales que marcan la pauta del proceso de tránsito de la higiene a la salud pública en Colombia.

La separación del análisis del asunto de la evolución de la profesión médica y el de la salud como un asunto de Estado, es lo que le permite afirmar que "la mayoría de los éxitos logrados en cuanto a expectativas de vida, morbilidad y mortalidad, después de que se acabaron las guerras civiles, se debió más a una mejor nutrición e higiene que a las actividades de la profesión médica"; y "no fueron muy sobresalientes los éxitos de los servicios médicos en Colombia en la época comprendida entre Mutis y la depresión mundial". Esta afirmación es discutible, si se tiene en cuenta la intervención de los médicos, a través de las sociedades científicas y las academias de medicina, en los asuntos de regulación de la vida de los colombianos, especialmente en las ciudades. Los profesionales de la medicina, organizados como cuerpo consultivo del gobierno, para asuntos de higiene y enfermedad, desplegaron una tan rigurosa medicalización urbana que podría pensarse como estrategia política de control social. La higiene, abordada desde la concepción hipocrática o pasteriana, constituyó la práctica para la desodorización de los lugares y el control de las epidemias.

Resulta sugerente, para futuras investigaciones, el ensayo dedicado al problema de "La Evolución de la ciencia, la profesión médica y las alternativas populares desde Mutis hasta 1930", el cual parte de la consideración de que "Colombia disfrutó de una módica pero significativa tradición en la educación médica, en la investigación científica y en las innovaciones de los servicios de salud". El autor aborda allí algunos comentarios acerca del mito alrededor de José Celestino Mutis, como principal protagonista del cambio científico en Colombia.

Por otro lado, en un asunto tan relevante como la evolución de los conocimientos científicos en Colombia, se dejan de lado las referencias a las fuentes de información sobre datos factuales, mientras se refieren textos como fuentes de información en asuntos poco puntuales, o intentando sustentar, mediante analogía con experiencias de otros países, lo que no se puede verificar para Colombia por ausencia de investigación.

En la búsqueda de una lógica general al desarrollo de la reforma sanitaria en el mundo, la comparación conduce hacia nuevas generalizaciones históricas, en un ejercicio de análisis comparativo que corre el riesgo de convertirse en sustitutivo de la investigación detallada de los casos específicos.



En la página 29, por ejemplo, a propósito de la reglamentación de las profesiones médicas, señala que el gobierno radical de mediados del siglo XIX levantó las prohibiciones que había contra los "empíricos", y en lugar de referir el documento o texto que le permite hacer esa afirmación para Colombia, cita una referencia alusiva a la experiencia del gobierno francés entre 1792 y 1894. ¿Por qué no se hacen las referencias bibliográficas o documentales pertinentes? ¿Se justifica este procedimiento por el simple hecho de reconocer el mismo autor, al comienzo del libro, que se trata de asuntos poco conocidos?

El estilo de presentación analógica es persistente. Mencionemos otros ejemplos: Para apoyar lo dicho sobre la transformación de la práctica médica en Colombia, cita el texto de Olive Checkland *Philanthropy in victorian Scotland*, afirmando que: "El principio antiséptico demostró ser tan fundamental para la 'revolución quirúrgica' como lo fue en Escocia..." (pág. 31).

En el mismo sentido, con la nota número 44, confrontación a la obra de Anthony S. Wohl *Endangered liveri public health in victorian England* (Londres, 1983), se supone ilustrado lo dicho sobre el debate que entre 1910-1920 se realizó en torno a la eugenesia en Colombia, que "sirvió de base a la tesis del pesimismo radical y cultural que defendía con empeño uno de los

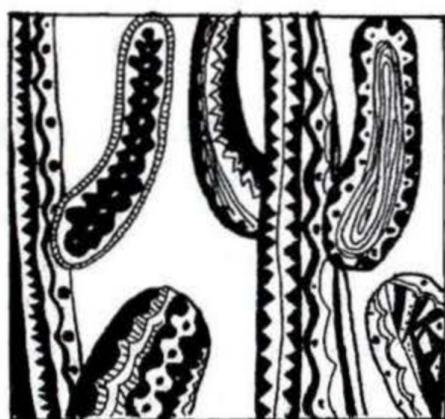
primeros psiquiatras colombianos, Miguel Jiménez López" (pág. 37).

