

**ANÁLISIS SOCIOPOLÍTICO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS (DSR) DE ADOLESCENTES EN LA FORMACIÓN MÉDICA. UNA
ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL (EI) DEL PROCESO DE RENOVACION
CURRICULAR DEL PROGRAMA DEL PREGRADO MÉDICO EN LA UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA:
1997-2013**

**TRABAJO DE TESIS:
OLGA LUCÍA RESTREPO ESPINOSA**

**DIRECTORA DE TESIS:
MARÍA CAROLINA MORALES BORRERO**

PhD Salud Pública Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
DICIEMBRE 15 DEL 2014**

A mi madre, fuente inagotable de saberes y de inspiración para las mujeres comprometidas con la salud de nuestros pueblos, para conseguir sociedades más equitativas, saludables y en paz.

A la juventud que sueña con un mundo mejor

Pudiera ser

*Pudiera ser que todo lo que en verso he sentido
no fuera más que aquello que nunca pudo ser,
no fuera más que algo vedado y reprimido
de familia en familia, de mujer en mujer.*

*Dicen que en los solares de mi gente, medido
estaba todo aquello que se debía hacer...*

*Dicen que silenciosas las mujeres han sido
de mi casa materna... Ah, bien pudiera ser...*

*A veces en mi madre apuntaron antojos
de liberarse, pero, se le subió a los ojos
una honda amargura, y en la sombra lloró.*

*Y todo esto mordiente, vencido, mutilado,
todo esto que se hallaba en su alma encerrado,
pienso que sin quererlo lo he libertado yo.*

Alfonsina Storni (Irremediablemente, 1920)

Agradecimientos

Profiero profundo agradecimiento y reconocimiento a la confianza otorgada y a la generosidad demostrada con un incondicional respaldo y acompañamiento constante que me brindaron tantas personas e instituciones a lo largo de todo el proceso de desarrollo de este trabajo.

En primer lugar, agradezco a todas las personas que aceptaron ser entrevistadas individual y colectivamente en razón de su papel desempeñado en el proceso de renovación curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Todas estas personas sin distinción del lugar dentro del mapa de poder y decisión de la institución que ocupan —desde rectoría, vice-decanatura, comité curricular, docentes y estudiantes egresados compartieron por igual total disposición, transparencia, espontaneidad y sinceridad en sus relatos. Gracias por compartir conmigo sus alegrías, apuestas, sueños y frustraciones en su quijotesca aventura de transformar un programa curricular “petrificado” resistente a múltiples intentos de cambios durante más de medio siglo.

En segundo lugar, deseo expresar inmensa gratitud con María Carolina Morales Borrero, directora de esta tesis doctoral por estar siempre presta a toda necesidad y demanda mía de consejo y guía académica. Con paciencia, calidez, sabiduría, serenidad y solidaridad me devolvió la confianza, credulidad, esperanza y claridad necesaria para sacar adelante con rigor y profesionalismo un proceso de investigación que tambaleaba cada vez que mi formación profesional como mujer médica pediatra con entrenamiento especializado en el campo de la medicina del adolescente y del adulto joven se enfrentaba a los retos personales y académicos que imponen las Ciencias Sociales; en particular las perspectivas epistemológicas crítico-sociales y feministas. En ella, además de una excelente maestra encontré una entrañable amiga.

A Sara Yaneth Fernández Moreno, como tutora del proceso inicial de esta propuesta de investigación le agradezco su generosidad con que compartió el material bibliográfico, su experiencia y conocimiento para comprender la relación entre género, salud, derechos y salud sexual y reproductiva, violencia y políticas públicas. Destaco el ejemplo que imprime en sus alumnas su inagotable labor como mujer docente, investigadora y activista con y desde movimientos sociales tan importantes como feminismos y de las mujeres y salud colectiva en Latino América. Sin su guía no hubiera podido consolidar el compromiso ético y la postura epistemológica coherente con el campo de investigación y un objeto de estudio delimitados en este estudio.

A Mauricio Fernández Arcila, Sandra Turbay Ceballos y Carlos Charry Joya, coordinadores del doctorado de Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia por la confianza y apoyo. Destaco su gentileza y gestión para garantizar el debido soporte académico, logístico y económico durante mi proceso de formación doctoral. A los integrantes del comité doctoral de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Destaco en especial a la labor constante de Sandra Kefer ante toda solicitud de apoyo académico y administrativo realizada durante mi paso por el programa doctoral. En ella encontré siempre la paz y tranquilidad que este esfuerzo demanda para poder cumplir.

A los jefes y coordinadores académicos del departamento de Pediatría y Puericultura los doctores Augusto Quevedo Vélez, Iván Darío Flórez Gómez, Olga Francisca Salazar Blanco y Enrique Velázquez Velázquez quienes con su apoyo y confianza cumplieron un papel que trascendió la mera función de trámites administrativos para hacer uso de una comisión de estudios doctoral hacia una labor de estímulo constante para incorporar los resultados de este trabajo a un proyecto de desarrollo y fortalecimiento del programa de formación de la unidad de adolescentes

de nuestro departamento. En este mismo departamento quiero mencionar a la secretaria Gloria Estela Díaz por su ayuda permanente con todo trámite administrativo ante el departamento y la Facultad.

Al doctor Joaquín Guillermo Gómez Dávila, director del Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, categoría B en Colciencias, por su respaldo y aval incondicional con mi proceso de formación al aceptar ser mi codeudor. Su gesto de fe en esta propuesta es una demostración más del talante humano suyo y del compromiso que él profesa con toda iniciativa encaminada a promover la salud sexual y reproductiva de las personas, en especial de las mujeres.

Al doctor William Cornejo Ochoa, coordinador del grupo de investigación Pediencias, categoría A1 en Colciencias, por su solidaridad al participar en discusiones de la propuesta emitiendo valiosos aportes metodológicos y por su gestión ante las personas a entrevistar. Sin su compañía en un momento crítico de este proceso de investigación no habría podido culminar una gran parte del trabajo de campo.

A Luz María Gómez Londoño, secretaria de la Regional de Antioquia; Sociedad Colombiana de Pediatría, quien con su incólume trabajo de transcripción hizo gala de una intachable rectitud con un manejo respetuoso, ético, responsable y confidencial de la información que tuvo en sus manos. Sin su serio e incondicional apoyo, profesionalismo y solidaridad con esta tarea no hubiera sido posible cumplir con el plan de trabajo ni el propósito de esta tesis.

A Juan Guillermo Arias Taborda, joven egresado del programa de Instrumentación Quirúrgica de la misma Facultad de Medicina, quien adelantando sus estudios de maestría en Estudios

Políticos en la Universidad Nacional, sede Medellín, sacó tiempo para acompañarme al comienzo del trabajo de campo con el análisis crítico de fuentes secundarias y algunas primarias.

A los decanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia doctores Elmer Gaviria y Carlos Palacio por su confianza depositada en mí concediendo el permiso y todo el apoyo gerencial para adelantar mis estudios.

A los integrantes de los grupos de investigación “Estudios socio históricos de la salud y protección social” y “salud colectiva” de la Universidad Nacional por su crítica escucha a la propuesta metodológica, experiencia que enriqueció el proceso por sus excelentes cuestionamientos y aportes.

A docentes y compañeras y compañeros de la primera cohorte del doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia por su paciente comprensión y colaboración en mi proceso de formación académica.

Al Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Centro de Estudios Sociológicos (CES) del Colegio de México (COLMEX) le agradezco su generosidad con la beca que me concedieron para poder asistir al “curso de verano: debates contemporáneos de género” del 20 de junio al 22 de julio del 2011. Docentes y estudiantes demostraron un altísimo nivel científico-académico y compromiso ético y político con la lucha para una sociedad equitativa y justa con las mujeres. Destaco la actitud afable y solidaria de María del Carmen Zambrano para garantizarme el acceso a todos los servicios y beneficios del programa y de la institución.

Al doctor Edgar Jarillo y su esposa Gilma Arroyave por acogerme y atenderme con derroche de hospitalidad y amabilidad en su cálido hogar en México D.F. Con ellos aprendí que hay personas que logran despertar la misma sensación de seguridad, tranquilidad y protección que la que siente una ante el esmero y cuidado que nos brindan un padre y una madre. Regresé de esta pasantía colmada de afecto, atenciones y aprendizajes gracias a los aportes que me brindaron en calidad de amigos y profesionales-académicos-científicos.

A la Universidad de Antioquia, una verdadera alma mater de mi progreso y desarrollo humano y profesional, le agradezco infinitamente por haberme aceptado a ser parte de su comunidad y con total generosidad permitido adelantar este proceso. Quedo en profunda deuda con esta pródiga y prestigiosa institución. Espero que se conserve abierta, pública y con su excelencia académica que la ha caracterizado siempre y no desfallezca ante tanta presión de las fuerzas que presionan por convertirla en una institución sierva del neoliberalismo.

Por último quiero agradecer profundamente a mis amigos colegas de la comunidad de Facebook Antropología en PDF debates: Raúl Cortes Palacio y sus entrañables amigas Elisa G. Martínez y Ro B. Mena, que a pesar de no conocerlos físicamente se constituyeron en mis compañeros de estudio y trabajo con su generosa donación de material bibliográfico con afectuoso apoyo. La pronta partida de Raúl me entristece profundamente al saber que mi tesis no contará con su sensible y crítica mirada y comentarios. Un abrazo lleno de gratitud eterno para este guía y maestro.

Contenido

	Pág.
Introducción.....	26
Antecedentes	30
Justificación: el embarazo adolescente como ejemplo de la medicalización de la sexualidad en la adolescencia.	30
La necesidad de enfoques alternativos para comprender e intervenir mejor el fenómeno del embarazo adolescente.	36
Aclaraciones sobre el objeto de estudio	39
Objetivos.....	46
Objetivo general.....	46
Objetivos específicos	47
Capítulo 1	50
Hacia un enfoque para el análisis de las relaciones de regulación social del género y de los DSR de adolescentes en el proceso de renovación curricular de una institución de formación médica: Universidad de Antioquia.....	50
1.1 Configuración del objeto de estudio desde la delimitación del campo y de unas preguntas de investigación.....	50
1.2 Primera serie: relación de categorías poder, jóvenes, adolescentes y medicina.....	54
1.2.1 La configuración del discurso acerca de los jóvenes y adolescentes en el campo médico.	54
1.2.2 La emergencia de los campos de Medicina Adolescente (MA) y Ginecología Infanto-Juvenil (GIJ).	58

1.2.3	Adolescentes, jóvenes y políticas.....	58
1.3	Segunda serie: algunos apuntes históricos y conceptuales sobre poder, socialización, formación médica y contextos de reformas políticas.	60
1.3.1	La formación médica y las reformas: denuncias del movimiento latinoamericano de salud colectiva y medicina social.....	67
1.4	Tercera serie: Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes, género y el campo de la salud.	68
1.5	Cuarta serie: sexualidad, jóvenes, políticas: la relación con debates de género y sectores de la salud y de la educación.....	70
1.6	Quinta serie: la formación médica, género y DSR de adolescentes	74
1.7	Concreción de las preguntas de investigación	77
1.8	Conclusión del proceso de ensamblaje del enfoque teórico-metodológico.....	86
1.9	Ensamblaje: Decantando la selección de herramientas.....	95
1.9.1	El institucionalismo histórico para el rastreo de las dinámicas sociopolíticas de las configuraciones estructurales.	95
1.9.2	El institucionalismo histórico en el análisis del proceso de configuración de un cambio curricular del programa de pregrado médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	98
1.9.3	El análisis sociopolítico en la superación de las limitaciones del institucionalismo histórico.	100
1.10	La Etnografía Institucional (EI) la incorporación de la perspectiva de género y el punto de vista de la gente que hace la desapercibida labor cotidiana de configuración.....	103

1.11 Limitantes de la E.I: motivos para la alianza con el institucionalismo histórico y la	
dinámica sociopolítica.....	122
1.11.1 Recolección y análisis de datos (figura 6)	129
1.11.2 Consideraciones éticas	132
Capítulo 2	134
Medicalización de la adolescencia en la Universidad de Antioquia: nuevos campos especializados de	
la medicina.....	134
2.1 Introducción.....	134
2.2 La emergencia de dos nuevos campos de MA y GIJ: un recorrido histórico que da forma a una	
fusión de prácticas discursivas originadas en el funcionalismo, el “higienismo”, las “mentalidades	
clínicas” y la “medicalización” hasta su afianzamiento en la era del “enfoque de riesgo” para regular	
la adolescencia.....	138
2.3 Las diferencias entre MA y GIJ. La especialidad de medicina de adolescentes (MA), hija de la	
Pediatría y la Puericultura.	157
2.4 La especialidad de Ginecología <i>Infanto-Juvenil</i> (GIJ): hija de la Obstetricia y la Ginecología. 172	
2.5 Un texto emblemático: “GAPS: guías para la administración de servicios preventivos de la salud	
integral adolescente”.....	175
2.6 Recorrido de la MA en Colombia y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	
.....	191
2.7 Códigos ideológicos de MA en Colombia	213
2.8 Síntesis.....	219

Capítulo 3	225
Vientos de cambio en la formación médica: la dinámica sociopolítica de la renovación curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: 1997-2013	225
3.1 Introducción	225
3.2 Contexto Sociopolítico de la Renovación Curricular.....	228
3.3 Las reformas educativas en la región de América Latina.....	229
3.4 La reforma educativa en Colombia.....	239
3.5 La renovación curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	247
3.6 La fase de ambientación	254
3.7 La fase de negociación y formulación.....	267
3.8 La fase de aplicación.....	289
3.9 Códigos ideológicos emergentes en la renovación curricular de la formación médica	302
3.10 Síntesis.....	309
Capítulo 4	315
Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes y la formación médica en el nuevo marco curricular	315
4.1 Introducción	315
4.2 Historia de una lucha por los DSR.....	321
4.3 Las conquistas de las luchas por los DSR en el plano internacional.	338
4.4 Las conquistas de las luchas por los DSR en Colombia	365

4.5 El género, la sexualidad y los DSR en el currículo renovado de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia.....	390
4.6 Códigos ideológicos de los DRS de adolescentes en la formación médica	409
4.7 Síntesis.....	413
Conclusiones	418
Anexos	433
Lista de anexos.....	433
Lista de Cuadros, gráfico y tablas	434
Referencias.....	435
Anexos	465
Anexo A: Plan de análisis.....	465
Anexo B: Acta de aprobación del Comité de Bioética del Instituto de Investigación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	470
Anexo C: Consentimiento informado	473
Anexo D: Perfil de personas entrevistadas	480
Anexo E: Guía para las entrevistas y grupos focales	481
Anexo F: Matriz de vaciado de información y análisis de fuentes secundarias	485
Anexo G: Matriz de vaciado de información y análisis de fuentes primarias.....	486
Anexo H: Tabla de Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores del “Texto de Medicina Adolescente” (McAnarney, Kreipe, Orr y Comerci 1992).	487

Anexo I: Tabla de Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores del libro “El Adolescente” (Dulanto Gutiérrez E 2000)	492
Anexo J: Collage de figuras ilustrativas de la construcción, fundamentos conceptuales y metodológicos del nuevo modelo pedagógico que configuró el nuevo currículo	498
Anexo K: Contraste de planes de estudios: El tradicional con los componentes central y flexible del nuevo currículo	501
Anexo L: Situación del aborto a nivel mundial.....	502
Anexo M: Situación mundial del matrimonio igualitario.....	503
Anexo N: Formato de Historia Clínica del Adolescente de la Unidad de Adolescencia, Departamento de Pediatría y Puericultura, U de A.....	504

Siglas y acrónimos

ABP: Aprendizaje Basado en Problemas

ASCOFAME: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

BM: Banco Mundial

CC: Comité de Currículo

CDH: Comisión de Derechos Humanos

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CES: Centro de Estudios Sociológicos

CI: Cambios Institucionales

CIPD: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

COLMEX: Colegio de México

DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales

DR: Derechos Reproductivos

DS: Derechos Sexuales

DS: Dorothy Smith

DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos

E: Entrevistas

EI: Etnografía Institucional

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

EPM: Empresas Públicas de Medellín

EPS: Empresas Promotoras de Salud

FCSH: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia

FM: Formación Médica

FMI: Fondo Monetario Internacional

FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

FOSYGA: Fondo de Seguridad y Garantía del SGSSS

GF: Grupos Focales

GIJ: Ginecología *Infanto Juvenil*

HISVP: Hospital Infantil Fundación San Vicente de Paúl

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

ICFES: Instituto Colombiano de Fomento a la Educación Superior

IES: Instituciones de Educación Superior

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

LAC: Región de Latino América y el Caribe

LGBTTI: Lesbianas, *Gays*, Bisexuales, Transgéneros, Transexuales, Intersexos

MA: Medicina de Adolescente y Adulto Joven

MEN: Ministerio de Educación Nacional

MMH: Modelo Médico Hegemónico

MOIR: Movimiento Obrero Independiente Revolucionario

MPS: Ministerio de la Protección Social

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OG: Organización Gubernamental

ONG: Organización No-Gubernamental

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAB: Plan de Atención Básica

PD: Prácticas Discursivas

PIEM: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer

PREAL: Programa de Promoción de las Reformas Educativas en América Latina (financiado por el BM)

POS: Plan Obligatorio de Salud

RRS: Relaciones de Regulación Social

SAS: Modelo de Programa de Servicios Amigables en Salud para Adolescentes y Jóvenes

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social y de Salud

SIU: Sede de Investigación Universitaria

SPW: Sexuality Policy Watch (Observatorio de Políticas Sexuales)

SOCOSEX: Sociedad Colombiana de Sexología

SR: Salud Reproductiva

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

SS: Salud Sexual

TA: Tasa de Aborto

TFEA: Tasa de Fecundidad Específica Adolescente

TMM: Tasa de Mortalidad Materna

UNFPA: Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Resumen ejecutivo

La investigación *Análisis sociopolítico de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes en la formación médica. Una Etnografía Institucional (EI) del proceso de renovación curricular del programa del pregrado médico en la Universidad de Antioquia, 1997-2013* surge del persistente interés y motivación de la autora en comprender y aportar al desarrollo de los DSR de adolescentes en Colombia, desde la formación de pregrado y como profesora de la Universidad de Antioquia. El enfoque para este estudio procura la articulación de contextos, aristas y categorías que se imbrican dentro y fuera de la institución médica configurada por siglos en este país.

La investigación contempló el análisis de la regulación social de las prácticas discursivas médicas que predominaron perpetuando la medicalización de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes en el marco del proceso de renovación curricular del programa de formación médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, entre los años 1997 y 2013, en cuanto institución emblemática de la función de formación médica en ámbitos local, nacional e internacional. Dicho período de análisis se llevó a cabo a la luz de dos contextos que rodean el proceso de cambio curricular: el contexto de reformas educativas en la región de América Latina y el contexto de un agitado debate por las conquistas en materia de DSR que vienen ocurriendo en el plano internacional y nacional.

Para cumplir este objetivo se realizó un enfoque teórico metodológico novedoso que vinculó el análisis sociopolítico propuesto por varios autores para el estudio de las reformas de salud (Almeida, Báscolo, 2006, Hernández, 2009, Almeida, Arouca, 2012) y de las políticas de

sexualidad y jóvenes (Morales-Borrero, 2010) dentro de la corriente teórica del institucionalismo histórico de Skocpol (1995) con la Etnografía Institucional que Dorothy Smith (2005) desarrolló para analizar la regulación social de las prácticas discursivas de las instituciones y políticas públicas contemporáneas en materia de salud y educación con perspectiva de género. Este novedoso método se orientó a la identificación de los códigos ideológicos que configuran las prácticas discursivas medicalizadoras de la sexualidad y de la adolescencia que siguen regulando las políticas públicas en materia de DSR de adolescentes y jóvenes en el país y la región de América Latina.

El análisis de la regulación social se condujo sobre la base de cuatro categorías cardinales del método de investigación conocido como Etnografía Institucional (EI) de la socióloga feminista marxista Dorothy Smith, fuente de inspiración fundamental del enfoque que se ensambló para esta investigación. En primer lugar, la categoría analítica: Relaciones de Regulación Social (RRS) definidas como “conjunto de relaciones mediadas por textos que circulan comúnmente en la vida cotidiana que poderosamente vinculan y conectan en tiempo y en espacio a las personas ejerciendo una función de orientación, organización y configuración de las prácticas y tareas rutinarias que desempeña la gente en el mundo cotidiano de las instituciones como: corporaciones, burocracias estatales, discursos profesionales y académicos, medios de comunicación masiva y todo el conjunto de relaciones que interconectan los textos entre sí” (Smith, 2005:10). En segundo lugar, institución se concibe como “complejos funcionales dentro de las relaciones de regulación social” en donde es posible descifrarlas a través del análisis de los discursos y de los mapas de organización social que direccionan las funciones constitucionales de dichas instituciones tales como educación, ciencia, leyes, cuidado de la salud, agencias gubernamentales, rentabilidad corporativa, entre otras (Smith, 2005:44). En tercer lugar, los textos son palabras o imágenes materiales y replicables que

se convierten en los componentes fundantes de las formas generalizadas en que las RRS existen y que gracias a la acción de las tecnologías es posible su difusión y replicación de manera autónoma e independientemente de escenarios locales particulares en que se originaron (Smith, 2005: 93). En cuarto lugar, para la EI las prácticas discursivas locales de la gente son prácticas metódicas con las cuales los agentes al operar la función institucional que se analiza logran dar sentido y credibilidad a la vez que contribuyen en la configuración de esas prácticas a partir de la función coordinadora que ejercen unos códigos ideológicos que van emergiendo en medio de la regulación social que persiste en ese mundo cotidiano (Smith, 2005: 67). Estos códigos ideológicos los concibe como dispositivos ideológicos (*forms of thought*) que sutil y efectivamente dan sentido y estructuran identidades y modos de saber, hacer y ser en ese diario vivir.

En este estudio, la renovación curricular se convirtió en una oportunidad para comprender cómo se soporta esa función institucional específica que tiende a perpetuar un enfoque medicalizador de la adolescencia, con repercusión en las políticas de sexualidad y juventud, en general en la vida social de adolescentes y jóvenes en nuestro país.

Entre las principales conclusiones se destacaron el período socio-histórico que explica el origen y proceso de la medicalización de los DSR en la Universidad de Antioquia con repercusiones en el país, y quizás la región de América Latina, así como el papel determinante que jugaron las reformas educativas y los movimientos feministas y de las mujeres en el proceso de renovación para perpetuar o resistir las RRS que socializan y reproducen las prácticas discursivas de medicalización en medio de unos códigos ideológicos históricamente configurados y otros que fueron emergiendo como resultado del proceso de renovación.

La medicalización de la adolescencia comienza con el proceso de modernización de la universidad caracterizado por una aplicación y expansión del modelo *flexneriano* originado en el médico norte americano hacia la educación superior como una respuesta estatal a las necesidades de regulación para el orden social que era prescindible conservar ante las amenazas que representaban el comunismo, los movimientos juveniles, de mujeres y feministas que cogían fuerza en la década de los cincuenta y sesenta. Esta institución intentó ponerse al día con los desarrollos de dos campos médicos que emergieron en los países del norte para normar los comportamientos de jóvenes de clases sociales privilegiadas que asistían a las instituciones educativas, en especial en Estados Unidos desde finales del siglo XIX y comienzos del XX: La medicina de adolescentes (MA) y la *Ginecología infanto-juvenil* (GIJ). Para entonces, estos campos habían demostrado su utilidad para contener y regular en esos países de origen los comportamientos anormales y de riesgo de este sector poblacional. Desde entonces, esos campos ofrecieron una estrategia del orden médico-científico para controlar la problemática de salud, en especial de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que se fue intensificando con un contexto mundial caracterizado por una explosión de movimientos de contracultura, de protesta y reivindicación de los DSR de jóvenes, mujeres, grupos de orientaciones diversas sexuales étnicas y culturales, entre otros, entre los años ochenta y noventa.

A pesar de que ni la MA ni la GIJ tuvieron el desarrollo esperado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, desde su importación al Departamento de Pediatría en la década de los sesenta por parte del pediatra Ramón Córdoba Palacio, la unidad de adolescencia ha sido una fuente de socialización, reproducción y difusión de la práctica medicalizadora de la adolescencia y la sexualidad que caracterizó la emergencia de los dos campos. Incluso, dicha práctica logró

mantener su protagonismo en el nuevo currículo de la Facultad de Medicina después del proceso de renovación, colonizando otros campos médicos como la Psiquiatría y varios otros, disciplinas, instituciones, espacios sociales en la misma universidad y en el país como respuesta a las necesidades de regulación de adolescentes y estudiantes que el mundo globalizado demanda.

Las relaciones de regulación social en estos inicios se dan entre la Pediatría y la Puericultura en un contexto sociopolítico mundial caracterizado por la expansión del mundo capitalista y el afán de garantizar la limpieza racial y una práctica de la crianza por parte de las mujeres madre-esposas necesarias para preservar el linaje de las élites sociales mediante códigos ideológicos, enfoques sobre la salud materno-infantil con un núcleo discursivo relativo a la “higiene de la infancia”. Así se instituyeron las “pautas” que regularon la función de la crianza culturalmente aceptable como parte de las RRS que configuraron el papel del médico expresado en la medicalización de la adolescencia en tanto resultado de la extensión de la práctica pediátrica. El fin de esta regulación de la vida, del cuerpo y del quehacer del adolescente era sostener y reproducir las instituciones y estructuras sociales que aseguran la persistencia del orden e intereses del capitalismo.

Aunque en ese momento histórico en que se intentó incluir el campo disciplinar médico especializado en la adolescencia: Medicina Adolescente (MA) dentro de la formación médica de la Universidad de Antioquia con la apertura de la primera unidad de adolescentes en el Hospital Infantil San Vicente de Paul (HISVP), -como escenario de práctica de la Facultad en 1968. Este esfuerzo no logró constituir un campo disciplinar de la misma manera como ocurrió con las demás especializaciones clínico-quirúrgicas derivadas del modelo *flexneriano* que hoy ofrece dicha facultad. No obstante, esa unidad logró un poder distintivo que se reflejó con la ocupación de un

amplio porcentaje del tercer piso del hospital durante las décadas de los setenta, hasta comienzos de los noventa cuando desaparecen el espacio y su poder con la remodelación física que sufre este edificio para materializar las exigencias logísticas de los procesos de renovación curricular y de reorientación de servicios impuestos por la Ley 100 de 1993.

A partir de ese momento comienza el proyecto de renovación curricular como parte de las respuestas del país ante las reformas estructurales que venían imponiendo en los países de América Latina el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) desde la década de los noventa. Igualmente, ese proyecto de cambio curricular es atravesado por un debate de luchas y conquistas políticas de los movimientos reivindicatorios de los DSR, que se intensifica desde la década de los noventa. Todo ello se sitúa en el marco del fenómeno de globalización que también ha sido magnificado a partir de los noventa. Frente a estos fenómenos y contextos el proceso de renovación curricular que adelantó la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia demostró efectividad para cumplir con las exigencias de reformas impuestas por el BM y el FMI apuntalando con ella el proyecto político neoliberal en el país.

Las directivas de la Universidad y la Facultad de Medicina lograron con éxito convocar a una mayoría de actores de esa institución que son figuras representativas de la institución médica y del gremio médico para apoyar la reforma alrededor de nueve códigos ideológicos que emergieron a lo largo del proceso, que a su vez repotenciaron las prácticas discursivas medicalizadoras de la sexualidad y adolescencia a conveniencia del orden social del Estado neoliberal. Códigos como “modelos pedagógicos”, “modelo *flexneriano*”, estrategias de aprendizaje como el “ABP”, “el sexo-como-riesgo”, la “educación por pares” y la “inter/transdisciplinariedad” lograron reciclar

dichas prácticas dando respuesta al interés economicista y eficientista del proyecto político neoliberal que se filtraba sustentando la necesidad de estas reformas en el país al tiempo que ayudaban a apaciguar el pánico moral (Girard, 2008) que al interior de la institución detonó la presión de un grupo de docentes activistas feministas por introducir los nuevos marcos teóricos y normativos en materia de sexualidad y DSR que habían conquistado en esferas políticas internacionales y nacionales. Así, ágilmente las directivas resolvieron dos tensiones que se asomaron durante el proceso amenazando el interés de cumplir con la renovación curricular: la tensión generada por una fuerte oposición a la reforma educativa por parte de un grupo de profesores incrédulos del beneficio que dicha reforma traería a las condiciones laborales y a la SSR y DSR de las mujeres, la mayoría ginecólogos-obstetras simpatizantes con la causa feminista y la otra tensión la de las mismas actrices feministas que quisieron aprovechar la ventana de oportunidad de esta reforma para poder culminar su histórica lucha incorporando al fin al programa de formación médica las cuestiones alrededor de género, sexualidad, SSR y DSR.

Con la ayuda de los códigos ideológicos las RRS mediaron para que aquellos actores que se resistieron a la reforma en defensa del estado social de derecho plasmado en la carta política de 1991, quedaran replegados por su supuesto desconocimiento y desactualización en materia de las innovadoras metodologías didácticas que precisaba el nuevo currículo.

Así, se potenciaron las RRS sobre las prácticas discursivas que mantienen el control de estudiantes y jóvenes a conveniencia del orden social capitalista que históricamente se ha configurado en la región de América Latina desde el mismo campo médico con el fin de medicalizar su sexualidad y su vida social con el aval del Estado-nación neoliberal. En todo este

recorrido histórico la institución universitaria y el gremio médico siguieron de espaldas y cómplices del nuevo orden social neoliberal ejerciendo un “silencio ensordecedor” (Camargo y Mattos, 2008) sobre las cuestiones alrededor de género, sexo, sexualidad, identidad y orientación sexual diversa, aborto y otros DSR y el nuevo marco político configurado por los movimientos feministas, de mujeres, juveniles y de la población LGBTTI en materia de los mismos derechos.

El conflicto al interior de la facultad estuvo entre quienes fueron cooptados por el gobierno universitario para cumplir con la reforma que buscaba modernizar y mejorar el carácter científico de la institución, unos pocos profesores que temían que la reforma acabaría consolidando el proyecto político neoliberal en detrimento del sueño de un Estado-Social de Derecho que con tanta dificultad y lucha se había logrado plasmar en la constitución de 1991 y otros profesores activistas y simpatizantes del feminismo que creyeron ingenuamente que la renovación curricular sería la oportunidad para poner en la escena de la formación médica estos temas en materia de sexualidad, género y DSR con una exitosa incorporación del nuevo marco teórico y político dentro del currículo renovado. Al final del proceso, la balanza siguió inclinada a favor de los intereses conservadores que han caracterizado el papel médico en materia de género, sexualidad, SSR y DSR que las RRS lograron reforzar mediante los códigos ideológicos que hicieron posible que el mutismo característico del personal médico en estas cuestiones cómodamente retornara a la facultad.

Desde distintas perspectivas de las Ciencias Sociales y en particular de las teorías feministas es posible contribuir a la incorporación de un enfoque novedoso y resistente de estas RRS para poder orientar las prácticas discursivas médicas que median en la vida, la salud y el cuerpo de adolescentes hacia unas que promuevan realmente su ciudadanía sexual con pleno reconocimiento

de su condición de derecho-habientes. De igual forma, se espera que este nuevo enfoque logre incidir en las políticas en defensa de sus derechos en el campo de la formación médica.

Introducción

“Los fenómenos más superficiales son en ocasiones, los más profundos [...]

La dualidad entre materia y espíritu implicó una hipocresía que fue considerada por algunos observadores hostiles no sólo como omnipresente, sino como una característica fundamental del mundo burgués. En ningún aspecto resultó más patente, en el sentido literal de ser visible, que en el mundo sexo”.

(Hobsbawm, 1998: págs. 239-241)

La investigación que constituye el objeto de tesis desarrolló un enfoque teórico metodológico para analizar la regulación social de las prácticas discursivas que tienden a medicalizar los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de adolescentes en el marco de un proceso de renovación curricular del programa de formación médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Esta institución fue seleccionada por considerarla emblemática en el país en la función institucional de formación médica que históricamente cumple la tarea de socialización y reproducción de dicha regulación social con repercusión en el papel que ejercen la institución médica y el gremio médico en las políticas públicas sobre sexualidad y juventud configuradas a nivel local y nacional. Este proceso lo impulsa la rectoría del médico Jaime Restrepo Cuartas, a través de una fase de negociación y formulación colectiva entre distintos actores de la facultad a partir del año de 1997 y en el año 2013 comienza un ejercicio de autoevaluación. El tiempo transcurrido entre estas dos fechas se estableció como el período de la investigación.

El enfoque para este estudio procura la articulación de contextos, aristas y categorías que se imbrican dentro y fuera de la institución médica configurada por siglos en este país. El análisis de la regulación social se condujo sobre la base de cuatro categorías cardinales del método de investigación conocido como Etnografía Institucional (EI) de la socióloga feminista marxista Dorothy Smith, fuente fundamental del enfoque de esta investigación. En primer lugar, la categoría analítica: Relaciones de Regulación Social (RRS), definidas como:

“conjunto de relaciones mediadas por textos que circulan comúnmente en la vida cotidiana que poderosamente vinculan y conectan en tiempo y en espacio a las personas en la medida en que éstas ejercen una función de orientación, organización y configuración de las prácticas y tareas rutinarias que desempeña la gente en el mundo cotidiano de instituciones como: corporaciones, burocracias estatales, discursos profesionales y académicos, medios de comunicación masiva y todo el conjunto de relaciones que interconectan los textos entre sí”¹ (Smith, 2005:10).

En segundo lugar se encuentra la categoría analítica institución, concebida como “complejos funcionales dentro de las relaciones de regulación social” en donde es posible descifrarlas a través del análisis de los discursos y de los mapas de organización social que direccionan las funciones constitucionales de dichas instituciones, tales como educación, ciencia, leyes, cuidado de la salud, agencias gubernamentales, rentabilidad corporativa, entre otras, (Smith, 2005:44).

En tercer lugar, están los textos como palabras o imágenes materiales y replicables que a la vez, se convierten en los componentes fundantes de las formas o estructuras generalizadas en que las RRS existen y que gracias a la acción de las tecnologías se pueden reproducir de manera autónoma e independiente de los escenarios locales particulares en que se originaron (Smith, 2005: 93). En cuarto lugar, aparecen como imprescindibles para la EI las prácticas discursivas locales de la gente

¹ Traducción de la investigadora.

asumidas por la autora como prácticas metódicas con las cuales el personal que opera la función institucional analizada dan sentido y credibilidad a las prácticas discursivas que se configuran a partir de la función coordinadora que estas RRS ejercen con unos códigos ideológicos que van emergiendo en ese mundo cotidiano (Smith, 2005: 67).

En este estudio, la renovación curricular se convirtió en una oportunidad para comprender cómo es que se soporta y se conserva esa función institucional específica que tiende a perpetuar un enfoque medicalizador de la adolescencia, con repercusión en las políticas de sexualidad y juventud, y en general en la vida social de adolescentes y jóvenes en nuestro país.

Desde el campo de saber de las Ciencias Sociales se pretendió comprender la regulación y organización social del conocimiento científico médico que tiene un significativo papel en la formulación de las políticas reguladoras de la sexualidad y del ejercicio ciudadano en la juventud. Esa efectiva función medicalizadora se refleja en una práctica médica que tiende a “colonizar” otros campos y otras esferas de la vida social tal y como el campo y saber médico han venido ejerciendo históricamente para normar la vida y el cuerpo de los sujetos adolescentes limitando el ejercicio de sus derechos para expresar y practicar su sexualidad así como para auto dirigir su salud sexual y reproductiva (SSR) (Mitjavila, 1998, Foucault, 1996). El esfuerzo indagatorio mantuvo de forma nuclear dos categorías de análisis –poder y género– como pilares estructurales del orden social institucional que determina las prácticas médicas discursivas específicas del campo de la medicina de adolescentes.

El protagonismo concedido a las categorías género y poder se sustenta en la convicción de que son éstas el motor que guía las interrelaciones con las demás categorías sociales que se enlazan en esta temática como: –clase, edad, generación, orientación sexual, etnia, entre muchas otras–, hasta consolidarse como las fuerzas que alimentan y protegen las bases institucionales y sociales que aunque configuradas hace siglos, siguen vigentes hoy en día determinando la forma de agrupación del conocimiento social, la selección y permanencia de unos enfoques y prácticas discursivas que medicalizan e interfieren con la posibilidad de materializar y promover los derechos y la autonomía de adolescentes. Así, con base en los aportes teóricos que han logrado ofrecer el campo de investigación de la salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos desde distintas perspectivas feministas es posible avanzar para poder incorporar al campo de la formación médica un enfoque más novedoso para resistir esa regulación social y orientar las prácticas discursivas médicas con adolescentes hacia la promoción de la *ciudadanía sexual* (Amuschategui y Rivas, 2008).

En este sentido, se espera iniciar un camino hacia el cambio por un enfoque que entienda que estos sujetos tienen –como todo ciudadano–, el derecho al acceso a un acervo de prácticas (culturales, políticas, simbólicas y económicas) como parte de una serie de derechos y deberes (civiles, políticos y sociales) específicos en materia de sexualidad con que “fijan la pertenencia de las personas a un cuerpo político” mientras que pueden autónomamente construir sus significados y prácticas con que materializan su derecho a vivir y actuar sobre sus diversos deseos y placeres sexuales sin perder la responsabilidad social que les impone respetar los derechos sexuales y/o reproductivos de los demás, de esta manera cristalizan “la idea de la democracia en la vida cotidiana” (Amuschategui y Rivas, 2008: págs. 59-60).

Antecedentes

El estudio proyectado por la investigadora, mujer, médica, pediatra con entrenamiento especializado en el campo de la medicina del adolescente y del adulto joven (en adelante MA), se origina en las vivencias dentro de su práctica profesional. Así como la constatación de que el campo de MA, continúa siendo marginal en el país con escaso desarrollo a pesar de la creciente necesidad de atención integral a la salud de esa población.

La revisión de literatura efectuada para elaborar la propuesta enunciada con el enfoque teórico metodológico que se describe a continuación, ratificó el interés y contribuyó a pensar en nuevas prácticas discursivas, alternativas a la medicalización de la adolescencia, históricamente instituida en la institución en donde labora actualmente.

Justificación: el embarazo adolescente como ejemplo de la medicalización de la sexualidad en la adolescencia.

La medicalización es un término utilizado en las Ciencias Sociales para indicar una serie de procesos con los que la medicina ha podido invadir otros dominios disciplinares e institucionales que tradicionalmente estaban por fuera de su resorte a través de la propagación de “parámetros tanto ideológicos como técnicos” dentro de los cuales ella produce conocimiento y modelos estándares de intervención que la legitiman como la autoridad idónea de la regulación y control de la vida social de las personas (Mitjavila, 1998: 2). El “embarazo adolescente” es un ejemplo de la forma como esta estrategia médica se infiltra en la vida social y sexual de adolescentes para normar sus conductas pero con resultados cuestionables para su prevención efectiva. Este fenómeno social

encierra contrastes de los comportamientos de las adolescentes, medidos con indicadores contruidos desde un enfoque epistemológico positivista distintivo del campo médico que dio origen a la medicina moderna (Rodríguez, 2004), y dentro de ella la MA. Así con estadísticas que miden la tendencia de: Tasa de Fecundidad Específica Adolescente (TFEA); Tasa de Aborto (TA) y Mortalidad Materna (TMM) para mujeres adolescentes se evidencian marcadas diferencias de estas mediciones entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. Constatando con ello la existencia de relación de proporción directa que este fenómeno sostiene con la disponibilidad de oportunidades, el acceso a servicios con profesionales debidamente entrenados y recursos simbólicos con que cuentan las adolescentes y jóvenes en diferentes contextos y países (Langille, 2007).

El acceso a las condiciones y recursos materiales que el estado le provee a esos grupos tiene que ver con la existencia y nivel de desarrollo de campos médicos especializados en MA y GIJ. Las cifras verifican que en países desarrollados en donde las condiciones de desarrollo mencionadas dan origen y soporte a la MA y GIJ contrastan con las de la región andina por causa de la escasez de dichas condiciones. Este contraste de los indicadores tal y como se ve representado en las tablas 1 y 2, obliga a una interpelación nuestra sobre el papel que ha tenido la institución médica en la formulación de las políticas públicas para prevenir el embarazo adolescente (ver tablas 1 y 2).

Tabla 1: Comparación de Tasas: Fecundidad Específica de Adolescentes (TFEA), Aborto y Mortalidad Materna (MM) en mujeres adolescentes²

País	Embarazo * (Tasa x 1000NV) Año 1994/95	Embarazo * (Tasa x 1000NV) Año 2002/05	Aborto* (Tasa x 1000NV)	TMM (Tasa x100,000)
Canadá*	*49.2	*33.9	*18.4	6****
Inglaterra y Gales*	*58.7	*60.3	*24.1	7****
Países Bajos ****		4***** (2007)		16*****
Francia ****		1***** (2007)		17*****
Estados Unidos*	*106.1	*76.4	*21.7	12****
	Embarazo ** Tasa en 1995	Embarazo** Tasa en 2005	Porcentaje de embarazos que terminan en aborto para población adolescente	
Colombia	89**	90**	44.6***	104.6****

Tabla 2: Tasa de Embarazo y Fecundidad Específicas de Adolescentes por género (sub-región andina)³

País	Tasa Fecundidad Mujeres		Tasa Fecundidad hombres	Millones mujeres Adolescentes	Millones hombres adolescentes	Porcentaje
	1970/75	2000/05				
Colombia	89.9	90		4,5	4,3	31
Ecuador	120	100		1,4	1,4	10
Venezuela	102.6	92 (87)	25	2,7	2,8	19.5
Bolivia	94.7	84		1,1	1,1	7.9
Perú	86.3	59		2,9	3,0	20.9
Chile	84	49	19	1,4	1,5	10.3

² Tabla adaptada con base en las siguientes fuentes:

*Langille DB “Public health: Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician’s role”, Canadian Medical Association Journal - Volume 176, Issue 11 (May 2007) - Copyright © 2007 Canadian Medical Association - <http://www.cmaj.ca/misc/edboard.shtml>.

** ENDS, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Profamilia-MPS,

*** Universidad Externado, <http://www.mujereshoy.com/secciones/3414.shtml>

**** OPS/OMS: <http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm>

***** UNFPA, Estado de la Población Mundial, 2007 (alumbramiento).

³ Fuente: Organismo Regional Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue: Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes: “ El Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina” marzo de 2008.

Las diferencias en estos indicadores, que si bien no son calculados con rigor metodológico, ni representan la totalidad de la región andina, se agrupan de esta manera como estrategia que de respaldo al argumento sobre la necesidad de realizar estudios con enfoques alternativos, para poder así superar los límites de comprensión de la determinación de este fenómeno que ha tenido convencionalmente la institución médica, reflejada a su vez en las políticas públicas cuando se formulan desde una mirada estrecha y fragmentada que solo busca una estrategia de corte biomédico para alcanzar su prevención. El fracaso es inevitable cuando solo se tiene en cuenta datos estadísticos, epidemiológicos o resultados cualitativos provenientes de enfoques unidisciplinarios, dentro de las ciencias de la salud o las Ciencias Sociales, donde prevalecen con cierta hegemonía las posturas epistemológicas provenientes del empirismo positivista fundante de las mismas Ciencias Sociales transportado de las ciencias naturales hace más de tres siglos (Vasco, 1998, Smith, 2005).

Sin embargo, es posible rastrear con esos estudios que conservan enfoques tradicionales la supremacía de la visión a corto plazo del campo médico-científico interesado solo en la eficiencia de políticas públicas que siguen medicalizando la sexualidad de adolescentes. Al punto de reducirla tanto para poder sostener a través del tiempo y espacio la idea de que el problema del embarazo adolescente es solo un simple asunto regulable y controlable mediante estrategias médico sanitarias tradicionales, como por ejemplo, la realización de talleres y consultas de consejería en planificación familiar de forma puntual, desarticuladas de otros sectores de la sociedad y focalizadas en aquellas personas o colectividades en las cuales se justifica esta intervención en salud, porque están amenazando el orden social instituido al exhibir conductas “anormales” o “riesgosas” que no cumplen con las pautas culturales de la sociedad. Lo dramático es seguir atestiguando como esta

errática tradición de intervención de la institución médica en nuestro país y en la región latinoamericana brilla por sus bajos resultados en la meta de prevención del embarazo adolescente, cuando se comparan con los resultados obtenidos en países desarrollados donde las políticas para su prevención han contado con el respaldo de un gremio médico más sensibilizado a través de un trabajo transdisciplinar como parte del saber y el campo médico configurado en esos países como campo especializado en MA (Langille, 2007).

La información derivada de nuestra interpretación de esos indicadores tradicionales respalda la conclusión que acabamos de afirmar. Por ejemplo; mientras que en Estados Unidos y Canadá, las Tasas de Fecundidad Específica (TFE) en las adolescentes en 1994 eran de 106.1 por 1000 Nacidos Vivos (NV) y 49.2 por cada 1000 NV respectivamente, con un descenso significativo a 76.4 por 1000 NV y 33.9 por cada 1000 NV para el 2002 (Langille, 2007); en los países latinoamericanos sucede algo similar con las regiones más atrasadas de África y Asia, discrepando por sus cifras escandalosamente elevadas con respecto a los dos países del norte.

En este orden de ideas, Colombia, Venezuela y Bolivia son los países de la región andina que comparten las TFE de adolescentes más elevadas (Organismo Andino, 2008, Rodríguez, 2009). Por ejemplo, Colombia presentaba una TFE de 89 por 1000 NV en 1995, pasando a 90 por 1000 NV en el 2005 y descendiendo a 84 por 1000 NV en 2010 (ENDS, 2010) (Ver Tabla 1).

En esta misma dirección, las investigaciones de Carmen Elisa Flórez de la Universidad de los Andes, compara estas TFE de adolescentes de 15 a 19 años entre 1986 y 2005, discriminadas por estratos socio económicos, las cuales indican que este fenómeno ascendió en todos los estratos del país, mientras que otros países de la región latinoamericana –que paradójicamente no han tenido el

mismo desarrollo en las políticas de sexualidad y juventud—conservan una relación más coherente con la distribución del fenómeno, clásicamente vinculado con adversas condiciones de accesibilidad a recursos y bienes materiales, al igual con bajas cifras en los estratos socioeconómicos (Hayes, 1987, McAnarney, Handee, 1989, Dryfoos, 1991).

Sin embargo, en Colombia, aunque se mantiene una diferencia en la magnitud del problema entre los distintos estratos, en todos ellos, la tasa de embarazo adolescente conserva una enigmática tendencia al alza, a pesar del despliegue de políticas de sexualidad y juventud similar o mayor a las que han tenido los demás países de la región andina (Flórez y Soto, 2007, Flórez, 2010). Produce curiosidad la conclusión a la que llegan las mismas investigadoras frente al extraño comportamiento que el embarazo adolescente exhibe en este país con relación a los países vecinos. Llama la atención que a pesar de que Colombia prioriza más, frente a los demás, la formulación e implementación de una innovadora política sectorial de salud desde el 2005, la cual intenta ofrecer servicios amigables con personal de salud que tengan actitudes y competencias para llevar a cabo la asesoría en anticoncepción y atención médica, dirigidas a las demandas y necesidades de SSR en los adolescentes, las investigadoras afirman que el problema se debe más al efecto que tiene en la población el contexto cultural particular y por ello su recomendación es que el estado demande un mayor “control” y “supervisión” de estas adolescentes por parte de sus familias (Flórez y Soto, 2007, Flórez, 2010).

En la misma línea de enfoque aparecen datos reportados por la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) del 2010 con un aumento de 1.3 a 3, de la proporción de mujeres adolescentes embarazadas que tuvieron su primer hijo entre las que acceden a educación superior. Mientras que esta misma

proporción descendió de 7 a 5, entre las adolescentes con acceso limitado a educación primaria (ENDS, 2010).

La necesidad de enfoques alternativos para comprender e intervenir mejor el fenómeno del embarazo adolescente.

Se llega entonces a la conclusión de que este comportamiento estadístico del embarazo adolescente en el país –distinto al de su tendencia en la región latinoamericana y en los países de Norte América– justifica la necesidad de profundizar sobre el significado y efecto en la vida social de adolescentes de algunos valores culturales condicionados por las relaciones sociales que históricamente regulan el mundo familiar y cotidiano de mujeres y hombres adolescentes. Así mismo, es preciso explorar el papel que históricamente ha desempeñado la institución médica en el país frente a esta situación.

En esta misma dirección, se deben efectuar estudios con enfoques novedosos como los que se proponen en este proyecto de tesis para comprender ¿cómo son los procesos de configuración de las relaciones sociales instituidas históricamente que originaron y mantienen vigentes determinadas prácticas en la mayoría de las veces en forma inconsciente y que influyen en la tendencia al aumento de la prevalencia del embarazo adolescente? En particular, es importante analizar esta situación en el marco de los cambios estructurales que generan procesos de más largo alcance, tales como políticas de transformaciones institucionales y patrones culturales en el contexto nacional, caracterizado por una prolongada y agitada historia de crisis, conflictos sociales y políticos, al igual que en muchos países latinoamericanos, los cuales comparten altas tasas de embarazos de

adolescentes que implicaría incrementar los esfuerzos desde la academia para descifrar y explicar las relaciones sociales determinantes de la medicalización en la vida de adolescentes.

El efecto que el desmonte gradual del Estado de bienestar tiene en esta problemática, así como las implicaciones éticas que puedan derivarse de la negligencia estatal e institucional para intervenirla en función de una mejor prevención, las cifras citadas alertan sobre la urgencia de una respuesta estatal más integral que esté apoyada en unas políticas sociales que superen los vacíos de la información que dejan las investigaciones tradicionales.

Se precisa de nuevos saberes que conduzcan a la formulación y aplicación de medidas de alcance estructural que protejan a jóvenes y adolescentes por efectos negativos a consecuencia de la imparable ola de reformas neoliberales. Entre dichos efectos están las altas tasas de embarazos no deseados, la victimización por violencia de género y los elevados índices de infecciones de transmisión sexual (Organismo Regional Andino, 2008, Di Cesare, 2009, Rodríguez, 2009). La información actual disponible da cuenta del fracaso en la respuesta del estado y de la institución médica para promover la SSR, más allá de reducir el número de embarazos (Organismo Regional Andino, 2008, Di Cesare, 2009, Rodríguez, 2009), sin que ello implique la continuidad de una estrategia de medicalización (Mitjavila, 1998).

Asimismo tiene efectos en el desconocimiento y vulneración de los DSR (Castro, 2009), medida que se expande de la mano de otros problemas de salud pública a lo cual contribuye el debilitamiento de las instituciones sociales y del Estado de bienestar por políticas neoliberales impulsadas desde las reformas estructurales; esto ha sido denunciado por el movimiento

latinoamericano de medicina social y de salud colectiva (López-Arellano, Escudero y Carmona, 2008, Franco, 2009 y Breilh, 2011).

En el orden sociopolítico hace falta descifrar las relaciones sociales que determinan e influyen en el papel que el gremio médico y la institución médica ejerce en la perpetuación de una organización social que ha resultado inequitativa e injusta con los DSR de adolescentes. Las cifras respaldan lo que afirman algunas investigaciones en las que este actor sociopolítico termina siendo cómplice del modelo social predominante (Hernández, 2009, Morales-Borrero, 2010, Breilh, 2011), el cual afecta negativamente la SSR y vulnera los DSR al tiempo que se mantiene de espaldas a las tensiones y a las luchas reivindicatorias de derechos.

En ello hay que reconocer lo que tantos actores vienen librando con el propósito de transformar estructuras y modelos políticos que impiden la satisfacción de necesidades vitales como son el acceso a servicios de SSR por parte de profesionales de la medicina idóneos para atender estas demandas por ser libres de ideologías religiosas, prejuicios moralistas e intereses económicos que tienden a mercantilizar la salud y la vida de sujetos marginales que muchas veces son re victimizados por un estado cuyas instituciones sociales no han sido capaces de garantizarles su bienestar y respetar sus derechos.

Otro incentivo que tiene esta tesis surge de la esperanza de que sus resultados arrojen estrategias para motivar a los actores que operan la función de atención diferenciada a la salud integral de adolescentes y la respectiva formación médica en este campo dentro la institución médica de tal forma que se puedan fortalecer sus programas y desarrollar al fin un verdadero campo de formación específico con la salud de la adolescencia con la incorporación de nuevos enfoques epistemológicos

y de avances teóricos que en materia de DSR puedan posibilitar que las sexualidades de los jóvenes sean construidas y desarrolladas desde campos alternativos al modelo médico hegemónico (Menéndez, 2000) que prevalecen en la atención médica actual.

Por último, se desea aprovechar la ventana de oportunidad que brindó el proceso de renovación curricular para contribuir al futuro desarrollo de campos de especialización en adolescencia como MA y GIJ, al menos, a nivel de la institución médica local de la Universidad de Antioquia de cara a ilustrar como hay alternativas de acción de un gremio médico transformado y más comprometido con la función de promoción de una ciudadanía sexual protectora de los DSR, la SS y la SR de adolescentes.

Aclaraciones sobre el objeto de estudio

La complejidad del objeto de estudio evocó para la autora de esta tesis la imagen de un caleidoscopio, en el cual el observador ve una amplia gama de figuras formadas por reflejos que resultan de la superposición de varios elementos ubicados estratégicamente alrededor de unos pocos objetos que logran expandir, magnificar y diversificar sin límites las sensaciones visuales que este objeto genera en quien lo observa. Ese efecto logra sobresaltar al observador con seducción y admiración por la forma aparentemente incomprensible como se presentan ante él las experiencias ópticas que simultáneamente le brindan la posibilidad de percibir imágenes jamás antes imaginadas o vistas.

Este fenómeno visual del caleidoscopio permite asimilar el proceso investigativo que plantea este estudio de tesis doctoral propuesto para comprender la multiplicidad de realidades reveladas, que quizás hasta ese momento, eran inaparentes e invisibles tanto para el observador como para aquellos sujetos investigados que las viven. Bajo esta idea se ideó ensamblar un instrumento de indagación tipo caleidoscopio, que viabilizara la comunión de los distintos desarrollos teóricos y metodológicos provenientes del institucionalismo histórico, del análisis socio político y de la Etnografía Institucional (EI), para descifrar la relación que tienen distintos contextos históricos con la dinámica socio política institucional que aconteció durante el proceso de renovación curricular y el contraste con los puntos de vista de las personas que realizan las actividades cotidianas inmersas en esa realidad social particular que configura la formación médica en lo que atiene a los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de adolescentes.

En este caso los objetos que producen las imágenes reflejadas por el caleidoscopio, son las categorías analíticas nucleares del objeto de estudio: DSR de adolescentes y formación médica en un período coyuntural representativo de un cambio estructural en la historia de la formación médica en Colombia, que han quedado por fuera del foco de interés cuando se recurre a los métodos de investigación científica social convencionales.

Una primera inquietud que surgió en el camino de construcción del enfoque fue la de cómo plantear un diseño de estudio que condujera a satisfacer el siguiente interrogante ¿Cuál ha sido el devenir del saber y campo médico especializado en Medicina de Adolescentes (MA) en el marco de la historia y realidad de la formación médica en Colombia?

Las potencialidades que representa una pregunta de esta amplitud y magnitud abrieron un abanico de posibles respuestas, lo cual hizo considerar que era necesario comenzar un largo camino de indagación y conducción con un primer análisis del reciente proceso de renovación curricular del programa de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Ésta se eligió como institución a estudiar dado que históricamente ha sido reconocida como una de las emblemáticas del saber y poder médico en Colombia y en América Latina. Por lo tanto con su estudio, sería factible trazar los rasgos y las bases institucionales que dan vigencia a las relaciones sociales que regulan la configuración de dicho campo médico con tanta injerencia en la vida social y sexualidad de adolescentes.

Así, en razón que las bases institucionales de la Universidad de Antioquia han emergido a lo largo de su prolongada trayectoria desde su fundación en 1876 hasta la coyuntura histórica actual del país, la renovación curricular mencionada, ha ratificado de nuevo su prestigio y reconocimiento en ámbitos local, nacional e internacional. Por consiguiente, la propuesta de un nuevo modelo curricular que promete superar los problemas crónicos que han sido históricamente reconocidos como defectos que impiden la misión de la formación médica (Villegas et al, 2007) despertó un clima de gran expectativa e interés en las demás universidades del país y la región. Dicho modelo curricular renovado revitalizó el protagonismo que perdía la intervención médica tradicional a la etapa del ciclo vital de la adolescencia, así como a la sexualidad con implicaciones en los DSR ante las críticas y demandas vindicatorias de los movimientos de mujeres, feministas y la comunidad LGBTI y comienza a ser replicado por otras facultades en el resto del país y probablemente en el resto de la región latinoamericana.

La pregunta inicial dio pie para configurar el planteamiento del problema de esta investigación y su respectivo desarrollo a través de un proceso de análisis, de manera que fuera posible mantener en perspectiva la complejidad en los distintos niveles, contextos y categorías que se superponen en ella. Teniendo en cuenta este desafío, se concibió el enfoque de la investigación, ya expuesto arriba, por medio de una concepción similar al papel instrumental que cumple el “caleidoscopio” al permitir encuadrar todas las categorías que se superponen en este campo de conocimiento, tal como lo hace este instrumento.

Como este trabajo pretendió visualizar muchas aristas contenidas en nuestro objeto de estudio: la Salud Sexual (SS), Salud Reproductiva (SR), sexualidad y DSR de la población adolescente y juvenil en el campo de la formación médica en Colombia, se estipuló que dicho objeto a analizar transcurre en medio de la historia de modernización de la educación secundaria en el país, que consolidó a lo largo del tiempo el gran poder político y social de la institución médica colombiana a través de la práctica medicalizadora, tal y como ocurrió durante la configuración del Estado-Nación moderno en los países del norte que fue importado a los países de la zona sur latinoamericana configurando un Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2000). durante la colonización pero que persiste en las prácticas discursivas que se reproducen actualmente en la función institucional de la formación médica

Todo lo anterior se fue articulando con la intención de concretar un enfoque teórico metodológico que enlazara todas las herramientas epistemológicas, teóricas, metodológicas y heurísticas necesaria para abrir a un plano multidimensional capaz de “ampliar” y “magnificar” aquellos hallazgos locales del nivel micro de la institución conducentes a reflexiones en ámbitos meso institucionales y estructurales originando nuevos aprendizajes útiles en contextos y

dimensiones más amplias, que a su vez circundan la reproducción de la función y del poder medicalizador de la práctica y de la institución médica actual. En este sentido, se espera que los reflejos tengan comprensión del impacto que en la formación médica han tenido en los contextos de reformas educativas, de salud y de debates en torno al derecho a una sexualidad placentera y desligada de la función reproductiva, los cuales vienen adelantando distintos movimientos de mujeres y de población con identidad y orientación sexual diferente en América Latina.

Se espera poder extrapolar explicaciones halladas en esta tesis que ayuden a comprender las razones que dieron lugar a la institucionalización o no dentro del proceso de configuración del saber médico relacionado con el área específica de la atención de la adolescencia en el contexto de éste y quizás de otros países de América Latina que están interesados en replicar procesos de renovación curricular que aquí se analizó

Así las cosas, se propone continuar con un trabajo que siga aplicando este enfoque nuevo construido con aportes del institucionalismo histórico y del análisis sociopolítico, probado por la directora de esta tesis la doctora María Carolina Morales Borrero (Morales-Borrero, 2010) para comprender la configuración de las políticas sobre jóvenes y sexualidad que en el momento rigen en el país, cuyos vacíos y debilidades se pretendieron superar y complementar con la propuesta de Etnografía Institucional (EI) que desarrolló la socióloga, marxista, feminista y británica-canadiense Dorothy Smith como garantía de una exploración sociológica con perspectiva de género (Smith, 2005).

El camino que siguió el análisis histórico y sociopolítico, comenzó con una revisión de las fuentes primarias y secundarias y la exposición de los puntos de vista de personas que hicieron parte de los procesos de formulación e implementación de la política de renovación curricular de la Universidad de Antioquia y de algunas otras que llevan a cabo las tareas cotidianas de la función institucional de formación médica con relación a contenidos de la SSR y DSR de adolescentes, con el objetivo de descubrir las Relaciones de Regulación Sociales (RRS) y profundizar en el análisis de éstas de manera que fueran comprendidos sus mecanismos de mediación en las prácticas discursivas de quienes las ejercen y reproducen.

Teniendo en cuenta que el proceso de renovación curricular del pregrado de medicina se inició en el año 1997, en medio del debate de la reforma curricular general de la universidad, que impulsaba un rector médico: el doctor Jaime Restrepo Cuartas bajo el argumento de una necesidad de alcanzar el nivel ideal de “modernización”, “desarrollo” e “internacionalización” que merecía la institución universitaria para poder cumplir con unos estándares internacionales de competencias garantes de la producción de conocimiento científico que habían sido acordadas en pactos internacionales de educación. Para el rector era perentorio cumplir con las disposiciones normativas contenidas en la ley 115 de 1992 que obligaban a las directivas de las instituciones de educación superior emprender un proceso de reforma que optimizara la gestión financiera de las entidades públicas.

El límite de cierre del período histórico que se estudió; el año 2013, comenzó un proceso de autoevaluación en la Facultad de Medicina de dicha reforma curricular lo que delimita el período del estudio al tiempo transcurrido entre 1997 y 2013. Dicho proceso de renovación curricular se analizó a la luz de los debates y los conflictos mencionados anteriormente con el propósito de que

los hallazgos surgidos del análisis pudieran ser considerados en un nuevo conjunto de definiciones conceptuales, enfoques y estrategias de la SSR y el DSR originadas desde la comprensión de sus realidades como alternativas para resistir y modificar la regulación social que sigue perpetuando la medicalización de la sexualidad y la adolescencia.

La idea que se pretende dejar clara en esta introducción, es que esta propuesta de investigación es solo un primer paso, de un largo camino que esperamos emprender poniendo a prueba este enfoque teórico-metodológico, y que como ocurre con el caleidoscopio, se encuentren nuevas formas para identificar, vincular y comprender una serie de relaciones históricas y contextos sociales que nos siguen regulando prácticas discursivas en la formación médica. Al final del trayecto que esperamos recorrer encontremos estrategias para resistir a esta regulación y proponer prácticas discursivas médicas alternativas.

Aunque parezcan lejanos, distantes y ajenos en tiempo y lugar a nuestra realidad cotidiana actual, en otras latitudes se ha logrado cohesionar un nivel de estandarización y configuración de estructuras sociales que aseguran las bases institucionales y las prácticas discursivas que hoy reproducimos. En nuestro ámbito se siguen reproduciendo sin mayor resistencia por llegar a desarrollar la conciencia y responsabilidad docente que evite mantener la errónea ilusión de creer que se cumple a cabalidad la misión de promover actitudes y enfoques médicos capaces de conducir al estudiante hacia un ejercicio médico ejemplar caracterizado por enfoques humanísticos, democráticos y libres de contaminación de ideologías religiosas y de intereses mercantilistas.

El mayor anhelo sería llegar al respeto de los DSR de adolescentes, mujeres y de todas aquellas personas que históricamente estigmatizadas y excluidas del orden social instaurado durante el proceso de modernidad para consolidar un nuevo orden social, con equidad de género, garantía de satisfacer el bienestar colectivo y mantener la convivencia pacífica.

Objetivos

Las preguntas que se plantean en esta tesis se derivan de los problemas de la reproducción de la regulación social que dirige la mirada práctica en la institución médica enfocada hacia la necesidad de estandarizar conductas de expresión de la sexualidad y de conducción de la vida social de adolescentes. Mirada que revela que aún hoy no se hace énfasis en una práctica discursiva para promover la SSR y el respeto de DSR de adolescentes en el contenido curricular de la formación médica actual. Así, se refuerza la importancia de que en esta tesis se haga un ejercicio indagatorio que conduzca cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivo general

Comprender las relaciones sociales de regulación encubiertas en la dinámica del proceso sociopolítico para la renovación curricular del pregrado de medicina que transcurrió en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre 1997 y 2013 que median la reproducción en la formación médica de unas prácticas discursivas médicas configuradas históricamente bajo el interés de normar las conductas sexuales de adolescentes y medicalizar la adolescencia

Objetivos específicos

Analizar la dinámica sociopolítica que dio lugar a un cambio curricular en materia de DSR de adolescentes.

Caracterizar aquellos actores involucrados en dicha dinámica, así como los intereses, recursos discursivos, conflictos y confrontaciones en relación con puntos de vista y experiencias cotidianas que se dan en la formación dentro del campo específico del saber y la práctica médica frente a la sexualidad de la adolescencia.

Revelar las relaciones sociales que regulan y coordinan intereses, prácticas discursivas y códigos ideológicos, dentro de la función de formación médica con las actividades académicas específicas en el área de sexualidad y adolescencia.

Puntualizar el proceso de apropiación del cuerpo y la vida sexual de mujeres y adolescentes por el saber y campo médico así como las resistencias a partir de la reconstrucción histórica de las teorías feministas.

Identificar los “textos” emblemáticos de la coordinación y regulación de las prácticas discursivas y códigos ideológicos en materia de los DSR de adolescentes.

Indagar por las prácticas discursivas y códigos ideológicos sobre DSR de adolescentes que predominaron a lo largo del periodo de renovación curricular.

Elaborar un mapa social que muestre el orden de la configuración de discursos y códigos ideológicos de los DSR de adolescentes que regulan la orientación hacia la medicalización en procesos de formación médica.



“La división sexual que descansaba sobre el orden social de los tres o más siglos precedentes, fue erosionada con el nuevo ambiente que se configura con la aparición, desarrollo y expansión de los medios masivos impresos y con la fundación de las “relaciones sociales de regulación”

[...] El trabajo doméstico y la conciencia del rol de amas de casa que fue configurando la subjetividad de sus esposas, debieron ser parte de las condiciones que actuaron como corolario a este nuevo orden social moderno, porque permitieron que los hombres pudieran evadir las distracciones que les impidieran pensar solo en aquellos aspectos pragmáticos del mundo del trabajo, mientras que sus necesidades personales fueran resueltas por ellas”

(Smith, 2005)⁴

⁴ Fragmento traducido por la autora de este trabajo, del libro: Smith, (2005). *“Institutional Ethnography: A sociology for people”*. The Gender Lens series, Altamira Press, Lanham, Md: 20.

Capítulo 1

Hacia un enfoque para el análisis de las relaciones de regulación social del género y de los DSR de adolescentes en el proceso de renovación curricular de una institución de formación médica: Universidad de Antioquia.

“[...] el sexo es la “bisagra” que articula los dos ejes a lo largo de los cuales se desarrolla la tecnología política de la vida”

(Boyer, 2012: 132)

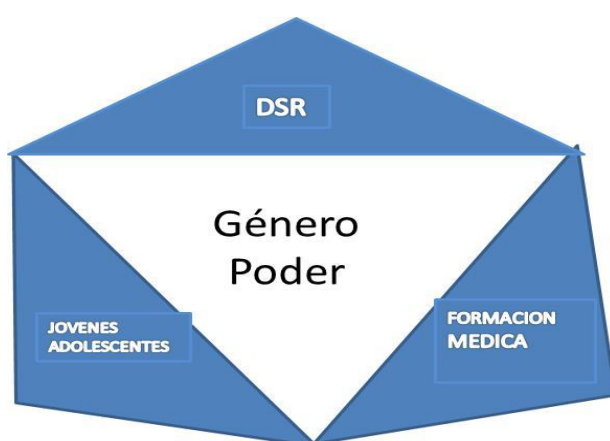
1.1 Configuración del objeto de estudio desde la delimitación del campo y de unas preguntas de investigación.

El campo y las preguntas de investigación que dieron forma al enfoque teórico-metodológico que aquí se propone para lograr una aproximación a la forma metodológica convencional de las Ciencias Sociales dirigido al objeto de estudio delimitado así: “Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes en el proceso de cambio de la política curricular del programa de pregrado de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre 1997 y 2013”, se concretaron a partir de una amplia revisión a una serie de estudios y publicaciones.

Los textos seleccionados, fueron estudios conducidos bajo enfoques que provienen de las corrientes epistemológicas: histórico-hermenéutica y crítico-social, propias del campo de las Ciencias Sociales. Las mismas que inspiran la lucha política y social del movimiento de salud colectiva y medicina social latinoamericana, así como las investigaciones en el campo de la salud desde las distintas corrientes teóricas feministas.

Se puso especial cuidado en elegir aquellas publicaciones que mostraran una relación de estos enfoques con unas o todas las categorías que forman las categorías analíticas para poder amplificar los resultados en torno a los objetos centrales del triángulo reflector del caleidoscopio: DSR, adolescentes, formación médica en institución médica (figura 1).

Figura 1: El triángulo reflector del caleidoscopio: el objeto de estudio y delimitación del campo de investigación



La búsqueda de publicaciones y estudios siguió un orden determinado; primero se buscaron las asociadas con la categoría de género como expresión de la regulación de las relaciones de poder en instituciones de formación médica. Segundo se revisó las publicaciones que vincularon las categorías DSR y/o jóvenes o adolescentes con el campo de la salud, particularmente con la intervención desde la institución médica. Tercero se cerró la selección con aquellos textos con un contenido que conecta o relaciona las anteriores categorías analíticas planteadas.

Seguidamente, para facilitar la construcción del enfoque teórico metodológico se agruparon las perspectivas encontradas en cinco series buscando dar cuerpo al enfoque. La primera serie, condensa los estudios que relacionan la categoría poder, con adolescentes y jóvenes y con políticas en el

campo y saber médico. En la segunda, se ubicaron los que analizan la relación del poder con la formación médica en los contextos de cambios o reformas educativas. La tercera serie, abarcó los que miran la relación entre políticas públicas, DSR, sexualidad, adolescentes o jóvenes. La cuarta serie, incluyó los estudios que analizan la categoría DSR en algunos campos de medicina específicos. La última serie, concentró los estudios que conjugaron las tres categorías que componen el objeto de estudio concretado en esta tesis: *DSR, adolescentes y formación médica*.

Este ejercicio de identificación y análisis de categorías en marcos teóricos que den cabida a articularlas en un solo enfoque, facilitó la construcción de una herramienta lo suficientemente comprensiva y perspicaz para llevar a cabo el análisis de un objeto de estudio tan complejo como el que aquí se propuso analizar (figura 2). Este ejercicio implicó llevar a cabo una primera tarea de identificar contradicciones y conflictos existentes entre investigadores y escuelas de conocimiento social con el fin de asegurar mayor rigor metodológico en la construcción del enfoque que haga factible una aproximación a la producción de conocimiento científico sobre los procesos de configuración institucional, en cuanto núcleo de organización e hilo conductor de estas categorías.

Este esfuerzo permitió precisar los referentes teóricos, metodológicos y de contexto de mayor utilidad para problematizar las prácticas discursivas de las actividades y tareas que se llevan a cabo en las realidades que configuran la vida cotidiana y la carga de trabajo diario que llevan quienes se involucran en la función institucional de formación médica que tiene relación con los DSR de adolescentes. Así mismo fue posible incluir las categorías teóricamente preestablecidas desde todas las perspectivas seleccionadas.

Este ejercicio de incorporar todas esas perspectivas (Zurbriggen, 2005) se consideró fundamental, porque alertó sobre la escasa comprensión y conocimiento que se tiene sobre esas “relaciones de regulación social”, que por ser aparentemente invisibles coordinan y dan sentido al papel y a la estructura institucional que se perpetúa a través del tiempo viajando hasta lugares remotos en medio de la función institucional de formación médica (Smith, 2005) distintiva del campo y saber médico que ha sido configurada para intervenir, quizá para normar, controlar y regular la sexualidad, contrario al propósito de reconocer y promover los DSR de adolescentes e incidir en un cambio en las políticas de sexualidad y de juventud que han sido formuladas y materializadas. A continuación se detallan los resultados del análisis de la serie de estudios que dieron forma al enfoque teórico-metodológico ensamblado.

Figura 2: Los referentes teóricos, metodológicos y de contexto que magnifican las imágenes ópticas del caleidoscopio: los múltiples campos y relaciones que rodean y moldean el objeto de estudio



1.2 Primera serie: relación de categorías poder, jóvenes, adolescentes y medicina.

1.2.1 La configuración del discurso acerca de los jóvenes y adolescentes en el campo médico.

Se partió de la reflexión sobre el surgimiento de los constructos sociales joven, juventud y adolescencia con relación a los contextos e intereses de las áreas disciplinares que los desarrollaron. En este orden de ideas, se sabe que los términos “joven” y “adolescencia” se mencionan en textos de períodos de la historia tan remotos como; la época clásica (greco-romana) y los siglos XV, XVI y XVII (Mc Anarney, 1993). También se sabe que estos no adquieren mayor notabilidad ni consecuentes desarrollos teóricos hasta los siglos XVIII y XIX para el primero, y XIX y XX para el segundo (Kett, 1993), los mismos siglos donde se ubica el origen de las bases institucionales y sociales del Estado-Nación moderno que aún nos regula (Espinel-Vallejo, 2011).

El proceso de modernización de los Estados en Norte América y Europa Occidental, caracterizado por la consolidación de democracias dependientes de la expansión de una economía capitalista, de la mano de fenómenos como la secularización, urbanización e industrialización acelerada, desencadenaron la necesidad de crear instituciones capaces de moldear comportamientos y conductas homogéneas en jóvenes para que acataran las normas cívicas y morales propias de la época con el fin de poder preservar el orden social que se estaba instaurando (Kett, 1971).

Así, se indicaba el logro de la meta de desarrollo humano deseada para ser reconocido como un ciudadano de esa sociedad: la madurez o adultez. Dicha etapa de intervención social institucional para regular los comportamientos sociales de jóvenes se denominó “moratoria social” (Kett, 1971,

Kett, 1993). Con este fin, surgieron conocimientos desde las Ciencias Sociales y Humanas para indicar las maneras de intervención específicas que regularan las vidas de estos sujetos que no sintonizaban con las medidas de intervención social diseñadas para la infancia o la vida adulta (Kett, 1971, 1993).

El desarrollo del concepto de adolescencia se mantuvo al margen del debate político y social que acaecía en ese momento, durante un siglo más. Hasta que, en Estados Unidos se “re-descubre” y se inventa el concepto dentro del discurso de la crianza ya para entonces establecida como la función que debía ejercer la madre a cabalidad para garantizar la evolución higiénica del cuerpo y comportamiento humano necesario para conducir a los infantes y adolescentes hacia el ejercicio ciudadano ideal. La adolescencia fue concebida como una etapa del ciclo vital colmada de necesidades de intervención distintivas de las ciencias médicas, humanas y sociales debido a sus características corporales, biológicas, psicológicas y sociales inherentes a una etapa de la vida ya para entonces estigmatizada por un despliegue de conductas de rebeldía y desobediencia.

Desde un enfoque funcionalista predominante para esa época, se propuso instituir campos disciplinares para una mayor profundización del conocimiento para precisar una diferenciación de las tareas y funciones que debían cumplir las instituciones sociales y de salud en torno al control del comportamiento y a la regulación de la expresión de la sexualidad de estos sujetos. Todo este desarrollo profesional ocurre en medio del debate que lideraban autores funcionalistas como el psicólogo Stanley Hall, quien proponía una manera específica de conducirlos durante su tránsito por esta etapa, considerada por él como “conflictiva” y “turbulenta” con reflejo de una gran debilidad por las conductas peligrosas y aberrantes que derrochaban en contraposición a una postura más moralista y tradicional que la de Stanley de un sector más conservadores de la sociedad que defendía

la idea de continuar delegando en la iglesia, la regulación sexual tal y como venía ocurriendo desde la edad media (Rodríguez, 2004) bajo la asignatura “higiene sexual”, (Hall, 1904, 1905, Kett, 2002).

La polarización del debate en torno a la sexualidad que causaba la contienda sociopolítica entre estas dos posturas no logró superar la idea en los sectores conservadores de mantener una acción social encaminada a la prohibición y al control de “los impulsos sexuales” “desenfrenados” que resultaban ser inherentes a esa etapa de desarrollo. Por otro lado, los actores científicos, defendían perspectivas más liberales, que sugerían intervenciones médicas-sanitarias para prevenir comportamientos de riesgo mediante la instauración de programas de “educación sexual” en las instituciones educativas y consultas médicas y clínicas individuales para el “asesoramiento” o “consejería” que guiaran al adolescente hacia una elección racional con adquisición de hábitos de autocuidado. Estos profesionales, por lo general de las Ciencias Sociales, Humanas y Médicas se formaron desde enfoques “psicológicos e higienista” representativos de la época histórica para inculcar en los jóvenes prácticas que les ayudaran a reprimir o contener dichos impulsos con la adquisición de hábitos de higiene de autocontrol y cumplimiento de las normas sociales de la época. Así, se fue reforzando la idea de que con estas medidas era posible inculcar en estos adolescentes una lógica racional en el plano individual, como la única medida lo suficientemente poderosa para prevenir los problemas de salud y sociales derivados de sus comportamientos de riesgo (Hall, 1904, 1905, Kett, 1992, 2002, Greydanus y Strasburge, 2006).

Sin embargo, Morin (1995) un autor contemporáneo se distancia de esa idea históricamente configurada del adolescente como un individuo necesitado de acción médica e institucional para que alcance la madurez a punta de aplicar una lógica racional que lo conduzca a ejercer prácticas y hábitos sin riesgos. Pues, este autor, introdujo el concepto de “clase adolescente”, que fue

configurada a mediados del siglo XX, como una categoría conceptual que deriva de las características contextuales de un momento atravesado por la globalización con masiva producción de ciudadanos consumidores en donde ya no solo la infancia transmuta velozmente hacia una “adolescencia precoz”, que le otorga estatus social para el acceso a asumir un ejercicio de una “ciudadanía económica”, sino que el adolescente actúa como un actor social más y perteneciente a una “comunidad” con la que adquiere sus capacidades para acceder a: a un consumo de medios, imprimiéndole su propio ritmo de consumo, al amor y al acto amoroso, que para esa clase, son elementos sociales convertidos en valores ordinarios del mundo moderno y supremos del individualismo rasgo característico de ese nuevo actor social “adolescente” (Morin, 1995).

En las Ciencias Sociales y Humanas se evidencia un recorrido de las ideas discursivas sobre jóvenes, juventud y adolescencia que inicia con este enfoque funcionalista e higienista, avanza hacia nociones de “consumidores” como las desarrolladas por Morin (1995) y García-Canclini,(1995) y terminan reconocidos como actores sociales inmersos en los conflictos y luchas de poder político, económico y social hasta las más recientes nociones de “sujetos de derechos” impulsadas a partir de las luchas reivindicatorias por sus derechos (Perea, 2006, Escobar, 2006).

Estos giros, reflejan un diálogo entre los distintos campos de conocimiento científico configurados, pero que en el fondo, siguen reforzando la idea de una necesidad de lograr estrategias exitosas para el “control”, bien sea individual o colectivo, a un desbocado consumo que la globalización intensifica en adolescentes y jóvenes.

1.2.2 La emergencia de los campos de Medicina Adolescente (MA) y Ginecología Infanto-Juvenil (GIJ).

En medio de esas controversias, emergieron dos especialidades médicas: la Medicina de Adolescente (en adelante, MA) y la Ginecología *Infanto-Juvenil* (en adelante, GIJ), en la búsqueda de solución a la necesidad de regulación, control y prevención de la problemática relacionada con las conductas y comportamientos de riesgo desplegadas durante la adolescencia (Heald, 1992, Barbosa, 2007). Con ellas, se ratifica la idea discursiva que hace del joven un ser inteligible como “incompleto”, “inmaduro” y “peligroso”, que precisa de la guía y conducción de adultos “expertos” en el manejo de los problemas conductuales y de salud propios de esta etapa de la vida (Perea, 2006, Escobar, 2006, Morales-Borrero, 2010).

1.2.3 Adolescentes, jóvenes y políticas

Los estudios que exploran la relación entre jóvenes y políticas en la región de América Latina y en Colombia (Perea, 2006, Escobar, 2006, Cubides, 2010, Morales-Borrero, 2010, Fandiño-Parra, 2011, Prieto-Quezada, 2012, Reina-Rodríguez, 2010), hablan de la existencia de un nexo entre el conocimiento médico y las nociones de jóvenes y adolescentes que subyacen las visiones predominantes en las políticas de juventud (Perea, 2006, Escobar, 2006, Morales-Borrero, 2010). Sin embargo, ninguno profundiza como lo ha hecho el historiador estadounidense Joseph F. Kett para poder comprender tanto, en sus orígenes históricos, como en el devenir que esta relación ha tenido dentro del campo y saber de la medicina en la región latinoamericana o en el país.

Dentro de la lista de publicaciones revisadas, el análisis sociopolítico de las políticas de sexualidad y juventud en Colombia que condujo Morales-Borrero pudo evidenciar dos grandes referentes históricos y de contexto social y político para esta propuesta de investigación. En primer lugar, ilustró sobre la coexistencia de la contienda sociopolítica entre actores aliados con el Estado y otros opositores, por definir la agenda política de juventud y sexualidad en medio de un fuerte estímulo estatal a la expansión de la economía del mercado y a la privatización de los servicios de salud y más adelante de la educación.

En segundo lugar, constató un papel poderoso de resistencia al cambio político sostenida por el gremio médico en dicha contienda contribuyendo a la persistencia de políticas que perpetúan la noción de “joven” con que se inauguraron los campos médicos mencionados en medio de un predominio del enfoque tradicional, moralista y “preventivista”, que hizo sucumbir ante él la ilusión de poder superar esta inteligibilidad histórica de un joven incompleto y perdido socialmente hacia una que lo asuma como sujeto de derechos característicos del enfoque liberal humanista y laico respaldado por esos actores juveniles que ingresaban a la arena política del momento dentro del movimiento “asamblea nacional constituyente” (Colombia), el cual impulsó la esperanza sobre un cambio sustantivo en la carta constitucional que promovía una participación pluralista e incluyente de tantos actores otrora excluidos de estos espacios de decisión política (jóvenes, mujeres, grupos étnicos, feministas y LGBTTI (Morales-Borrero, 2010). La autora, destaca cómo en medio de este debate por la definición de las políticas de juventud y de SSR, brillaron actores médicos que con argumentos “científicos” buscaban legitimar cada una de estas posturas en disputa con relación a la sexualidad y DSR de adolescentes.

Este hallazgo hace eco aún más, de la anunciada necesidad de que existan campos disciplinares médicos específicos para la producción de conocimiento que ayuden a transitar desde un enfoque médico tradicional higienista y moralista hacia uno liberal-humanista y laico, para poder saldar estos debates políticos a favor de quienes intentan reivindicar los derechos de estos sujetos y solucionar efectivamente la problemática de SSR juvenil.

La revisión condujo a otra búsqueda bibliográfica para comprender y conocer la relación entre el proceso histórico de incorporación del tema de SSR y DSR de adolescentes en la institución de formación médica en Colombia. En especial, en el programa de formación en pregrado en medicina de la Universidad de Antioquia que reflejara alguna información sobre el debate político nacional en torno a DSR de jóvenes y adolescentes.

1.3 Segunda serie: algunos apuntes históricos y conceptuales sobre poder, socialización, formación médica y contextos de reformas políticas.

Max Weber (1984) sostiene que el proceso de formación y subsiguiente dominación de los seres humanos, consiste en la posibilidad de que los procesos institucionales logren “cultivar” una facultad o capacidad de ser y hacer una labor determinada en un sujeto, el aprendiz. Para ello, los procesos institucionales de educación moldean poco a poco un tipo determinado de “estilo de vida”, bien sea secular o espiritual que hace a estas personas merecedoras de aceptación y pertenencia al estamento propio para ejercer y reproducir ese estilo de vida en particular (Weber, 1972, 1984, Cataño, 2000).

Estas instituciones educativas deben coincidir en el propósito de transmitir conocimientos y creencias a través de un vínculo entre maestro y alumno que exige una disciplina determinada y que deben cumplir las dos personas involucradas en el proceso de aprendizaje: el que enseña y el que aprende. Posteriormente, Pierre Bourdieu (2007, 2008) complementa este conocimiento sobre los procesos de socialización o formación que desarrolló Weber, con la demostración de las formas como las personas incorporan “las lógicas de dominación” a través de la personificación o escenificación de las estructuras sociales o prácticas discursiva en un “*habitus*” específico de la disciplina en que se forma el aprendiz y mediante el cual es posible descifrarlas. Así se fue corroborando la manera como los actores van registrando y subjetivando la norma predominante en cada estamento impuesta por aquellos actores que revestidos de un “arsenal” simbólico ganan la disputa por el poder en medio de una lucha de campos que conforman el estamento.

Según este autor es así como de acuerdo a quienes conquistan un lugar de hegemónico por medio de recursos simbólicos y materiales en últimas, serán los que regulan y determinan lo que debe ser asumido como normal y por lo tanto apropiado y valorado como: bueno, bello y sano, durante el proceso de formación (Bourdieu y Passeron, 1996). Sin embargo, hay quienes critican esta “metáfora económica” que usa este autor, para desarrollar las dimensiones del poder simbólico inmerso en el lenguaje en estos procesos sociales, porque lo encuentran con rasgos violentos propios de la jerga y estilo masculino, que lo asocia solo con un efecto competitivo, autoritario y de guerra por la dominación sobre la gente, sin posibilidad de escape alguno como una evidencia más del androcentrismo que predomina en el discurso académico (Smith, 2005:184-185).

En medio de ambigüedades de los modelos de enseñanzas que se despliegan en el proceso de formación médica, los saberes se materializan en prácticas discursivas que se instauran rutinariamente en los escenarios de práctica y docencia y que terminan institucionalizadas como resultado, más o menos coyuntural, de un proceso socio histórico (Sáez, 2005) que da forma, sentido y legitimación a las relaciones de regulación social históricamente configuradas en otras épocas y contextos sin aparente relación con el proceso que las potencia, revitaliza y perpetúa (Smith, 2005).

El contraste de las nociones de campo científico y poder de Bourdieu (2002, 2008) y Morin (1995) reflejan las mismas tensiones que persisten en el mundo de la ciencia entre dos enfoques: el primero proveniente del estructuralismo que sigue escéptico de los cambios y el segundo emerge del constructivismo optimista y flexible con la idea de un cambio constante. En el primero yace Bourdieu asegurando que los diversos campos sociales que componen el orden y estructura social del mundo académico inevitablemente se convierten en campos de fuerza y de luchas por el poder simbólico para determinar si se pueden instituir las acciones para transformarlos o para reproducirlos (Bourdieu, 2002, 2008). El segundo, define el poder como un “conjunto de múltiples redes” que concentran numerosas relaciones sociales hasta lograr rebasar la función estrecha y monolítica que tradicionalmente ha servido para imponer y hacer cumplir la norma social posibilitando el desarrollo de un ambiente nuevo característico de las comunidades científicas y académicas pos modernas y globalizadas: pluralista, altamente competitivo y comprometido con la generación de un sentido de pertenencia y de identidad comunitaria (Morin, 1995).

De otro lado, en la relación del poder y de la socialización, Michael Foucault (2007) avanza en la constatación del vínculo del poder y la organización social del conocimiento con la instauración de dispositivos de control que encauzan las prácticas discursivas de la gente. Según él, en el cuerpo

se inserta, sitúa, y arraiga o “encarna” el control regulatorio que dicta las relaciones y normas sociales configuradas en medio del discurso científico medicalizador insigne de la institución médica moderna que le otorga legitimidad para invadir, moldear y regular la vida social de las personas, en el marco de lo que llamó “biopolítica” y tecnologías del Estado moderno para determinar y difundir los referentes de “normalización” que fueron establecidos en medio de los procesos de modernización (Foucault, 1976, 1986, Espinel-Vallejo, 2011).