Cabe destacar la interesante vinculación de médicos de carne y hueso a este panorama general de la historia de la salud en Colombia. El análisis biográfico resulta en estas investigaciones de gran utilidad para los estudios específicos. Los casos de los médicos Jorge Bejarano y Roberto Franco son bastante acertados. La mirada panorámica sobre los médicos profesionales, contenida en el ensayo "La evolución de la ciencia, la profesión médica y las alternativas populares desde Mutis hasta 1930", es definitivamente orientadora, con su información muy bien referenciada, para los historiadores que abordan investigaciones regionales y locales.

Al afirmar que la "revolución sanitaria" encabezada en gran escala por personajes de la profesión médica, tuvo un impacto fragmentario sobre las estructuras y actitudes urbanas pero fue muy limitada su importancia para el grueso de la población rural", el autor llama la atención sobre la necesidad de aumentar los esfuerzos para conocer el problema de las soluciones a las enfermedades y la insalubridad en las zonas rurales. Las historias de la medicina y de la salud se han concentrado preferiblemente en las ciudades, donde las aglomeraciones hacían más evidentes los problemas de la enfermedad, y donde es posible hallar numerosos registros sobre insalubridad e higiene, sobre epidemias o endemias.

Otro ensayo, en el que aborda problemas de la historia, realidad actual y tendencia del sistema de salud en Colombia, Estado, tendencias internas y factores externos en las décadas de 1930 y 1940. Junto con otros que para las mismas décadas aborda la cuestión de la educación y la práctica en las ciencias de la salud; los cambios en el esquema de las enfermedades; la proyección hacia un moderno sistema de seguridad social; los servicios de salud a mediados del siglo; y, a manera de anexo, una nota de transición: la década de 1950 y el doctor Juvenal Urbino; y un análisis de actualidad salud, sociedad y política en la Colombia actual: una perspectiva general; completan un texto sugerente, cargado de referencias

bibliográficas a manera de balance historiográfico. El lector especializado deberá tener en cuenta que se trata justamente de eso y no de resultados de investigación en cuanto generación de nuevo conocimiento. Queda, pues, a los investigadores la tarea de aprovechar la información bibliográfica contenida en este texto, para atender a las dos líneas de trabajo sugeridas por el autor: el análisis de las políticas de salud que incluya también la perspectiva regional, y las explicaciones sobre el proceso de formación de la salud pública en Colombia, a partir del estudio de problemas específicos regionales o nacionales.



El público especializado recibe este libro con avidez, como un impulso a la consolidación (como campo historiográfico) de los estudios sobre historia de la salud.

ÁLVARO LEÓN CASAS ORREGO
Universidad de Antioquia

“Esa planta es celosa”

Me gusta el bosque

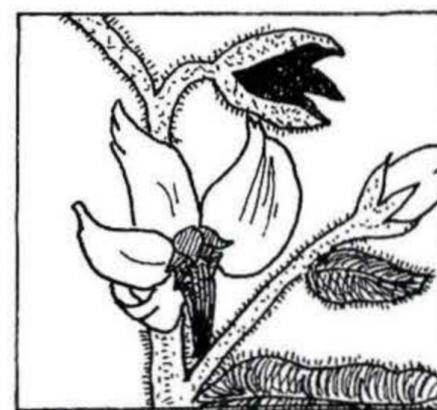
Jorge Enrique Ruiz y Desiderio Murillo
Colcultura, Santafé de Bogotá, 1996,
37 págs.