Esta concepción que otorga gran poder de determinación de ciertos hechos discursivos durante los procesos de formación debe contemplar un descubrimiento teórico, hecho desde los movimientos de las mujeres a lo largo de su activismo político, mediante el cual dieron cuenta de la existencia de muchas experiencias de personas que se han quedado por fuera, incluso a pesar de este irresistible determinismo discursivo, sencillamente porque jamás se habían pensado y menos nombrado (Smith, 2005: 18).

Esto conduce a pensar que un campo científico, pero también uno de práctica profesional, como es el caso de la formación médica, la gente que cumple la carga de trabajo insigne de esa función institucional particular, crean, reproducen, re-crean y transforman referentes de identidad y prácticas discursivas (Smith, 2005) por lo que no son completamente autónomas como sí lo es el “*habitus*” que describe Bourdieu (Bourdieu, 2002, 2008).

Más bien, existen unas tareas y prácticas discursivas que sobresalen y se instauran por efecto de la coordinación de unas relaciones sociales instituidas siglos atrás que logran regular y mantener un orden social a través del tiempo expansivo a lugares en distintas latitudes del planeta y completamente distantes de donde se originan (Smith, 2005). Incluso están configurando y

asegurando la permanencia del manto masculino inherente al espacio y orden social dentro del campo académico e institucional que según Bourdieu teje el curso de la propia lucha que emprenden actores que compiten por el poder (Bourdieu, 2007, 2008; Smith, 2005). Así en medio de la contienda los actores constantemente intentan justificar, legitimar y monopolizar determinados “estilos” de ser y de ejercer, que refuerzan con conceptos, discursos, modos de hacer, de enseñar y de realizar tareas específicas que se transmiten y escenifican por medio de “textos” que circulan habitualmente en el mundo cotidiano, en el día a día y en cada una de las rutinas que realizan las personas (Smith, 2005).

En este sentido, Gadamer (1997) también hace evidente la importancia de mantener en perspectiva del análisis de discursos la presencia de tensiones y confusiones que surgen por causa de la interpretación de los mensajes que intercambian cada uno de los distintos actores involucrados en el proceso sociopolítico que se estudia. En este caso, el cambio curricular con intención de modificar la función de formación profesional médica específica con el tema de los DSR de adolescentes, que al ser históricamente soportada y regulada socialmente en el orden del conocimiento científico, no permite una distinción ni una delimitación clara entre los distintos saberes: teórico, objetivo y práctico que según Gadamer hacen parte del discurso intelectual. Lo que sí, parece superar el método de la Etnografía Institucional que propone Smith al indicar maneras para juntar las diversas voces de personas desde los distintos lugares dentro del orden social institucional que se examina sin que se tengan que subsumir unas en otras con mayor poder (Smith, 2005).

En el campo de la sociología de la pedagogía Bernstein, coincide con Gadamer y Smith colocando el foco del análisis en el discurso. Este autor aporta dos herramientas conceptuales y metodológicas para el análisis curricular a través del examen al discurso: la “clasificación” de las ideas mediante codificación que jerarquiza los significados en relación al orden del clase del mundo social en una forma de organización en función del valor que adjudican los aprendices y el profesorado en función del poder y la “enmarcación” (*framing*) que restringe el poder de elaboración y subjetivación de la práctica discursiva por efecto del nivel de control que el contexto social educativo ejerce (Bernstein, 1988: 32). Con estas categorías se estructuran las barreras y umbrales simbólicos entre y dentro de los discursos en el aula de clase. Del grado de regulación que se ejerzan dependerán las probabilidades de transformación, reproducción y oposición a la regulación y control por parte de estudiantes y profesores. Como se sospecha que el idealismo de enfoques y sistemas pedagógicos contemporáneos pueden pasar por alto las distribuciones reales del poder y los principios selectivos de control vigentes, considera necesario conceptualizar sobre las condiciones estructurales y las “reglas discursivas” que generan prácticas de inclusión y exclusión. Por eso este investigador propone como medio para entender cómo se consiguen de manera sistemática el poder y el control a partir de la organización de los discursos locales en las categorías analíticas: “códigos de restricción y “códigos elaborados” (Bernstein, 1988: 47). A partir de ellas es que se armonizan las prácticas discursivas con la estructura institucional y se conectan forma cómo se configura la división social del discurso con la producción y reproducción de la división social del trabajo (Bernstein, 1988: 34).

En medio de los extremos en tensión actualmente entre el estructuralismo y el constructivismo, Smith (2005) se alía con quienes aseguran que las prácticas discursivas revisten de todo el poder para configurar y sostener las bases institucionales. En su caso usa la categoría “textos”, y no tanto

la lucha conflictiva entre actores, las estructuras sociales, o campos sociales ni a múltiples redes. Los textos escenificados por “personas” se convierten en las principales fuentes de poder y su análisis devela la forma como ocurren la configuración, resistencia y reproducción de prácticas discursivas. Para esta investigadora es necesario identificar y examinar los textos que circulan constantemente en el mundo en que cotidianamente se cumplen las tareas institucionales específicas por parte de las personas aún sin ser conscientemente parte de esos campos o redes sociales porque son éstos los que realmente contienen las distintas expresiones del poder en la forma y tipo de lenguaje que utilizan para operar su función institucional relacionada con la formación médica que tiene que ver con los DSR de adolescentes. Para esta autora los textos vehiculizan con alta efectividad la regulación de las relaciones sociales configuradas durante los siglos en que se fundaron las bases institucionales del mundo moderno Sin embargo, Smith propone trascender la visión determinista de la reproducción de prácticas discursivas de las relaciones sociales y entender que su importancia radica en la oportunidad que ofrece u análisis crítico para poder descifrar las formas cómo ellas coordinan una función institucional en que participan tantas personas sin darse cuenta de que las tareas que realizan terminan reproduciendo la regulación en contra de sus deseos, intenciones y objetivos de un cambio de las rutinas (Smith, 2005). Por otro lado, el valor de su estudio radica en la oportunidad que brinda para desarrollar prácticas alternativas para resistirlas. La gran diferencia que esta investigadora tiene frente al método teórico-metodológico que propone Bernstein (1988) para el análisis de los discursos en la función de formación médica, es que Smith incorpora la categoría “punto de vista” desarrollada desde las teorías feministas con la que es posible conducir el análisis con perspectiva de género mientras que se relacionan la función coordinadora de los textos con la potencialidad de agenciamiento para reproducir o resistir la regulación social que la autora le concede a las personas independientemente del lugar que ocupan en el orden social

institucional (Smith, 2005) . Este punto se desarrollará con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

1.3.1 La formación médica y las reformas: denuncias del movimiento latinoamericano de salud colectiva y medicina social.

Al entrar a mirar los procesos de formación o socialización específicos del campo de la medicina, la revisión histórica que hace en México, Edgar Jarillo (1999) desde las categorías weberianas de educación tradicional, tecnocrática y crítica, concluye que la confluencia en ella de dos campos de formación con distintos intereses- el universitario y el de la práctica clínica en instituciones de salud- son la causa del estancamiento en el modelo tradicional de la formación médica en ese país. El mismo enfoque histórico ha sido usado por varios autores colombianos para el estudio de las configuraciones en el campo de la formación médica confirmando la persistencia de estos mismo rasgos descritos por Jarillo: la tendencia histórica de importación de modelos ajenos a las realidades y necesidades del país provenientes de países del norte: en Europa y Norte América; el impacto negativo que generan en condiciones laborales del profesorado la aplicación de reformas estructurales para consolidar los intereses del capitalismo neoliberal, impiden mantener la armonía y articulación entre escenarios de prácticas y de aprendizajes en coherencia con los principios éticos y misionales de la profesión médica. Estos fenómenos han introducidos nuevos requerimientos de la función institucional de formación médica derivados de las reformas al sistema de salud subsumidos a los intereses del mercado que se vienen adelantando en el país y en la región latinoamericana (Bohórquez y Gutiérrez, 2004, Daza, 2010, Ospina, Manrique-Abril y Martínez-Martina, 2012).

Esta revisión permitió confirmar la aparición del discurso sobre formación médica que configuró los programas curriculares que mantienen preponderancia en las facultades de medicina de la región de América Latina durante el siglo pasado a raíz de la importación del modelo norteamericano “*flexneriano*” (Sierra-Merlano, 2012, Ospina, Manrique-Abril y Martínez-Martina, 2012) curiosamente surgido durante la misma época histórica en que emergieron y se consolidaron los campos médicos especializados en adolescencia. Esto permite deducir que el personal que participa en las actividades cotidianas de la formación médica resulta clave porque es a través de estos agentes (Giddens, 1984) que se materializan y actúan los lenguajes legitimados, sistemas de valores, costumbres, rutinas, prácticas, códigos ideológicos y los métodos de producción de conocimiento científico que le conceden el poder hegemónicos. Pero también es posible pensar que son también quienes elaboran y materializan formas alternativas de resistencia y de estilos de producción contra hegemónicos como los que evidencian investigadores que han generado un conocimiento descolonializado (Grosfoguel, 2012, Walsh, 2013, Espinosa, Gómez, Lugones y Ochoa, 2013) merecen ser reconocidas por el mundo intelectual y científico tanto de los países del centro-norte como de la periferia-sur (De Souza Santos, 2006).

1.4 Tercera serie: Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes, género y el campo de la salud.

La revisión de literatura sobre SSR y DSR de adolescentes y jóvenes en el campo de la salud, tanto en la región de América Latina como en Colombia, desde bases de datos especializadas y repositorios de tesis de maestrías y doctorales, arrojó las siguientes pistas. Unas investigaciones aportan mucho sobre la relación entre dos dominios de conocimiento, pero poca información que

articule los cuatro dominios: DSR, adolescentes, género y salud o campo médico (Hernández de Turbet, 2001, Stern y Figueroa, 2001, González de León-Aguirre, Billings y Ramírez-Sánchez, 2008, Castro, 2010, Goicolea, 2010, Grisales y Arbeláez, 2008, Rincón, 2007, Morales-Borrero, 2010, Vargas et al, 2012). A pesar de que estas investigaciones son pocas cuando se comparan con casi 3900 publicaciones de la región latinoamericana arrojadas por la pesquisa , éstas pocas tienen valor de representatividad para este estudio porque tratan el tema de SSR y/o DSR de adolescentes con base en propuestas metodológicas que indagan con mayor profundidad y especificidad la relación de la SSR y DSR con el campo de la salud, particularmente las características de prestación de servicios o los enfoques de las políticas públicas del sector con estos sujetos. Infortunadamente, en ninguna de ellas se hizo un esfuerzo específico de mirar el proceso de formación médica.

Un número importante de estas investigaciones utilizan el método etnográfico clásico para conocer creencias, actitudes y prácticas discursivas del personal médico frente a la sexualidad de adolescentes desplegadas durante la atención clínica en los servicios médicos (Rincón, 2007, Hernández de Turbet, 2008, Goicolea, 2010). Algunas combinan este enfoque etnográfico en la institución médica con los aportes epistemológicos provenientes de las teorías feministas o de las perspectivas de género en el campo de la investigación social (Stern y Figueroa, 2001, González de León-Aguirre, et al, 2008, Castro, 2010, Goicolea, 2010, Vargas et al, 2012).

Esta conjugación se hace con el propósito de desenmascarar aquellos aspectos culturales de la institución médica que siguen reproduciendo ideologías y prácticas discursivas discriminatorias con la condición de género, sin enfatizar esta relación de manera específica con los derechos de adolescentes o jóvenes (Castro, 2010). Los pocos que analizan esos sesgos ideológicos de género con relación a DSR y adolescentes (Stern y Figueroa, 2001, Rincón, 2006, Goicolea, 2010, Vargas

et al, 2012) dejan por fuera del lente, la importancia de explicar cómo es que interactúan las categorías: institución médica, formación médica y los DSR de adolescentes y jóvenes a lo largo de procesos de configuración socio-histórica y de políticas en niveles macro, como por ejemplo, los cambios y rupturas en prácticas discursivas que han desatado las múltiples reformas estructurales que actualmente están ocurriendo en nuestros países. De todas maneras, estos estudios ofrecen aspectos teóricos y metodológicos que aunque puntuales que serán tratados en los siguientes dos apartados en que agrupamos la última serie del análisis de las fuentes bibliográficas para delimitar el campo y definir las preguntas orientadoras de nuestra investigación.

1.5 Cuarta serie: sexualidad, jóvenes, políticas: la relación con debates de género y sectores de la salud y de la educación.

En primer lugar se encuentra la única investigación de la región latinoamericana y de Colombia que se esforzó por identificar y explicar relaciones entre el papel del gremio médico con la formulación de políticas de jóvenes. Este esfuerzo indagatorio lo condujo la directora de esta tesis Carolina Morales-Borrero manteniendo en perspectiva la relación de causalidad en la configuración de las políticas del contexto de coyunturas críticas, tales como las luchas reivindicatorias y las reformas estructurales como la del sistema de salud (Morales-Borrero, 2010).

Este propósito lo cumple con la elaboración de un análisis sociopolítico al proceso que condujo a la configuración de las políticas de sexualidad y juventud que rigen actualmente en el país. Dicho esfuerzo exploratorio lo soporta con un enfoque teórico metodológico proveniente del institucionalismo histórico. Al referir estas políticas con una serie de hechos y procesos históricos en el país, en la región y en el mundo, identificó un período representativo de los cambios políticos

y sociales en torno a los jóvenes y la sexualidad: 1992 al 2005, en el que sobresalió la actuación de resistencia al cambio político por parte del gremio médico que defiende el enfoque moralista e higienista y funcionalista que dio origen al campo de la MA.

Igualmente este estudio brinda un contexto de configuración de organizaciones y relaciones sociales en el país que pueden formar parte de lo que Smith, ha denominado como “relaciones de regulación” capaces de coordinar y determinar las tareas, realidades y prácticas cotidianas de la gente, muchas veces para satisfacer diversos intereses, como los económicos, que están por fuera y por encima de los mismos intereses misionales e institucionales o incluso de los deseos e intenciones de la propia gente que está involucrada en esas rutinas (Smith, 2005).

Sin embargo, esta investigación no profundiza en el análisis para comprender mejor el papel y la regulación social del mismo que este gremio o institución médica cumplió en esa contienda sociopolítica. Tampoco incluyó en su plan de análisis la profundización de la relación de ese contexto social de contienda política con el derivado de los cambios curriculares que están regulando la formación médica como factor determinante al menos de la puesta en marcha de las políticas configuradas (Morales-Borrero, 2010).

Lo rescatable para esta tesis es que como está basada en categorías construidas desde el enfoque del institucionalismo histórico, esta investigadora probó las ventajas de hacer un análisis sociopolítico como herramienta conceptual y metodológica, demostrando su pertinencia para aplicarla en esta nueva investigación que procura identificar y explicar ¿qué fuerzas e intereses sociopolíticos regularon el proceso de cambio curricular del programa de pregrado médico?, que a su vez, está atravesado por los mismos contextos más amplios que acontecieron durante el período

analizado por Morales-Borrero en que transcurrieron los cambios políticos que afectaron las políticas de sexualidad y juventud en el país.

De igual modo, dicho enfoque permite relacionar ese análisis de contexto local con los cambios estructurales que vienen dándose en la región de América Latina y el Caribe durante las mismas dos décadas de cierre del siglo anterior en que aconteció el proceso de renovación curricular, en cuanto foco de interés de esta tesis, con el fin de satisfacer intereses económicos de instituciones tan lejanas y extrañas a la vida cotidiana que transcurre en la función de la formación médica en la Facultad de Medicina de una universidad pública del país, como lo es la Universidad de Antioquia, como son el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

Un reconocimiento fundamental para esta tesis es la conclusión que comparten varios estudiosos de estas reformas estructurales ratificando que han sido adelantadas bajo la falsa promesa e ilusión de que ellas traerían “estabilización”, “modernización”, “progreso” y “democracia” en nuestras sociedades (Hernández, 2000, Guzmán, 2005, Fleury, 2004, Gorostiaga y Tello, 2010, Galeano et al, 2011). La gran mayoría de gobernantes de nuestros países, en ese mismo período, han acordado seguir de manera fiel y conforme unos lineamientos impulsados en el famoso consenso de Washington (Casilda Béja, 2004).

Desde entonces, investigadores sociales inscritos en movimientos de lucha política de oposición a estas reformas tales como el de salud colectiva y medicina social de la región han denunciado el impacto negativo que ello está teniendo en la salud, el acceso a la educación y en la garantía de todos los derechos fundamentales de las poblaciones (Hernández, 2000, Martinic, 2000, Guzmán, 2005, Fleury, 2004, Hernández, 2009, Galeano et al, 2011, Breihl, 2011).

Sin embargo, este esfuerzo colectivo académico y político no ha podido detener la ola de reformas de corte neoliberal, que buscan una disminución de la inversión estatal al presupuesto de los sistemas de salud ocasionado una serie de efectos contraproducentes para ésta, la calidad de vida, la garantía de equidad y la capacidad resolutive de las instituciones y servicios de salud (Hernández, 2000, Fleury, 2004, Hernández, 2009, Galeano et al, 2011, Breihl, 2011).

Igualmente, científicos sociales críticos de esta tendencia política neoliberal han denunciado que las mismas estrategias utilizadas por las élites sociales y los gobiernos para imponer este tipo de reformas a los sistemas de salud están siendo replicadas en las reformas de los sistemas educativos (Martinic, 2000, 2001, Guzmán, 2005, Galeano et al, 2011) con un grave impacto en la proletarización del profesorado, un mayor detrimento de la calidad de educación y un aumento de la brecha de inequidad entre pobres y ricos que viene enfrentando la región latinoamericana (Guzmán, 2005, Chaves-Pulido, Heredia y Ángel, 2010).

Esta serie de estudios incitan a explorar la relación que puedan existir entre las instituciones de formación médica y las reformas de los sistemas de salud y educativos en términos del grado de contribución, potenciación, complicidad o resistencia frente a las relaciones de regulación social que históricamente siguen favoreciendo un Estado capitalista. Más específicamente la relación que estas reformas puedan tener con los DSR y la SSR de adolescentes.

1.6 Quinta serie: la formación médica, género y DSR de adolescentes

En México se ha estudiado también desde el enfoque de poder de Weber, la subsecuente pérdida de la visión humanista y de la calidad de atención en el contacto del médico con sus pacientes durante el proceso de formación médica (Jarillo, et al, 1999). A raíz de la afectación que han tenido las fuerzas del mercado que han ido desdibujando los objetivos de aprendizaje del estudiante al tener que enfrentar escenarios de práctica (hospitales y servicios), de aprendizaje académico (en las aulas y espacios universitarios) caracterizados por la predominancia de discursos y prácticas médicas armónicos con los intereses mercantilistas potenciados por la globalización . Sin embargo, este autor no ha particularizado su campo de investigación en la relación de este impacto en la formación médica con la SSR ni los DSR ni la salud de adolescentes (Jarillo, et al, 1999).

No obstante Deyanira González de León-Aguirre hace parte del profesorado que trabaja con Jarillo en la institución de formación médica; Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X) viene liderando un proyecto colaborativo con la agencia no gubernamental internacional IPAS desde el 2001 con la idea de poder efectivamente incorporar en los programas curriculares de la formación médica esta temática de forma que se asegure una competencia para la promoción de la SSR y los DSR. Al respecto en su ensayo “El aborto y la educación médica en México” (González de León-Aguirre, et al, 2008) hace un recuento del contexto histórico y político en que ha devenido su experiencia como docente activista feminista que lucha por la inclusión de la perspectiva de género y una práctica discursiva médica para erradicar la tendencia histórica de medicalización de la SSR en la formación médica. Su esfuerzo aboga por la necesidad de incorporar una perspectiva amplia sobre el aborto en la educación médica, un tema que había merecido escasa atención en México (González de León-Aguirre, et al, 2008: 265). En la medida en que la función institucional

de la formación de los médicos ofrece pocos elementos para descifrar y comprender sin barreras mentales la multiplicidad de causas que conducen a las mujeres a interrumpir voluntariamente sus embarazos, de manera que se pueda concebir el asunto del aborto como un problema de salud pública con relevancia en la práctica médica con fuertes vínculos de determinación con situación de desigualdad e inequidad social en materia de los derechos de las mujeres.

En ese mismo país existe otro grupo que dirige el sociólogo Roberto Castro y que trabaja en una línea de investigación sociológica con perspectiva feminista estudios de casos en torno a los DSR de mujeres usuarias de los servicios de SSR en los escenarios de práctica dentro del campo de formación médica de las especializaciones de Ginecología y Obstetricia y Medicina Familiar (Castro, 2010). Un importante resultado de sus estudios ha sido la identificación de un “*habitus*” médico específico que además de ser capaz de reflejar las estructuras sociales que han configurado históricamente un campo médico distintivo de la reproducción de la apropiación del cuerpo y vida sexual de la mujer, , es también un objeto que da cuenta de una relación social con un tipo de jerarquización de la función institucional médica que cada vez más obedece a las reglas del juego introducidas al campo de la salud por un interés economicista desenfrenado por la expansión global del mercado actual (Castro, 2010). Lamentablemente, sus esfuerzos indagatorios no se han centrado en un esfuerzo por distinguir la relación particular que tiene el contexto de reformas estructurales con los DSR específicos de adolescentes en la formación médica

Otros autores, han podido establecer una relación entre los cambios de modelos pedagógicos emergidos en medio de renovaciones curriculares en la educación médica en Colombia a lo largo del siglo XX con una pretensión de “innovar y modernizar” este proceso de aprendizaje sin mucho éxito ante la presión que ejercen las fuerzas del mercado (Gutiérrez y Bohórquez, 2004, Daza,

2010)., Reiteran estos investigadores las denuncias del movimiento de salud colectiva y medicina social sobre el detrimento en la calidad y el resultado de la educación que dichas fuerzas causan a pesar de ser totalmente ajenas a esta función institucional

Existen, otros tres estudios que aplicaron técnicas de indagación de tipo cualitativas, tales como: encuestas, entrevistas y observación en los escenarios de atención médica en salud (Rincón, 2006), o de práctica dentro de la función de formación médica, (Gonzales de León-Aguirre et al, 2008, Vargas, Jaramillo y Trujillo, 2012). Todos estos buscaron develar las barreras ideológicas que impiden al personal de medicina participante adquirir una capacidad para tener mejor comprensión de la sexualidad adolescente, o para desempeñar un ejercicio médico con enfoques alternativos que les permitan superar a la estrecha mirada médica tradicionalmente configurada desde las orientaciones biologicista, higienista y medicalizadora que aflora en el momento de atención integral a la SSR y de promoción de los DSR de adolescentes. En dos de éstos estudios, se usó el enfoque interpretativo (Rincón, 2006, Gonzales de León-Aguirre, 2008); en el otro, se elaboró un modelo de cognición social fundamentado en la teoría de racionalización individual (Vargas, Jaramillo y Trujillo, 2012).

En cada uno de los enfoques aplicados se pudo evidenciar incapacidad de la institución médica o del proceso de formación médica para dotar a los estudiantes de medicina con suficientes destrezas ideológicas, actitudinales y clínicas que les ayude a ignorar las tensiones de orden moral y religioso que les nublan la comprensión para responder realmente a las demandas y necesidades de SSR de esta población.

Además, los tres estudios corroboran la persistencia y reproducción de una acción social médica que sigue considerando innecesario encaminar recursos hacia la elevación de una conciencia crítica y consecuente agenciamiento para modificar la práctica médica de medicalización de la sexualidad y la adolescencia regulada por la división social del género que mantiene replegada la vida de las mujeres a una función institucional centrada en la reproducción y crianza hacia una práctica médica alternativa que reconoce y promueve un ejercicio de ciudadanía sexual capaz de reconocer y de incluir las diferencias sexuales y los DSR (Rincón, 2006, Gonzales de León-Aguirre, 2008, Vargas, Jaramillo y Trujillo, 2012). No obstante, ninguno de los tres vincula dicha manera de configuración socio-histórica de la institución y saber médico con la formación médica, ni mucho menos, identifican o analizan el papel que han jugado en esta configuración las relaciones sociales desde perspectivas epistemológicas feministas, de género y descolonial.

Finalmente, vale la pena resaltar, que aunque estos estudios hacen eco de los clamores de los movimientos de mujeres, feministas y LGBTTI para que se incorporen enfoques de género, de derecho, humanísticos y laicos que ayuden a superar la tendencia a regular y medicalizar la sexualidad, la SSR, los DSR y la adolescencia en los programas curriculares de formación médica no precisan las herramientas teóricas metodológicas para poder hacerlo. Conclusión que reitera la importancia de explorar estas relaciones a fin de poder producir conocimiento que facilite su comprensión y proponer alternativas para el cambio institucional que estas luchas vienen exigiendo.

1.7 Concreción de las preguntas de investigación

El recorrido descrito anteriormente para delimitar el campo de investigación, confirmó nuestra sospecha de que enfrentaríamos tantos vacíos de conocimiento que para dar respuestas a la pregunta

inicial que dio origen a esta tesis tendríamos que emprender un camino desconocido y sinuoso. Así, con esta conclusión inicial, surgieron las siguientes preguntas y reflexiones en un intento por ir enderezando y aclarando el trayecto: ¿Cómo ha sido el devenir del campo y saber médico configurado como MA en los países de Norteamérica en Colombia y en la región latinoamericana? Teniendo en cuenta que estos países del sur o la zona periférica presentan mayores índices de embarazo adolescente y demás problemas que amenazan la SSR de estos sujetos; ¿Qué impide que sus DSR sean reconocidos y promovidos en las políticas públicas de sexualidad y juventud formuladas actualmente para detener la aparición de estas problemáticas? ¿Qué papel juega el gremio y la institución médica en estas políticas? ¿Qué es lo que realmente regula o determina el papel que juegan el gremio y la institución médica en este devenir del campo y saber médico tan específico, con la medicalización de la sexualidad en la adolescencia, y de los DRS de los jóvenes? ¿Cómo es la relación e entre la función institucional de formación médica en las facultades médicas actuales con la configuración de saber y práctica médica especializado en adolescencia con la acción médica que prevalece en los sistemas de salud y con las perspectivas detrás de las políticas de sexualidad y jóvenes en los países que comparten las características de Colombia? ¿Qué relaciones sociales regulan esa formación médica actual en lo que tiene que ver con la práctica médica de medicalización de la sexualidad en adolescencia en los contextos que vienen aconteciendo a nivel de la región de América Latina, en el país y local de las instituciones de formación médica? ¿Qué diferencias existen con las relaciones sociales históricas que configuraron el campo de MA en los países del norte?

¿Por qué no se configuró ni se institucionalizó un como campo médico disciplinar de especialización en MA en Colombia y en la mayoría de países de la región latinoamericana tal y como ocurrió en los países del norte?, sabiendo que comparten los mismos enfoques, orígenes y

necesidades de intervención médica derivadas del mismo contexto sociopolítico que configuró la institución médica técnica científica moderna que aún cobija las bases institucionales de la formación médica nuestra actual. A su vez, se cuenta con suficiente evidencia que indica que se sí fue posible asentar y expandir los programas curriculares de la formación del pregrado médico y de las especializaciones distintivos del modelo médico que dio origen a la MA y GIJ que hoy predominan en las instituciones de formación médica del país.

Es posible considerar que ello tuvo su origen en el encuentro del modelo humanista francés de comienzos del período de modernización (Cabanis, 1826) con el modelo “*flexneriano*” norteamericano a comienzos del siglo XX; el hecho es que la institución médica que rige la formación médica actual en Colombia se deriva de este encuentro (Bohórquez y Gutiérrez, 2004, Ospina y Cols, 2012, Sierra-Merlano, 2012).

¿Qué regula la resistencia al cambio manifiesta con la persistencia de enfoques tradicionales, higienista, biologicista y moralista en las políticas públicas actuales o en la medicalización característica de la intervención médica en la sexualidad y adolescencia? ¿Qué impide que la institución médica avance e incorpore los nuevos enfoques laicos, democráticos, liberales y humanistas que están introduciendo en la esfera pública los nuevos actores sociopolíticos representantes de movimientos de mujeres, feministas, juveniles y de población diversa LGBTTI?

¿Qué cambios surgieron en las actividades y en las tareas cotidianas relacionadas con la formación médica en cuanto a la medicalización de la sexualidad en la adolescencia, a raíz del cambio curricular de la Universidad de Antioquia que acogió la presión de unos docentes por incorporar de manera central en el currículo saberes, experiencias y modelos interdisciplinarios para

intervenir problemáticas de salud relacionadas con el ciclo vital de la adolescencia, la sexualidad, SSR y DSR de adolescentes?

¿Es posible identificar y descifrar las relaciones sociales de regulación que están configurando la institucionalización de unas prácticas discursivas médicas en torno a los DSR de adolescentes con el análisis del proceso de cambio curricular que adelantó la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia?

En la misma dirección, vale la pena identificar ¿Cómo se expresan esas relaciones sociales de regulación en medio del diálogo entre los distintos enfoques teóricos que convencionalmente han circulado en el mundo cotidiano de la Facultad de Medicina que se va a analizar? ¿Cómo influye la formación médica en la praxis que reproducen las personas a cargo de la labor diaria en medio de dominios institucionales a cargo de socializar el saber médico relacionado con los DSR y la SSR adolescente? Es importante tener en cuenta que ese diálogo está siendo afectado por tensiones y conflictos provenientes de los debates y dinámicas sociopolíticas en el contexto del país, que a su vez, son impulsados y profundizados por las reformas estructurales de tendencia neoliberal y por las luchas reivindicatorias de los derechos humanos de diversos movimientos colectivos en el contexto de la región de América Latina.

Con estas preguntas enunciadas como derrotero se emprende una ruta para hallar respuestas a estas mismas a la luz de la coyuntura del contexto político y social actual, de cierre del siglo XX y de comienzos del XXI, caracterizado por dinámicas conflictivas en relación con las reformas estructurales, el fenómeno de globalización y los debates políticos vindicatorios de los DSR y de reclamos por la igualdad y equidad de género en que se enmarca el proceso renovación curricular

de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Toda vez, que esta Facultad, en conjunto con la Universidad Nacional, son las instituciones de formación médica más antiguas del país, fundadas en la década de los setenta del siglo XIX. Aún hoy siguen siendo consideradas como las instituciones de educación pública más importantes y emblemáticas en el la tarea de formación médica. De ahí el énfasis que damos a la recuperación de la historia de la configuración de la formación médica con relación a la práctica medicalizadora de la sexualidad en la adolescencia.

De igual modo, la Universidad de Antioquia sobresale en el contexto sociopolítico actual por su papel como fuente de innovación en la pedagogía de la formación médica a través del proceso de reforma curricular que adelantó incorporando aspectos temáticos provenientes de la MA y la GIJ en la nueva carta curricular. Tal situación podría calificarse de anómala frente al comportamiento de las demás instituciones de formación médica del país. Por lo tanto, el proceso de investigación que se propone en esta tesis pretende aprovechar todo desarrollo teórico metodológico desde las Ciencias Sociales que conduzca a impulsar un ansiado y necesario proyecto para la transformación verdadera, que al fin erradique la práctica médica que medicaliza la sexualidad y la adolescencia sin el debido reconocimiento de sus DSR.

Vale la pena aclarar que se hará provecho de la una circunstancia de ventaja como lo es el prestigio y liderazgo político, académico, social y cultural, en los ámbitos local, nacional e internacional con que cuenta el programa de pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia. El análisis de este caso particular, con base en el enfoque construido, brindó luces para descubrir y descifrar el cambio que es preciso realizar en las relaciones sociales que mantienen viva la regulación y reproducción de las prácticas discursivas que ignoran los DSR de adolescentes en la

formación médica con eco en las respectivas políticas y programas institucionales con responsabilidad en su SSR.

En este sentido, se partió con la ratificación del supuesto que dicho curricular se enmarca por las reformas que sin aparente coincidencia vienen determinando la configuración de las políticas de juventud y sexualidad que mediaron la incorporación de los aspectos temáticos provenientes de la MA y la GIJ con el interés de asegurar un mayor control y regulación de la tasa de fecundidad específica de las adolescentes (Morales-Borrero, 2010), así como de otros riesgos en el dominio de su salud mental. Situación que contribuyó al aumento del prestigio social y político de esta facultad por distinguirse frente a sus pares como *la única* institución de formación médica del país que incorporó en dos unidades temáticas de su nuevo plan curricular del programa de pregrado, contenidos específicos con la sexualidad y la salud integral del adolescente asuntos definitivos que reflejan la relación con la formación médica, el saber y la institución médica con el debate político en torno a los DSR de adolescentes y jóvenes.

En definitiva, el nuevo plan curricular cuenta y exhibe con anunciada importancia una cátedra sobre sexualidad que supuestamente atraviesa todo el programa curricular de formación porque existe tanto en el ciclo de fundamentación como en el de profesionalización. De igual forma, la nueva malla curricular destina 8 créditos a la asignatura salud integral de la adolescencia en los semestres 6 y 7 del ciclo de profesionalización como parte de Pediatría. Igualmente dentro de las asignaturas de, Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia se trabajan temas relacionados con la salud y la SSR de adolescentes (Villegas et al, 2007, Díaz; 2010).

Teniendo en cuenta, que la incorporación de estos contenidos temáticos en cuanto aspectos críticos para mirar cómo avanza el progreso hacia la consolidación de campos médicos especializados en la adolescencia como la MA se dio en medio del proceso de renovación curricular se decidió enmarcar el tiempo de estudio en ese mismo período en que ocurrió el proceso renovación. Como, el proceso de renovación comenzó en el año de 1997 proclamado como año como el año de la reforma curricular para la Universidad de Antioquia por el rector Jaime Cuartas Restrepo quien impulsa al interior de la Facultad de Medicina una fase de negociación y formulación del cambio curricular que culmina en el año 2000 donde se empieza a aplicar la nueva carta curricular (Villegas, et al, 2007). De esta forma, este proceso sirve como experiencia piloto que allana el camino de replicación en las demás facultades de la universidad. El año que cierra el período de estudio es 2013 porque comienza, al interior de la misma facultad un ejercicio de autoevaluación de la experiencia adelantada.

La ventana de oportunidad política que ofreció la reforma curricular en medicina facilitó la acción de un grupo de actores institucionales para ventilar sobre la mesa de negociación la necesidad de, incorporar temáticas relacionadas con los DSR de jóvenes y adolescente. Este hecho suscitó en la investigadora unas preguntas finales: ¿Qué motivó la incorporación de estos temas en la agenda política que configura un cambio de programa curricular del pregrado médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia? ¿Qué relación puede tener este cambio con las relaciones de regulación social que históricamente dieron origen a la configuración del campo especializado MA en Norte América y Europa en medio de un proceso de modernización y constitución del estado-nación moderno que hoy nos sigue rigiendo? ¿Hay alguna distinción dentro del proceso de cambio curricular específico de esta Facultad de Medicina que lo diferencie de los demás procesos de cambios curriculares a la formación médica adelantados en otras facultades de medicina del país y/o

de la región latinoamericana, que pueda ayudar a descifrar las relaciones sociales que regulan la práctica de medicalización de sexualidad y adolescencia que impera en el medio institucional médico hoy en día? ¿Existe conexión de este proceso adelantado localmente en esta institución médica tan emblemática para la formación médica en Colombia y en la región latinoamericana con los debates contemporáneos sobre género, sexualidad, jóvenes y adolescentes, o con los de las reformas estructurales dirigidas a los sectores de la salud y la educación, que expliquen la determinación de la reproducción de las prácticas discursivas en materia de DSR de adolescentes?

Al final de un camino abrumado por la cantidad de interrogantes que surgieron, se decidió puntualizar el campo de investigación con siete preguntas para orientar la propuesta, por creer que recogen de forma organizada todas las preguntas mencionadas. Las preguntas constituyen la base de las decisiones tomadas para consolidar el enfoque teórico-metodológico que condujo esta investigación.

1. ¿Cómo fue la dinámica sociopolítica que dio lugar a una ventana de oportunidad política para ingresar a la malla curricular un saber y práctica médica especialmente relacionada con la sexualidad en la adolescencia y de paso con injerencia en sus DSR?
2. ¿Quiénes fueron los actores sociopolíticos que se involucraron y se destacaron en esta dinámica por una pugna en defensa de la institución de un saber y práctica médica específica con sexualidad y adolescencia? ¿
3. ¿Cuáles fueron los recursos movilizados, los conflictos y las confrontaciones que surgieron en esa dinámica con relación a la regulación de DSR y la SSR de adolescentes que predominaron en el nuevo plan curricular?
4. ¿Cuáles son las relaciones sociales y cómo median la regulación y coordinación de las prácticas discursivas y los códigos ideológicos que crean, re-crean y reproducen la apropiación del cuerpo

y vida de las mujeres así como la medicalización de la sexualidad y adolescencia en el mundo cotidiano de quienes ejercen la tarea específica de la formación médica en este campo médico específico?

5. ¿Cómo es el mapa social que distingue la función de formación médica como el espacio social de producción y reproducción de esas prácticas discursivas que medicalizan la sexualidad y adolescencia haciendo posible verificar el alcance del poder que tiene el papel de la institución médica en la configuración de políticas que desconocen los DSR de adolescentes?
6. ¿Cuáles son los textos significativos por el poder que despliegan en la función de coordinación y regulación de la producción y reproducción de discursos y prácticas médicas que siguen apropiándose del cuerpo y la vida de las mujeres y adolescentes a través de la estrategia de medicalización de la sexualidad en este espacio social tan específico con el campo de saber y práctica médica determinante de los DSR de adolescentes?
7. ¿Cuáles son los códigos ideológicos que prevalecieron durante el periodo de análisis revitalizando la función de reproducción de las prácticas discursivas históricamente configuradas sobre la idea de regular o controlar los DSR de adolescentes?

En este punto, se hace necesario dejar claro que esta tesis no se interesó en encaminar el esfuerzo indagatorio hacia una evaluación de resultados o del impacto que dicha reforma con haya podido tener en la calidad del proceso general o particular de la formación médica. Sino la exploración a una dinámica sociopolítica desde una perspectiva histórica que eleva la categoría de género a tal nivel que ayude a descifrar las relaciones sociales que regulan y coordinan las prácticas discursivas médicas que prevalecieron en el proceso de renovación curricular inmerso en un contexto histórico, político y social conflictivo que atraviesa la función institucional de formación médica en un campo de saber que tiene injerencia con los DSR de adolescentes.

Resuelta la necesidad de concreción de las preguntas y el enfoque que guiarían la investigación, se procedió a la definición de un método de indagación que permita disipar las dudas recogidas en las preguntas. En primer lugar, se decidió conducir un estudio de corte cualitativo que posibilitara la captura de la complejidad y diversidad de imágenes que deben reflejarse nítidamente para llenar la mayor parte de los vacíos de conocimientos precisados en las preguntas finalmente propuestas.

Así, se espera arribar a descubrimientos que brinda la oportunidad coyuntural del encuentro de un proceso de cambio que transcurrió en la facultad de medicina seleccionada con un enfoque teórico-metodológico que fue ensamblado para cumplir las necesidades particulares que este trabajo de tesis doctoral demanda, que como veremos más adelante, se compone de herramientas derivadas de las perspectivas teóricas y metodológicas del institucionalismo histórico, con énfasis en el análisis de los actores involucrados en la dinámica del cambio político (Zurbriggen, 2006) y la Etnografía Institucional que incorpora la perspectiva de género al lente que observa las prácticas discursivas, las relaciones de regulación social, los textos y los códigos que develan los textos y el punto de vista de quienes agencian las políticas en el mundo social institucional cotidiano (Smith, 2005).

1.8 Conclusión del proceso de ensamblaje del enfoque teórico-metodológico.

La revisión bibliográfica decantada, arrojó como conclusión, que solo cuatro investigaciones realizadas en el país (Rincón, 2007, Grisales y Álvarez, 2008, Morales-Borrero, 2010, Vargas, et al, 2012) aportan elementos teóricos o metodológicos que puedan ser adaptados para orientar el proceso de indagación que se propone esta tesis seguir para suplir los vacíos de conocimiento conducentes a las preguntas de investigación delimitadas en este estudio.

De los cuatro estudios, dos contienen elementos metodológicos que pueden ser útiles porque combinaron la técnica de recolección de información etnográfica con: 1) Teorías interpretativas para el análisis de la relación contrastante entre las prácticas discursivas médicas con las de adolescentes que usan los “servicios médicos amigables” (llamados así en la política pública del Ministerio de Salud), en cuanto a que son espacios clínicos ubicados en varios centros de salud de la red de prestación de salud pública de la ciudad de Bogotá en donde se ofertan consultas médicas de asesoría en SSR a adolescentes (Rincón, 2007) y 2) Teorías de cognición social para medir el nivel de disponibilidad que tienen estudiantes del programa de pregrado médico de una facultad de medicina privada (Universidad de los Andes) para promover DSR en sus pacientes adolescentes (Vargas, et al, 2012). Un tercer estudio, ofrece categorías para el análisis de los textos para determinar cuantitativamente y cualitativamente el nivel de desarrollo y bienestar que alcanzan las políticas públicas a partir de indicadores construidos participativamente con organizaciones juveniles en Medellín (Grisales y Arbeláez, 2008); este índice puede ser usado como línea de base o evaluación de impacto de las políticas conjuga indicadores tradicionales para evaluar el nivel de desarrollo de edición SSR de adolescentes otros construidos a partir de los resultados que arrojó la consulta a actores juveniles (Grisales y Arbeláez, 2008).

El cuarto estudio es fuente fundamental de herramientas teóricas esenciales para esta investigación. Dado, que este método comprobó la efectividad del enfoque elegido por la investigadora para reconstruir la historia y el contexto sociopolítico que dio pie a la configuración de las políticas de sexualidad y juventud en el país, al mismo tiempo que permitió relacionar ese proceso de configuración política con intereses, tensiones, estrategias y actores que participaron y definieron la contienda política a favor del enfoque biomédico, preventivista y moralista en medio

de las presiones por el cambio de enfoque que venían ejerciendo activistas de luchas sociales aguzadas por los debates globales, nacionales y locales de género y de reformas estructurales (Morales-Borrero, 2010). Dada la simpatía de intereses y expectativas de este proyecto la doctora María Carolina Morales Borrero, aceptó la dirección de esta tesis doctoral.

La importancia de este estudio para esta tesis radica en el acierto de su enfoque para cumplir los objetivos de investigación con la idea de complementar el enfoque epistemológico del institucionalismo histórico fundado por Pierson y Skocpol con los desarrollos teóricos para llevar a cabo el análisis de la correlación de fuerzas entre los actores sociopolíticos que han propuesto investigadores representantes del activismo del movimiento de salud colectiva y medicina social Hernández y Almeida y con la categoría analítica “contienda política” de Tilly, como vía propia para afinar la precisión del resultado final del análisis a una lucha por el poder para establecer una política reguladora de la sexualidad y vida de jóvenes (Morales-Borrero 2010:44).

Con esos referentes analíticos la autora pudo recuperar el proceso de configuración de las políticas de sexualidad y juventud en este país, en un período de estudio delimitado entre 1992 y 2005, como el lapso en que transcurrieron los hechos más importantes de la configuración de estas políticas (Morales-Borrero, 2010). En 1992, se formulan por primera vez en este país políticas de gobierno para jóvenes, y en 2005 el enfoque preventivista que se había logrado imponer, se irrumpe por causa de la acción política del feminismo y otros movimientos sociales que balancearon la contienda sociopolítica hacia la despenalización del aborto; una contundente conquista de larga historia de luchas reivindicatorias de los DSR (Morales-Borrero, 2010: 311).

Por considerarse un método atinado para llevar a cabo este tipo de exploraciones, se retoma su enfoque teórico metodológico con el plan de afinarlo enriqueciéndolo con una propuesta epistemológica y metodológica de indagación social con perspectiva de género que incluye los “puntos de vista” de personas que, aparentemente, no estarían participando directamente en la contienda en razón de que ocupan un lugar de exclusión y marginalidad en el orden jerárquico de la institución (Smith, 2005).

La citada propuesta es desarrollada por la socióloga británica-canadiense marxista y feminista: Dorothy Smith como el método de la “Etnografía Institucional” (en adelante EI) de (2005). El resultado final del curso de ensamblaje de enfoque que simula el caleidoscopio para conducir esta investigación se obtuvo cuando la revisión de literatura permitió concretar las perspectivas y enfoques que auguraban la superación de los vacíos de información identificados por Morales-Borrero, y por la autora de esta tesis en las otras tres investigaciones agrupadas en la última serie. En síntesis era necesario un enfoque con perspectiva de género y con posibilidad de dirigir la mirada hacia unas categorías que ayuden a esclarecer la relación entre la acción social del gremio médico y la institución médica con los contextos y las políticas de sexualidad y juventud que se configuraron en el país (Morales-Borrero, 2010: 323).que se reproducen a través de la función de formación médica

Las razones que se tuvieron en cuenta en la decisión de retomar la propuesta teórica y metodológica de Morales-Borrero, son varias. En primer lugar, la oportunidad de reconstruir desde sus orígenes en los sesenta la intromisión en la agenda política del país del tema sexualidad, género y jóvenes como forma de contener las amenazas al orden social que movimientos de contracultura y contra hegemonía como los abanderados por mujeres, feminismos, jóvenes y colectivos de

izquierda venían detonando como parte de, la historia y el proceso de configuración de las políticas de SSR y juventud, cuyo desenlace sorprendentemente lo definió una contienda transgresiva que despenaliza el aborto merced a la presión del movimiento de mujeres y de feministas. En segundo lugar, expone elementos de análisis que ayudan a la comprensión del contexto sociopolítico en que acontecen éstas lo cual permitiría aplicarla para el proceso a analizar en la Universidad de Antioquia. En tercer lugar, brinda herramientas teóricas para resolver las limitaciones de los enfoques y metodologías de las Ciencias Sociales que han sido aplicados con acierto en los estudios referenciados.

El enfoque de la investigación de Morales- Borrero, facilita la explicación de algunas de las preguntas enunciadas anteriormente. Sin embargo, como la investigadora lo advirtió en las conclusiones de su estudio, es necesario trabajar en un enfoque que conduzca a una refinada aproximación al objeto de estudio sobre la sexualidad y las políticas, utilizando otras categorías y herramientas de las Ciencias Sociales para explicar con mayor precisión el papel que tiene el género en aquellos procesos de configuración de estas políticas institucionales o sociales que rigen la vida y la sexualidad de jóvenes, adolescentes, niñas y niños (Morales-Borrero, 2010: 323).

Por otra parte dicha investigación, da cuenta de una relación entre distintas esferas en operan las relaciones sociales que regulan la prácticas discursivas sobre DSR de adolescentes, a saber, en medio del despliegue de las políticas estatales en Colombia, el fenómeno de la globalización y el mundo virtual de las “redes” sociales con las subjetividades que construyeron los jóvenes caracterizadas por un derroche de “dinamismo, diversidad e individualidad” en medio de una gran variedad de percepciones sobre sexualidad, SSR y autonomía del cuerpo (Morales-Borrero, 2010: 20), aspectos del contexto necesarios para mantener abierto canales de diálogo transdisciplinar e intercultural, con

el propósito de identificar y explicar las relaciones sociales que regulan el discurso de los DSR que configura las prácticas al interior de la institución médica.

Otro asunto de gran relevancia que mostró este estudio fue el hallazgo del papel en el centro de la controversia que respalda el enfoque tradicional por parte de “médicos y profesionales de la salud” como miembros de gremios que no logran consolidar una postura unificada para un cambio hacia enfoques que aseguren una misión de garantizar y promocionar los DSR de la población joven resolviendo el ambiente conflictivo de la contienda política hacia una cultura que al fin reconozca y ejerza plenamente el derecho a la ciudadanía sexual (Morales-Borrero, 2010: 320).

Por consiguiente es necesario acudir a otros enfoques que permitan profundizar en el estudio que logre hacer una mejor disección para conocer mejor y poder modificar el papel que juegan los profesionales de la salud, en particular los del gremio médico en las configuraciones de las políticas referenciadas (Morales-Borrero, 2010: 320). Es preciso también, ubicar y comprender mejor, desde una perspectiva de género, las relaciones sociales que encauzan estos procesos de configuración de políticas de sexualidad y juventud al tiempo que coordinan las actividades cotidianas que realiza la gente al interior de los procesos institucionales de formación médica inmersos en los contextos de profundas reformas de los sectores de la salud y de educación que seguro están influenciando sobre la predominancia de determinadas prácticas discursivas.

En el “modelo” de un caleidoscopio concurren entonces, el enfoque teórico-metodológico de Morales-Borrero para hacer el análisis sociopolítico del proceso de renovación curricular del pregrado de medicina en la Universidad de Antioquia y la Etnografía Institucional (EI) de Dorothy Smith, constituyendo la estructura y el diseño de un andamiaje instrumental que permite incorporar

en el más alto nivel de importancia dos categorías de análisis pilares para suplir el interés de la investigadora en esta tesis: género y poder. La categoría de género apareada con una perspectiva de poder, demarca y sostiene los espejos y lentes del caleidoscopio para escrutar los puntos de vista de las personas y los textos que referencian cuando hacen la labor rutinaria institucional de formación de estudiantes de medicina en lo relacionado con aspectos específicos de sexualidad, SSR y DSR de adolescentes como figuras que arroja el análisis histórico y contextual sociopolítico con perspectiva de género en ámbitos más amplios que rebosan la mirada local (figura 3).

Para continuar con el ensamblaje del modelo “caleidoscopio” es necesario detenernos en las características y beneficios que ofrece el segundo enfoque adicionado: la Etnografía Institucional (EI) de Dorothy Smith, que como se mencionó antes, proviene de las corrientes teóricas y políticas del feminismo marxista-socialista, y es crítica ante la constatación de la inutilidad de contar con un conocimiento científico dentro del cuerpo disciplinar convencional de la sociología para poder elevar conciencia y generar cambio social y político derivado de investigación social regida por los enfoques e intereses de las corrientes epistemológicas y ontológicas predominantes en la disciplina. Igualmente, expresa preocupación ante la magnitud y el grado de expansión y regulación que ha tenido la “economía a gran escala” en este siglo al punto de ser ésta la que ha impuesto una agobiante carga de trabajo no remunerado a todas aquellas personas que históricamente han ido quedando por fuera de las esferas de poder y privilegio social; -inicialmente las mujeres, pero posteriormente el fenómeno es más expansivo hacia otras personas o grupos sociales que confluyen en intersección de los rasgos o categorías de valor como género, clase, etnia y orientación sexual depreciados por la sociedad moderna-, que la tienen que asumir en su vida cotidiana involuntaria e inconscientemente como parte de las fuerzas que presionan a favor de los intereses del capitalismo (Smith, 2005).

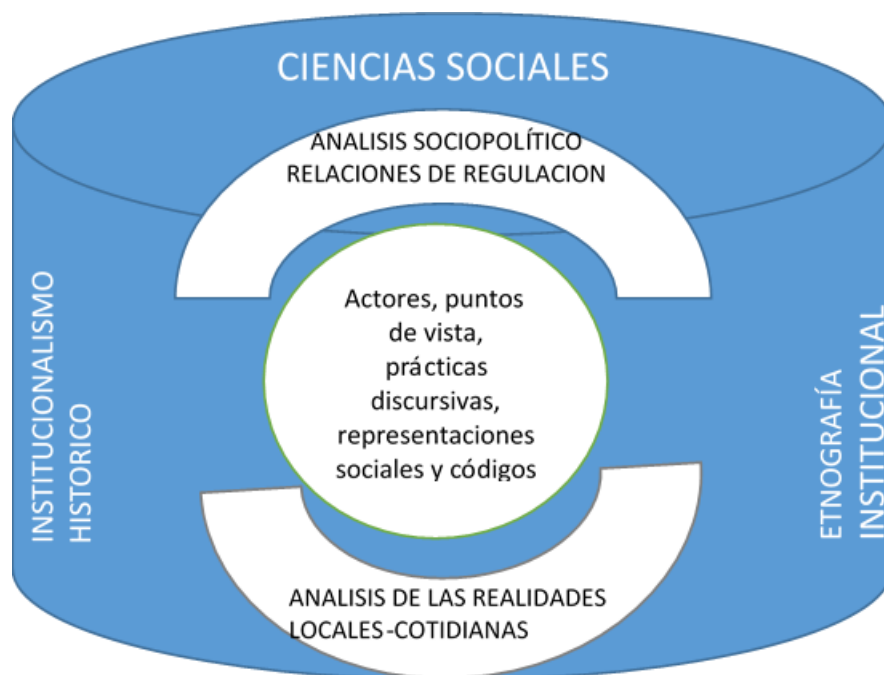
Dorothy Smith, es profesora jubilada del Instituto para Estudios de Educación de Ontario en Canadá pero ha dedicado su vida profesional a producir con rigor académico los medios para satisfacer su interés feminista y socialista de desnudar completamente las RRS que regulan, ordenan, configuran y coordinan tan efectivamente desde hace más de tres siglos hasta el día de hoy, aquellos valores, discursos y prácticas en la gente materializando y reproduciendo con ello la idea de jerarquía y el orden social que acrecienta las injusticias e inequidades como forma de mantener las bases institucionales configuradas tan remotamente en tiempo y lugar (Smith, 2005).

Para esta autora, los “textos” impresos y tecnológicos son los vehículos a través de los cuales estas RRS logran con éxito y efectividad, materializar, desarrollar, reproducir, revitalizar, reciclar y sostener a lo largo del tiempo y espacios aparentemente asincrónicos con los escenarios institucionales cotidianos contemporáneos a pesar de haber sido instauradas en el siglo XIX. Los textos cumplen la función de expansión en medio de la globalización que invade todo el planeta venciendo inmensas distancias en tiempo y lugar hasta el punto de que hoy siguen operando con mayor fuerza (Smith, 2005).

Su esfuerzo analítico lo hace a partir de un ejercicio de interpretación hermenéutica del lenguaje que contienen dichos textos como sujeta con una conciencia, sensibilidad y agenciamiento social aptitudes que le concedió su experiencia como activista. , Para ella, el lenguaje es la entidad que simboliza, estructura y es estructurada socialmente por la función permanente que cumple la comunicación verbal y escrita formando territorios comunes construidos por los individuos involucrados en esa acción comunicativa del día a día. La concreción de su método de investigación lo hace Smith con la ayuda de herramientas ontológicas y epistemológicas propuestas por científicos sociales, como: George Mead, Mikhail Bakhtin, Luria y Valentin Volosinov (Smith, 2005: 90-98).

Así, fue como se pensó ensamblar el modelo de enfoque teórico-metodológico como un caleidoscopio para visualizar y caracterizar las “relaciones sociales de regulación” (en adelante RRS); categoría central de Smith porque dan sentido mientras que regulan y coordinan las tareas diarias de la gente que participa en la función institucional de formación médica vinculada a los campos del saber y la práctica médica específica con la SSR y los DSR de adolescentes. Su método inicia con la problematización del malestar que condujo al interés particular del investigador por un objeto de estudio determinado. En este caso la problematización se hace teniendo en mente la idea de descifrar la regulación social del papel que ejercen la economía de mercado, la ideología religiosa y el estereotipo de género y edad, clase, raza y orientación sexual sobre las prácticas discursivas que restringen los DSR de adolescentes y que lograron predominar en medio del contexto y proceso sociopolítico que englobó el cambio curricular (Smith; 2005, Morales-Borrero, 2010).

Figura 3: La concurrencia de enfoques que forman el tubo del caleidoscopio



A continuación se detallan las corrientes epistemológicas y ontológicas, los conceptos y categorías teórico-metodológicas elegidas para constituir el enfoque teórico metodológico conforme al grado de utilidad para este estudio. El proceso de construcción o “ensamblaje” del modelo de enfoque se hizo contrastando las características y ventajas con los vacíos teóricos y metodológicos que debían ser subsanados para cumplir los objetivos de la investigación.

El cierre de este proceso de reflexión en torno a lo que debería contener el caleidoscopio lo constituyen las figuras 4 y 5 y los cuadros 3 y 4, los cuales resumen el enfoque teórico-metodológico ensamblado, las fuentes que se analizaron y el plan que guio el proceso de recolección y procesamiento de los datos analizados. Se espera dar respuesta con este método exploratorio ya no solo a los interrogantes que inspiraron este camino investigativo, que sabemos es apenas un tímido comienzo hacia el desarrollo de una línea que nos siga iluminando en el propósito de comprender el lugar que ocupamos en el orden social y el rol que desempeñamos en la resistencia o reproducción de la regulación de nuestro quehacer y de nuestra vida como mujeres esposas, madres, hijas, profesionales, docentes e investigadoras en el mundo de la institución médica, la academia y la ciencia.

1.9 Ensamblaje: Decantando la selección de herramientas

1.9.1 El institucionalismo histórico para el rastreo de las dinámicas sociopolíticas de las configuraciones estructurales.

El institucionalismo histórico de donde se inspira el ejercicio exploratorio para llevar a cabo el análisis sociopolítico a las políticas de juventud y sexualidad en Colombia de Morales-Borrero (2010: 39) se surge en la década de los ochenta, dentro de la corriente de Ciencias Sociales

comparativas, interesadas en comprender el papel de los Estados a lo largo de procesos históricos de largo alcance en que acontecen cambios los sociopolíticos para su modernización conducentes a las configuraciones de las instituciones sociales que regulan las sociedades contemporáneas, a partir de una propuesta de teórica y metodológica desarrollada por Evans, Rueschemeyer y Skocpol (1995).

Los fundadores de esta corriente ubican al Estado y al Poder como las categorías del primer plano del análisis sociológico, que a su vez, parte del período actual hacia atrás en la historia con el fin de explicar su proceso y su papel en la configuración y organización estructural a través de la caracterización de las estrategias de acción que fueron desplegadas para suplir intereses de las élites estatales y por lo poder descifrar los mecanismos que aseguraron la solidificación y permanencia de las estructuras sociales configuradas (Skocpol, 1995: 41).

Esta corriente sostiene que el Estado durante la modernización empezó a cobrar ventaja frente a los demás actores sociopolíticos, porque como es el único actor que tiene garantizada la oportunidad de jugar una doble función en la contienda, logrando casi siempre balancear la correlación de fuerzas a su favor. Porque es el único que juega de actor en competencia al tiempo que es el actor que regula el campo y dictamina las reglas de juego de la disputa del poder. Esta doble condición de privilegio le concede el poder para manipular sutil pero eficientemente la dinámica sociopolítica en la dirección que le conviene. La manipulación se logra porque: -de un lado, el estado asuma un rol de coordinador de la escena política con sus funcionarios aventajándose en la disputa cuando acceden a los medios y recursos estatales para resolver sus “intereses o fines” alcanzables o no dependiendo de las características como grado de transparencia, democracia, etc. de los contextos sociales; y de otro lado, ejerce el papel que guía la dirección de las configuraciones cuando determina la

organización y la acción que más influye en los significados y los métodos de la política para ser aceptada por todos los grupos y clases” que están presentes en la sociedad (Skocpol, 1995: 41).

Esta condición de privilegio de fungir como actor en competencia, ruedo y juez establecedor de “las reglas de juego” de la contienda lo denominan como “autonomía relativa” y Morales-Borrero (2010) afirma, que esta condición es a la vez la principal característica del poder sociopolítico del Actor-Estado que al final terminó regulando la dirección que tomó el proceso de formulación e implementación de las políticas configuradas. De manera que el Estado siempre aparece como la principal fuente de los “conflictos” que enredan el desenlace de los procesos en razón de esta doble función.

Otro punto a favor de trabajar con este enfoque, es que brinda elementos para hallar y analizar las oportunidades que abren la posibilidad del cambio o giro en el proceso de configuración de largo o mediano plazo: “coyunturas críticas” que reflejan los “contextos y las características del estado en territorios de su jurisdicción en interacción con otros Estados” (Morales-Borrero; 2010, 39). Así, el proceso de renovación curricular bajo esta óptica se concibe como espejo de un camino más amplio de transformaciones que dan forma y reforman las políticas (Pierson y Skocpol, 2008), como las que en nuestro caso marcan y delimitan los contornos que dieron forma a la nueva política curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Su escogencia también tiene que ver con que es un enfoque que trasciende limitaciones de otras orientaciones conceptuales y metodológicas de análisis de políticas convencionalmente aplicadas en las Ciencias Sociales. En primer lugar, como principio busca asuntos críticos que despiertan un interés público de una sociedad dada más que de un campo disciplinar, científico académico. En

segundo lugar, tiene en cuenta el tiempo como categoría central que posibilite identificar secuencias, cambios, variaciones, innovaciones y rupturas de un proceso de configuración. En tercer lugar, sus hipótesis las edifica sobre un interés por evidenciar los efectos que tienen los procesos dentro de instituciones locales en escenarios de mayor envergadura.

En este estudio en particular se brinda una conexión y simultaneidad entre el escenario sociopolítico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia con otros contextos en los ámbitos local, regional y nacional de políticas de sexualidad y juventud del país y de reformas de los sistemas de salud y educación (Pierson y Skocpol, 2008). El enfoque histórico obligó primero a llevar a cabo una revisión crítica de textos documentales y de fuentes primarias y secundarias que registraron la información para dar cuenta del proceso de configuración del proceso de ruptura y cambio político que se quería explorar: la de renovación curricular en relación con el marco amplio de globalización en que se vienen configurando políticas de esas reformas estructurales y de las de sexualidad y la juventud.

1.9.2 El institucionalismo histórico en el análisis del proceso de configuración de un cambio curricular del programa de pregrado médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Con base en estas reflexiones , se decidió abordar el proceso sociopolítico y las relaciones sociales que regulan la función institucional de formación médica en las áreas temáticas que se vinculan con DSR de adolescentes en el ámbito local de la institución así como con y desde los contextos y contornos externos (translocales) de ella en referencia a DSR de adolescentes y jóvenes

dentro del marco delimitado por el proceso histórico que ha dado origen a un cambio curricular que sigue deviniendo en el dominio de la formación disciplinar de medicina general.

En este estudio, el estado como categoría conceptual protagónica del enfoque sociopolítico derivado del institucionalismo histórico, se asemejó al papel que desempeñan las instancias institucionales de la universidad en donde acontece la formulación y conducción de la puesta en marcha de las nuevas políticas universitarias, que en el caso de la Universidad de Antioquia, actúa como un ente legislador” y “ejecutor” tal y como ocurre con el Estado colombiano porque al ser institución pública cuenta con autonomía relativa” la misma condición de privilegio del Estado

Las instancias y fuentes identificadas para dirigir nuestro lente para analizar n esta doble función de poder en la Universidad como actor y factor político fueron: Las Cartas del Rector (medio de divulgación de las decisiones del Rector sobre el cambio curricular), Consejo Superior Universitario (CSU) (instancia que asume funciones similares al Congreso Colombiano), Consejo Académico (como el anterior hace parte de la función legislativa en materia de las decisiones académicas), Consejo de Facultad de Medicina (asume funciones legislativas locales), Comité de Currículo y Oficina de Educación Médica (funcionan como organismos ejecutores de las políticas al interior de la Facultad de Medicina) y la función de coordinación académica de adolescencia y sexualidad dentro de la organización curricular.

1.9.3 El análisis sociopolítico en la superación de las limitaciones del institucionalismo histórico.

La propuesta de Morales-Borrero (2010) señaló las limitaciones del institucionalismo histórico que amenazan el logro de nuestros objetivos al excluir del foco de análisis, por ejemplo, los elementos que no son considerados como parte del estamento oficial por la forma tradicional como se concibe el proceso de formulación de políticas, la omisión de preguntas sobre el devenir y las relaciones de otras organizaciones cívicas con ese Estado y la insinuación de que existen un determinismo institucional tan sólidamente establecido que despoja toda posibilidad de agenciamiento y protagonismo del cambio por parte de actores involucrados en los procesos y asuntos causantes del cambio que se explora. Para superar estas restricciones la autora, acudió también al mismo enfoque que utilizó Morales-Borrero basado en el análisis sociopolítico propuesto por investigadores sociales latino-americanos para el estudio de las reformas de políticas de salud (Hernández, 2000, Almeida y Báscolo, 2006, Almeida y Arouca, 2012, Hernández, 2009, Vega-Vargas et al, 2010).

Sin embargo, esta fusión tampoco es suficiente para el objeto de estudio de esta tesis ya que Morales-Borrero concluyó en su investigación que el análisis sociopolítico tuvo unas limitaciones que tienen importantes repercusiones negativas en nuestra exploración. En primer lugar, este enfoque no es útil para descifrar las relaciones entre las configuraciones de instituciones con un impacto en la vida cotidiana de los agentes que las vivencian. En segundo lugar, no contempla la perspectiva de género como categoría analítica estructural de las configuraciones sociopolíticas.

De todas maneras se retoma este complemento que Morales-Borrero le dio a su enfoque inicial, porque con él se ratifica su presupuesto de que las políticas públicas no dependen únicamente del resultado hegemónico que causa el doble papel del Estado tal y como lo defiende el institucionalismo histórico, sino que el cambio resulta en medio de una fuerte pugna entre distintos actores que presionan dentro y fuera del Estado, porque cuentan con los recursos, los intereses y las estrategias suficientes para poder competir por el dominio político que está en juego (Hernández, 2009, Morales-Borrero, 2010, Vega-Vargas et al, 2010).

Las implicaciones en esta tesis de la adición de este nuevo ingrediente al enfoque van en la línea de poder establecer la evidencia de una dinámica conflictiva que ponga en contraste las voces de protagonistas del cambio mientras se van, especificando sus motivos e intereses para participar o no en el proceso, las formas como lograron que sus voces fueran escuchadas, la consideración de sus intereses con el grado de incidencia en la regulación o promoción de los DSR y en la legitimación de los resultados del cambio.

Igualmente, con esta herramienta analítica se pudo identificar y explicar el predominio de un discurso frente otros y la forma como el segundo fue excluido o reemplazado a lo largo del proceso de renovación curricular. Dicho predominio se constató teniendo en cuenta otra categoría: las Relaciones de Regulación Social (RRS) proveniente del último enfoque que se decidió incorporar. Esas relaciones cumplen una función sustancial para dirimir el conflicto con la conquista del poder por parte de quienes reforman sus prácticas discursivas con los códigos ideológicos que las revitalizan y reproducen en la nueva política curricular. Para analizar este aspecto se pensó en la necesidad de incluir en el análisis las transcripciones de las conversaciones sostenidas con algunos

actores protagonistas de los procesos de formulación e implementación de la política de renovación curricular como parte de las fuentes primarias.

En este sentido, incorporamos a la matriz de análisis tanto los actores de las instancias institucionales formales de toma de decisión y ejecución de la facultad, así como aquellos que estando aparentemente por fuera de estas instancias manifestaron en algún momento del proceso su interés por participar en las negociaciones con lo que tenía relación con los campos específicos de la SSR de adolescentes y la medicina del adolescente.

Se incluyeron también como fuentes algunos documentos de instituciones externas a la universidad como agencias de cooperación internacional, asociaciones y organizaciones que resultaron mencionadas dentro del proceso por aquellos con intereses ideológicos, políticos o económicos que tuvieron injerencia en el tema de SSR y DSR de adolescentes. En el mismo orden de ideas, se incluyeron categorías como perspectivas, enfoques, conflictos, estrategias y alianzas surgidas en función de la dinámica de cambio alrededor de los asuntos relacionados con los DSR de adolescentes.

Los escenarios, actores y demás categorías se analizaron desde la perspectiva que en 1984 definió como “ventana de oportunidad política” Kingdon al constatar su tesis de que , un cambio institucional político ocurre sólo si se encuentran tres condiciones: 1) una demanda por soluciones o cambios por problemas identificados, 2) un abanico de propuestas de soluciones alternativas y la propuesta oficial, y 3) un despliegue de acción estratégica por parte de los poderes “estatales” en este caso de la institución pública que logran legitimar el cambio de la política definida (Lahera, 2004: 21).

En consonancia con lo que recomienda Cristina Zurbriggen (2006) de incluir en toda exploración de las ventanas de oportunidad para los cambios políticos la voz de los agentes sin tener que abandonar la perspectiva epistemológica del institucionalismo histórico se incluyeron entrevistas a algunas personas que laboran en las unidades académicas encargadas de realizar tareas de docencia, investigación y extensión relacionadas con temáticas de los campos médicos específicos de la salud adolescente. Particularmente aquellas relacionadas con los temas de SSR y DSR de adolescentes.

Hasta este punto se centró el análisis en la identificación y caracterización de actores, estrategias, intereses, enfoques y resultados de la dinámica que definió la política del cambio curricular en relación con los DSR de adolescentes. Con el mismo propósito se rastreó el curso que tal política viene desplegando en el proceso de implementación dentro del trabajo cotidiano de la docencia dando a vida y forma a las relaciones sociales que regulan las prácticas discursivas y los códigos ideológicos específicos de la SSR y DSR de adolescentes distintivas del ejercicio profesional médico del momento actual.

1.10 La Etnografía Institucional (EI) la incorporación de la perspectiva de género y el punto de vista de la gente que hace la desapercibida labor cotidiana de configuración.

Como se fue haciendo imprescindible para el enfoque teórico-metodológico que se consolidaba contar con la perspectiva de género que diera cuenta del papel en la configuración de la política y las prácticas discursivas en la función institucional de la formación médica con impacto en los DSR de adolescentes. La categoría Relaciones de Regulación Social (RRS) que Smith propone como objeto de conocimiento dentro de la Etnografía Institucional (EI) para descifrar la institución y

reproducción de códigos ideológicos que dan vida y forma a las prácticas discursivas convenientes a intereses de organizaciones y contextos sociales más amplios y complejos que rodean y terminan moldeando la función institucional específica de la formación médica con la SSR y vida de adolescentes como los procesos de reformas, otros fenómenos sociales y luchas políticas (Smith, 2005, Yañez, 2011).

El programa de investigación de la EI que concluye el proceso de ensamblaje de nuestro enfoque teórico metodológico esta enriquecido con una serie de herramientas heurísticas desarrolladas desde diversos movimientos teóricos y políticos feministas que hacen parte de las corrientes marxista y socialista usadas para conducir una indagación etnográfica a las realidades que se enfrentan a diario las personas que por vivir la exclusión y marginación de las esferas del poder sociopolítico desarrollan una “experticia” fundamental para poder comprender y transformar esas mismas realidades. Son los puntos de vista y conocimientos que históricamente dejan por fuera del lente los métodos de investigación convencionales en las Ciencias Sociales (Smith, 2005).

De esta forma dice Smith que derrota esa tendencia histórica que evita conocer las realidades desde, las voces y vivencias de esas personas y por eso es que siguen espectadoras pasivas y contribuyendo a la configuración y reproducción de las costumbres y prácticas sociales sin un aparente interés por tomar partido para definir el curso que siguen los hilos del poder en una contienda determinada que se analiza. En definitiva estas personas son quienes asumen una importante carga de trabajo para responder a directrices para poner en marcha las políticas son quienes materializan y escenifican las relaciones de regulación social en medio de una realidad compleja que representa una secuencia de múltiples “procesos institucionales operativos” y

constitutivos de la estructura y orden social distintivo de ese mundo social cotidiano que se examina (Smith, 2005).

Al ser materializadas por medio de las tareas rutinarias en medio de la función de formación médica en los las asignaturas de sexualidad y cuidado integral en salud de adolescente es posible hacer visibles las “relaciones sociales que regulan y coordinan” las prácticas discursivas que en medio de la misma se instituyen y se reproducen legitimadas a través de unos códigos ideológicos que se revitalizan u otros que emergen en el proceso de renovación curricular. (Smith, 2005).

El valor de fusionar las herramientas teóricas y metodológicas probadas por Morales-Borrero con la EI con se deriva de la preocupación ética de la segunda con el deber de transferir capacidad y herramientas mediante el proceso de investigación la gente que acepta participar en ella para que comprenda y active su conciencia política sobre el lugar que ocupa en el orden jerárquico social que le asigna la función que cumple en su quehacer cotidiano con la cual puede reproducir eternamente e incondicionalmente las RRS o resistir a este mandato agenciando prácticas alternativas. Este propósito de la EI, no solo se centra en reconocer y hacer consciente el papel estructural del género, sino que incorpora las maneras para que quien investigue pueda ubicar las intersecciones de ésta categoría con otras como clase, etnia y orientación sexual determinantes del acceso a otros tipos de recursos simbólicos o materiales para activar una acción de resistencia.

Estos principios hacen que la EI sea nombrada como “etnografía desde y para la gente” como muestra de una “sociología alternativa” inconforme con la hegemonía que sostienen las corrientes epistemológicas convencionales en la producción de conocimiento científico de las Ciencias Sociales. Muy rescatable para el tipo de exploración que emprendimos con esta tesis doctoral es su

compromiso con la lucha feminista de ofrecer un conocimiento útil no solo para el mundo históricamente asignado al dominio masculino sino para poder aplicarlo en el mundo privado, familiar y práctico de ese diario acontecer de las personas que tanto ha ignorado la academia. Pues, la EI denuncia que la histórica tendencia de exclusión de estos puntos de vista y perspectivas arraigada en el ámbito académico, político y gubernamental se mantiene sin modificar cuando se usan enfoques y metodologías de investigación científica convencionales de las Ciencias Sociales, configuradas a conveniencia de los intereses de las élites estatales de la sociedad capitalista moderna. Según Smith, aplicar esos enfoques bajo la ilusión de que así se asegura el rigor y la objetividad científica pueden contribuir a la continuidad de una práctica social cómplice con la manipulación y subordinación de las personas comunes y corrientes cuando valida la conveniencia de que las élites estatales tomen las decisiones con gran repercusión en la vida real de las demás personas de la sociedad sin tener mucho en común con sus vidas y demandas porque la investigación le hacen capturar su realidad desde un mundo social acartonado, virtual y ajeno tal y como ocurre cuando el investigador social se preocupa solo por producir un conocimiento solo inteligible para mundo académico o para el mundo de la producción de capital o de formulación política reciclando con ello la regulación social con la práctica discursiva que discrimina y excluye (Smith, 2005).

Para Smith, toda esta configuración de esta tradición se produce y se reproduce efectivamente desde el siglo XIX con las Relaciones Sociales de Regulación (RRS) que han sido poco estudiadas. Sus investigaciones han permitido constatar que ellas han solidificado un mundo social que relega el papel de las mujeres exclusivamente al cumplimiento de una tarea que resulta valorada como despreciable para la época, porque con ella las personas se aprestan con una sensibilidad y habilidad para desmantelar la “mascarada universal” del mundo occidental, ilustrado, capitalista y moderno que nacía con tantas promesas de bienestar que implicaba una función importante y que demandaba

una carga de trabajo no remunerado, ni formalmente reconocido, pero efectivo para mantener el orden y enfrentar los problemas que surgían comúnmente en el mundo doméstico por causa del modelo de civilidad que se imponía. Dicha virtud o cualidad no podía popularizarse porque amenazaba con ese orden que se empeñaba instituir. Esta división con base en la condición de género/sexo evitaba entonces que asuntos de ese mundo del orden “afectivo”, “emocional” y aparentemente “banal” emblema de la “feminidad” distrajeran a los hombres de su perentoria e imprescindible labor destinada con toda exclusividad a la misión de producción y expansión de la economía de generación de capital, pilar de esa sociedad moderna que se configuraba (Smith, 2005).

Esta investigadora, intenta con la EI revertir esa bifurcación de conciencia que acepta y reproduce como norma natural que divide y organiza el mundo social en mujeres y hombres, inculcando en la subjetivación de la gente una estricta separación del saber práctico y útil para poder vivir y conducir su vida únicamente si cuenta con la ayuda del conocimiento que surge en el mundo “científico convencional”, que como ya se anotó resulta acartonado, distante y poco habitual con la corporalidad y vida personal. Esta identidad configurada por la influencia de esas relaciones sociales se torna indispensable porque contribuye a la naturalización de la explotación masiva que caracteriza al capitalismo moderno, apuntalada por el discurso filosófico de Descartes como elemento fundante del mundo social moderno que ellas siguen regulando (Smith, 2005).

Dado el escaso conocimiento y aplicación que este programa de investigación tiene en la región latinoamericana y en este país, quizás porque su obra compilada en tres textos: “*Institutional Ethnography. A Sociology for People*”, “*Institutional Ethnography as Practice*” y “*Mapping Social Relations. A Primer in Doing Institutional Ethnography*” (Smith 2005, Smith 2006, Campbell y Gregor, 2004), no ha sido traducida al español. Es pertinente dedicar un espacio de esta tesis para

describir su programa de investigación con mayor amplitud. En especial porque hay interés de explicitar cómo se puede vincular esta propuesta de investigación tan específica con el campo de la formación médica y los DSR de adolescentes con la perspectiva de la EI.

En resumen, su obra comienza con una rigurosa argumentación que soporta su postura crítica frente a las perspectivas ontológicas, epistemológicas y metodológicas constitutivas de la sociología convencional. A partir de esa problematización fue estructurando su postura ontológica y epistemológica con la ayuda de sustentos provenientes del mundo académico y de formación de la Ciencia Sociológica y de su experiencia personal como mujer activista del movimiento feminista simpatizante con el marxismo de gran protagonismo mundial en los años sesenta (Smith 2005, Smith 2006, Campbell y Gregor, 2004). A grandes rasgos, su obra va compilando los desarrollos teóricos de varios pensadores críticos sociales del modelo económico, político y sociocultural hegemónicamente configurado en el proceso de modernización. En primer lugar, la autora se identifica con la inconformidad que a Marx le produce la “ideología alemana” al identificar en ella una estratégica relación de complicidad con la fundamentación de un orden social en un modo de producción capitalista evidenciada por la alianza que esta postura intelectual mantuvo con un estilo de generación de conocimiento teórico en el campo de las Ciencias Sociales que ignora y es distante de las realidades, experiencias y condiciones materiales de la gente que lo padece (Smith, 2005: 54).

A medida que la autora declara su simpatía con la teoría marxista se incrementa su distanciamiento y conflicto con el movimiento intelectual neo marxista que inaugura Althusser, porque lo considera traidor y negligente con el principal principio ontológico, defendido con tanto ahínco por Marx en su crítica a esa falsa neutralidad, objetividad y compromiso social de la ideología que termina dictando el orden y el modo de producción del conocimiento científico de la época

(Smith, 2005: 55). En segundo lugar, su reiterado compromiso por convertir la investigación en un medio para que la gente común pueda contar con un conocimiento más cercano a su realidad cotidiana y por lo tanto sea más útil para desarrollar mejoras a las situaciones y realidades adversas que el modelo civilizatorio occidentalizado ha ido introduciendo en sus mundos sociales de su diario acontecer, sobre todo que la investigación evite la tendencia de convertir casi todo el esfuerzo indagatorio en la eterna práctica de teorización sobre procesos históricos, en donde la palabra y la acción de todas estas personas siguen ausentes; situación que llevó a recurrir a la técnica antropológica etnográfica con base en algunas ideas del interaccionismo simbólico de George Herbert Mead y de lingüistas rusos tales como Mikhail Bakhtin, AR Luria y Valentin Volosinov (Smith, 2005: 24).

La postura epistemológica de la autora de la EI, la desarrolla a partir de su experiencia personal como mujer, madre soltera, cabeza de familia, atareada por las obligaciones domésticas, al tiempo que ejercía como profesora e investigadora en medio de un mundo académico que cataloga como hegemónico en una Facultad de Sociología de una universidad de Canadá que la hace caer en la cuenta de que su vida transcurría en medio de una “conciencia bifurcada” por la distancia que mantienen esos dos mundos en que transcurren sus rutinas. Condición que encuentra que es comúnmente compartida por otras mujeres académicas, activistas y madres.

La bifurcación se concreta con la intersección de esos dos mundos. Uno de mucha carga de trabajo local personificado en y por la función de la maternidad configurada históricamente como código ideológico para regular la vida, la sexualidad y el cuerpo de las mujeres bajo la presión de un mandato social y cultural que las obliga a ser madres, traer y criar nuevos ciudadanos al mundo (Fernández-Pujana, 2014). Ese mundo instituye la ecuación mujer=madre a la que desde la teoría

feminista se ha hecho mención y de la que a menudo resulta más que complicado, si no imposible, escapar según la cual la mujer requiere de la identidad materna para su plena realización. Mientras que el hombre no necesita de la paternidad para completarse como persona. (Fernández,-Pujana 2014: 13). En ese ámbito local y familiar la mujer emprende una lucha simultánea que por un lado pugna por la subsistencia inmediata y la garantía del cuidado del hogar. Por el otro, debe responder a una presión del trabajo en una esfera que trasciende lo local con implicaciones de obligada e inconsciente participación en las relaciones de regulación social extra-locales que hacen parte nuclear del discurso sociológico y del régimen institucional de esa universidad o mundo académico donde labora como profesora e investigadora (Smith, 2005: 22).

Su reflexión le permitió descubrir que esas vivencias personales derivadas de la carga doméstica y familiar se organizaban de modo muy diferente de las experiencias vitales experimentadas dentro del mundo constituido con y para el trabajo académico de la sociología estructuradas en torno a un sujeto de conocimiento declarado como neutral y desconectado del plano íntimo, corporal y familiar (Smith, 2006). Esta división de conciencia la hacía asumir en el mundo universitario un modo de ser regido por las relaciones de control imperantes en la vida rutinaria de la institución académica y en su casa que identifica como el mundo local y cotidiano emergía otra persona de actitud flexible, cercana y más cómoda con su identidad (Smith, 2006, Bach, 2010, Yáñez, 2011).

Esta doble conciencia rectora de la EI con base en la idea de conciencia de clase y explotación que describió Marx, brinda caminos alternativos al trabajo académico tradicional de la sociología en dos direcciones. Una beneficiada por la conciencia bifurcada que reviste nuevas sensibilidades y capacidades para estudiar y comprender en cada uno de esos dos mundos las relaciones de poder y la diferencia en la jerarquización que existe entre el mundo científico y el mundo del conocimiento

cotidiano familiar y doméstico sin aparente conflicto. La otra, esta postura ontológica y epistemológica da origen a una práctica sociológica que al comenzar por identificar objetos de estudio propios de la vida cotidiana de las personas tiene mayor garantía de que el conocimiento que de ella se derive conduzca a una praxis con asiento en lo que debería ser el núcleo de la investigación de lo social justamente en las actividades diarias y rutinarias (Smith, 2006, Yañez, 2011).

Su método de investigación va en sintonía con las luchas reivindicatorias de mujeres que impulsó la “segunda ola del feminismo”, a partir de la fuerza incitadora que suscita la obra emblemática “El segundo sexo” de Simone de Beauvoir. Su activismo en el movimiento feminista, marxista y socialista durante los años 60’s y 70’s, la ayuda a problematizar, desde esta corriente epistemológica y política, su formación disciplinar. Ella, como muchas de esas mujeres activistas, necesitaba hallar formas para poder mejorar, facilitar y armonizar su carga de trabajo en el acartonado mundo laboral y en su vida cotidiana. Situación asfixiante para muchas mujeres que asumían la demandante carga que les impone la labor de crianza de sus dos hijos. Para ese momento de descubrimiento de su conciencia dividida por causa de la doble vida y carga de trabajo, dos de sus compañeras de lucha (Sandra Harding y Nancy Hartstock) habían introducido al mundo académico el concepto “punto de vista” para poder con él traer al frente ese saber situado, habitado *en y por* el mundo doméstico y escondido para el mundo académico que comparten ontológicamente las mujeres a raíz de una larga trayectoria histórica de vivencias en medio de exclusión, marginación y dominación (Harding, 1998, Bartra, 1998).

Existe una importante diferencia frente a este concepto de “punto de vista” entre la propuesta por sus creadoras y la que asume Smith en su método de Etnografía Institucional (EI). Smith, eleva esta categoría al dejar de ser una categoría de género relacional, tal y como la planteaban Harding y

Hartstock, a una categoría política, para poder en ella articular las demás categorías sociales que materializan la práctica de exclusión del orden social instituido en el Estado-Nación moderno sobre el cual descansan las bases institucionales, por ejemplo, las del mundo académico que nos interesa indagar: edad, clase social, raza, orientación sexual, entre otras

Smith con su EI incita al a un diálogo alrededor de preguntas provocadoras sobre algunos asuntos, preocupaciones, malestares o problemáticas centrales, reales y de interés para las personas que deben hacer conciencia de su lugar en un orden institucional particular que ha sido establecido por las relaciones de regulación del poder como un ejercicio de producción de conocimiento a través del cual estas personas toman conciencia y conocimiento del lugar que ocupan y de la existencia de esas relaciones(Smith, 2005: 32).

De esta forma, Smith, consolida política y teóricamente su interés feminista marxista socialista que asegura que el conocimiento es siempre situado y por ello la EI debe partir del “punto de vista” o (*stand point*) de quienes están pasan sus días al margen de las esferas del poder en donde se tejen los hilos que mantienen y regulan ese orden social o institucional determinado. No obstante, ella reconoce que aunque se apoya en la noción de conocimiento situado desarrollada por Sandra Harding y Nancy Hartstock, se distancia de ella por no compartir el carácter esencialista y relacional que estas investigadoras le conceden a esta noción, con exclusividad para rescatar el punto de vista de las mujeres como lo único que garantiza la representatividad de la realidad y verdad en un proceso de producción de conocimiento social para ellas. De manera revolucionaria ella la convierte en una categoría política y global, donde ya no solo se deben incluir la voz de las mujeres, sino la de los hombres y demás diversidades de géneros, porque considera que todas esas personas enfrentan el desafío de poder localizar “su punto de vista en medio de un orden institucional” que se puede

dibujar precisamente a partir de la perspectiva de la gente con quien se explora dicho “orden o régimen institucional” (Smith, 2005: 32).

Así las cosas, para esta tesis, es de suma importancia tener en cuenta el papel protagónico en la regulación social quienes estuvieron al margen del proceso de renovación por no acceder a las instancias de decisión pero que operan las tareas de formación médica en torno a la sexualidad y la adolescencia de la Facultad de Medicina, por eso sus puntos de vista se incluyeron. Este es el caso de estudiantes, empleados no docentes o investigadores.

De entrada, nos identificamos con la crítica que DS hace frente a las teorías y técnicas de investigación convencionales de la sociología (Smith 2005, Smith 2006, Campbell y Gregor, 2004). La simpatía con su postura se debe a que la autora de esta tesis también comparte el descontento que Smith expresa derivado de su experiencia en la función de formación académica en que encuentran que su conocimiento académico y disciplinar adquirido para trabajar en el campo de la sociología resulta ser de poca utilidad y practicidad. Es pues paragógico que una formación profesional que , supuestamente prometía habilitarla con el saber y la práctica para poder ayudar a la gente a que comprendan, tomen conciencia de forma que puedan transformar efectivamente sus realidades le ocasione tanta frustración (Smith, 2005). Su frustración se empeora cuando cobró conciencia de que , la teoría sociológica pone poco empeño en un esfuerzo real y sincero de transferir el poder y el conocimiento a la gente como medio para desarrollar en ella la oportunidad de “agenciar” sus rutinas y vidas para acceder a los recursos simbólicos y materiales necesarios para llevar a cabo una función de resistencia y liberación de la regulación y alienación que hábilmente ejerce el capitalismo en la actualidad con fuerte represión de sus derechos y sus sueños (Smith, 2005).

A medida que avanza su obra, la autora añade otra categoría: “institución” noción que define como el espacio que da forma distintiva a la producción, materialización y reproducción de relaciones de regulación social RRS (*ruling-relations*) con suficiente poder y efectividad para lograr conectar, articular y coordinar las acciones sociales que la gente hace en el cumplimiento de tareas puntuales del diario transcurrir con procesos sociales amplios que acontecen en esferas globales. Así van trascendiendo el ámbito local y nacional en que está inmersa la institución que se analiza. Para la autora es claro que RRS son objetivadas y escenificadas por las personas como resultado de la función de mediación que cumplen ciertos “textos” con los que mantienen una permanente interacción en su diario acontecer dentro del escenario institucional local que les resulta tan familiar.