Las poblaciones que habitan los bosques de la región occidental de Colombia tienen unos patrones culturales que surgen, se desarrollan y adaptan según las diversas percepciones y relaciones con el medio, con tecnologías propias que conducen a modos muy particulares de explotación y disposición de los

recursos naturales. Son grupos generadores y portadores de conocimiento con sistemas tradicionales y experiencias únicas sobre el entorno y sus elementos, ideas, reglas y patrones que constituyen un modelo diferente que los caracteriza cuando se enfrentan a la naturaleza, a su transformación y uso. Estos grupos étnicos han habitado el bosque tropical desde tiempo atrás, siendo considerado este espacio como un centro de asentamiento, experimentación, aprendizaje, modificación, adecuación y evolución de los grupos humanos.

A pesar de que sus pautas culturales, dinámicas, fluyentes, se han modificado debido a procesos de choque social, violencia política, saqueo ecológico, desplazamiento forzado de las poblaciones nativas, marginación económica, todavía persisten en su memoria, en sus vivencias cotidianas, un cúmulo valioso de saberes tradicionales, heredados de generaciones anteriores que se insertan en sus costumbres y prácticas orales. Sí, la tradición oral es la expresión del discurso conceptual de su existencia. Un saber que les permite reconocerse en una realidad que supera la situación cotidiana y temporal. Un tejido y confección de conocimiento al cual acceden pocas personas; es el caso de Desiderio Murillo, quien nació en Noamá (departamento del Choco) el 20 de septiembre de 1920, protagonista del libro *Me gusta el bosque*, vivencias de un curandero, compilado por J. E. Ruiz. El texto mencionado nos permite presenciar la significación, la racionalidad de una labor cotidiana que conlleva rasgos de subsistencia y da cuenta a la vez del complejo cultural, el quehacer, las formas de permanencia y continuidad de un grupo humano. Pero al mismo tiempo que se valora y se recupera una suma de tradiciones y concepciones a través del testimonio de un curandero, se da cuenta de una problemática social, económica y ecológica: la prevalencia de actividades eminentemente extractivas y especulativas (la producción de madera, la extracción de oro), la cada vez más difícil autosuficiencia alimentaria, el poco poder que tiene la población para obtener bienes y servicios, el bajo nivel de reinversión productiva en el ámbito de la unidad familiar o comuni-

taria, la transformación de valores de la cultura ancestral o tradicional y la tala indiscriminada del bosque, que contribuye al empobrecimiento del suelo y de la calidad de vida de sus vecinos moradores. Así lo dice Desiderio Murillo: “Lo que aquí queda no es sino erosión; oro y madera casi no hay”. Y agrega luego: “Las empresas que necesitan madera pagan muy bien; no importa cómo se consiga, pagan la que se entregue”. Condiciones que sirven de contexto y telón de fondo para una práctica de uso trazada por el aprendizaje y la memoria. Desde muy pequeño al campesino, futuro curandero, se le inicia en las nociones y entendimientos acerca de las plantas, de las hierbas, de los árboles y sus componentes, de todo el mundo vegetal que lo rodea, sus virtudes, sus nombres (nombrar es conocer): bejucos, tallos, flores, fibras, raíces, cortezas, hongos, piedras, tierras. De las plantas, su aroma, sonido y sabor, su uso: para tomarlas, untarlas, comerlas o quemarlas. Ordenamiento, clasificación del mundo vegetal, reconocimiento y apropiación que implica la indagación biológica, la mágica y la mítica, sabiduría botánica llamada por algunos ciencia empírica. Escribe al respecto el compilador del libro: “El curanderismo configura un sistema de saberes médicos difundidos de manera general en todo el entramado social de los sectores populares. Estos saberes se transmiten de generación en generación y se enriquecen y perfeccionan con el tiempo gracias a procesos espontáneos de prueba y error, consecuencia de una práctica constante y una continua observación...”



La etnobotánica se asume así desde el plano de lo social. La relación planta-hombre es parte de la realidad cultu-