Por esta razón, vale la pena analizar e interpretar los textos impresos y magnéticos que logran insertarse en las actividades de rutina de las escena de la vida institucional que se observa hasta quedar instituidos como emblemáticos de la regulación en medio de complejos procesos en que se materializan y configuran las prácticas discursivas distintivas de las tareas y actividades especializadas que realizan estas personas de manera rutinaria configurando “discursos oficiales” determinadores de las características distintivas de la institución (Smith, 2005, Yañez, 2011, Parada y Cols, 2011).

El análisis de la regulación social se condujo sobre la base de cuatro categorías cardinales del método de investigación conocido como Etnografía Institucional (EI) de la socióloga feminista marxista Dorothy Smith, fuente de inspiración fundamental del enfoque que se ensambló para de esta investigación. En primer lugar, la categoría analítica: Relaciones de Regulación Social (RRS) definidas como “conjunto de relaciones mediadas por textos que circulan comúnmente en la vida cotidiana que poderosamente vinculan y conectan en tiempo y en espacio a las personas ejerciendo

una función de orientación, organización y configuración de las prácticas y tareas rutinarias que desempeña la gente en el mundo cotidiano de las instituciones como: corporaciones, burocracias estatales, discursos profesionales y académicos, medios de comunicación masiva y todo el conjunto de relaciones que interconectan los textos entre sí” (Smith, 2005: 10). En segundo lugar, institución se concibe como “complejos funcionales dentro de las relaciones de regulación social” en donde es posible descifrarlas a través del análisis de los discursos y de los mapas de organización social que direccionan las funciones constitucionales de dichas instituciones tales como educación, ciencia, leyes, cuidado de la salud, agencias gubernamentales, rentabilidad corporativa, entre otras (Smith, 2005:44). En tercer lugar, los textos son palabras o imágenes materiales y replicables que se convierten en los componentes fundantes de las formas generalizadas en que las RRS existen y que gracias a la acción de las tecnologías es posible su replicación de manera autónoma e independientemente de escenarios locales particulares en que se originaron (Smith, 2005: 93). En cuarto lugar, para la EI las prácticas discursivas locales de la gente son prácticas metódicas con las cuales los agentes participantes de la función institucional que se analiza logran dar sentido y credibilidad a la vez que contribuyen en la configuración de esas prácticas a partir de la función coordinadora que ejercen unos códigos ideológicos que van emergiendo en medio de la regulación social que persiste en ese mundo cotidiano (Smith, 2005: 67). Estos códigos ideológicos los concibe como dispositivos ideológicos (*forms of thought*) que sutil y efectivamente dan sentido y estructuran identidades y modos de saber, hacer y ser en ese diario vivir.

Al recapitular sobre los pasos que adelantó Smith para consolidar este método de investigación de la EI. Encontramos varias ventajas de incorporarlo a nuestro enfoque. En primer lugar, nos atrae la idea de dirigir la mirada exploratoria hacia esas formas de interpretar y actuar las realidades, actividades y tareas cotidianas en la función de formación médica de una institución médica que

reproduce n unas prácticas discursivas que medicalizan la sexualidad y la adolescencia a partir de un ejercicio inicial de problematización de esas rutinas desde los puntos de vista de quienes las están realizando y de quien las quiere explorar y explicar en cuanto su rol como profesora e investigadora de esa institución, en la tarea específica de formación médica en el campo de MA. En segundo lugar, la necesidad de escoger algunos “textos” representativos para analizar cómo logran cumplir tan efectivamente la función de organización y coordinación de dichas actividades, tareas y prácticas discursivas que componen los procesos rutinarios que configuran y dan perpetuidad a las instituciones superando los intentos de reforma durante siglos de historia de la medicina antioqueña y colombiana. En tercer lugar, porque vemos la necesidad de levantar un mapa que plasme y haga visible el régimen jerárquico configurado por las relaciones sociales que regulan y coordinan esas realidades cotidianas que viven las personas que escenifican, en función de los códigos ideológicos que legitiman y dan sentido a las prácticas discursivas convenientes para ese orden (Smith, 2005).

La replicación de estos pasos, posibilitó descifrar las RRS que median esta función institucional específica y muy local pero con gran repercusión en las políticas y en la vida social que regulan la sexualidad y la adolescencia en el contexto más amplio de la formación médica rastreando la historia en que ellas se instalan para coordinar las rutinas de estos funcionarios. Así, teniendo en cuenta el concepto de “territorio interindividual” propuesto por Volosinov que rescata Smith, se trató construir un conocimiento social colectivo que la investigadora descubrió en la medida en que el enfoque teórico-metodológico la hizo ser capaz de reconocer las “intersecciones y complementariedades de sus diferentes relatos en medio de las relaciones que coordinan su trabajo”, tal y como la ha hecho el grupo de investigadores que han puesto a prueba la exactitud de la EI. (Smith, 2005: 63).

Se afianzó así mismo una simpatía con la propuesta de EI porque refleja un riguroso esfuerzo de Smith y sus colaboradores para diseñar una guía ontológica particular y distintiva que guía hacia un camino teórico-metodológico certero a quienes queremos innovar con modelos de exploración sociológica “alternativa”. Las concordancias ontológicas halladas entre su postura y ciertos principios del institucionalismo histórico nos animaron a poner a prueba un enfoque que los fusionara, con el fin de dar mayor amplitud al análisis y a los alcances de este estudio.

Consideramos que las dos corrientes ontológicas, defienden la tesis de que el conocimiento social es también resultado de un proceso histórico dinámico, en constante movimiento y en el que las acciones que realizan las personas, se entrelazan entre sí, respondiendo siempre a otras acciones que distintas personas sin aparente conexión geográfica, espacial o temporal, están haciendo. Vemos cómo se va formando una cadena de acciones de la gente que va dando sentido y materializando el conocimiento social asegurando por consiguiente la existencia de un mundo social común. Así se logra y se garantizan condiciones de funcionalidad y solidez necesarias para configurar instituciones.

Igualmente, encontramos que las dos propuestas (el IH y la EI) en la presente tesis comparten un carácter histórico que hace pensar que las acciones de los sujetos, también sufren la influencia del pasado con consecuencias que se proyectan hacia el futuro. Todo esto conlleva a la existencia de un mundo organizado socialmente que trasciende la noción ontológica empírica que asume que el mundo social está representado naturalmente y orgánicamente, que el método científico convencional lo logra capturar en la teoría sin sesgos. La postura ontológica de la (EI) admite que el lenguaje es instrumento, vehículo y medio, porque reúne dispositivos, mecanismos, códigos discursivos y códigos ideológicos con que se materializa la función de coordinación de las RRS a

través de las experiencias que se viven y que exteriorizan conciencias y procesos de subjetivación de los sujetos involucrados en una labor rutinaria de determinada institución (Smith, 2006).

Sin embargo, a diferencia del institucionalismo histórico, la (EI) demarca dos elementos teóricos para la labor interpretativa del lenguaje en una investigación como la nuestra. De un lado, el lenguaje se concibe como la acción que a su vez no puede estar separada de todo un anclaje corpóreo. Con esa concepción se evita caer en la limitación para el análisis hermenéutico que imponen categorías binarias como pensamiento/mente, acción individual/mundo social (Smith, 2008). De otro lado, la (EI) se vale del concepto “territorio interindividual” de Volosinov, reiterando que la *palabra* es un “acto de dos frentes” producido en un territorio o espacio compartido para poderla construir en medio de una relación de reciprocidad entre el sujeto que habla o escribe y quien le escucha o lee (Smith, 2005: 77).

De esta manera, las experiencias particulares (de quien habla o escribe y quien escucha o lee) se entrelazan en un mundo que es conocido y nombrado de manera conjunta entre las dos partes (Smith, 2005: 75). Finalmente, para evitar el riesgo de tomar como base ontológica la experiencia individual esencialista, característica de la etnografía general o de los estudios antropológicos o sociológicos que intentan explorar el mundo subjetivo, como lo hacen quienes se inscriben en el interaccionismo simbólico, Smith se reafirma en las nociones del materialismo histórico marxista para poder, con ello, comprender cómo es que se coordinan las actividades y las prácticas de las personas, a su vez inmersas en la dimensión social global en cuanto espacio y lugar por donde viajan grandes distancias en tiempo y espacio las RRS, que aún en estos días siguen regulando las instituciones configuradas siglos atrás.

Al igual que Smith nos identificamos con sus aspiraciones cuando aclara lo siguiente sobre la EI: Mi propuesta ontológica es modesta. Yo quiero contar con una teoría que nos permita entender cómo es que lo social existe, de forma tal, que nos ayude a comprender la realidad que estamos observando, escuchando, registrando y analizando. Insisto, no me preocupó con asuntos epistemológicos, como sí lo estaba la etnometodología, por lo menos en sus inicios” (Smith, 2005: 52)⁵.

Así las cosas, el recurso de la (EI) en este estudio no va a ser usado aspirando el desarrollo de una vasta teorización de categorías sociales previamente determinadas o para corroborar hipótesis o teorías preconcebidas (Smith, 2005, Yañez, 2011, Parada, 2011). Por el contrario, en este caso, se acude al recurso etnográfico con el objetivo de incluir otras voces de actores para enriquecer el análisis sociopolítico con un conocimiento que surge a través del diario vivir en ese mundo social institucional del que hace parte la función de formación médica específica en relación a DSR de adolescentes, útil para identificar y comprender los cambios, al menos en la vida laboral y personal cotidiana de quien investiga mientras hace conciencia sobre las relaciones de regulación que necesitan ser cuestionadas y transformadas, porque riñen con los DSR de adolescentes.

Por ello se han explorado textos que circulan en los espacios específicos de formación médica sobre la adolescencia y la sexualidad, además, se han tenido en cuenta los puntos de vista de docentes e investigadores, con el fin de identificar las prácticas discursivas y códigos ideológicos sobre DSR de adolescentes que surgen en medio de las experiencias cotidianas de las personas dentro de esa

⁵ Traducción de la investigadora.

institución médica universitaria específica y, con ellas, saber ¿cómo funcionan las actividades, y qué es lo que finalmente guía sus acciones? (Campbell y Gregor, 2004: 40).

En este sentido, nos parece importante concentrar esfuerzos para identificar y analizar los “textos” formales y no formales, que fluyen, porque son citados y/o circulan en forma constante y rutinariamente en los espacios sociales de complejas funciones institucionales que se quieren analizar en donde la acción, según Smith, ocurre más frecuentemente, pero no exclusivamente de modo inconsciente; esas personas que realizan la mayor carga y explotación, pero que son generalmente ignoradas, invisibilizadas y excluidas por parte del investigador cuando se ciñe a los preceptos, enfoques y normas metodológicas tradicionales de las Ciencias Sociales dejando escapar del foco los puntos de vista de quienes merecen ser parte de esos esfuerzos indagatorios, para poder comprender mejor cómo es la organización social del conocimiento que configuran las prácticas discursivas con que se pueden trazar y mapear las RRS (Smith, 2005). En este caso, el análisis de los textos se hace con el fin de hallar los “códigos ideológicos” que configuran las prácticas discursivas en relación con DSR de adolescentes.

Como conclusión hacemos hincapié en los siguientes argumentos para defender la decisión de fusionar estos dos enfoques:

1. Ante la inconformidad de la posibilidad de investigar sobre las RRS con herramientas conceptuales tradicionales de las Ciencias Sociales porque su rígido exigencia con la idea de mantener una postura neutral como la única garante de la “objetividad” distintiva de la organización social del conocimiento que históricamente ha desplazado o detenido la participación del sujeto: -investigado e investigador subsumiéndolo a ese “saber o conocimiento” científico que termina en contra de los individuos-sujetos y de las subjetividades, sobrepasando las idiosincrasias de experiencia, interés y perspectiva. La IE en cuanto proceso

de investigación propone realizar una forma alternativa de producción de conocimiento de lo social en el que el conocimiento que tienen las personas sobre sus prácticas rutinarias y diarias es sistemáticamente extendido hacia las relaciones sociales y los órdenes institucionales en que todos de alguna forma estamos participando.

2. Para cumplir con este principio ético la EI indica la forma para permanecer en la experiencia y conocimiento día a día expuesto en el punto de vista de las personas y en textos analizados. Por esto es necesario problematizar lo que está implícito en y sobre ese mundo del día a día con un cuidado de extender las potencialidades de este método indagatorio etnográfico más allá de las circunscripciones de nuestro saber fundamentado en la experiencia de la vida cotidiana para hacer visible las relaciones sociales que están dentro y fuera de ese mundo que se analiza. El foco de la mirada exploradora parte de ahí y se va expandiendo a las dimensiones de contextos sociales meso y macro apoyándose en la información que emerge desde los discursos locales.
3. Dado que la EI se nutre de múltiples disciplinas como la antropología, sociología, historia para que una indagación que comienza desde el punto de vista de la gente en el mundo local, para ir descubriendo la manera como las relaciones de regulación; a su vez alimentadas y determinadas por las misma acción local en estas mismas realidades del día a día. Los códigos ideológicos que van emergiendo a lo largo del esfuerzo etnográfico obligan a una reflexión histórica y social concomitante con la interpretación que se hace de los “textos” que resultaron ser esenciales para la garantía de la generalidad, generalización y objetivación de los regímenes institucionales. En este caso la “materialización y objetivación” de los regímenes es “explicada” y no “asumida” como verdad pro parte del investigador. Esta persona se preocupa más por describirla y desarrollar su interpretación a la luz de su papel en la regulación de la práctica discursiva que se instituyó en la formación médica en materia de DSR de adolescentes.

4. Este método ha logrado realmente traer al foco etnográfico los textos como pilar en la coordinación de las acciones locales con eco en otros lugares y otros tiempos, ofrece un potencial enorme para trascender el campo limitado de la etnografía y poder entender socialmente y políticamente el agenciamiento del poder característico de corporaciones, gobierno o estado y las organización internacional (Smith, 2005:40-45)

Así se finalizó el ensamblaje del caleidoscopio con las teóricas-metodológicas que representan desarrollos alternativos de investigación social de diversos campos disciplinares para el análisis de un objeto de estudio de vasta complejidad del papel estructurante de las categorías de poder y género en las RRS y en las prácticas discursivas niveles micro-meso y macro y en dimensiones objetivas y subjetivas de las personas. Así se comienza un largo camino por comprender mejor la relación entre medicina, sexualidad y adolescencia en el mundo globalizado.

1.11 Limitantes de la E.I.: motivos para la alianza con el institucionalismo histórico y la dinámica sociopolítica.

Las ventajas de la EI frente a otras técnicas de investigación participativas reportadas por quienes la han aplicado recaen en la oportunidad que brinda para repensar los escenarios sociales analizados tomando en cuenta las relaciones de poder que han existido históricamente y de producir colectivamente un conocimiento que sea útil , más que todo, a los intereses de las personas sobre quienes se construye ese conocimiento sin desplazarlas para servir a los intereses académicos (Campbell y Gregor, 2004: 69).

Sin embargo, estamos atentos al riesgo que advierten las mismas investigadoras que puede enfrentar la EI, como esfuerzo importante de producción de conocimiento social de poder sucumbir ante las mismas relaciones de regulación social. Sobre todo, si usamos este método de indagación que es inherente a las relaciones sociales de regulación y al ejercicio de poder dentro y fuera del mundo institucional del que no podemos escapar (Campbell y Gregor, 2004: 68).

En concordancia con una de sus seguidoras no podemos negar que existen controversias en torno a este método como lo ha venido denunciando algunas intelectuales feministas desde la década de los ochenta, época en que brilló esta propuesta en diversos ámbitos académicos y de activismo político feminista (Yañez, 2011). Por un lado, la feminista marxista, Patricia Hill Collins fundadora del “*blackfeminism*” (2000, 2005) cuestiona el poder hegemónico que este método le otorga a los textos como objeto de conocimiento central puesto que tampoco éstos son libres del efecto desplazado y excluyente de los otros tipos de producción de conocimiento dentro de las corrientes epistemológicas convencionales que se mantienen hegemónicas en las Ciencias Sociales (Yañez, 2011: 122, Hill Collins, 1992: 77). Con base en esta crítica, se anticipó un riesgo de sobrevalorar los conocimientos locales, al ser considerados “como los únicos producidos por grupos subordinados cuyas ideas son suprimidas por los grupos dominantes que pueden proporcionar una base potente de resistencia a las ideas del grupo dominante” según lo advierte esta feminista (Hill Collins, 1992: 77). La fusión con el IH y el análisis sociopolítico fue decidida como medio para disminuir este riesgo.

De todas maneras, quienes han aplicado esta metodología – entre ellas, la misma Hill Collins- le siguen concediendo un beneficio derivado de la oportunidad que brinda para incluir esos otros conocimientos (otros textos no formales, no institucionales ni oficiales) en su análisis de las relaciones de regulación social. De esta manera, ha sido posible mantener vigente la tesis central del

pensamiento social marxista que defiende que su núcleo epistemológico deriva de “la naturaleza dialéctica de toda relación social de dominación y de resistencia” (Hill Collins, 1992: 78). Al respecto, es importante aclarar, que el enfoque teórico metodológico que se usó en este estudio, no se limita a identificar y explicar relaciones de dominación y resistencia. Con el análisis a la dinámica sociopolítica se busca también hacer visible otras formas de relación de coordinación y de lucha por el poder que puedan estar en medio de la correlación de fuerzas en los procesos de formulación e implementación conducentes al cambio curricular.

Kevin Walby, otro crítico de la EI menciona tres debilidades: la primera tiene que ver con una serie de contradicciones que le genera causa la férrea defensa que Smith hace de ella como panacea y “alternativa” al dominio de la sociología convencional. Para este autor, ella tampoco resuelve ni deja claro cómo es que va a garantizar la anhelada inmunidad a la colonización de las mismas posturas epistemológicas convencionales que tanto critica ya que su obra también sigue soportada en conocimiento científicos derivado de esas mismas corrientes que tanto critica: positivismo, etnometodología y fenomenología (Walby, 2007). Da cuenta de una paradoja al interior de su método. Por un lado, promete resolver el dilema histórico que al interior de estas ciencias ha existido declarando que con la EI es posible equilibrar los saberes que provienen del punto de vista del sujeto “nativo” del ámbito institucional o espacio social particular que se está estudiando: *emic* y del punto de vista del sujeto “externo” o “ajeno” a dicho espacio: *etic*. Sin embargo, por el otro lado, en opinión de Walby, este dilema tampoco lo dirime a pesar de seguir estas posturas que como bien lo denuncian corrientes feministas alternativas al feminismo europeo-occidentalizado, están igualmente “colonizadas” a priori por el discurso científico hegemónico que tanto desea resistir . Igualmente, la EI privilegia el conocimiento situado en las personas que operan las políticas y normas desde su propia lectura e interpretación que ellas dan a unos “discursos oficiales”.

Por último, a él le resulta contradictorio que el proceso analítico que se aplica en este método indagatorio siga los mismos pasos que siguen quienes investigan bajo las mismas metodologías convencionales de investigación cualitativa en las Ciencias Sociales (Walby, 2007). Por esta razón, para él, sigue sin claridad el camino de la EI para superar las limitaciones que Smith encuentra en los métodos sociológicos convencionales, ni qué es finalmente lo distintivo de las estrategias que ella sugiere seguir para contrarrestarlas en el proceso de recolección y análisis.

La segunda crítica que este mismo autor le hace a la EI tiene que ver con una ingenuidad en la visión ontológica que subyace detrás de la misma al asegurar que la gente va a ser rescatada porque enfrentan su "lucha en medio de la oscuridad" al ser inconscientes de las relaciones de poder que a sus espaldas les orquestan su vida cotidiana dentro y fuera de su mundo íntimo y familiar. Para él, la postura ontológica y epistemológica que plasma Smith en la EI reflejan candidez y arrogancia al creer que les ofrecerá la claridad necesaria para poder ver y tomar conciencia de la condición de subordinación en que han estado ciegas a unas RRS que ella ha teorizado y que les hará ver y sorprendentemente rescatar de su ceguera e inmovilidad. Esta idea reproduce de nuevo el eterno problema que no ha podido erradicar el método científico tradicional de no evitar el desequilibrio de poder que se presenta entre investigadores e investigados y mantiene igual la práctica académica-científica que tanto insiste ella, como representante del movimiento feminista y de las corrientes teóricas crítico-sociales que hay que derrocar. Igualmente a este crítico le preocupa que su forma de investigar pueda redundar en un esfuerzo de cuestionada rigurosidad para mantener la objetividad tan necesaria para la validación de sus resultados.

En este sentido, se acogió la recomendación de este autor de mantener un esfuerzo reflexivo permanente por parte de quienes hemos investigado para poder hacer visibles y analizar los “intereses”, “subjetividades” o “conflictos” que cada encuentro y diálogo suscitaban. Por último a Walby le preocupa que esta metodología no cuente con técnicas de recolección, procesamiento y análisis de los datos bien desarrolladas ni estandarizados (Walby, 2007).

No obstante, nosotros esperamos que estas debilidades hayan sido subsanadas con el ensamblaje teórico metodológico que decidimos realizar. En las figuras 4 y 5 se representan de manera resumida los pasos que seguimos en el proceso de construcción del caleidoscopio así como el resultado final del enfoque teórico-metodológico logrado y probado.

Figura 4: Ensamblaje de los campos y contextos, objeto de estudio y enfoques teóricos-metodológicos

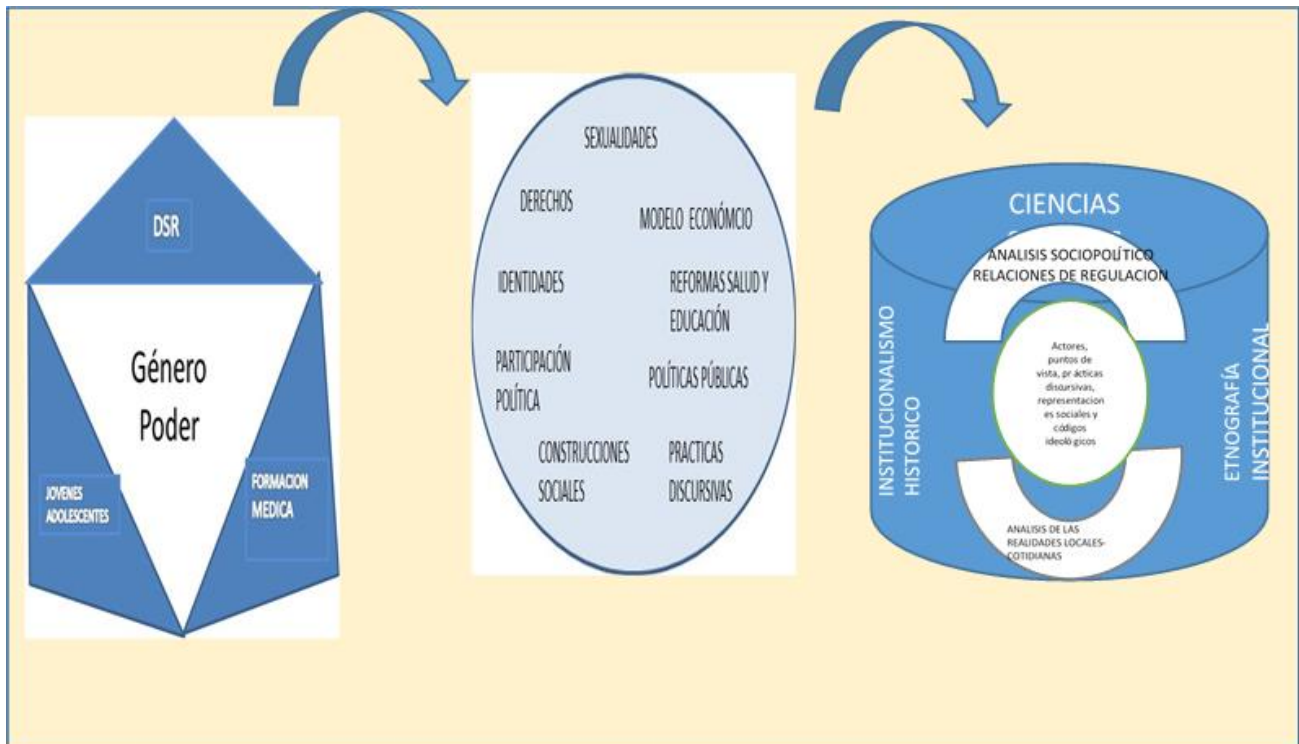
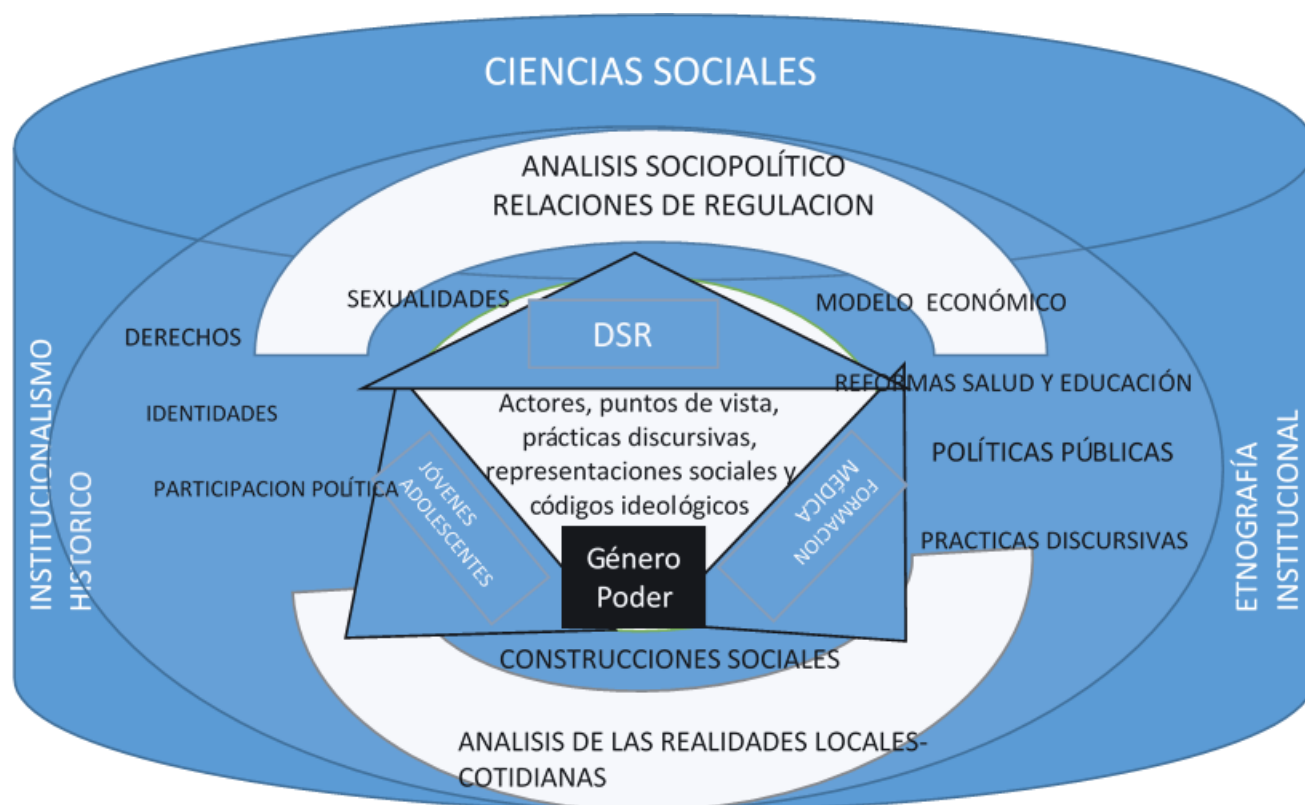


Figura 5: El caleidoscopio: enfoque teórico-metodológico



Cuadro 3: Resumen del enfoque teórico-metodológico a utilizar

Procesos de dinámicas sociopolíticas	Escenarios	Actores	Categorías	Fuentes
Proceso de formulación 1997-2000	Institucional de toma de decisión (escenario de poder legislativo) <ul style="list-style-type: none"> • Cartas del Rector • Consejo Superior Universitario • Consejo Académico • Consejo de Facultad de Medicina • Comité de Currículo • Oficina de Educación médica Institucional de nivel decisorio de ejecución <ul style="list-style-type: none"> • Comité de Currículo 	Legislativo, ejecutivo y judicial Extra local nacional y global	Ventana política de oportunidad Dinámica sociopolítica Actores: Confrontaciones, Conflictos, Alianzas y Recursos Enfoques y PD	Fuentes Primarias Documental Plan de desarrollo (PEI) Actas Resoluciones Documentos oficiales rectoría Documentos grises Archivos personales Programas o <i>Syllabus</i> Fuentes secundarias: Publicaciones, tesis doctorales y maestría sobre reforma Informes de proyectos Etnográficas

<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Educación médica • Unidades académicas operativas de la formación médica en relación a: Sexualidad, Adolescentes y SSR 	Organizaciones civiles	Sobre género, jóvenes, adolescentes, DSR y SSR	, Transcripciones de textos Entrevistas Grupos focales
<p>Institucional operacional, diferentes a instancias de decisión o ejecución</p> <p>Actividades, proyectos y programas de docencia, Investigación, Extensión sobre temáticas de Género, SSR, Adolescentes y políticas públicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresiones estudiantiles • OG's, ONG's, sociedades científicas 		Relaciones de regulación	

Proceso de Implementación 2000-2013

Institucional de toma de Decisión

- Consejo Académico
- Consejo de Facultad de Medicina
- Comité de Currículo
- Oficina de Educación médica

Institucional de ejecución

- Comité de Currículo
- Oficina de Educación médica
- Unidades académicas: Sexualidad, Adolescentes y SSR

Institucional operacional, diferentes a instancias de decisión o ejecución

Prácticas discursivas

Enfoques y PD género, jóvenes, adolescentes, DSR y SSR

Conflictos y problemas adjudicados al nuevo currículo

Relaciones de regulación

Fuentes Primarias Documental

Actas
Resoluciones
Documentos oficiales rectoría
Documentos grises
Archivos personales
Programas o *Syllabus*
Archivos y estadísticas generales de HIUSVP, IPS

Fuentes secundarias:
Publicaciones, tesis doctorales y maestría sobre reforma
Informes de proyectos

Etnográficas

,,
Transcripciones

- Docencia, Investigación, Extensión en campos de SSR y DSR de jóvenes
- IPS y escenarios de práctica
- Representantes estudiantiles
- De asesoría: OG's, ONG's, sociedades científicas

Extra institucional como escenarios de decisión local, nacional y global

Congreso, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Agencias de cooperación internacional Gobernación de Antioquia, Alcaldía de Medellín, (primera mujer)

- **Colectivos y movimientos de mujeres, jóvenes, LGBTTI**
- **Medios masivos**

Fuentes secundarias
Políticas,
Propuestas de ley, leyes, resoluciones,
Normas
Publicaciones
Periódicos locales y nacionales,
Noticias archivos boletines
Videos institucionales, programas y series de TV
archivos

1.11.1 Recolección y análisis de datos (figura 6)

En la investigación los textos documentales y etnográficos se usaron como fuentes primarias y secundarias con técnicas de recolección etnográficas (entrevistas sobre procesos de formulación e implementación de la política de renovación curricular y puntos de vista de quienes realizan actividades y procesos rutinarios operativos de la formación médica con relación al campo médico que trata los asuntos de SSR y DSR adolescente. El anexo D indica el perfil de las personas entrevistadas (Anexo D). La caracterización del período de estudio se hizo de acuerdo con la identificación de escenarios y actores para conocer posiciones, conflictos, distancias y tensiones discursivas que dieron forma a la dinámica sociopolítica. Igualmente se quiso contar con los puntos

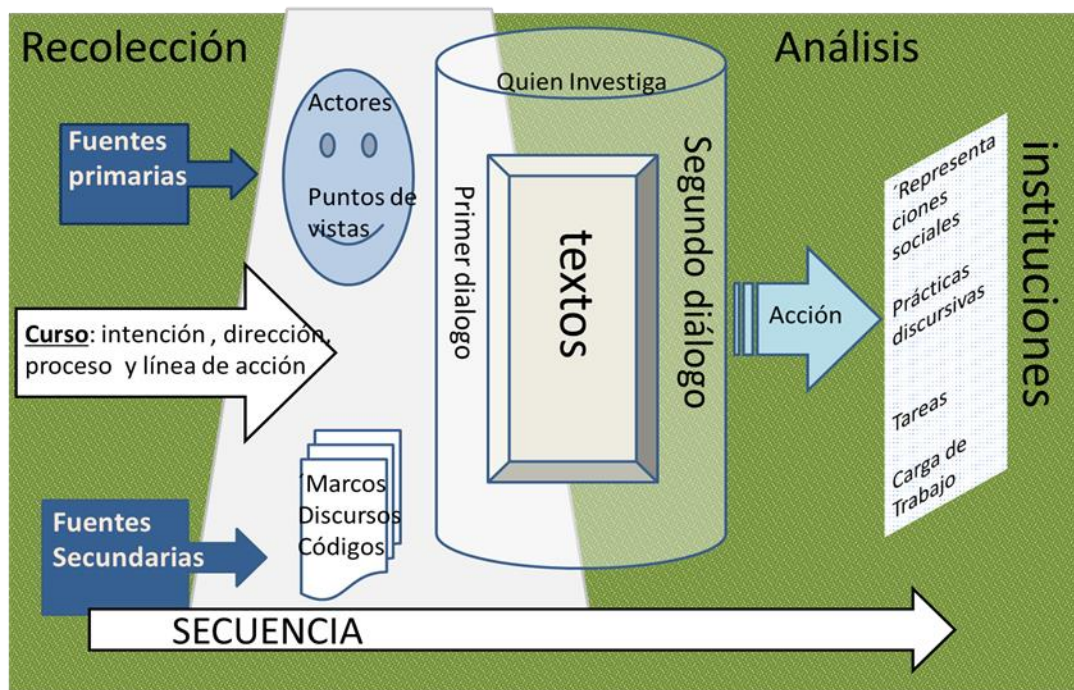
de vista de otras personas que no hicieron parte de estos procesos pero que han estado enfrentando la carga de trabajo específico de la función de formación médica en temas relacionados con SSR y DSR de adolescentes. Se usaron técnicas básicas de revisión documental y de análisis de textos (Anexos E, F y G).

En el componente etnográfico se inició con un primer análisis de organización del texto, en función de las secuencias y hechos que sugieran la existencia de un modelo de enmarcación discursivo. Un segundo paso profundizó la búsqueda de los discursos que cohesionan las secuencias en función de la predominancia y exclusión de acciones de actores en la dinámica sociopolítica, así como en el descubrimiento de los discursos y de los códigos ideológicos comunes que puedan dar cuenta de una regulación social determinada, tanto en las fuentes primarias como en las secundarias. En tal manera que puedan evidenciar su capacidad de coordinación, regulación y estandarización en presencia de contextos más amplios entre las cuales están otras universitarias, así como otras “instituciones” locales, nacionales, regionales y globales que tienen un papel en los DSR de adolescentes. En este paso, se hizo una doble lectura de los textos más significativos y de todas las entrevistas en profundidad por parte de la investigadora quien, de acuerdo con Dorothy Smith, debe realizar esa segunda lectura como si ella estuviera simultáneamente dialogando con ellos porque sólo así podrá adquirir la conciencia social y política del lugar que ocupa y del papel que las relaciones de regulación ejercen en su propia vida profesional y personal (Smith, 2005).

En todo el proceso de recolección y análisis se puso cuidado en identificar las posibles conexiones de estas dinámicas con el papel que desempeñen otras instituciones, con los procesos de reformas de sistemas de salud y educación, y otros procesos sociales y políticos presentes en ámbitos nacionales y globales que pueden estar desplegando y determinando las relaciones de regulación de

los DSR de adolescentes. Para ello, se analizaron las fuentes primarias y secundarias, utilizando el principio de hermenéutica histórica fundamentada en los postulados de comprensión de Gadamer (1977, 1992). Las fuentes primarias y secundarias son actas, archivos y documentos producidos a lo largo de los procesos de formulación e implementación del cambio curricular dentro del período de estudio estipulado.

Figura 6: Recolección y análisis de datos



1.11.2 Consideraciones éticas

De acuerdo con lo que establece el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud que explicita la no existencia de riesgo alguno con “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. No obstante, el protocolo del proyecto de investigación contó con la aprobación por parte del Comité de Bioética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia como consta en el acta número 005 del 4 de Abril del 2013 (Anexo B).

En el presente estudio se solicitó consentimiento informado por escrito a los participantes, y de igual manera se garantizó la confidencialidad de la información obtenida. En todos los casos las entrevistas, grupos focales y observación de procesos institucionales en escenarios de docencia y práctica cotidiana se hicieron con personas mayores de edad, y a partir de la edad en la cual tanto los tratados internacionales y nacionales consideran legal el derecho a la decisión autónoma a participar en actividades de información relacionadas con asuntos que hablen de sexualidad, SSR y DSR que en este caso, no implican preguntas que atenten contra su intimidad. Sin embargo a todas las personas se les preguntó respetando su voluntad de tocar o hablar o no tópicos que le generen incomodidad.

A pesar de la búsqueda de conocimiento que supone este proceso investigativo, el principio ético fundamental que lo guio es el respeto por la población participante. Para garantizar este principio ético se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los y las participantes, procurando que la utilización de la información sea única y exclusivamente con fines académicos, dado que se pueden presentar conflictos de intereses entre las diferentes instituciones, escenarios y personas que participaron. Adicionalmente, se diseñó un formato escrito de consentimiento informado con el fin de brindar protección a los participantes y a la información brindada (Anexo C).

Siempre que se hizo recolección de información se desplegaron esfuerzos para concertar estos espacios con anterioridad y negociar acuerdos sobre duración, tipo de información, lugar de realización, esto con el fin de no abordarlos en situaciones donde no tengan control sobre sus actos o palabras. Se va a tener especial cuidado en no transgredir los límites pactados y renegociar dichos acuerdos en el momento que sea necesario.

Finalmente, se decidió consultar y ajustar asuntos con ellos definidos sobre cómo aparecerán los testimonios en la publicación final.

Capítulo 2

Medicalización de la adolescencia en la Universidad de Antioquia: nuevos campos especializados de la medicina

“el saber médico fue determinante en la configuración del delincuente y de todo lo que se consideró una amenaza social”

(Oliva-Mancia, 2011:337)

2.1 Introducción

Este capítulo narra el curso de la emergencia y consolidación institucional de un campo de saber médico que instaura la práctica discursiva de medicalización de la adolescencia en Colombia que ingresa al país desde Estados Unidos al Departamento de Pediatría de la Universidad de Antioquia bajo la influencia del largo del proceso de modernización transcurrido durante los siglos XVIII, XIX y comienzos del XX en algunas naciones de Europa y Norte América que constituyó dos campos especializados en la etapa del ciclo vital de la adolescencia: la Medicina de Adolescentes (MA) y la Ginecología *Infanto Juvenil* (GIJ) dentro de la institución médica moderna. El final del proceso narrado destaca el momento histórico, los actores y las estrategias usadas para sentar unas bases institucionales que configuran una práctica discursiva distintiva dirigida a la medicalización de la sexualidad en la adolescencia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Esta práctica permanece vigente en el nuevo programa curricular del pregrado médico pese a su renovación en 1997 y puesta en práctica desde el año 2000.

La reconstrucción de esta historia mantiene concordancia con la perspectiva del enfoque propuesto en el primer capítulo que admite que ella ocurre en medio de un contexto sociopolítico de características conflictivas derivadas de dos debates sustanciales que determinaron socialmente el devenir de estos dos campos, tanto en el plano internacional como nacional y local, involucrando las políticas públicas, la práctica profesional y la formación médica. En primer lugar, el debate sobre los campos de MA y la GIJ cuya importación e institucionalización dentro del ámbito académico y la formación médica en la región latinoamericana se obstaculiza con el contexto desencadenado por las profundas reformas estructurales de corte neoliberal que vienen acaeciendo en la región con marcada incidencia en los sectores de salud y educación. Como veremos en el capítulo siguiente, estos sectores protagonizaron el proceso de renovación curricular del programa de formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, donde se realiza este estudio. En segundo lugar, un prolongado debate sociopolítico en torno a la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos (DSR) que se acentuó a partir de la segunda mitad del siglo pasado con el ingreso a la arena pública de nuevos actores provenientes de movimientos activistas por los derechos sexuales como diversos colectivos de mujeres, grupos feministas y de la población con identidades y orientaciones sexuales diversas, esta última es representada por el movimiento de Lesbianas, *Gays*, Bisexuales, Transgénero, Transexuales, Intersexos (LGBTTI) (Barquet, 2000). Contexto y relación que se desarrolla en mayor profundidad en el capítulo 4.

La reconstrucción histórica que este capítulo ofrece como línea de base del proceso de renovación curricular que se expone en los siguientes dos capítulos, tiene como propósito distinguir las relaciones de regulación social (RRS) que consolidaron las prácticas discursivas que hoy en día se mantienen y reproducen quienes cumplen la función institucional de la formación médica ligada a

la medicalización de la sexualidad y de la vida social de la adolescencia dentro del pregrado médico, objeto del presente estudio. Con este proceso de reconstrucción, se pudo constatar la teoría de Smith (Smith, 2005) sobre la regulación social histórica dentro de la formación médica instaurando un dominio del saber y de la práctica médica específica para perpetuar la medicalización de la sexualidad y la adolescencia, tal y como otras investigadoras feministas han denunciado como estrategia de apropiación y control del cuerpo de las personas (Mitjavila, 1998), en especial de las mujeres (Rodríguez, 2004, Vals-Llobet, 2004, Fernández-Pujana, 2014). Esto al ser realizado desde una institución educativa universitaria que cuenta con un prestigio y un poder en el país, desde hace más de un siglo, legitima las acciones del saber médico y del gremio médico en el contexto sociopolítico en que ocurre.

Además este ejercicio, permitió ubicar varios hechos que coincidieron a lo largo de esta historia de constitución de estos nuevos campos médicos bajo la influencia de las relaciones sociales de regulación identificadas (Smith, 2005). En primer lugar, estas RRS se potencian en un período histórico de la región de América Latina caracterizado por un proceso acelerado de institucionalización de una serie de estrategias de medicalización como medidas efectivas de regulación y moldeamiento de la vida social (Mitjavila, 1998) de cara al establecimiento del modelo de ciudadanía ideal que deberían cumplir las colonias de Europa y Estados Unidos imponían (Oliva-Mancia, 2011) en medio de un discurso prometededor de la modernización que vehiculiza la expansión del capitalismo (Smith, 2005).

De esta forma, con la ayuda de la medicalización tal y como ocurre con la historia de emergencia de estos campos médicos sobre la vida social y sexual de adolescentes y jóvenes, las relaciones sociales de regulación adquieren legitimación y autonomía para subsistir en tiempo y espacio a

través de la función mediadora de interpretación, re-creación y re-producción que ejercen las personas en medio de un modelo de enseñanza y pedagogía efectivo para disciplinar y regular sus cuerpos y sus comportamientos conforme al ejercicio de ciudadanía pertinente para la solidificación y conservación de ese nuevo orden social que coge forma en ese Estado-Nación moderno que está globalizado (Cordovi-Nuñez, 2014). En segundo lugar, fue posible rastrear tanto el origen como la vigencia del papel regulador de las RRS en la configuración de las políticas públicas sobre sexualidad y juventud en pleno vigor hoy en día en el país (Morales-Borrero, 2010).

Teniendo en cuenta este marco se estructura este capítulo en cinco partes. La primera contiene la historia de estos dos campos médicos marcando el acento en las similitudes institucionales en función de intereses, enfoques, funciones y prácticas que hegemonizan el saber de la medicina y materializan las RRS sobre las formas especializadas de organización, control, funcionamiento y toma de decisión de estos campos. Como se puntualizó en el capítulo anterior; Smith define estas RRS como un complejo de relaciones sociales extra-locales que aunque configuradas históricamente a comienzos del proceso de modernización de los países industrializados siguen incidiendo de manera importante en la dirección de la configuración de nuestros Estados-naciones modernos principalmente como dispositivos de determinación y control (Smith, 2005). La segunda parte marca las diferencias entre los dos campos especializados con base en el proceso de configuración de cada uno. La tercera, señala los principales rasgos fundacionales del campo de la MA a partir del análisis de un texto emblemático de este campo, publicado en 1994, derivado de la consolidación académica y política que el mismo alcanza en Estados Unidos (Silber, 1997): “AMA (*American Medical Association*) *Guidelines for Adolescents Preventive Services: GAPS: recommendations and rationale*” (Elster y Kuznets, 1994). La cuarta parte, identifica los hechos históricos y sociopolíticos que trazaron el camino recorrido en Colombia por la MA, desde su ingreso al país por la misma

Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia hasta su inserción en el dominio y saber específico de las políticas públicas de sexualidad y juventud descritas por Morales-Borrero (2010). La quinta identifica los códigos ideológicos que siguen operando dentro de las RRS configuradas para permear, modelar y estandarizar las prácticas discursivas de la formación médica sobre los DSR de adolescentes. Al final, se ofrece una síntesis para destacar las RRS y códigos ideológicos determinantes de las prácticas discursivas de la formación médica en torno a los DSR de adolescentes y jóvenes que se vitalizaron a lo largo de esta historia.

Vale la pena aclarar que el esfuerzo se enfocó al rastreo de los rasgos distintivos del campo de la MA que fueron importados y adaptados desde Estados Unidos, lugar de origen de la MA (Silber, 1997). Sobre todo aquellos que permanecen en el ámbito de la formación médica de la institución que nos ocupa, potenciando su prestigio en el país y en la región latinoamericana desde el proceso de renovación curricular de 1997 (Villegas et al, 2007).

2.2 La emergencia de dos nuevos campos de MA y GIJ: un recorrido histórico que da forma a una fusión de prácticas discursivas originadas en el funcionalismo, el “higienismo”, las “mentalidades clínicas” y la “medicalización” hasta su afianzamiento en la era del “enfoque de riesgo” para regular la adolescencia.

La emergencia de la Medicina de los Adolescentes (MA) y de la Ginecología Infanto-Juvenil (GIJ), arrancó principia entre los siglos XVIII y XIX, período en que se configuraron otras disciplinas médicas que no solo le otorgaron el carácter científico y moderno a la medicina sino que fueron fuente de su origen: primero se configuró la Obstetricia en Europa (Conill-Serra, 1982, Galliano, 2007) de la cual se desprendieron la Ginecología (Conill-Serra, 1982) y la Pediatría; esta

última se independiza rápidamente (Baños, 2008). En la base de estos campos se encuentran las nociones de “juventud” y “adolescencia” provenientes del funcionalismo que adquirió dominio en las de las Ciencias Sociales por ser la corriente que prometía resolver la necesidad de regulación, intervención, disciplinamiento y control de las conductas consideradas “desviaciones” y amenazantes al orden social con que se esperaba asentar el recién nacido Estado para un mundo moderno (Kett, 1971, 2000).

Posteriormente, la influencia del movimiento “higienista” que fundaba el médico vienés Johann Peter Frank a mediados del siglo XIX en Alemania reforzó los argumentos discursivos del funcionalismo que dio origen a esas dos nociones que guiaron el modelo de enseñanza e intervención social que se reproducía en los países de las colonias de Europa (Oliva-Mancia, 2011). Este movimiento se alimentó de los conceptos teóricos de la policía médica y del positivismo que reinaban en ese período ante la necesidad de comprender mejor las relaciones sociales entre la enfermedad y la salud que irrumpieron durante ese momento en que ocurría la colonización y expansión del nuevo modelo de sociedad en la región de América Latina y el Caribe por parte de Alemania, España, Inglaterra, Portugal y Francia y que –como las conductas y comportamientos desviados amenazaban también con alterar la estabilidad del floreciente orden so mundo moderno (Rosen, 2005).

Este movimiento se constituyó en un instrumento eficiente que sentó bases institucionales de esas sociedades del mundo occidental considerado como el moderno, convirtiendo a Europa y Norteamérica las grandes potencias del momento. Su poder lo ratificó el proceso de expansión del capitalismo fortalecido merced a la colonización de pueblos en otros continentes, incluidas las Américas (Olivo-Mancia, 2011) o como lo asegura Aníbal Quijano es porque nacieron en el mismo

día América Latina, el capital y la modernidad y fue el nuevo mundo el que oxigenó al viejo para que se salvara de su atraso y ceguera (Segato, 2014). En todo caso, las categorías que se revelaron en ese período, en cuanto fenómenos sociales necesitados de intervención, determinaron las características físicas y morales “inherentes” de la etapa del ciclo vital de la adolescencia que requerían ser supervisadas, intervenidas y contenidas. De esta forma la supervisión de la vida social de quienes estaban cursando por este período de su vida considerado en el momento como uno de “tránsito, paso y crecimiento de la niñez a la adultez” fue delegada en unos expertos profesionales entrenados para aplicar determinadas medidas médico-sanitarias que los acreditaba como los únicos facultados para encarrillarlos correctamente (Kett, 1971: 289).

De particular interés para este estudio fue encontrar la ruta que vincula el proceso de surgimiento y configuración de estos campos (MA y GIJ) dentro de la institución médica moderna alineada en medio de las dos tensiones sociopolíticas mencionadas en la introducción de este capítulo. La primera es una tensión de largo alcance -sin resolver aún- que acompaña la configuración de los campos médicos de Obstetricia, Ginecología y Pediatría que dieron origen a la MA y la GIJ desde siglo XIX y que camina en torno a la obligatoriedad del Estado moderno de contar con mecanismos efectivos de regulación de la sexualidad y reproducción de la población con fines políticos y económicos. A partir de esta presión se estimuló la producción científica para precisar el papel regulador del Estado a partir de una forma de producción de conocimiento científico ya familiarizado con la práctica de clasificar, evaluar y caracterizar los asuntos de la vida social de la ciudadanía que requerían control para no alterar el orden (Mitjavila, 1998: 9) como por ejemplo la sexualidad (Foucault, 1976) y la adolescencia (Kett, 1971, 2000). Lo ocurrido con el desarrollo de estos campos médicos en la adolescencia refleja el proceso de medicalización que fueron teniendo otros fenómenos sociales bajo la idea firme de que esta estrategia sanitaria, era la más efectiva para

superar las amenazas sociales que aparecían en medio de los acelerados procesos de modernización que enfrentaban los países del norte-centro y que expandían hacia los países del sur-periferia con impacto en las condiciones y calidad de vida en prácticamente todos los sectores de sus poblaciones (Espinel-Vallejo, 2012). Un impacto social de gran relevancia para que estos campos nacieran, fue la significativa disminución de tasas de mortalidad infantil que alcanzó el mundo modernizado y que condujo a la expansión del grupo poblacional adolescente y juvenil en la nueva pirámide poblacional que se estructuraba. Este grupo poblacional ocupó un lugar protagónico en la distribución demográfica lo cual soportó una de las modificaciones estructurales más llamativas para llegar a la nueva y moderna sociedad (Espinel-Vallejo, 2012).

Así en la configuración del mundo social moderno el saber médico se convirtió en una élite con la autoridad “técnico-científica” indispensable para asesorar al gobierno en las políticas que aseguraran la modernización para un nuevo orden social que instituyera el Estado-Nación, que cobraba vida con tremendo cambio de las condiciones de vida de las poblaciones en Europa y Norte América y que se replica en las colonias. Este robustecimiento del papel y poder médico estaba, en gran parte, marcado por el rumbo no planeado que desató la lucha por una modernidad liberal que resultó por la confluencia de otros hechos históricos que la antecedieron como la ilustración, las revoluciones burguesas y protestantes y con la que pudo al fin consolidar ese nuevo proyecto de estado-nación gracias a la competencia administrativa que le brinda este campo para difundir las medidas de higiene hacia todos los sectores poblacionales (Espinel-Vallejo, 2012). Dorothy Smith identifica el origen de las relaciones de regulación social en esos procesos de modernización durante los siglos XVIII y XIX, que fueron convertidos paulatinamente hasta -hoy en día,- en elementos esenciales de la funcionabilidad, solidez y sostenibilidad de las instituciones que soportan el capitalismo. Esta materialización, difusión y reproducción de la regulación social se adquiere por

medio de una labor soberana, incógnita y muy eficiente de adoctrinamiento, ordenamiento y jerarquización social de estas RRS con las divisiones de tareas y cargas de trabajo de las personas en función de las categorías de género, raza y clase social ejercida por parte de textos concediéndoles a estos un rol con total autonomía equiparable a una superpotencia con toda la capacidad de configurar las prácticas discursivas dentro de las instituciones al tiempo que pueden desplazarse y viajar hasta los más recónditos intersticios del tejido social en los medios masivos y en las múltiples tecnologías de comunicación desarrolladas como parte de la industria cultural. Estos rasgos de autonomía, superpotencia y ubicuidad son los culpables de su capacidad de penetración y reproducción de manera desprevenida en las tareas y el trabajo del diario vivir de hombres y mujeres (Smith, 2005).

Tanto la tesis de Smith sobre las RRS como la de las bases institucionales configuradas en los procesos de modernización hacen eco de una misma conclusión sobre unos mecanismos comunes que revistieron del poder para el control monopolizado sutilmente por el estado-gobierno que se constituía como moderno: : la profesionalización de la sociedad, la conformación de un cuerpo de funcionarios especializado, entre ellos las fuerzas de seguridad y una amplia red de medios y de sistemas de comunicación que eficientemente establecieron las bases institucionales sociales que autónomamente y anónimamente siguen determinando las acciones sociales que desempeñamos día a día en el mundo cotidiano actual (Espinel-Vallejo, 2012:9, Smith, 2005:14-17). De esta forma, una efectiva función policial médica de origen europeo encontraba en la medicalización de la adolescencia consolidada por la medicina científico-moderna norteamericana un medio eficaz para instituir el nuevo orden social con la producción de nuevos conocimientos y métodos de control en la base de los procesos de industrialización que activaba la necesidad de modernización acelerada desde finales del siglo XVIII y consolidada a comienzos del XIX en los países del norte-centro con

marcado retraso en los países periféricos. Con ello, se reforzaron los conceptos que catalogaron a adolescentes y jóvenes como sujetos incompletos pertenecientes a unas “clases peligrosas” en la medida en que el avance del capitalismo corría con un impacto diferencial en la salud y la vida de algunos grupos sociales porque iban siendo excluidos por el nuevo orden (Olivo-Mancia, 2011:77).

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, el intercambio económico y cultural entre los dos mundos dio pie a la necesidad de incorporar a esa institución médica moderna que se configuraba, otros conceptos y prácticas de intervención y regulación provenientes de la teoría eugenésica que nace con la creación de categorías sociales nuevas como “raza” y “linaje” como referentes de las cualidades a inculcar o defectos a corregir por causa de los caracteres biológicos y genéticos que se expresaban en la descendencia de las parejas (Suárez y de López Guazo, 2005). Colombia no queda por fuera de este camino de institucionalización de un saber y campo médico que termina cómplice con prácticas discursivas tendientes a estigmatizar y excluir socialmente a ciertas clases, grupos humanos o rasgos físicos, a menos que, fueran “corregidas” o “reguladas” con su imprescindible labor. Tal y como lo corrobora Santiago Castro-Gómez, en nuestro país, también se instala y reproduce el modelo de enseñanza para la constitución de ciudadanía y el diseño de políticas de higiene engendrado con esa “intelectualidad” y racionalidad médica congruente con los intereses del gobierno de mantener a salvo a la sociedad de estas clases peligrosas y defectuosas por causa de una raza distinta a la blanca y de las enfermedades o salud física degenerada que esas otras razas introdujeron a la genética y biología humana antes del encuentro del nuevo y viejo mundo (Castro-Gómez, 2004). Desde entonces, se configura una fuerte alianza entre Estado e institución médica que desata la creación de facultades de medicina a finales de ese siglo XIX que se consolidan como espacios de gran poder político con una doble función social muy conveniente para ambas partes porque: -de un lado, facilita la forma de tutela y control sobre la profesión médica que precisa ese

Estado dependiente de la función de regulación social, y -por el otro lado, como el espacio legítimo y exclusivo para desarrollar con plena autonomía todo el derroche de conocimiento así como la pericia y el arte de la profesión médica en cuanto técnica que cura a la población (Mitjavila, 1998: 19-20). Con ella, se exagera una producción, circulación y difusión de textos de alta tecnicidad que colonizan los nuevos territorios en esa sociedad moderna y así van expandiendo ese poder de regulación a muchos otros dominios institucionales y disciplinares. Especialmente en los sectores de la educación y de la salud por ser los dominios que requieren la mayor acción de regulación de las relaciones sociales (RRS) que Smith ha develado en sus investigaciones con la perspectiva crítica de la Etnografía Institucional (Smith, 2005). Este proceso de conquista política por parte del campo de la medicina que acompaña la sedimentación de la sociedad y el Estado moderno, genera importantes repercusiones discursivas en el ejercicio y en las esferas de poder político de la institución médica (Mitjavila, 1998). Con este contexto histórico, no resulta extraño que las principales facultades de medicina de Colombia, como la Universidad Nacional en la ciudad de Bogotá y la Universidad de Antioquia en la ciudad de Medellín, fueran fundadas en el cuarto de siglo final del XIX, 1867 y 1871 respectivamente que coincide con la importación y difusión del proceso de modernización europeo (Forero-Caballero, 2008). Esta relación entre el poder y el saber médico-científico sobre el cuerpo como cómplice del Estado moderno que cimienta unos rasgos particulares en las prácticas discursivas médicas que se siguen reproduciendo mediante la función de la formación médica siguen atadas a esa ideología característica de la organización social en una sociedad industrializada distintiva del proyecto de estado moderno que se globalizaba en ese siglo. Dicha organización requería hallar la forma de homogenizar una condición humana conveniente para ese nuevo orden. La siguiente narración de la antropóloga colombiana Sandra Pedraza-Gómez ilustra mejor esta relación:

“El Estado nacional ha empleado para gobernar formas modernas de entender y realizar la condición humana. Hace parte de estas formas usar el conocimiento científico e implementarlo a través de programas que vinculen el poder con el saber y el cuerpo. Por ello, durante el siglo XIX se estableció una particular relación entre la consolidación del Estado nacional y la construcción de una identidad nacional sensible a ciertas diferencias y experiencias corporales. Estas últimas se convirtieron en la oportunidad para que diversos grupos e individuos estuvieran expuestos a las situaciones capaces de forjar dicha identidad y de procurar un orden social en el que la identidad y la representación confluyeran en el cuerpo y lo definieran también como una característica específica de la condición humana moderna: la nacionalidad. En las nuevas formas de trabajo, en la introducción de la higiene y de la medicina científica, en la escuela y en la vida urbana los habitantes de las naciones latinoamericanas comenzaron a vivir de maneras que paulatinamente permitirían adoptar nuevas maneras de hacer y de dar cuerpo a la identidad nacional” (Pedraza-Gómez, 2009: 161).

Es en ese contexto que las RRS de la función institucional se originan bajo la necesidad del Estado de intervenir inicialmente el ámbito físico de algunos individuos con las medidas preventivas y disciplinarias de la medicina que pronto escalaron del ámbito individual y colectivo al plano macro estructural de político y social como el camino seguro para la institucionalización y diseminación del instrumento y dispositivo de control que dada su eficacia facilitó sin mayores obstáculos la estructuración de la ciudadanía ideal: el “higienismo social” (Olivo-Mancia, 2011). Este higienismo caló en la piel y mente de todo ciudadano gracias al campo del saber científico médico porque englobó acertadamente “los elementos representativos del eurocentrismo colonial” que inclinan a sus élites dirigentes (Oliva-Mancia, 2011) a ocuparse tanto de “lo técnico como de lo moral, mostrando una continuidad entre medicina y política, que asociaba la salud física y moral con los rasgos de permanencia y solidez meritorios de una nueva nación que promete progreso, bienestar y desarrollo (Cordovi-Nuñez, 2014).. Su eficacia en la función estatal de ordenamiento y disciplinamiento tuvo que ver con la posibilidad que dicho instrumento brindaba para subsumir “todos los elementos pertinentes para lograr el ejercicio del poder político, económico y social” y desarrollar las estrategias necesarias para ejecutar las políticas de control, adiestramiento y, y

contención de los grupos categorizados como subalternos (Olivo-Mancia, 2011; 335-6). Asimismo el higienismo social legitimó los discursos normativos fundantes del mundo social escolar provenientes del campo y saber médico (Cordoví-Nuñez, 2014).

En el departamento de Antioquia el sistema educativo de ese momento fundacional de las RRS higienistas lo describe muy bien el pedagogo profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: Alberto Duque a partir del análisis de la novela escrita a mediados del siglo XIX por Alfonso Castro: “El señor doctor”. Para este autor ese texto permite identificar la “organización educativa, los valores, las motivaciones, las concepciones de hombre y de clase social” o sea de las RRS:

[...] el terror y castigo, y no en el amor por formar hombres que, gracias a su cultura y conocimientos, trabajaran por mejorar económica moralmente la sociedad. Muchas veces, desde el hogar, la-disciplina de estudio la adquiría el niño a través de fuertes y continuas reprimendas, mucho más severas si el padre deseaba que su hijo estudiara y se hiciera doctor para ascender socialmente y dejar atrás tanta pobreza. La educación se convertía en un medio y no en un fin [...] Un régimen de terror y venganza contra la juventud, organizado sistemáticamente y propio para deprimir el carácter y formar hombres hipócritas, cobardes, y revoltosos, y que en todo caso, tornaba la escuela en un lugar de persecución y castigo, esencialmente odios (Duque, 1997:20).

El estado colombiano, como los demás de la región de América Latina, importó la tradición de recurrir al conocimiento científico como estrategia para ejercer y consolidar el control con una práctica discursiva medicalizadora. Igual que como lo explica Foucault, esta práctica edifica la noción de biopolítica de Foucault como estrategia discursiva que allana el camino para el control estatal en la gente que acata sumisamente normas sociales y políticas porque viene revestida con una arrolladora capacidad de configuración de identidades y subjetividades desde una pauta cultural que considera normal heteronormatividad sexual que estructura la más importante estructura de reproducción y adiestramiento social: la familia (Foucault, 1986, 1996, 2007). Por lo tanto, la familia

es por esencia el nicho social donde las mujeres despliegan su función natural de maternidad y crianza esencial para la sobrevivencia de la especie humana con reproducción social (Castro-Gómez, 2004, Smith, 2005, Fernández-Pujana, 2014). En esta misma línea, Dorothy Smith concibe a la función institucional de reproducción social como la base de las relaciones sociales que regulan las acciones de las personas en todos los ámbitos institucionales que son parte de las sociedades modernas especialmente las que se llevan a cabo en los hogares, en medio de relaciones de pareja y familiares y las funciones específicas que cumplen quienes laboran dentro de los sectores de gobierno, salud y educación (Smith, 2005). De acuerdo a su tesis, las RRS configuran políticas institucionales en la medida en que; -al igual que la idea de Foucault, estas relaciones se siguen instalando como unos referentes de identidad en las subjetividades de la gente de tal manera que les dan sentido y les coordinan todas las tareas que día a día realizan las quienes asumen una responsabilidad social primordial para el bienestar, desarrollo y protección de la infancia tesoro preciado de la humanidad. Por esta razón, la carga de la “crianza” como función necesaria e imprescindible de una sociedad que propende por una disminución de las tasas de mortalidad infantil y garantía de adiestrar adultos en el ejercicio de ciudadanía deseable, se constituye como un “códigos ideológicos” que vehiculiza las RRS que institucionalizan y reproducen unas prácticas discursivas que acrisolan la facultad de educar de tal forma que se conserva estable el orden social instituido (Smith, 2005, Griffith y Smith, 2004). Es posible pensar que la maternidad y la familia son los mismos códigos que edificaron la práctica discursiva que reina en el campo disciplinar médico especializado de la Pediatría para responder a la necesidad estatal de regular la función de la crianza como función primaria de la educación protectora del orden: *la Puericultura*. Es esta un cuerpo de conocimiento científico en donde se intersectan la histórica práctica de apropiación y medicalización de la vida y el cuerpo de las mujeres con nuevas formas de la misma práctica ya en la vida de niños y adolescentes que coloniza otros espacios sociales ampliando tanto el campo de acción de esta

institución médica hasta tal punto que da forma a un “complejo institucional social” que actúa como una especie de superpotencia fuente de energía suficiente para dinamizar constantemente la capacidad de regulación y coordinación de las RRS sobre la vida cotidiana de la gente que las materializan como expresión normal y natural. De esta forma saber y poder provenientes de la ciencia y de la medicina se alió y fortaleció con el Estado dentro de este gran complejo institucional emisor de fuentes de identidades y de formas de actuar- ya no solo para las mujeres-- sino para todas las personas que trabajan dentro del mismo o que se relacionan con él. Esta estructura se escenifica y reproduce mientras se operacionalizan las tareas coordinadas por las RRS. Esa manera repetitiva y rutinaria da poco espacio para una reflexión que conlleve a tener conciencia de la regulación que media en nuestras vidas actualmente. Esta regulación social impone una excesiva carga de trabajo desapercibida por la gente que lo asimila como una manera natural de expresión de su sexo, género, raza o clase social idea que refuerza el desconocimiento sin remuneración del mismo por el Estado (Smith, 2005). Lo que ha hecho fácil la propagación de la ideología neoliberal que actualmente acepta a las reformas y políticas para disminuir la inversión estatal en sectores sociales como salud, educación, y trabajo que habían sido robustecidos durante el proceso de configuración del Estado moderno que si bien ha sido fundamentalmente capitalista sostuvo un importante esfuerzo y compromiso para garantizar el bienestar común

El progreso durante la primera década del siglo XX del poder médico de la mano con la medicalización en el continente Americano ha venido acompañado de una sobrecarga de trabajo cada vez más ligada con el desmonte progresivo del incipiente estado de bienestar que se logró esbozar en la región de América Latina débilmente con la oferta de servicios y programas sociales en procura de mejoras en la calidad de vida y salud de la población infantil inspirados en los instituidos en el nuevo modelo de estado-nación liberal que se configuró en los países de origen de

la MA y la GIJ. En la tercera década del siglo XX ocurre un hecho en Estados Unidos que cambia el rumbo de la configuración iniciado tantos siglos atrás. Una grave depresión económica y crisis social obligó a este país a emprender ese camino de desmonte del estado de bienestar aprovechando el protagonismo que había alcanzado la función de crianza en la sociedad moderna con fortalecimiento de las RRS que los procesos de modernización y progreso habían logrado instituir como parte de la razón de ser, de la esencia y la naturaleza de las mujeres (Smith, 2005).

De forma paralela se estructuraba ese otro discurso proveniente de la ciencia médica higienista sobre la noción de “juventud” en el siglo XVIII y de “adolescencia” en siglo XIX, que los catalogaba como integrantes de las “clases” de categorías sociales “peligrosas” para el nuevo orden (Oliva-Mancia, 2011). El propósito era establecer una condición ciudadana afín con la necesidad de preservar ese orden social que precisaba ese estado nacional. De esta forma, se suma a las RRS que regulan la técnica de la Puericultura, una función naturalizada mediante la medicalización. Es así, como la institución social de la crianza aseguraría la educación ideal en la infancia, adolescencia y juventud y la función medicalizadora de la institución médica justifica y legitima la práctica necesaria de estudiar, clasificar y ordenar las etapas del ciclo vital y las clases sociales anotadas, en busca de la obligatoria regulación para la época histórica (Mitjavila, 1998). Es decir, que era imperativo expandir la estrategia de medicalización hacia aquellos nuevos espacios de la vida social como la adolescencia y la juventud configurados en ese mundo moderno que hacía cada vez más perentorio la necesidad de colonizarlos con las prácticas que probaban eficacia para la regulación que provenía de la institución médica a moderna (Mitjavila, 1998). En síntesis, los procesos de modernización avanzaban de la mano con la expansión del capitalismo. Los dos apuntalados por el colonialismo euro centrista en donde nacen con preponderancia las políticas eugenésicas como nuevos aportes sociales de la ciencia y policía médica para asegurar su dominio en todas las colonias.

Por esto, no es raro, relacionar esta forma de categorización y objetivación de los sujetos como práctica distintiva de la institución médica con la tradición cristiana que históricamente se preocupa por intervenir y controlar la sexualidad y el comportamiento sexual de las mujeres y después de los jóvenes (Rodríguez, 2004, Kett, 1971, 2000). Cabe anotar que la institución médica erigida en Europa con influencia en lo que deviene en Norte América y en América Latina en un largo período entre los siglos XVIII y XIX desplegaba desde sus inicios ya una fuerte preferencia por los enfoques androcentrista y sexofóbico (Conill-Serra, 1982). La predominancia de estos enfoques en la medicina confirma la ancestral relación que ha tenido la Iglesia con la responsabilidad de la subordinación de las mujeres persistente en América Latina después de más de 500 años de evangelización propagando el dogma católico que les niega su sexualidad y sus derechos convirtiendo el cuerpo de la mujer en un territorio dominado por los hombres (De Barbieri, 1991, Lagarde, 1997, Fuentes-Belgrave, 2006)

Justamente, el surgimiento de estos dos campos médicos; la MA y la GIJ), con el fin ayudar a resolver, sin éxito, la disputa por el control sobre la sexualidad y el comportamiento sexual de la ciudadanía en la sociedad nueva, ocurrió en medio del debate trazador de los conflictos y tensiones del proceso de laicización del estado moderno que persiste en la actualidad. La polarización entre los actores se mantuvo y se mantiene aún con rastros ideológicos que se asomaron en la dinámica sociopolítica que condujo a la renovación del currículo que analizamos. En ese momento histórico el péndulo se balanceó entre quienes se resistían al intento de revocación del poder de la iglesia en la educación moral y la preparación sexual de las personas negados a aceptar la idea de romper con la tradición, y entre los actores que habían visto con complacencia la colonización de la institución médica tanto en el saber y en los estilos de enseñanza de las instituciones educativas (Cordoví-Nuñez, 2014), como en los de otras instituciones sociales, la operativización y eficiencia de la

función estatal clave para asegurar el progreso y la modernización: el modelamiento de los cuerpos y comportamientos de aquellos grupos poblacionales que podían desviarse y no cumplir con los estándares deseables para las sociedades modernas. En este caso, la medicalización de la MA y la GIJ son ejemplos de la forma como acontece la extralimitación del poder y de la acción que ha hecho la medicina en otros campos y disciplinas que antes del proceso de laicización del estado moderno manejaban los asuntos de la vida de las personas como la moral, la criminalidad y la competencia ciudadana (Mitjavila, 1998:5). Este carácter de la medicalización la constituyó en práctica discursiva imprescindible para el mundo moderno.

Dado el carácter del proyecto modernizador durante su configuración, se encuentra un rasgo común a los dos nuevos campos médicos que hará parte de las bases que dieron sustrato a las RRS de regulación de las prácticas discursivas que prevalecieron a pesar del intento de cambio curricular: la “mentalidad clínica”. Esta mentalidad actuó en esos momentos históricos de configuración -como fuente y como recurso- del estilo y de la identidad facultativa del médico medicalizador (Foucault, 1976). Esta facultad asegura el camino a la conquista médica del poder con supremacía para llevar a cabo una desmesurada expansión de sus fronteras y ejercer con pleno monopolio la labor más importante de regulación y control social de la época: la medicalización (Mitjavila, 1998: 6).

En este orden de ideas, la génesis de estos campos avanza de forma paralela con el desarrollo y propagación del poder que con la medicalización alcanza la institución médica moderna con pleno acceso a prácticamente todos los espacios sociales. Tres tipos de estrategias de medicalización fueron secuencialmente perfeccionando su efectividad (Mitjavila, 1998). Al comienzo predominaron tácticas médicas punitivas, posteriormente éstas se camuflaron en medio de una labor de arbitraje médico y al final se configuraron como las más efectivas acciones de socialización

(Mitjavila, 1998: 13). Las estrategias técnico-políticas punitivas del inicio fueron claves en el período de cimentación de las bases institucionales modernas instauradas a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Ellas hacían gala de la necesidad de aplicar sanciones como “aislamiento, estigmatización y confinamiento” a determinados sectores de individuos portadores de esas conductas catalogadas como “socialmente desviadas” y amenazantes de la “estabilidad social” (Mitjavila, 1998:13). Posteriormente, las estrategias de arbitraje devinieron en una gama de atributos individuales para otorgar el acceso al desempeño de roles y a una serie de condiciones sociales que hacen parte de elección o exclusión en diversos ámbitos en el campo laboral, penal, disciplinar, profesional, artístico, entre otros (Mitjavila, 1998). Por último, con las estrategias “socializadoras” la medicalización culmina con protagonismo su debut social en la era contemporánea de la biopolítica descrita por Foucault en donde ya está habituado el uso cotidiano de los términos como “estilos de vida saludables” reflejando el grado de infiltración y “metástasis” que ella ha alcanzado. Mitjavila apoyada en los conceptos foucaultianos de biopoder y biopolítica define las estrategias de medicalización como:

[...] mecanismos que constituyen el sustrato institucional de la “somatocracia” ese tipo de vigilancia panóptica que ejerce el Estado sobre y desde el propio cuerpo de las personas para regular sus conductas (Foucault, 1976) viable y la forma de control social más extendida actualmente gracias al papel protagónico de la disciplina-mecanismo que Foucault (1987) describió como un tipo de relación social basada en la existencia de parámetros para el ejercicio de la libertad individual construidos a partir de coerciones sutiles o de una exterioridad supuestamente internalizada o internalizable por los sujetos (Mitjavila, 1998:13).

La alianza entre enfoque higienista y mentalidad clínica que materializó la medicalización como la principal estrategia de regulación de la vida social en la adolescencia y juventud es el telón de fondo de la institución médica que configura los campos médicos de MA y GIJ como blancos de las RRS que se han ensamblado para regular la vida, el cuerpo y el quehacer del día a día de todas las personas que hacen parte de una sociedad como la nuestra para sostener y reproducir las instituciones

y estructuras sociales que mantienen el orden instituido desde intereses acordes con el capitalismo (Smith, 2005). Por esta razón, estos campos hacen parte de los fundamentos sociopolíticos de esas RRS que constituyen la medicalización, como la medida más efectiva de control que Mitjavila resume en estos tres tipos de fuentes:

1) La medicalización de condiciones de vida de sectores socialmente subordinados en todas las sociedades capitalistas que han constituido el mecanismo de reproducción social de la fuerza del trabajo. 2) La normalización medicalizadora como un pilar de la economía política de la salud en la medida en que la salud se constituye en deseo a alcanzar para unos y en lucro para otros. 3) La medicalización a través del saber médico representada como un campo propiamente socializador en términos de la legitimación de elementos de los universos simbólicos que integran un sistema de dominación (Mitjavila, 1998: 8).

Así, sin margen de error, se articularon históricamente un modo de saber y de práctica médica con las bases institucionales más amplias para configurar la institución médica que sigue agazapada debajo de los dos campos de MA y GIJ mientras ésta conquista un lugar privilegiado en la jerarquía social fundacional del mundo moderno y que aún detentan poder por medio de las facultades de medicina y de agremiaciones médicas tanto en sus países de origen, como en los de la región latinoamericana, en medio de una racionalidad clínica exclusiva. La mentalidad médica, se distancia y diferencia de la mentalidad científica en la medida en que la primera justifica una actitud pragmática característica de la identidad profesional médica que emerge como base de la idea discursiva que circula textualmente en el medio institucional indicando que es “mejor hacer algo que no hacer nada” legitimando con la creencia de que es la única medida posible para vencer la constante incertidumbre que acompaña a la práctica profesional médica, otorgándole el carácter de elemento estructural y constitutivo del acto médico con directo impacto en la vida de la gente que

valida la idea de que siempre en esta acción ha de primar el criterio de eficacia sobre el de eficiencia desdibujando el espíritu humanista que hizo de la medicina un especie de arte y don altruista interesado en el alivio (Mitjavila, 1998).

Como se mencionó antes, la medicalización, como pilar fundamental de la institución médica contó con dos importantes aliados para instrumentalizar su hegemonía dentro de la estructura discursiva que sostiene la práctica médica en estos campos. En primer lugar, con el nacimiento de la clínica el cuerpo fue establecido como el objeto universal de observación, estudio e intervención de la medicina y se perfeccionaron tanto técnica y método para que profesores pudieran enseñar a sus alumnos “mostrando y haciendo” ese conjunto de “conocimiento y formas de intervención sobre la vida humana capaz de reunir, al tiempo, una forma de experiencia y un método de análisis, creando así el ejercicio de poder sobre los cuerpos de los vivos y de los muertos y el lenguaje adquiere la función articuladora al determinar cómo y qué ver, enunciar e intervenir (Mitjavila, 1998: 28-29, Foucault, 1981; 122-30). Esta nueva aliada juega un papel en el proceso de consolidación de la institución médica moderna fundamental para distinguirla como un modo insigne de conocimiento de la modernidad que funciona sincrónicamente como bisagra al ser como “su producto y como su motor” al tiempo que, como “campo de conocimiento y dominación configurado por un conjunto de prácticas discursivas y no discursivas” (Mitjavila, 1998: 28). En segundo lugar, con el uso del riesgo como instrumento que Mitjavila define como “justificación de la intervención médica en nombre de la probabilidad y no de la certeza de que ocurra un daño en la salud” potencializa la medicalización como *La Estrategia* para que la institución médica se expanda sin límites en la vida moderna (Mitjavila, 1998:15). Hoy en día, es este instrumento discursivo del enfoque de riesgo el que dejó ver el carácter procesual de la medicalización al provocar un despliegue de estrategias de medicalización socializadoras con base en argumentos intelectuales que privilegian el auto cuidado

como el objetivo más importante de la intervención médica. En una entrevista en el año 2012, Mitjavila explicaba la utilidad del riesgo como instrumento globalizado de la medicalización en las sociedades modernas:

“Se universaliza porque a partir del cálculo de probabilidades de la eventualidad de que en un futuro se puedan experimentar o no daños a la salud, se justifican intervenciones médicas en los más diversos aspectos, que van desde la reproducción humana, pasando por la prevención de enfermedades cardiovasculares, hasta lo que tiene que ver con los comportamientos considerados moralmente indeseables, incluyendo no sólo conductas sino también actitudes y sentimientos” (Ripoll, 2013: 9).

Continúa diciendo sobre el consenso que existe entre autores contemporáneos de que “la modernidad es una cultura de riesgo, en la que el riesgo puede adquirir diversos significados y en la que, generalmente, la moralización y la politización de los peligros suelen organizarse a través de discursos y de prácticas sobre riesgo” (Ripoll, 2013: 10).

De ahí que con la configuración de la institución médica que gesta la MA Y GIJ, se fueron instalando unos rasgos sociales reguladores de las formas elementales de estructuración de los discursos y de las prácticas medicalizadoras (Mitjavila, 1998) que hoy son motivo de impulsar su modificación tal y como lo esgrimen quienes defienden el cambio curricular que hubo en la Facultad de Medicina en la Universidad de Antioquia como vía para erradicar los rasgos negativos del modelo profesional históricamente estructurado que ameritan ser eliminados de la formación médica actual para poder salir de la estrecha mirada tradicional (Lugo, 1998, 2002). Entre estos rasgos se mencionan una propensión a la acción con escasa reflexión, la aproximación clínica a partir de la experiencia de primera mano del profesional que conlleva a una excesiva autoconfianza y a la tendencia a argumentar más con base en la experiencia personal y anecdótica que en el conocimiento

estadístico y en la evidencia científica disponible en la literatura (Mitjavila, 1998, Lugo, 1998, 2002).

El proceso de configuración de cada especialización desde su origen a finales del siglo XVIII hasta su apogeo en Estados Unidos y Canadá a finales de los ochentas del siglo XX, tuvo un centro en la medicalización de la adolescencia y de la sexualidad de la adolescencia. Al comparar las estrategias, los mecanismos sociales y los resultados que cada campo desplegó a lo largo de este proceso se encuentra que ambos reflejan dentro del proceso de cambio curricular en la institución de educación médica unos rasgos comunes (Freidson, 1978, Mitjavila, 1998). Como estrategia de divulgación hay un despliegue de desarrollo de textos de cada campo, - se toma solo de estos textos para su análisis al más representativo de ambos campos (Smith, 2005). Como mecanismo, un cúmulo de dimensiones sociales dentro del discurso técnico de la medicina que convirtieron a la adolescencia en objeto de conocimiento y de paso de control. Como resultado, ambos comparte un “conjunto de atributos y causas de conductas o experiencia que fueron diagnosticadas de un modo particular” para justificar la práctica medicalizadora (Mitjavila, 1998: 9).

En la región de América Latina estas dos ramas de la institución médica siguieron una configuración discursiva similar sin que se consolidaran como cuerpos disciplinares diferenciados y especializados como pasó en los países del norte. Alrededor de los años sesenta del siglo XX, realizan un giro en el país y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en el que la GIJ queda replegada ante un mayor desarrollo de la MA, sin que esta última tampoco alcanzara el desarrollo necesario para obtener el mismo grado de prestigio, poder y expansión de América del Norte. Este giro coincide con hechos que desviaron su curso por causa de las profundas reformas estructurales de corte neoliberal que vienen aconteciendo en la región y en el país a partir de los

ochenta con importante incidencia en la reforma curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia de fin de siglo.

Como ocurrió con la emergencia de los dos campos en Norte América con influencia europea, su senda de configuración en el país y en la institución de formación médica colombiana ha estado permeada por la lucha reivindicatoria de los derechos humanos, y recientemente más enfocada en los derechos sexuales y derechos reproductivos que han venido adelantando los movimientos de mujeres, los feminismos, la población diversa LGBTTI en el mundo y en América Latina con resonancia en el país y en la localidad Sin embargo, sigue presente de forma preponderante en la misma región y en el país políticas públicas sobre la sexualidad de jóvenes que a pesar de ser formuladas en las últimas tres décadas del siglo XX siguen proviniendo de prácticas discursivas que siguen escenificando las RRS que configuraron las bases institucionales de la institución médica medicalizadora del higienismo hasta el más reciente enfoque de “riesgo” nacido de la epidemiología social (Morales-Borrero, 2010).

2.3 Las diferencias entre MA y GIJ. La especialidad de medicina de adolescentes (MA), hija de la Pediatría y la Puericultura.

La Pediatría moderna, en cuanto campo médico especializado en la infancia o paidología nace en el siglo XVII en Francia e Inglaterra según lo indican numerosas publicaciones por autores como Willis (1621-1675), Sydenham (1624-1689), Mauriceau (1668) y Sylvius (1674) de tratados de enfermedades infantiles (Baños, 2008). Aunque, el primer hospital para la atención específica de la infancia se abre en Inglaterra en 1776, solo hasta el siglo XIX, fue acogido como representante de

la Pediatría científica francesa que fue la reconocida como la que inaugura este campo en ese momento.

Ese reconocimiento que la historia le hace a la medicina francesa como la pionera en Pediatría se explica porque la versión moderna de la Pediatría nace como rama de saber y campo médico independiente de la práctica obstétrica en París con la apertura de su primer hospital con exclusividad de la población pediátrica en 1802. Posteriormente, se abrieron otros hospitales pediátricos en el viejo continente en este orden de lugares y fechas: Berlín en 1830, San Petersburgo en 1834, Madrid y Barcelona en 1879 (Baños, 2008). Sin embargo, los mayores progresos científicos de esta disciplina proceden del desarrollo que ésta alcanzara en los Estados Unidos. Al respecto, Baños menciona como hecho curioso que los primeros pediatras que la ejercieron y la enseñaron en ese país, vinieron de Europa, como fue el caso de los doctores, Abraham Jacobi y Thomas Morgan Roth, provenientes de Alemania y Von Pirquet de Viena, destacándose como excelentes docentes en las más prestigiosas escuelas de medicina de ese país Harvard en Boston, Massachusetts, Stanford en Palo Alto, California y Yale en New Haven, Connecticut (Baños, 2008).

Estos hechos permiten afirmar que ocurrió el establecimiento de la hegemonía norteamericana y anglosajona a partir de la Pediatría alemana que sucedió a la francesa, debido a la sed de progreso y modernización que invadió a Estados Unidos (Baños, 2008: 2). También fue posible constatar que el desarrollo de la Pediatría se vincula a la exigencia de garantía de pureza racial por parte del estado para la preservación del linaje de las élites sociales que detentaban el poder y que veían amenazado con la aparición de nuevos actores sociopolíticos representantes de las colonias que surgían en medio de la colonización (Suárez y López Guazo, 2005).

La ciencia paidológica o disciplina pediátrica avanza en las colonias por el proceso de propagación del capitalismo de la mano de la industrialización del siglo XIX para devenir en el código ideológico de la modernización con la innovación de una nueva “técnica” que mejora la estrategia de medicalización: *la Puericultura* (Genta-Mesa, 2003). Esta técnica fue fundada en 1865 por el pediatra, francés Alfred Pierre Caron, como “ciencia de criar higiénica y fisiológicamente a los niños” (Frias y Roig, 1962: 11). No obstante, este interés expresado por Caron como necesidad de guiar y regular la labor de la crianza destinada exclusivamente para las mujeres como medio para asegurar las mejores condiciones de higiene y resultados de educación de la ciudadanía, estuvo desapercibido hasta 1890 cuando, otro médico francés Pinard lo recicla ofreciéndolo como una función trascendental de la época con la que realmente se puede “combatir la ignorancia de las madres sobre higiene infantil e instruir las sobre vigilancia de la salud y normal desarrollo de las criaturas” y quien mejor que médicos facultados para cumplirla (Frias y Roig, 1962: 23).

Desde ese momento, la Puericultura como técnica articuladora de un conjunto de estrategias de medicalización provenientes de la Pediatría y de la medicina preventiva que estructuran el núcleo discursivo de la “higiene de la infancia” que les concede un status de supremacía que rápidamente coloniza los otros campos, disciplinas, instituciones y espacios sociales del mundo moderno con responsabilidad en el desarrollo, la salud y protección de infantes y adolescentes.

Así se fueron instituyendo las “pautas” culturalmente aceptables para la sociedad del momento y que entraron a ser parte de las RRS que regulan la función de la crianza la cual vehicula el interés de instituir y reproducir la práctica de medicalización de la infancia derivada de la práctica pediátrica. Las siguientes definiciones dadas por dos puericultores destacados de España y Francia, ambos países con fuerte influencia en la formación médica (Tirado Mejía, 2014) que se sedimentaba

en este país entre las décadas de los treinta y cuarenta del siglo XX, dan cuenta de la soberanía que adquiere la institución médica europea de entonces con la configuración de dicha técnica.

En este sentido, a comienzos de los años treinta del siglo XX el médico español Juan Bosch Marín la definió como el “conjunto de reglas, consejos y preceptos para que el niño se crie bien” (Frias y Roig, 1962: 32). Diez años después, la expansión de su dominio como campo fundamental de la práctica pediátrica se evidencia en la forma como la describe el doctor Rafael Duarte Salcedo en París: “es una parte de la paidología que con su fundamento higiénico, sanitario y social, comprende todas las medidas higiénicas, educativas, protectoras, legislativas e institucionales que benefician al niño en todos sus períodos en los aspectos orgánico y psíquico” (Frias y Roig, 1962: 33).

Al interior de la Puericultura surgieron términos como “efebología” o “efebotecnia” para designar la Puericultura específicamente orientada a la adolescencia o técnica de crianza de la tercera infancia, como la llamaron también en esa época (Frias y Roig, 1962:41) que señala la ampliación de las bases institucionales de esta entidad constituyendo gran parte de las RRS que coordinan y organizan las prácticas discursivas en la formación de la MA en la actualidad.

La medicina adolescente como campo y saber médico destinado a la normalización de la adolescencia y juventud se configura en Estados Unidos a finales del siglo XIX, instituyéndose como una especialidad dentro de la institución médica pediátrica en la década de los setenta del siglo XX, cuando ésta prospera colonizando otras disciplinas médicas como la Medicina Interna, Medicina Familiar, Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia (Silber, 1997, Barbosa, 2007).

Su emergencia en Norte América remolca las bases conceptuales adaptadas por el movimiento médico higienista alemán de los siglos XVIII y XIX a partir de la construcción de nociones de la adolescencia y la juventud hechas por pensadores como Sócrates, Platón, Aristóteles de la Antigua Grecia y Tácito, Plautus y Cicerón de Roma (Heald, 1992, Prescott, 2000, Greydanus y Strasburge, 2006). La revisión de varios textos que narran la génesis de la MA a partir del surgimiento del campo médico escolar configurado en medio de la explosión de programas escolares durante el siglo XIX (Shearin, 1977, Rieder, Alderman y Cohen 2003) permiten relacionar el papel de las ciencias médico-higienistas (Cordoví-Nuñez, 2014) en la concepción disciplinar que dio origen a los discursos normativos fundantes del mundo social escolar.

La especialidad de MA recorrió tres fases hasta su institucionalización en sus países de origen. En la primera fase con el higienismo en auge, se conforma un campo especializado en salud escolar para responder a las necesidades de modulación de cuerpos y conductas para la formación ciudadana de los estudiantes varones internos de instituciones de enseñanza secundaria y superior que inaugura la creación en 1884 de la Asociación de Oficiales Médicos Escolares (*Medical Officers Schools Association*) (Silber, 1997, Prescott, 2000).

En la segunda, un derroche de su estrategia de medicalización conduce a la consolidación y reconocimiento de esta institución médica como la única facultativa legitimada por parte del Estado para ejercer el papel de tutela y control, asegurado por la proliferación de programas académicos y por la expansión de unidades hospitalarias públicas y privadas destinadas a la atención médica exclusiva de la adolescencia. En esta fase, el doctor Roswell Gallagher abre el primer programa de formación médica especializada en MA en el hospital de Boston en 1951 (Shearin, 1977, Silber, 1997) y con él, comenzó ese reconocimiento como un nuevo campo de saber y formación médica

técnico-científico de esta etapa del ciclo vital dentro de la Pediatría por parte de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y, se creó la Sociedad de Medicina del Adolescente (SAM), a finales de la década de los años sesenta.

A partir de los sesenta hasta finales de los años ochenta hay una fuerte ola expansiva y difusora del conocimiento científico derivado de esta experiencia norteamericana que ya ha contagiado a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este organismo internacional se hace cargo de la divulgación y su poder logra alguna repercusión en las políticas y programas de capacitación no formal en los países miembros de este sistema (Silber, 1997). En esta fase, a partir de que se declarara 1985 como el año de la juventud, hay un despliegue de políticas públicas sectoriales de juventud en algunos países de la región latinoamericana cuyo enfoque sobresaliente es el de riesgo, obedeciendo a las directrices de esta agencia internacional, que recomienda a los gobiernos focalizar las intervenciones hacia aquellos sectores de jóvenes de las sociedades donde abundan las características y los comportamientos de riesgo que amenazan la paz y estabilidad social (Rodríguez, 2008).

La tercera fase concluyó la formalización de programas de formación médica en esta especialización en Norte América, con creación de programas en los campos de Psiquiatría, Medicina Familiar y Medicina Interna a finales de los años ochenta y comienzos de los noventa (Silber, 1997, Prescott, 2000). Es en ese país que se instituye la especialización de MA que para pediatras implican un entrenamiento clínico de tres años mientras que para Psiquiatría, Medicina Familiar, Medicina Interna y Ginecología está estipulado que requieren máximo dos años de formación especializada en este campo.

La historia de emergencia y configuración de este campo fue plasmada por el psicólogo conductista estadounidense, Stanley Hall en un texto emblemático; “Adolescencia: su sicología y su relación con fisiología, antropología, sociología, sexo, crimen, religión y educación” con el cual conquistó el reconocimiento por parte del gremio médico estadounidense como pionero de la producción literaria científica sobre la adolescencia (Hall, 1904, Shearin, 1977, Kett, 1992, Heald, 1992, Prescott, 2000, Rieder, Alderman y Cohen, 2003, Greydanus y Strasburge, 2006). Esta obra fue publicada en Nueva York en la primera década del siglo XX y describe el proceso de medicalización de la adolescencia caracterizado por enfoques que legitimaron los estigmas que aún prevalecen en el discurso médico (Hall, 1904).

Este autor formula la teoría de recapitulación, como recurso discursivo explicativo del desarrollo del ciclo vital de las personas similar a la secuencia de las etapas del desarrollo de la humanidad; en este paralelo se configuran los momentos en que se han de aplicar las estrategias sanitarias de regulación y control que él diseña como medida válida que garantiza el paso seguro sin desviaciones o anormalidades que eviten la meta de adquisición de la competencia cívica deseable para su vida adulta en virtud de su facultad para actuar como guía profesional que amaina esta turbulenta etapa. En su tesis, la infancia como etapa del ciclo vital comparte las características y necesidades de intervención social que pudieron haber requerido los seres humanos salvajes que existieron en la era primitiva de la historia de la humanidad para conducirlos a la competencia ciudadana ideal que solo encuentran en la sociedad moderna. En ese mismo orden de ideas, la adolescencia la asimila con la época medioeval de letargo, oscuridad y confusión intelectual y la juventud con el período del renacimiento de derroche de creatividad y descubrimientos despertada por el asombro.

El objetivo de este enfoque es señalar a la adultez como una etapa ideal porque con ella se alcanza la madurez propia del período moderno cuyo desempeño cívico permite contar con las instituciones y el orden social favorecedoras del estado-nación moderno reforzando la idea de que la modernidad es garantía de bienestar y perfección solo alcanzada con la guía y medicalización médica. Su discurso se consolida y posiciona en la ciencia médica con otra publicación, un año más tarde, que prescribe los lineamientos que esa acción médica específica debe seguir para que el adolescente cumpla sin objeción las pautas culturales de higiene y sanidad porque acepta que son las únicas útiles para adquirir el desarrollo moral deseable y capaz de librarlo de desviaciones, anormalidades o aberraciones conductuales. Su método garantizaba la intervención exitosa y oportuna de todas las patologías o condiciones biológicas que impedían el ingreso de los jóvenes a las óptimas condiciones de desempeño social que representa la adultez (Hall, 1905).

Su discurso refleja ese imaginario que yace en la base de la institución médica que sigue mirando a la adolescencia como etapa del ciclo vital equivalente a una fase crítica del curso de vida que puede obstaculizar la adquisición de la competencia ciudadana capaz de sostener el orden social instaurado y por lo tanto muy necesitada de una serie de estrategias médico-sanitarias diferentes a las que demarcan el curso adecuado durante la infancia o la adultez. De acuerdo a su prescripción, el adolescente debía contar con experiencias diseñadas y conducidas por el experto para confrontarlo con situaciones simuladas para la adquisición del comportamiento ciudadano porque le ayudarían a probarse a sí mismo que sí cuenta con valores como valentía, juicio, responsabilidad, compromiso y respeto por los demás o sea la integridad moral establecida.

Con esta práctica discursiva estos profesionales se legitiman como los “peritos” que requería la sociedad de aquel entonces para dictaminar quienes cumplían o no los criterios que los hacía elegibles de reconocimiento social como normales y como ciudadanos. La especificidad de las estrategias de medicalización para esta etapa de vida debían dejar cierto grado de libertad para que el adolescente explorara y experimentara a plenitud intereses y actividades propios para su nivel “histórico”: el medieval sin dejar que sus ímpetus inherentes a la condición biológica se desbordaran (Hall, 1904, Kett, 1992).

Consecuente con su enfoque, Hall aseguraba que los retos y necesidades de intervención eran la constatación de la idea de que la adolescencia es parte de esas “categorías peligrosas” para la sociedad por su alto contenido de rasgos propios y esenciales de una fase de la vida impetuosa, turbulenta y estresante para el adolescente y para las personas que le rodean y por lo tanto provocadora de una problemática social superable solo con el cumplimiento de sus prescripciones derivadas de su incuestionable y anecdótico saber acumulado no solo por él sino por todos aquellos científicos matriculados en su corriente ideológica.

Así, esta institución médica que regula y contiene la peligrosidad de la adolescencia, potencia la acción de un discurso autoritario forjador del cuerpo y del estilo de vida desde el ámbito escolar, con estrategias sanitarias que reflejan la fusión de medidas punitivas, de arbitraje y de socialización, proveniente de las tres fuentes ideológicas identificadas en la base institucional que da vida a las RRS: el higienismo, la psicología del conductismo y el positivismo, evidenciados por la irrupción de un sinnúmero de investigaciones sobre la infancia y adolescencia a lo largo del prolongado período histórico fundacional entre la segunda mitad del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XX (Cordoví-Nuñez, 2014).

En Estados Unidos, en 1918, la pediatra Amelia Gates publicó el primer artículo de talante científico en donde sintetiza con especificidad las necesidades y los problemas médicos que justifican la medicalización de adolescentes que asistían a la clínica pediátrica de la Universidad de Stanford donde ella laboraba (Gates, 1918). Este artículo reviste el discurso fundacional de Hall con argumentos científicos y nuevos códigos que le brindan su experiencia como pediatra y los resultados de las investigaciones sobretodo del funcionamiento biológico y los cambios físicos de la adolescencia que adelantaba bajo el enfoque teórico metodológico empírico-analítico estandarizado en la institución médica norteamericana con instrumentos y categorías provenientes de la corriente hegemónica de esa época: el positivismo (Smith, 2005, Habermas, 1997) agazapada detrás del higienismo y de la psicología conductista.

Ese texto consolidó las prácticas discursivas que rigen la intervención médica y social de la institución médica norteamericana que casi 40 años después dicta la política institucional y curricular de la formación médica en esa primera unidad de atención clínica a adolescentes abierta por Gallagher que se abrió en el Hospital Infantil de Boston a mediados del siglo pasado. Vale la pena mencionar aquí que diez años después de su apertura, en 1968 a su regreso a Colombia después de visitar este hospital el pediatra antioqueño, el doctor Ramón Córdoba Palacio organizaba la primera unidad de adolescencia del país en el Hospital Pediátrico San Vicente de Paúl, sede y escenario de práctica del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia desde los cuarenta hasta la fecha (Forero-Caballero, 2008). Pero esta relación será desarrollada más adelante.

A partir de los años sesenta del siglo pasado varios pediatras académicos que visitaron esta unidad se entusiasmaron inaugurando unidades de salud adolescente en importantes facultades de medicina de México, Brasil, Argentina, Chile y Colombia pero que no lograron el mismo posicionamiento y desarrollo que dicho campo alcanzó en América del Norte. Al respecto, hoy existen cursos virtuales de salud integral adolescente ofrecidos por la Universidad Católica de Chile y por el capítulo de salud adolescente dentro de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).

En general, la MA abarca un campo integrador del conocimiento científico proveniente de la Medicina, las Ciencias del comportamiento al interior de las Ciencias Sociales y Humanas y de la Salud Pública. Desde ella, se ejerce el cuidado primario médico para promover un desarrollo sano hacia la vida adulta saludable implicando que la intervención médica se hace a nivel individual y colectivo con efectivo impacto con cambios conductuales necesarios para personificar los “estilos de vida deseables” así como con detección y atención terapéutica temprana y oportuna que evita que progresen y se compliquen las anormalidades, problemas, riesgos y/o trastornos de la salud física, psicológica, mental y social del adolescente.

En el anexo I se lista el contenido del Texto de Medicina Adolescente (McAnarney, Keipre, Orr y Comerci, 1992) el más representativo y de mayor citación en la literatura científica médica existente en este campo. Los títulos de los 126 capítulos así como los de las 28 sesiones a lo largo de 1200 páginas dan cuenta además de la persistencia de los enfoques de origen, del grado de complejidad que ha adquirido este campo demandando un importante esfuerzo de profundización y especificación en la formación profesional médica en este país y en la región de América Latina. A pesar de que este campo médico no haya contado con el mismo progreso en estos países del sur. Existe un texto mexicano; “El adolescente “que compila un pediatra endocrinólogo mexicano el

doctor Enrique Dulanto Gutiérrez con bastante similitud con esta misma noción de la medicalización de la adolescencia que corrobora su índice de contenido con 182 capítulos distribuidos en 25 sesiones en más de 1300 páginas expuesto en el anexo J (Dulanto, 2000). Ambos textos evidencian el protagonismo que adquieren los contenidos relacionados con sexualidad y salud mental blanco de la estrategia de medicalización para contener y normalizar conductas y prácticas nocivas. En el caso del texto que compila la producción científica del contexto latinoamericano el mayor interés y preocupación por regular la sexualidad lo refleja la mayor proporción de capítulos dedicados a temas como ética y consejería en sexualidad, inicio de actividad sexual, anticoncepción, aborto, embarazo y maternidad en adolescentes solteras.

La caracterización de las revistas científicas especializadas en adolescencia y juventud que hace el investigador mexicano Ramiro Caballero-Hoyos perteneciente a la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente del Instituto Mexicano del Seguro Social de ese país en el año 2003 a partir de la revisión de las revistas disponibles en el Centro de Documentación en Salud del Adolescente (Cedosad) de dicho Instituto, publicadas entre 1997 y 2001 confirma el grado de desarrollo y de institucionalidad que este campo médico ha logrado en países industrializados de habla inglesa (Caballero-Hoyos, 2003).

De las 12 revistas encontradas 8 se publican en Estados Unidos, dos en Inglaterra, una en Holanda y otra en Suecia predominantemente por el interés y la labor de asociaciones de medicina de adolescentes, salud escolar y universidades. En general, los estudios que publican son más que todo de corte cuantitativo provenientes de los mismos países. Solo en una revista hay publicación de resultados de estudios en Latino América pero conducidos desde Estados Unidos. En 10 de las 12 revistas los estudios son reflejo de un trabajo multidisciplinar en áreas de clínicas, epidemiología,

ciencias básicas y servicios y muy pocas incorporan en ellos la visión de las Ciencias Sociales y Educativas.

Entre las principales implicaciones de la configuración de las prácticas discursivas distintivas del saber y campo médico especializado en la salud y vida adolescente, se destacan:

La publicación de las Guías para la Administración de Servicios Preventivos de la Salud Integral Adolescente (*Guidelines for Adolescent Preventive Services: GAPS*) (Elster y Kuznets, 1994). Porque este texto es considerado como emblemático al sintetizar en 24 recomendaciones la totalidad de las bases que dan estructura y sentido a la práctica discursiva y estilo de actuar distintivo proveniente del enfoque que prevalece en la MA compuesto por una tríada de estrategias, mecanismos e instrumentos introducidos en distintos momentos históricos para consolidarlo: higienismo, medicalización y focalización del riesgo que las RRS se encargan de materializarlas asincrónicamente a través de tiempos y espacios geográficos remotos .

La conquista del poder sociopolítico culmina con la certificación de experticia por parte de la instancia de autoridad experta en esta especialidad a quienes aprueban un examen que busca estandarizar la competencia técnica-científica en este campo: los “*boards*” de MA, -tal y como lo describe Weber en la sociología del poder y la educación y la burocratización (Weber, 2000) -, que se vienen exigiendo en Estados Unidos desde 1994. Al año siguiente de instituida esa medida de arbitraje con los exámenes “*boards*”, se acreditaron 39 programas de formación en ese país y en Canadá (Silber, 1997).

El eco, que de estos desarrollos científicos hace el Sistema de Naciones Unidas se magnifica en medio de una agitada ola de protestas estudiantiles y juveniles en la década de los sesenta para reprimirlas (Tirado Mejía, 2014). Para entonces, se argüía que la inversión en los jóvenes del presente era la garantía de un adulto sano en el futuro y del mejor camino para alcanzar un desarrollo social y económico del país. Por lo tanto, la MA había probado ser efectiva para contener y controlar esta ola de rebeldía juvenil amenazante de la estabilidad del orden social en medio de la guerra fría. Por lo tanto, era necesario emprender un esfuerzo global que masificara una serie de servicios sociales entre los que se incluían los de salud para corregirlos y detener esta ola bajo la excusa de que estos servicios promovían su bienestar y su desarrollo saludable además de asegurar el acceso a la educación para socializarlos. Entonces, se comprende por qué la asamblea general de ese sistema realizada el 7 de diciembre de 1965 aprobó mediante la resolución 2037 (XX) la primera política que explicita las acciones y medidas de intervención a la juventud: “Declaración sobre el fomento entre la juventud de los ideales de paz, respeto mutuo y comprensión entre los pueblos” ordenando a los gobiernos de los países miembros la formulación de una serie de políticas públicas con destinación de gran parte de sus recursos institucionales para garantizar el desarrollo integral de los jóvenes (UN, 1965).

Desde los años sesenta hasta los noventa en cuanto al período en que se consolida la institucionalización del campo de MA en los países del norte se aumenta diferencia de éste con el camino que sigue en Latinoamérica. En esta región se desarrollaron escasos módulos de capacitación aplicados en varios países como México, Costa Rica, Colombia, Argentina, Brasil y Chile sin conexión con la formación médica de las facultades de medicina de estos países (Silber, 1997). Por esta razón, estas acciones, no lograron el grado de colonización y penetración en los currículos de los programas de pregrado y posgrado médico de las facultades de medicina tal y como ocurrió en

América del Norte y Europa. Al respecto, llama la atención la coincidencia de las décadas de ocurrencia de estos eventos que sellaron el poder de este campo constituido en esos países del norte con la introducción y desencadenamiento de las olas de reformas estructurales de tendencia neoliberal en los países de Latinoamérica con importante repercusión en los sectores de la salud y de la educación. Lo que ha tenido repercusión en el curso y desarrollo que ha tenido este campo de MA en la región tan diferente de lo que ocurrió en los países de origen de la especialidad. Esta relación de causalidad será tema del siguiente capítulo.

La discrepancia entre el despliegue de políticas de sexualidad y juventud,-si bien presentes desde los años sesenta-, es exacerbada desde los años noventa en la misma región de América Latina y el Caribe, como parte de los acuerdos hechos por los estados para cumplir con los mandatos de las Conferencias de El Cairo y Beijing (UN, 1994, 1995), con un escaso desarrollo de unidades clínicas para la atención a la adolescencia, un casi nulo desarrollo de programas de formación académica en estos dos campos de la MA y la GIJ; y la aparición de nuevos desafíos derivados por el agravamiento de una problemática de salud adolescente magnificada con los efectos de los procesos de modernización con la imposición de reformas en los sistemas de salud y educación en las mismas décadas con impacto diferencial con mayor detrimento de la calidad de vida y condiciones de salud de los adolescentes pobres.. Esto contrasta con el escaso desarrollo de políticas de sexualidad y juventud en Norte América en medio de una marcada expansión de servicios clínicos y formalización de programas de formación académica. Este paradójico contraste entre unos países del Norte con una fuerte medicalización y regulación de la adolescencia por parte de un poderoso saber y gremio médico especializado sin un respaldo de políticas públicas explícitas de respeto y promoción de los DSR y la sexualidad de adolescentes y unos países del sur con una fuerte regulación con políticas medicalizadoras y reguladoras de la sexualidad adolescente sin un respaldo

de un saber y gremio médico especializado sugiere un camino de exploración para esclarecer las causas y el impacto que ello tiene en la problemática.

En resumen, la medicalización de la adolescencia y juventud en Colombia comienza con la importación del higienismo en el período de cimentación de las bases institucionales modernas instauradas a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. En su origen, la mentalidad médica se basó en la necesidad de aplicar sanciones como “aislamiento, estigmatización y confinamiento” a determinados sectores de individuos portadores de conductas catalogadas como “socialmente desviadas” y amenazantes de la “estabilidad social”. Posteriormente, a finales del siglo XIX y comienzos del XX las estrategias de arbitraje hicieron parte del enfoque de prevención con incorporación del riesgo característico de la influencia de la medicina *flexneriana* norteamericana para determinar los atributos individuales que merecen un reconocimiento social para el desempeño de roles y el acceso a una serie de privilegios sociales. Por último, las estrategias “socializadoras” normalizaron la medicalización en la era contemporánea como la práctica discursiva por excelencia para normar la rebeldía inherente a la adolescencia y juventud.

2.4 La especialidad de Ginecología *Infanto-Juvenil* (GIJ): hija de la Obstetricia y la Ginecología.

El surgimiento de la especialidad en Ginecología *Infanto-Juvenil* (GIJ) siguió un camino diferente al de la MA (Barbosa, 2007). Aunque algunas publicaciones científicas mencionan temas de MA relacionados con la GIJ, lo hacen como parte de revistas especializadas de Ginecología y Obstetricia de Inglaterra, Irlanda y Estados Unidos desde 1871 hasta 1893 (Yordan EE, Yordan RA, 1997). Solo hasta 1940 que aparecen el primer servicio de Ginecología infantil y el primer programa

de entrenamiento médico en 1953, liderados por el doctor R. Peter un ginecólogo obstetra checoslovaco (Barbosa, 2007) se puede hablar propiamente de la Ginecología de la infancia, adolescencia y juventud. Si bien, por esa época también aparecieron libros publicados en Estados Unidos, Inglaterra y Francia, fue el doctor John Fuman, en Estados Unidos el pionero de la formación y práctica médica en Ginecología de la infancia y la adolescencia impulsando el establecimiento del campo en Estados Unidos a finales de los años sesenta(Barbosa, 2007). Después, en el mismo país, Althec y Capraro ofrecieron cursos de especialización en GIJ con la idea de complementar con éstos la formación de líderes de ambos campos médicos en ese país: de MA y GIJ (Barbosa, 2007).

Distinto a lo ocurrido con la MA, el campo de la GIJ ha tenido mejor relación con el gremio médico especializado y la industria farmacéutica concediéndolo mayor desarrollo y difusión en la práctica ginecológica privada con escaso respaldo e institucionalización de la formación médica especializada en la Ginecología de la infancia y adolescencia en el ámbito académico. Ginecología. No obstante, este campo ha logrado mayores progresos en el mundo global gracias a la conformación en 1971, en Suiza, de la Federación Internacional de Ginecología Infanto-Juvenil (FIGIJ), como instancia que regula, estandariza y certifica la facultad y experticia a profesionales de Ginecología y Obstetricia. La expansión de esta agremiación hacia América Latina y el Caribe se logra en 1993 con la creación de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia (ALOGIA), capítulo de la FIGIJ. Este respaldo asociativo señala cómo este campo del saber se distingue de la MA por su capacidad de gestión ante las industrias farmacéuticas y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con un enorme estímulo a la investigación básica clínica y con prioridad en la innovación y la tecnología, lo cual facilita su desarrollo en un campo médico a pesar de su escaso asiento en los currículos de la función de formación académica.

En este sentido, hay marcado contraste con la expansión de esta modalidad de medicalización que logró la MA en Estados Unidos y la poca presencia de la GIJ en las mismas instituciones. Mientras que cinco universidades en Norteamérica ofrecen la especialidad y cuentan con la certificación por parte de la misma Federación, solo seis universidades distribuidas en cinco países; República Checa, Hungría, Filipinas, Venezuela y Chile la ofrecen con la debida acreditación por esta misma organización (Barbosa, 2007). En la región de América Latina, solo la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile cuenta con un programa de especialización de dos años de duración para gineco-obstetras. Dicho programa fue fundado, diseñado y puesto en marcha desde el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) por el doctor Ramiro Molina en 1981, -hoy en día- es distinguido como el “Maestro de la especialidad de Ginecología de Infancia y Adolescencia” de ese país (Valenzuela, 2009).

En el año 2009 este ginecólogo obstetra especialista en GII estuvo visitando el Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva creado como instancia para fomentar la misión de investigación y extensión del saber médico del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en el año 2003 como iniciativa del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR OPS-OMS, con el propósito de realizar vigilancia epidemiológica activa de la mortalidad materna y perinatal en Antioquia (NACER). Ambos centros comparten el mismo interés por la atención integral de las adolescentes embarazadas y la prevención del embarazo adolescente, considerando que son un grupo social de alto riesgo que inspiró al doctor Molina a la creación de esta emblemática escuela para la región de América Latina en materia de la SSR y DSR de la adolescente.

El programa de especialización chileno se consolida en el 2003 con la publicación de un libro que recoge toda la experiencia en formación a lo largo de los 26 años desde su fundación. En el libro se narra el programa que ofrece una profundización de la formación en GIJ exclusiva de especialistas graduados de las disciplinas *quirúrgicas* de la medicina de la región de América Latina y el Caribe y su estructura curricular hace énfasis en el enfoque biomédico con los siguientes contenidos temáticos: bases morfo-funcionales en Ginecología pediátrica y adolescencia, bases genéticas en Ginecología, Ginecología normal – ginecopatías, endocrinología y endocrinopatías pediátricas y adolescencia, sexualidad en la adolescencia, embarazo en la adolescencia y aspectos médico – legales (CEMERA).

2.5 Un texto emblemático: “GAPS: guías para la administración de servicios preventivos de la salud integral adolescente”.

El texto “GAPS: Guías para la Administración de Servicios Preventivos de la Salud Integral Adolescente” publicado en 1994 consolida la experiencia de más de 25 años de trabajo en el área de salud adolescente de más de 30 investigadores representantes de campos disciplinares como medicina, MA, Pediatría, Psiquiatría, Psiquiatría infanto-juvenil, Ginecología y Obstetricia, GIJ, salud pública) Psicología, Enfermería, Nutrición, Educación en Salud, Ciencias Sociales y del Comportamiento que compilan los médicos del Departamento de Salud Adolescente de la Asociación Americana de Medicina; Arthur Elster y Naomi Kuznet (1994).

A partir de este texto se legitima a nivel mundial el saber del campo como científico y especializado en la MA en virtud de las guías que ofrece. Estas guías le imprimen la experiencia profesional idónea con facultad para coordinar y regular el saber y la práctica médica y la

medicalización del adolescente al mismo tiempo. Al decir de Smith estos textos en la medida en que viajan largas distancias a lo largo del tiempo y espacio a instituciones de otros países y continentes del mundo en donde se insertan en la cultura institucional hallando la manera de circular constantemente, hacen factible que se inventen y se instalen como referentes de identidad en la vida cotidiana en que transcurre la función de práctica médica y de formación médica en MA simulando una especie de escenario virtual que proyecta las prácticas discursivas específicas de la MA que materializan las RRS sutil e inaparentemente (Smith, 2005).

Por eso no resulta extraño conocer que , un libro de estas características es financiado y publicado por las instituciones más poderosas del gremio médico; la Sociedad de Medicina Adolescente (*SAM* por siglas en inglés) que constituye el capítulo dentro de la Academia Americana de Medicina (*AMA*) dedicado a la estandarización de la práctica médica especializada en la salud adolescente fundada desde los años sesenta, en asocio con la Academia Americana de Pediatría (*AAP*) con autoridad para dictar las formas cómo deben pensar, hacer y ser los profesionales de la MA para configurar y reproducir un ordenamiento del espacio social acendrado especialmente para que pueda transcurrir sin problemas dicha práctica (Elster y Kuznet, 1994).

La Organización Mundial de la Salud (*OMS*) hace eco de estos discursos y prácticas eternizadas en las *GAPS* para fijar el norte que los estados deben tener en el campo de la salud y desarrollo de los y las adolescentes (Silber; 1997).

En general, este documento se constituye como el prototipo de una “estrategia clínica” consistente en un “paquete o portafolio” de 24 recomendaciones de obligatorio cumplimiento en medio de una consulta clínica individualizada que la institución médica debe ofrecer anualmente a

todos sus adolescentes desde el momento en que cumplen los 11 años hasta los 21 años. Este texto instituye el código ideológico del enfoque de riesgo y mantiene la esencia preventivista en la MA. Le apuesta a la superación del enfoque curativo, efímero y fragmentado característico de la práctica discursiva médica tradicional en pro de mayor provecho del contacto que el profesional médico tiene con el adolescente para poder inculcarles las medidas medicalizadoras de autocuidado que especifica el diagnóstico de riesgos. Para asegurar el enfoque y la práctica medicalizadora los autores se apoyan en la siguiente definición de guías emitida por el Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos, otra superpotencia de la regulación y control de la práctica médica en general “[...] un conjunto de enunciados que se hacen de manera sistemática para facilitar y apoyar la toma de decisión a profesionales de salud para que con sus pacientes acuerden la conducta apropiada” (Elster y Kuznet, 1994: xviii⁶).

A lo largo de la lectura de este texto se identifican varios aspectos generales sobre las prácticas discursivas medicalizadoras:

Las prácticas discursivas normalizadas y homogeneizadas.

Listas de manejo establecidas en coherencia con los perfiles de riesgo elaborados.

Conductas comunes y estandarizadas según los acuerdos de los científicos expertos en el campo.

Todo esto, resulta del consenso entre todas las personas que integraron la comisión de expertos, pero con muy pocos aportes para vehicular un cambio en la práctica medicalizadora hacia una respetuosa y promotora de la ciudadanía sexual, en realidad los enfoques de origen de la MA se reciclan adaptándose a las características de la sociedad que los consume justificando y revitalizando

⁶ Traducción libre de la autora

el viejo estigma que dio origen a la fundación de este campo y a la medicalización que lo representa (Elster y Kuznet, 1994⁷):

Se renueva el código que hace pensar que el mayor riesgo que amenaza la vida y la salud de adolescentes es predominantemente aspectos relacionados con sus comportamientos, metonímicamente se acusa la limitación que tiene el enfoque biomédico tradicional para comprender y corregir adecuadamente esas conductas erráticas.

Como sigue incrementando el número de adolescentes que se involucran cada vez más en ciertos comportamientos que ponen en riesgo su salud y deterioran su calidad de vida, se ratifica lo imprescindible que es la oferta de servicios cualificados.

El hecho de que disminuye progresivamente la edad de involucramiento en esos mismos comportamientos riesgosos se evidencia la persistencia de la racionalidad y mentalidad clínica que medicaliza en un plano individual en el nuevo paradigma de la epidemiología.

Algunos adolescentes exhiben múltiples comportamientos riesgosos que potencializan el nivel y magnitud del peligro y del daño sobre su salud y calidad de vida que solo logran solución en estas consultas médicas.

Las decisiones que toman adolescentes se hacen sin suficiente reflexión requiriendo del pródigo acompañamiento de estos especialistas.

Hay una relación directa entre las conductas asumidas y los riesgos que las acompañan con los contextos caracterizados por unas condiciones sociales y económicamente adversas, tales como: extrema pobreza, altas tasas de desempleo y des-escolarización y debilitamiento y desintegración de las redes de apoyo familiares y sociales. Con estas conclusiones el texto demostró la institucionalización de la perspectiva epidemiológica en que finalmente devinieron los enfoques

⁷ Traducción libre de la autora

constitutivos de la práctica medicalizadora que incide en las políticas públicas de sexualidad y juventud predominantes en la región de América Latina.

La vulnerabilidad se magnifica ante una constante desregulación social que viven estos sectores que naturalizan las dinámicas sociales violentas que exponen a sus adolescentes permanentemente al contacto y uso de armas y otros agentes letales.

La causa principal de la problemática que genera mayor carga al sector de la salud deriva de la incompetencia que demuestran sus padres o demás adultos que adolescentes identifican como figuras significativas. Por eso, insisten en la necesidad de concentrar los esfuerzos hacia estos adultos. O en su defecto, es necesario la delegación de esta labor en hogares sustitutos a cargo del sistema de protección social.

La tarea con estos adultos será la de generar una competencia para que puedan replicar la acción de control y regulación que hacen estos expertos y así poder cumplir con la obligación ciudadana de promover la formación cívica y moral deseable para sostener la estabilidad de la sociedad norteamericana.

La MA tiene como fin desarrollar las estrategias de prevención tan exitosas como los dispositivos tecnológicos para combatir las amenazas biológicas que se han desarrollado en otros campos médicos-científicos.

La pertinencia de estas guías es indudable dado el beneficio que estas representan para la comunidad médica que al acogerlas beneficiándose del potencial que tienen de impactar con la disminución de tasas de morbilidad y mortalidad de la población adolescente.

El personal que las opere debe contar con una formación médica profesional que los revista del poder y competencia idóneos para la regulación.

Ello implica que estas prácticas sean apropiadas e incorporadas en los programas curriculares de las instituciones de formación médica de cada país.

Acatar y aplicar estas recomendaciones a cabalidad logra el impacto deseado pero solo se podrá medir y constatar a muy largo plazo.

Vale la pena señalar la existencia de tensiones generales dadas por la presencia de distintos puntos de vista entre representantes de campos disciplinares diferentes a la medicina en la Comisión: En primer lugar, algunos de las Ciencias Sociales y Humanas manifestaron dudas frente a la efectividad de una acción médica puntual y aislada para modificar los comportamientos riesgosos en estos individuos. En segundo lugar, dejaron constancia de su preocupación y su malestar ante el inminente riesgo de exaltación y masificación de la práctica de “medicalización” profundamente arraigada en la sociedad norteamericana que ya enfrenta un serio problema económico y social ante el excesivo costo de los servicios de salud derivados de la dilatación de misma. En tercer lugar, advirtieron sobre el riesgo que representan estas guías como vehículos del incremento al lucro que ya vienen detentando algunos especialistas en MA que por su prestigio cobran unas tarifas escandalosamente onerosas. Finalmente, hubo médicos que se afirmaron en su interés por prevenir exclusivamente los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular como causa de muerte prematura de la población adulta (Elster y Kuznet; 1994).

Con respecto a la sexualidad, la SSR y los DSR del adolescente con este texto se ratificó la política institucional que concede derecho al profesional médico a la prestación de servicios clínicos bajo el principio de confidencialidad que le reviste de cierto grado de inmunidad legal para manejar secretamente la información brindada por su paciente adolescente y sus decisiones en virtud del reconocimiento que este campo médico le hace al derecho de *emancipación* de acudientes o adultos que son sus figuras de autoridad. Al respecto, se considera en este discurso médico de la MA que pueden ser emancipados aquellos adolescentes víctimas de abandono parental, sobreviviendo en las

calles, por fuera de sus hogares, o en instituciones estatales o las adolescentes embarazadas. Estos adolescentes emancipados son generalmente espectadores, víctimas o victimarios de diversas violencias estructurales, institucionales; -en especial el maltrato infantil, la violencia intrafamiliar, explotación sexual, violencia y delincuencia juvenil, violencia de género que sufren mujeres o quienes tienen una orientación sexual diversa, o aquellos que sufren de síntomas o trastornos mentales como depresiones, ideas o intentos de suicidios o consumo adictivo y problemático de sustancias psicoactivas. De nuevo, se refuerza el estereotipo y la regulación social que vincula a la categoría adolescencia con clase peligrosa que debe controlar y reprimir el estado con institucionalización y custodia por parte del sistema judicial y de protección social.

De todas maneras, este código ideológico le otorga autonomía con inmunidad legal al especialista quien a su vez da respaldo derecho que tiene el sujeto adolescente para conducir sus propias decisiones que el experto guía hacia una práctica y conducta libre de riesgos en su vida sexual incluyendo el acceso a un procedimiento para interrumpir un embarazo no planeado y no deseado o en su salud mental como la decisión de aceptar tratamiento para detener su adicción o mejorar su depresión. Como esta condición le concede al adolescente un poder para impedir la intromisión de adultos legalmente a cargo de su cuidado y crianza en razón de que estas intromisiones por parte de personas que no tienen la debida facultad profesional para conducir su vida; -que ya se encuentra en excesivo riesgo, y que va a generar barrera de acceso a la privilegiada atención médica que ofrece la MA se reproducen las RRS configuradas en la época de su origen. Por lo tanto, esta nueva metonimia le asegura a la MA la potestad para brindar una medicalización protegida bajo el manto de la emancipación no solo adolescentes “a riesgo” sino todo el que entre a la consulta especializada. Al respecto, la autora recuerda el manejo que el profesorado y el personal de salud de la unidad de adolescentes en el Centro Médico Nacional Infantil (*CNMC: Children’s National Medical Center*)

de *George Washington University (GWU)*, en la capital de Estados Unidos donde tuvo su entrenamiento como especialista en este campo durante tres años, brindaba en el caso de asesorías sobre aborto con un grado de exigencia de laicidad diferencial con menor nivel de exigencia para estudiantes del programa de pregrado de medicina, un poco mayor para los de posgrados de Pediatría, Medicina Interna o Medicina Familiar que rotaban por el servicio y la máxima a los *fellows* (alumnos) del programa de especialización en MA.

En los dos primeros grupos de alumnos, su decisión por objetar conciencia fundamentada en razón de su credo era respetada, mientras que a los últimos no se admitía tal opción. Lo contrario, la disponibilidad del médico para aceptar sin prejuicio la decisión del paciente sobre asuntos relacionados con su sexualidad como el aborto o la anticoncepción debía seguir una postura laica como requisito imprescindible para su aceptación al programa de entrenamiento en MA en calidad de *fellow* o estudiante de la subespecialidad. En el caso en que un aprendiz del programa de especialización en MA no lograra neutralizar su sesgo ideológico o religioso para poder acompañar al paciente adolescente en esta decisión, el equipo directivo y docente del programa lo llamaba a rendir cuentas sobre ese impedimento y en el caso de que no se lograban los cambios de práctica para superar esta barrera al alumno se le indicaba el retiro voluntario del programa para que buscara otra opción entre todas las demás ofertas de especialización del campo médico que no le implicara tener que renunciar a su derecho a objetar su conciencia como sí le demandaba esta opción.

No obstante, es importante anotar algunas develaciones sobre el capítulo de este texto que trata los aspectos relacionados con la sexualidad, SSR y DSR. Es llamativo que éste sea el capítulo de menor extensión de todo el libro y el que se distingue por usar el lenguaje con el mayor nivel de tecnicidad y científicidad. En él se hace mínima alusión al beneficio que implica garantizar un

saludable desarrollo psicosexual que sea conducida por quien posea una actitud y aptitud idónea como la que exhiben estos profesionales al interrogar sobre la vida sexual al adolescente sin prejuicios religiosos y moralistas que culpabilicen al adolescente sobre la edad o las circunstancias que le motivaron iniciar “actividad sexual” con unas prácticas que les impongan riesgos de contraer ITS/VIH/SIDA o de tener que lidiar con embarazos no deseados ni planeados.

Para la MA, el profesional debe asumir con naturalidad estas prácticas sobre la base del entendimiento de que éstas hacen parte de una función vital “natural para la especie” que se exagera durante esta etapa del ciclo de vida por efecto de los cambios hormonales que desencadena la biología en ese momento específico que han denominado pubertad. Por lo tanto, es dominio y potestad exclusiva del profesional médico el manejo de las conductas que se han de determinar sobre las conclusiones y diagnósticos que deriven de la consulta médica especializada. No obstante, para alcanzar este estatus es necesario que el médico cuente con competencia para identificar, interpretar y comprender las implicaciones sobre las circunstancias socioculturales que rodearon esa decisión de iniciar la actividad sexual que de acuerdo a las pautas culturales resultó ser precoz y de alto riesgo para cada caso particular.

Sin más aclaraciones sobre esta función reguladora del médico se concluye en el texto que el experto que atiende la consulta del adolescente debe realizar una consejería sexológica lo suficientemente hábil para motivar al adolescente al cambio comportamental con despliegue de las prácticas de autocuidado que el experto ha prescrito. Estas son aquellas prácticas sexuales acompañadas de una competencia de asertividad en la negociación con su pareja de manera que el uso de dispositivos tecnológicos como preservativos y métodos de anticoncepción efectivos y

eficaces para prevenir riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), violencia sexual y embarazos no planeados ni deseados quede asegurado (Elster y Kuznet; 1884: 70).

Este capítulo resume en una serie de recomendaciones la garantía de guiar un camino seguro en el cumplimiento de la función profesional que fomenta de la salud sexual en el adolescente que consulta al servicio:

En primer lugar, debe brindar consejería que conduzca a mayor comprensión del proceso de desarrollo psicosexual del adolescente por parte del mismo y de sus padres, enfatizando en el conocimiento que esclarezca el funcionamiento normal de los órganos sexuales y reproductivos y que despierte el deseo de adoptar prácticas de autocuidado para evitar los riesgos. Es de particular interés para este estudio, el escaso interés que esta guía médica dedica al tema de victimización de la violencia sexual, y mucho menos a la relación de la violencia de género con la salud sexual y los DSR de adolescentes. Evidenciado la complicidad histórica de la medicina con sectores, instituciones, actores y por supuesto las RRS configuradas para ejercer poder y control en el cuerpo y sexualidad femenina (De Barbieri, 1991, Lagarde, 1997, Rodríguez, 2004, Fuentes-Belgrave, 2006). Solo se remite a hacer una recomendación puntual al margen de esta tarea sobre la necesidad de que se le advierta a pacientes y a su familia del peligro que pueden encontrar aquellas adolescentes que se exponen a encuentros sorpresivos sin control ni planeación con extraños o de que se piensen en la posibilidad de que el abuso sexual a un adolescente sea perpetrado por los mismos miembros de su familia y/o de sus parejas. Eso es todo.

En segundo lugar, no abandonan la postura que defiende a la abstinencia como la única práctica sexual asegura la protección total.

En tercer lugar, se prescriben vacunas para la prevención de algunas infecciones de transmisión sexual que deben usarse en compañía de un método de anticoncepción efectivo y de acción a largo plazo para prevenir gestaciones no planeadas ni deseadas en quienes admiten su inicio de relaciones coitales (Elster y Kuznet, 1994).

Al final de este capítulo se hace una extensa lista de evidencias científicas recopiladas para responder a la pregunta sobre la importancia y necesidad del papel del profesional en el campo de la MA. Este personal es el más idóneo para generar los cambios hacia unos comportamientos cívicamente más deseables en sus pacientes adolescentes. Llama la atención la constante insistencia a lo largo del texto de que el personal médico formado en este campo particular es el único capaz de conducir al adolescente hacia una vida cívicamente ejemplar.

Al parecer solo el especialista en MA cuenta con el enfoque laico, el conocimiento científico y la competencia profesional apta para activar el deseo en el adolescente de caminar hacia un estilo de vida saludable y de paso ejercer la ciudadanía que sirva al orden. La competencia médica diestra en este campo implica también contar con la capacidad para evaluar y aprovechar la relación médico-adolescente en función de la oportunidad que esta brinda para cumplir metas como: -Mejoría de la percepción que el sujeto tenga de sí mismo para aceptar la inevitable vulnerabilidad en caso de que no acate las recomendaciones médicas, -Inculcación de un interés en el sujeto adolescente por adoptar los cambios y prácticas de autocuidado prescritas y -Efectividad del impacto de en la opinión que tengan personas significativas para estos adolescentes para que refuercen la idea del beneficio que representa asumir las prácticas saludables recomendadas por el experto (Elster y

Kuznet, 1994). De esta manera, el texto y el rol del médico consolidan la medicalización como la estrategia de socialización más poderosa para dirigir al adolescente hacia una ciudadanía conservadora del orden y de la estabilidad social.

A partir de la difusión e institución de las *GAPS* como fuente de las *RRS*, el profesional de salud con entrenamiento formal en MA adquiere prestigio en Estados Unidos gracias al reconocimiento y respaldo político que la oficina de Sanidad Nacional da de su facultad para decidir y actuar sin la necesidad de aprobación de padres o acudientes sobre la vida sexual y social del adolescente. Queda pues, en ese país, en manos de este campo médico el camino que ha de seguir el sujeto adolescente para la adopción de las conductas que dan mayor garantía de protección a su salud mental y sexual. Es paradójico lo que ocurre en los casos en que estos mismos profesionales prescriben procedimientos o terapéuticas para enfermedades o problemas de salud que nada tienen que ver con las prácticas y conductas sexuales o mentales como con adicciones, la depresión o intentos suicidas. En esas circunstancias en que consultan para aliviar infecciones generales o condiciones médicas de los demás sistemas orgánicos del cuerpo éstos sujetos deben contar con el consentimiento informado de sus acudientes para evitar demandas legales por parte de éstos adultos (Elster y Kuznets, 1994).

Con este texto se hace visible una nueva forma de relación de la MA con las políticas públicas que se suman a las precedentes de corte eugenésico para asegurar un mayor control ciudadano en la adolescencia como son las de “des-familiarización” impulsadas por el estado de bienestar social moderno s configurado en la era posindustrial como otra forma de respuesta institucional para solucionar otras necesidades sociales que surgían en medio de la creciente amenaza de desestabilización del orden social instituido durante la primera mitad del siglo XX por causa de unos brotes de protesta y resistencia social que nuevos actores políticos en contra de la cultura

mundialmente hegemónica impulsaban desde movimientos comunistas, socialistas, feministas y juveniles o (Esping-Andersen, 1999).

Así la regulación y medicalización de la vida social de adolescentes y jóvenes ya no solo es menester exclusiva de la acción médica de estos especialistas en MA ayudados de otros adultos de los ámbitos familiar, clerical y educativo. Pasó a ser un asunto político de trascendencia global apuntalando la expansión de esta medicalización hacia todas las instituciones en todos los sectores de la sociedad estadounidense. El argumento técnico-científico que justificó su legitimidad esta colonización de la práctica medicalizadora de arbitraje para potenciar el papel de mediación estatal con oferta de servicios que aplicaran *la más efectiva* medida de control y contención de la rebeldía y descarrilamiento adolescente por ser la única práctica verdaderamente desprovista de todo tipo de barreras ideológicas que constriñen su derecho constitucional actual a discutir y a decidir “libremente” con expertos sobre las conductas protectoras de su salud mental y su salud sexual (Elster y Kuznets, 1994).

Esta práctica, brindó solución a la tensión acentuada en ese momento de revueltas juveniles por las confrontaciones que generaba la contienda entre los adultos involucrados en el cuidado de adolescentes y los mismos jóvenes, dio impulso a la formulación de unas leyes en la mayoría de los estados norteamericanos respaldadas en el código de confidencialidad y emancipación proveniente de la MA, que otorgaron mayor respeto y garantía de cumplimiento de los derechos que conquistaron adolescentes y jóvenes en ese convulsionado momento histórico. Dichas leyes se apoyaron en el principio de autonomía que le concede a estos sujetos la oportunidad de emancipación declarada por su médico habilitado para otorgarlo sin cuestionamientos cuando median circunstancias como: embarazo; victimización por diversas violencias, en especial las de género o estructural como en el

caso de extrema pobreza o indigencia. Con estas medidas de regulación delegadas en el gremio médico especializado en MA, el estado norteamericano asumió el costo para garantizarles el acceso sin restricción a consulta médica, hospitalización, procedimientos, terapias y medicamentos imprescindibles para prevenir la problemática social derivada de los comportamientos rebeldes y de “riesgo” de jóvenes incitados por aquellos movimientos de protesta social y contracultura que los medios masivos de comunicación y la industria cultural se encargaban de difundir y magnificar en los países del sur donde la amenaza del comunismo ponía en tela de juicio el poder que históricamente venía ejerciendo Norte América en estos mismos (Langland, 2008). Desde ese momento, el estado norteamericano ha priorizado el acceso sin restricciones a servicios que confieran: a consejería sexual, un uso de métodos anticonceptivos efectivos, a la interrupción voluntaria de gestaciones no deseadas (IVE), a terapias para tratar depresión, suicidio y abuso o adicción a sustancias psicoactivas (PSA) (Elster y Kuznets, 1994). Sin embargo, la autora de esta tesis pudo constatar que dicho acceso depende del dominio político que enfrente cada gobierno de turno, así si el dominio es del partido demócrata el acceso es ilimitado pero si predomina el partido republicano se restringe la inversión presupuesta para una garantía de un acceso a consejería para inculcar la abstinencia.

Diez años después del lanzamiento de estas guías en ese país sale una publicación que refuerza la relevancia y utilidad de estas guías al tiempo que introduce nuevas metonimias discursivas para oxigenar la expansión de la función médica soportadas en resultados de una revisión de las historias clínicas realizadas por médicos que atendieron a adolescentes que consultaron en sus clínicas durante un periodo de tiempo entre 1998 y 2001 (Gadomski, Bennet, Young, Wissow, 2003). El principal hallazgo de esta revisión es el significativo mejoramiento en la tarea de detección de riesgos que pasó del 15% a 95% de adolescentes atendidos. Entre los riesgos que tuvieron mayor

mejoría en detección y control oportuno está la regulación de las prácticas de aceptación, contacto y tenencia de armas. Sin embargo, reconocen una limitación del estudio por una marcada variación de enfoques y contenidos temáticos que dificultan la medición de experticia en cada profesional médico. Llama la atención que atribuyen como causas de esta variabilidad que dificultó precisión y exactitud en la medición la falta de estandarización de la formación médica en el campo de la MA, porque a pesar de la formación se siguen sumando aspectos subjetivos que determinan su nivel de confort y tranquilidad para tratar abiertamente la sexualidad (Gadomski et al, 2003).

Un año después de la publicación de este estudio el Departamento de Pediatría de la Universidad de California distribuyó un artículo científico producto de un análisis comparativo que hicieron entre estas guías GAPS y otras cuatro guías elaboradas por otros expertos integrantes de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y funcionarios que laboraban en distintas dependencias del Ministerio de Salud de ese país entre 1996 y 2000. Este estudio lo hicieron para suplir un interés de ampliar y complementar las recomendaciones de estas GAPS de manera que se potenciara la labor de prevención de todos los riesgos de salud a que se exponen adolescentes (Universidad de California, 2004). En el área específica de la sexualidad y la SSR incluyeron con mayor detalle y especificidad las recomendaciones descritas en GAPS y agregaron otras que fueron omitidas en la primera versión. En resumen, dedican un mejor esfuerzo en orientaciones para medir con precisión el grado de desarrollo psicosexual que ha alcanzado un adolescente con base en patrones físicos y endocrinos homogenizados mediante una escala de medición física denominada como estadios de Tanner en honor al ginecólogo que la construyó a finales de los sesenta.

También se agregaron otras vacunas entre las que se destaca una recientemente descubierta para la prevención específica del virus del papiloma humano (VPH) por su nexo directo con el riesgo de aparición del cáncer de cérvix uterino en las mujeres (Universidad de California, 2004). Vale la pena anotar que solo uno de estos cuatro documentos menciona de manera tangencial la importancia de tener en cuenta el “punto de vista” del adolescente así como de la obligatoriedad de brindar información sobre sus DSR en el rol de acompañante y facilitador de la toma de decisión en lo que respecta a su vida sexual (Universidad de California, 2004).

En el momento actual estas guías son el principal referente técnico y político del campo médico especializado en MA. Si bien sigue con poco desarrollo dentro de la institucionalidad de la formación médica en los países del sur, cuenta con suficiente difusión para que sea considerado de consulta obligatoria por parte de quienes están a cargo de la tarea de brindar atención en salud, hacer docencia o investigación clínica sobre salud integral de adolescentes. Igualmente, sigue siendo la voz cantante de la formulación de políticas de sexualidad adolescente en la mayoría de los países. Sin embargo, es inquietante y contradictorio que estas guías reproducen la exclusión de nuevos enfoques y conceptos alternativos a la mirada convencional que dio origen a la medicina y a la MA, contruidos desde otros campos tan imprescindibles como el médico, en el propósito de promover la salud sexual aun cuando en la elaboración de estas guías participaron profesionales provenientes de otros campos como salud pública, psicología, trabajo social y ciencias del comportamiento (Elster y Kuznet, 1994). En especial, es inadmisibile la omisión que hacen estos textos con una inmensa gama de producción de conocimiento teórico científico en el área de la sexualidad humana y de los DSR proveniente de las Ciencias Sociales y Políticas - dentro de las que sobresalen teorías feministas, perspectivas de género y teoría *queer* (ésta última preocupada en los estudios de

identidades y orientación sexual diversa y resistencia a la imposición histórica de regulación de cuerpos y vidas bajo la norma heterosexual)(Wittig, 2006, Butler, 2007).

2.6 Recorrido de la MA en Colombia y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

En Colombia el período comprendido entre 1880 y 1930 conocido como “regeneración conservadora” estuvo caracterizado por el esfuerzo doctrinario de las élites sociopolíticas del país por preservar el legado hispánico que corría peligro de extinción ante la amenaza representada por la emergencia de una serie de comportamientos políticos, sociales y sexuales como secuela de las guerras independentistas desencadenadas por el “germen revolucionario” que cultivó el pensamiento liberal y que conducirían inevitablemente a la decadencia social, moral y racial (Facundo y Brigueiro, 2014: 26-7).

En este marco sociopolítico el esfuerzo estatal se nutre del movimiento mundial del higienismo social para combatir dicha amenaza social y se dirigía a la protección de la raza nacional y al fomento de la hispanización y cristianización de la cultura con el fin de consolidar una Nación moderna. Para eso, el gobierno se asesoró de prestigiosos médicos y políticos en su mayoría formados en Europa. Dentro de éstos asesores sobresale el papel que jugaron dos prestigiosos médicos psiquiatras egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional: los doctores Miguel Jiménez López y Luis López de Mesa (Charry, 2011, Carrizosa-Moog, 2014). El primero perteneciente al partido Conservador se graduó de médico en 1899 y partió hacia Paris a continuar su formación profesional en Psiquiatría. El segundo representante del partido Liberal obtuvo el título de medicina en 1912 y se especializó en Psiquiatría en la Universidad de Harvard.

Durante el ciclo de conferencias realizadas en Cartagena y Bogotá entre 1918 y 1920 para debatir las medidas a decidir sobre los asuntos de la raza para superar el atraso social de la época, los dos médicos brillaron con conferencias que defendía la necesidad de medidas médicas y políticas policivas para el control eugenésico como las que estaban en boga en Europa y Norte América. Sus argumentos científicos eran fiel reflejo de las ideas promovidas por el movimiento médico higienista policial de la misma época que sentó las bases científicas sobre el código discursivo tolerante con la práctica discriminatoria derivada de un discurso que creía firmemente en un determinismo biológico superable solo con la ayuda del saber y práctica médica. Bajo su protagonismo se configuraron las primeras leyes de inmigración del país en la primera mitad del siglo XX dejando sentado como base una institucionalidad caracterizada por una práctica discursiva discriminatoria con razas y grupos étnicos colonizados como eran en ese período histórico en Europa la comunidad judía y las personas nacionales o inmigrantes pobres, débiles moralmente o con enfermedades mentales (Carrizosa-Moog, 2014).

Lo mismo ocurría en México con la creación de la Sociedad Mexicana Eugénica (SME) también, fundada y liderada por un grupo de médicos psiquiatras, neurólogos, gineco-obstetras y pediatras con igual propósito de consolidar un proyecto de nación moderna a costa de mantener una raza y una vida social considerada digna representación de los valores morales, éticos, biológicos, físicos y estéticos de la época (Suárez y López Guazo, 2005). De la mano del esfuerzo por regenerar la raza y la cultura de las nacientes naciones ya profundamente permeadas por la institucionalidad y la ideología católica se impulsaron políticas demográficas pro natalistas con el fin de incrementar en número y calidad sus nacionales (Facundo y Brigueiro, 2014, Fernández-Moreno, 1996). En Colombia, ese mismo período estableció las bases higienistas de la medicina colombiana con la

puesta en marcha del Consejo Superior de Higiene y la Junta Central en 1913 (Forero-Caballero, 2009) así como el camino seguro para la apropiación del cuerpo y sexualidad femenina con la importación del código de la maternidad (Rodríguez, 2004, Fernández-Pujana, 2014) seguido de la crianza (De Barbieri, 1991, Lagarde, 1997, Rodríguez, 2004, Fernández-Pujana, 2014).

En esa primera década del siglo anterior el médico y abogado bogotano José Ignacio Barberi Salazar coloca la primera piedra de la configuración de la institución pediátrica colombiana con la fundación del hospital la Misericordia en Bogotá al regreso de su formación médica en Inglaterra (Genta, 2005, Forero-Caballero, 2009). Este doctor Barberi Salazar escribió el “Tratado de Puericultura o Manual de Higiene y Medicina Infantil” con la intención de orientar a las madres en el cuidado práctico que debían seguir para una crianza saludable de sus hijos. Además creó en 1917 la Sociedad Bogotana de Pediatría. Mientras que en Antioquia la cátedra de Pediatría iniciada como electiva en 1911, pasaba a ser obligatoria en 1915. En el año de 1924 el hospital infantil Clínica Noel abre sus puertas a cargo de la dirección del doctor Rafael Mejía Uribe, primer pediatra que dirigió la cátedra de Pediatría en la Universidad de Antioquia hasta 1936. Cátedra que compartió desde 1931 hasta 1938 con su colega el doctor Alberto Uribe (Forero-Caballero, 2009: 348).

La regeneración conservadora culmina en 1930 y la presidencia de Enrique Olaya Herrera seguida por la de Alfonso López Pumarejo (Pineda-Cañar, 2014) dan comienzo a una era de veinte años de hegemonía de gobiernos liberales; período conocido como la “república liberal” (Facundo y Brigueiro, 2014). Durante ese tiempo se intensifican los esfuerzos por “modernizar” el país con medidas gubernamentales para reformar el sector agrario, densificar la población urbana y estimular la industrialización para garantizar su inserción en la economía mundial.

La percepción de que el país había quedado sumido en un “oscurantismo” caracterizado por la primacía de un fanatismo católico y un conservadurismo que había logrado permear, además de la institucionalidad colombiana, la vida cotidiana de todas las personas, obligó a las élites sociopolíticas del momento a echar mano del saber científico; en particular el médico y filosófico como las mejores fuentes de luz para poder salir de él. Así, comienza una etapa en la historia del país de consolidación e institucionalización de la práctica medicalizadora que coloniza todas las esferas y espacios sociales de la sociedad, empezando por la esfera política hasta quedar casi completamente subsumida al dominio del saber médico (Facundo y Brigueiro, 2014: 28). Las transformaciones del departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública son ejemplo del proceso de colonización médica.

En 1938 esta dependencia fue incorporada al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y en 1946 ya pasó a ser El Ministerio de Higiene (Forero-Caballero, 2009). Ese mismo año surgen las primeras políticas de seguridad social como la ley 90 que creó el Instituto Colombiano de Seguridad Social (ICSS) como ente operador de la garantía de la población obrera del país beneficiaria de un seguro obligatorio para la atención de enfermedades no profesionales y profesionales, maternidad, accidentes laborales, invalidez, vejez y muerte (Pineda-Cañar, 2014).

Este período también designado como el tiempo del Progreso contó con la exhaustiva labor de unos médicos entrenados en distintas especialidades clínicas y quirúrgicas en Europa y Norte América que regresaron al país con el firme propósito de crear y expandir el número de hospitales y sociedades científicas por todas las regiones del país de la misma forma como ocurrió en los países donde se habían especializado. Estos líderes sociopolíticos defendían la idea de que esa expansión de la institución y saber derivado de la medicina sería la vía más segura que le imprimiría un ejemplo

de desarrollo civil, científico, académico y profesional desde esa floreciente institución médica que había probado en Europa y América del Norte ser la que ofrecía la mejor alternativa de regulación y control al estado para implantar los cambios necesarios para lograr la modernización.

Así, bajo este ímpetu modernizador que demostró el gremio médico se inauguró la era de la medicina moderna en el país en la que la estrategia de medicalización es perfeccionada en medio del afán por cumplir una serie de recomendaciones impuestas en dos Misiones Norte Americanas que visitaron al país durante ese período y que resultaron ser emblemáticas para la formación médica por las bases institucionales que sentaron tanto en el país como en la región latinoamericana (Pineda-Cañar, 2014).

La primera misión conocida como Misión *Humphreys* visitó hospitales y universidades en Bogotá, Medellín y Cartagena del 12 de octubre al 13 de noviembre de 1948 y, la segunda, designada como Misión *Lapha* recorrió las siete facultades médicas de las Universidades Nacional, de Antioquia, Javeriana, del Cauca, del Valle y de Manizales entre el 2 de julio y 30 de agosto de 1953 (Pineda-Cañar, 2014). Las bases institucionales que sentaron estas dos misiones fueron reforzadas y potenciadas con los postulados acordados en una reunión celebrada por el sistema de Naciones Unidas en Punta del Este, Uruguay en 1967 para poder avanzar en la modernización que se quería alcanzar para formatear la educación médica en Latino América de acuerdo con el modelo que sostenía el gobierno Norte Americano como medio para mantener su poder económico y político que difundía dentro de la estrategia de mercadeo “Alianza para el Progreso” (Forero-Caballero, 2009). Alianza diseñada para revitalizar asegurar su dominio en la región mientras combatía la amenaza que el comunismo le causaba en medio de la guerra fría.

La concomitancia de estos procesos históricos que adelantaron el camino modernizador del campo médico a raíz de la potenciación de la estrategia medicalizadora y de la extensión del poder político y económico norteamericano a lo largo de la misma región latinoamericana estuvo determinada por un recurso discursivo que apelaba a la idea de que era posible un futuro mejor que se fue haciendo popular en las capas sociales más marginales que anhelaban cambiar su irremediable destino de pobreza y cumplir el sueño americano. Esperanza que amplificaban tanto la industria cinematográfica como los medios masivos de comunicación. Ese horizonte lo lograban quienes seguían las pautas sociales que médicos y textos científicos difundían y arraigaban con desproporcionado poder que les facilitaba este contexto asegurando un impacto de contención de inminentes revoluciones o desobediencias. Por ejemplo, todos estos factores y eventos sirvieron para enmascarar medidas estatales fuertemente represivas que buscaban debilitar esos brotes de rebeldía y protestas sociales de jóvenes en países como Bolivia, Brasil, Colombia, México y Uruguay (Acosta-Franco, 2014).

Lo preocupante para las élites estatales de esos agitados tiempos de lucha social era la sospecha de que jóvenes y mujeres que lideraban esos brotes de contracultura y resistencia a las arbitrariedades que los regímenes autoritarios ejercían sobre sus vidas con marcada violación de sus derechos lo hacían por la manipulación ideológica de movimientos mundiales comunistas, socialistas, feministas y el hipismo que habían probado acumular fuerza política efectiva para subvertir un orden social que ya se encontraba desgastado y desprestigiado por ser excesivamente autoritario, injusto y moralmente hipócrita (Acosta-Franco, 2014, Langland, 2008). Pero esto será un punto a desarrollar en los siguientes capítulos.

A partir de estos hechos en medio de este contexto sociopolítico las universidades del país emprenden cambios curriculares para incorporar las nuevas teorías del desarrollo y del progreso que vehiculizaban las promesas de que al fin ellas traerían la esperada mejora social pero sobre la condición de que lo lograrían solamente si venían acompañadas de las medidas estatales para industrializar y masificar el instrumental tecnológico tal y como había ocurrido en los países del norte, desarrollados con la potente ayuda de la medicalización vinculando la salud y medicina en un lugar central de la sociedad como eje conductor del desarrollo social y económico de un país (Forero-Caballero, 2009: IX).

En este contexto la escuela médica norteamericana fue instituyendo el modelo biomédico laboratorista que devino en el modelo de formación médica *flexneriano* que desplazó en gran medida al viejo enfoque humanista francés que había persistido por más de un siglo como base institucional de estas facultades en donde aún circulaba cotidianamente la representación social derivada de la medicina anatómico-clínica del siglo XVIII (Pineda-Cañar, 2014). A partir de las dos misiones, los fundamentos de los programas docente-asistenciales y de atención comunitaria norteamericana se convirtieron en los ejes centrales de la formación médica en la región de Latinoamérica y los hospitales universitarios y laboratorios de Estados Unidos pasaron a ser destino predilecto de médicos colombianos en espera de ser premiados con becas, -generalmente concedidas por las Fundaciones Rockefeller y Kellogg en virtud de su destacado desempeño académico (Forero-Caballero, 2009: 6).

En consecuencia, las primeras dos décadas de la segunda mitad del siglo XX se caracterizaron por los siguientes procesos y hechos: -renovación del profesorado universitario por personal más joven dispuesto a cumplir la doble misión de atención hospitalaria y docente que el progreso les

imponía; -destacados avances en investigación y publicaciones sobre sus experiencias docentes-asistenciales o trabajo comunitario respaldadas por el respectivo prestigio que adquirirían los complejos institucionales conformados por facultades de medicina y hospitales universitarios; -la expansión de médicos bien entrenados hacia las diferentes regiones y universidades del país (Forero-Caballero, 2009). Así, fue creciendo el concepto de solidaridad y promoción del saber y práctica médica a través de la creación de sociedades científicas de las especialidades convencionales y de las emergentes así como de la realización de congresos médicos científicos en las principales ciudades del país.

En cuanto al campo de la Pediatría en el país se instituye la formación en la especialidad a comienzos de los cincuenta, el pediatra bogotano Jorge Camacho Gamboa funda la Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura una publicación periódica que sobrevive desde 1941 hasta 1980, la Sociedad de Pediatría de Bogotá florece con el inicio de la edición de la “Revista Pediatría” que dirige el pediatra Calixto Torres Umaña en 1958 (Forero-Caballero, 2009: 140).

En Antioquia ocurrieron hitos que consolidaron el prestigio y poder sociopolítico en el país del gremio de la Pediatría y Puericultura representativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. El 22 de febrero de 1946 los pediatras: Luis Martínez Echeverri, Gustavo González Ochoa, Rafael Mejía Uribe, Alberto Uribe, Benjamín Mejía Calad, Gabriel Noreña Ángel, Aristóbulo Botero, Jaime Jaramillo, Carlos Adolfo Urreta, Víctor Julio Betancur, Eduardo Vasco y Hernán Pérez Restrepo fundaban la Sociedad de Pediatría de Antioquia. Uno de los líderes académicos científicos de este gremio fue el doctor Gustavo González Ochoa quien se había entrenado como pediatra en la segunda mitad de los años treinta en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos y que ganó el primer concurso que abrió la Universidad de Antioquia para nombrar un

profesor encargado de la cátedra infantil en 1940 (Forero-Caballero, 2009). A este profesor le reconocen un destacado liderazgo en el proceso de desarrollo y modernización que alcanzó este campo en las siguientes dos décadas de su fundación en esta facultad.

En 1952 González Ochoa y otro pediatra Benjamín Mejía Calad, para entonces nuevo jefe del departamento de Pediatría y Puericultura de la misma universidad iniciaron el programa de residencia de la especialización de Pediatría (Forero-Caballero, 2009: 348). En 1960 estructuraron los primeros módulos de formación y conformaron las primeras líneas de investigación dentro del mismo departamento. Quienes lo conocieron lo describen como un pediatra muy progresista con una visión social y dura crítica de las condiciones sociales de la niñez colombiana de su época. Por ese perfil se posicionó como un conferencista protagonista en el primer congreso internacional de salud pública en Medellín del cual salió un libro de memorias de este evento, texto que citaba recurrentemente el médico salubrista y defensor de los derechos humanos Héctor Abad Gómez, asesinado en 1987.

En 1961 se inauguró el Hospital Infantil dentro de lo que se conoce hoy en día como el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF), el principal escenario de práctica médica-quirúrgica de la historia de la Facultad de Medicina. En 1965 se dictó el primer curso de Pediatría clínica y social para pediatras y enfermeras latinoamericanos, con cooperación de Unicef, OMS y Ministerio de Salud (Forero-Caballero, 2009: 348). En ese mismo año el doctor Ramón Córdoba Palacio reemplazó en la jefatura del departamento al doctor Mejía Calad, quien fue designado como decano de la Facultad de Medicina. El doctor Córdoba a su regreso en 1968 de un viaje para un corto entrenamiento en el hospital de Boston con el doctor Roswell Gallagher organizó la primera la unidad de adolescentes del país como parte del proyecto de modernización del departamento de

Pediatría y Puericultura de esta Facultad que se propuso la apertura de nuevas sub-especialidades pediátricas (Forero-Caballero, 2009:348).

Esta unidad adquirió importante prestigio a través de los cursos en fundamentos de MA que se impartieron para actualizar pediatras y docentes universitarios en los años setentas y comienzos de los ochenta. Uno de los dos primeros residentes de Pediatría de este Departamento que recibieron este tipo de entrenamiento en su paso por la unidad fue el doctor Fabio Saumet Acosta quien se motivó por continuar el desarrollo de este campo vinculándose como docente y desempeñando un papel sobresaliente para el impulso del programa de formación médica en Pediatría y Puericultura. Bajo su dirección la unidad logró consolidar un poder distintivo que se reflejó con la ocupación de un amplio porcentaje del tercer piso del Hospital Infantil San Vicente Fundación (HISVF) durante las décadas de los setenta hasta comienzos de los noventa. Década en que desaparece gran parte de ese poder y del tamaño de la unidad por causa de la remodelación física que sufre este edificio para materializar las exigencias logísticas de los procesos de renovación curricular y de reorientación de servicios impuestos por la ley 115 de educación (1992) y la ley 100 de salud (1993). Así relata este desafortunado desenlace de la unidad uno de los pediatras con entrenamiento en MA que trabajó en ahí:

Cuando estábamos haciendo el proceso en la universidad de Antioquia nos encontramos con muchas cosas de lo que fue antes de que entrara la Ley 100 y después de que entró la Ley 100, ya se tenía toda una infraestructura montada a nivel del Ministerio para trabajar toda esta parte de adolescentes y todo eso quedó en el aire, uno veía que todo eso estaba prácticamente en la fase de pasar de la parte de análisis a ya empezar a hacer todo el proceso institucional, que finalmente eso quedó en. –como todo lo de nosotros- el papel que se ve muy bonito, pero en la práctica uno se da cuenta que nada. Uno mirando retrospectivamente estas cosas, la conclusión es la misma, primero pues que para los pediatras va a ser muy difícil que se entrene en medicina del adolescente porque finalmente no van a tener dónde hacerlo, porque no existe la infraestructura a nivel de los sitios donde hacemos las prácticas como residentes, y desde el punto de vista gubernamental lo mismo, puede que de pronto por decretos y cosas nos

muestren mucho, pero realmente uno ve que la población adolescente queda siempre muy a la deriva, y desgraciadamente también uno ve que de pronto se tiende a estigmatizar mucho al adolescente y a pensar que todos los problemas del adolescente son exclusivamente derivados de los comportamientos de riesgo y desde el punto de vista médico hay mucho más por hacer⁸.

Desde la génesis de esta unidad se vincularon a la universidad dos profesionales de la salud: -el actual coordinador de la misma: el psicólogo psicoanalista Adolfo Ruiz Londoño y la enfermera epidemióloga con cursos en anticoncepción adolescente en Canadá: Ana Eugenia Restrepo jubilada en 2008. Ambos actores han tenido un preponderante papel en el devenir de este campo médico tanto al interior de la Facultad como en la esfera de las políticas públicas de sexualidad y adolescencia formuladas a lo largo de los años ochenta y noventa del siglo XX. El doctor Saumet se jubiló a finales de los noventa y el pediatra Jaime Escobar lo reemplazó. El doctor Escobar cuenta con entrenamiento en este campo al realizar una electiva en un servicio de adolescencia que funcionaba en el hospital Lorencita Villegas como parte del programa de formación pediátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana en Bogotá y otra en el hospital infantil de Birmingham en Alabama, Estados Unidos a finales de los ochenta y comienzos de los noventa. Pero las precarias condiciones salariales de la universidad que no lograban satisfacer sus obligaciones familiares lo obligaron a renunciar en el 2007⁹. Al año siguiente año la autora de esta tesis se vincula a la unidad para cubrir la suplencia del cargo liberado por parte de la enfermera Ana Eugenia Restrepo y en el año 2010 la psicóloga con maestría en investigación psicoanalítica Sandra Castrillón Castrillón ingresa a ocupar el cargo que liberó la renuncia del doctor Escobar.

⁸ Entrevista por la autora el 18 de diciembre del 2013 en un hospital público donde trabaja como pediatra general.

⁹ Entrevista realizada por la autora al docente el 18 de diciembre del 2013.

El siguiente relato reconstruye el camino recorrido para la configuración de las bases institucionales actuales en el país de este campo una vez fuera introducido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Hacia los años setenta la ginecóloga de Bogotá, Cecilia Cardinal de Martín inició una cátedra de sexualidad humana que fue impartida en facultades de medicina de varias universidades de Bogotá: Nacional, Javeriana y del Rosario (Villareal, 2001). Aunque varios pediatras que hoy trabajan en este campo en Bogotá fueron alumnos suyos, el interés y la postura ideológica de esta médica feminista insatisfecha con la persistencia del androcentrismo y tradicionalismo en materia de los DSR de mujeres y jóvenes de la institución médica colombiana volcaron su interés hacia el desarrollo del campo de la sexología. Quedando huérfano de esta actora el campo de MA configurado en este país siguió negligente y de espaldas a la reveladora obra suya. La relación estrecha que este asunto en particular tuvo con la configuración de los DSR de adolescentes en la formación médica será tratada en el capítulo 4. Entre tanto en Bogotá el doctor Pedro Cruz abrió servicios en salud integrales para adolescentes en dos instituciones; -la Caja de Compensación Familiar (CAFAM) y el Hospital de la Misericordia (Villareal, 2001). Los doctores Pedro Martínez y Germán Franco celebraron un primer seminario en agosto de 1977 en CAFAM que sirvió para establecer los lineamientos a seguir por quienes querían replicar este tipo de iniciativas en el campo de MA. La constante actividad académica y científica de este servicio reconocida por una secuencia de seminarios para profesionales de la educación y la salud, con invitados internacionales de gran prestigio y un gran número de asistentes entre 1988 y 1992 lo posicionaron como un centro de excelencia con pleno reconocimiento en el país y en América Latina (Villareal, 2001). Parafraseando a Villareal este servicio fue:

[...] verdaderamente integral, multidisciplinario, con atención a los diferentes tópicos esenciales de la adolescencia: salud física, mental, sexual, preventiva y educacional y que tuvo amplia proyección en diferentes ámbitos del escenario médico nacional, tanto por su excelencia en asistencia y sus excelentes investigaciones, como por convertirse en el único

centro de formación, que hizo parte del programa de post grado en Pediatría de la Universidad Javeriana desde 1987 hasta finales de los 90's y teniendo residentes rotantes de diferentes escuelas de todo el país (Villareal, 2001:51).

Las décadas de los ochenta y noventa fueron fundamentales para la consolidación de las bases del campo médico que mira con especificidad a la adolescencia. En los ochenta la médica egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia formada en Pediatría en Alemania Luz Elena Monsalve Ríos asumía el cargo de coordinadora del programa de salud materno infantil del Ministerio de Salud que en los noventa pasó a ser el programa de promoción de salud sexual y reproductiva (SSR) incorpora en el plan de acción de esa dependencia la SSR de adolescentes. Desde entonces, este ente gubernamental de la mano de la cooperación técnica de agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas; -en especial el Fondo de Población y Desarrollo (*UNFPA*), la Oficina Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) mantiene un liderazgo fuerte proponiendo lineamientos y las políticas públicas para la atención y prevención de la SSR de la población adolescente. La acogida del tema por parte del gobierno nacional estimula una segunda ola de apertura de nuevos servicios en la red pública de centros de salud y hospitales. Tanto en Manizales como en Bogotá se abrieron nuevos programas y servicios de salud para adolescentes.

En Bogotá, otra Caja de Compensación Familiar: Colsubsidio abrió un servicio también activo en actividades de actualización al que se sumaban profesionales de medicina que laboraban en la Misericordia y en el Hospital Militar Central. El Hospital Infantil Lorencita Villegas consolidaba su servicio con actividades de consulta ambulatoria y de proyección a la comunidad a través de profesionales de psicología y trabajo social. La Universidad Nacional creó la unidad de atención a estudiantes, con amplia actividad en salud física y mental, así como en prevención a todo nivel, que

se mantiene abierta y actúa como escenario de práctica en la formación médica de la misma. En Manizales también se conformó un equipo de trabajo entre Pediatría y Psicología que acoge una caja de compensación familiar CONFAMILIARES y la secretaría de salud municipal que extienden su proyección en la comunidad (Villareal, 2001). Por esa misma década de los noventa el doctor Manuel Alonso Alejo conformó la UNESA (Unidad Especial de Atención en Salud a Adolescentes) que funcionó como centro de capacitación para médicos, educadores y sexólogos. Entretanto, el ginecólogo Alberto Duarte en Cúcuta fundaba la Sociedad Colombiana de Ginecología Juvenil y Pediátrica que permaneció activa por casi dos décadas más (Barbosa, 2007). Los textos “Manual de Hebiatría” y “Ginecología de la niña y la adolescente” editados por los doctores Manuel Alonso Alejo Riveros en 1995 y por Alberto Duarte en 1988 respectivamente dan cuenta de esta época que prometió grandes avances con este campo (Alejo Riveros, 1995, Duarte, 1988). Durante ese período el pediatra santandereano Carlos Vicente Serrano; coordinador de la dependencia de salud materno-infantil en la oficina central en Washington D.C. de la OPS y mentor de la formación como especialista en medicina adolescente y adulto joven en el hospital infantil de la Universidad de George Washington (años 1992-1995) de la autora de esta tesis, lideró esta labor de desarrollo y difusión de este campo en América Latina, la cual logró excelente acogida en Argentina, Chile, Uruguay, Perú, Brasil, Ecuador y Venezuela, países en los que subsisten esas unidades de atención integral de adolescentes (Villareal, 2001).

Así, la medicalización de la adolescencia y juventud en Colombia recorrió varios momentos, del higienismo saltó a la epidemiología y salud pública institucionalizando el modelo de formación médica norteamericano determinado con las misiones médicas, luego pasó a la protección social parcial desfamiliarizada para contener brotes de desobediencia y rebeldía hasta terminar con el

enfoque de riesgo, aseguramiento, focalización de servicios solo a esos grupos sociales que discrimina la nueva Ley 100 de 1993.

Otros hitos representativos de esta corta época de esplendor que culminó al final del siglo con un campo de MA debilitado al interior de la institucionalidad médica y de la formación médica en Colombia relegado a profesionales de enfermería, psicología y trabajo social son:

En marzo del 1992 la OPS en asocio con otras agencias internacionales celebró en Washington D.C. el simposio “Apoyando a los Jóvenes en tiempos de cambio social”. Colombia estuvo representada por los doctores Germán Franco y Manuel Alonso Alejo Riveros (Villareal, 2001).

En 1994 Manizales fue sede de una reunión de expertos donde se crea una el centro de documentación como parte de la red virtual de salud de la OPS Bireme dedicada a difundir publicaciones científicas de salud adolescentes. También, en el mismo evento se conformó la red colombiana de instituciones y personas que trabajan en la promoción de la salud y bienestar de los adolescentes que coordinó el médico epidemiólogo Juan Diego López (Villareal, 2001).

Al mismo tiempo desapareció la joven Sociedad Colombiana de Medicina de Adolescentes fundada por Manuel Alonso Alejo que duró activa aproximadamente por 4 a 5 años (Villareal, 2001).

El auge en el país que siguió a la iniciativa de la OPS impulsado por un fuerte liderazgo de las pediatras Luz Elena Monsalve Ríos en el Ministerio de Salud, Magda Palacio en la oficina de Colombia de la OPS y la enfermera Mary Luz Mejía en el UNFPA “poco a poco y en la medida en que las instituciones gubernamentales fueron cambiando su planta de empleados, las personas

entrenadas en el área de adolescentes fueron reemplazadas, quedando en este momento muy pocas en comparación de las que hubo en años anteriores “ (Villareal, 2001:51)

A su regreso a Colombia en 1995 la autora de este trabajo de investigación crea el servicio de adolescentes dentro del Departamento de Pediatría de la Universidad del Valle. El servicio hizo parte del proyecto JOVIAL (Jóvenes Investigando, Actuando y Luchando por la Salud en contra de la Violencia) que adelantó el Instituto CISALVA: -entidad de la misma universidad que actúa como centro colaborador de la OMS/OPS de investigación, producción y circulación de saberes en torno a las violencias y promoción de la convivencia. Este proyecto se enmarcó dentro de la estrategia de difusión que mantuvo Estados Unidos “Iniciativa Adolescente Sano” que financian la Fundación Kellogg y la OPS apelando al recurso discursivo de que con ella era efectiva una promoción del desarrollo saludable en jóvenes de sectores vulnerables y pobres en la región de Latino América y el Caribe, rompiendo así la transmisión generacional de la pobreza. JOVIAL quedó seleccionado entre los 8 proyectos ganadores de 40 que concursaron en nombre de todos los países de la región representativos de iniciativas en Nicaragua, Salvador, República Dominicana, Colombia, Chile, Argentina y Brasil. Este proyecto funcionó como sitio de práctica de estudiantes de cuarto año de medicina y de residentes de Pediatría y Medicina Familiar de la misma universidad y recibió pasantes de otras ciudades y de países como Canadá y Alemania durante 8 años a partir de 1995.

Como todo este proceso ocurría en medio de una serie de reformas estructurales impulsadas a partir del Consenso de Washington bajo intereses de organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y Banco Mundial (BM) (Casilda Béja, 2004) se fueron deteriorando las condiciones materiales y políticas para continuar el desarrollo de este campo. Los factores económicos, el déficit de recursos hospitalarios para el desarrollo de los programas y las

controversias que las reformas creaban entre el sector docente, el asistencial y el administrativo de hospitales y de facultades de medicina han devenido en una crisis financiera que aún no logra solventar una serie de falsas reformas del sector de la salud que han venido ocurriendo en el país (Forero-Caballero, 2009). Estas importantes unidades no pudieron escapar a los estragos de este contexto socioeconómico y político. En particular con la implementación de la Ley 100 de 1993 fueron blanco de una serie de exigencias normativas para suplir intereses eficientistas y mercantilistas que para servicios como estos de alta rentabilidad social pero muy baja rentabilidad financiera resultan imposibles de cumplir. Por esta razón, fueron cerradas una por una ante la imposibilidad de garantía de unas condiciones laborales dignas y financieras que viabilizaran su funcionamiento.

La Unidad de Adolescentes del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia perdió escenarios de práctica clínica, pasó a cumplir su papel en la formación médica a través de unas acciones medicalizadoras puntuales que estudiantes realizan en escenarios escolares y comunitarios sin articulación con el Sistema General de Seguridad Social (SSSG). Sistema de salud monopolizado por un discurso gerencial-economicista protagonizado por los actores tomadores de decisión dentro de los sectores que lo conforman: Entes territoriales (antiguos departamentos de salud de los gobiernos departamentales y municipales), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a lo largo del país.

La forma discursiva como la pediatra María Inés Villareal, concluye su relato sobre el curso que siguió este campo en Colombia contrasta con la posición defendida por los expertos en Norte América sobre la importancia de que se desarrolle un campo especializado que vincule profesionales de las ramas médicas como Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Psiquiatría a la

normalización y regulación de la vida, cuerpo, mente y sexualidad de adolescentes. La misma autora afirma, -sin citar referencias bibliográficas-, que no se requiere contar con una especialidad médica específica para la adolescencia y juventud porque la sola voluntad y el “gusto” por trabajar con esta población bastan. Con esta opinión emitida por parte de alguien que trabaja en este campo se da un aval al discurso que justifica y legitima que cualquier profesional de la salud; -ojalá de los sectores de la salud con menos educación y categoría porque representan menor carga salarial, para que ejerza la misma práctica medicalizadora en nuestro país sin mayor exigencia ni supervisión o auditoría y mucho menos con el debido entrenamiento. Por lo tanto, la preminencia de estas formas de pensar no depende de que exista mejor formalización de la formación médica con la incorporación de este campo médico específico dentro de la función. Peor aún, esta tarea marginal en este proceso de cualificación de la profesionalización médica la realiza quien manifieste deseo o voluntad de trabajo con adolescentes:

Todo lo anterior, conduce a la necesidad de aumentar la oferta de atención en salud al grupo de adolescentes, con una orientación, no tanto terapéutica como preventiva, a través de programas de educación por intermedio de colegios, consultorios o centros especializados, y de detección de conductas o tendencias de riesgo, por medio de servicios de salud accesibles en economía, horario y distancia y que ofrezcan atención individual con privacidad, confidencialidad y calidad óptima [...] Diferentes estudios y opiniones coinciden en que el requisito esencial para trabajar con adolescentes no es una especialidad médica determinada, sino el interés, y sobre todo, el gusto real por este grupo humano (Villareal, 2001:53)

El proceso descrito reforzó el estigma distintivo de la época histórica de origen de este campo, que circula con alta velocidad dentro de la institución médica colombiana, claramente demostrado con el uso recurrente que actualmente usan estudiantes de medicina y médicos del término “aborrescencia”¹⁰. La mención de la palabra adolescencia tanto en el sector de formación médica,

¹⁰Término que constantemente usan los profesores y estudiantes de medicina en las facultad de medicina, de la Universidad de Antioquia y de la Universidad del Valle, donde la autora ha estado vinculada como profesora, reflejando el desinterés y la omisión para realizar actividades y trabajar los contenidos académicos

como en el de la oferta de consulta médica rápidamente evoca calificativos de esta etapa de vida como una que “adolesce”, “padece” y “carece” reproduciendo con fuerza la idea de que quien la “sufre” irremediablemente cursa por un momento caótico y de crisis en su vida de que solo pueden aliviar psicólogos, neurólogos o psiquiatras. De ahí se perpetúa la necesidad de medicalizar oportunamente para poder controlar la amenaza que pueda generar esta etapa de la vida al orden social instaurado desde el momento en que se configuró el nuevo modelo de Estado-Nación de corte liberal (Kett, 1971, 2000, Prescott, 2000).

A pesar de la poca acogida que este campo ha tenido en el ámbito académico de la institución médica que sigue siendo el principal actor sociopolítico del respaldo técnico-científico a las políticas públicas formuladas en el país para regular la SSR adolescente, el Ministerio de Protección Social lucha contra corriente de este rezago histórico en las facultades de medicina para colocar el tema como una prioridad en la agenda pública y en las de esas instituciones. Ante la poca solidaridad del gremio e institución médica con su proyecto de controlar las altas tasas de embarazo adolescente y demás problemas de salud pública que se derivan de la débil regulación médica. Este actor gubernamental ha encontrado en la agencia de cooperación internacional: Fondo de Población de las Naciones Unidas (*UNFPA*) un poderoso aliado que le ha facilitado la labor de formulación y puesta en marcha de políticas que regulen la vida social y la sexualidad de adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, en el año 2000 estos actores contrataron a la autora de esta tesis para que liderara el proceso de diseño y concertación de la Norma 412 con representantes del gremio médico y de la salud en general que contaran con cierta experticia en este campo así como con representantes de los niveles directivo y administrativo de las EPS e IPS más importantes del país. Esta política

que hacen parte de estos dos campos por parte de sus colegas a la que se ha tenido que enfrentar permanentemente a lo largo de su trayectoria como médica pediatra especializada en el campo de la MA.

sectorial fue un hito para impulsar mayor desarrollo en este campo porque estableció “acciones de obligatorio cumplimiento por parte de los actores y sectores del SSSG para garantizar la promoción, prevención y atención integral de la salud sexual y reproductiva del país incluidas unas dirigidas específicamente a la población adolescente y joven” (MS-UNFPA, 2000). Sin embargo, su aplicación en la vida cotidiana de estas mismas instituciones a cargo de la prestación de los servicios de salud (EPS-IPS) dentro del SSSG, en particular las entidades de salud del sector privado no ha sido efectuada. Fue ilusa la idea de que esa imposición del gobierno obligaría a estas instituciones a invertir en la cualificación médica para aumentar la oferta de este tipo de servicios. En otra oportunidad, la misma autora de esta tesis hizo parte del grupo que de nuevo acompañó al Ministerio de la Protección Social y al UNFPA en un segundo intento de formulación de otra política sectorial en el 2005 para poder detener la problemática de embarazos hasta ese momento incontenible: “Modelo de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SAS)” con la misma intención que tuvo la norma 412. Esta última política la viene liderando una médica epidemióloga Diva Janeth Moreno en el cargo de asesora del ministerio en el tema de SSR de adolescentes. Las circunstancias actuales arrojan mayor compromiso político al menos discursivamente en la agenda política del país lo que ha favorecido una mejor acogida por parte de directivas y personal operativo que labora en las entidades de prestación de servicios en salud de la red pública de las regiones y los departamentos del país con mayores tasas de embarazo adolescente. Igualmente, esta propuesta política ha sido replicada por parte de los gobiernos de la región Andina como medida para enfrentar las mismas problemáticas como “embarazo adolescente”, ITS, VIH/SIDA, violencia sexual en la población adolescente (MPS-UNFPA, 2007) que vienen aumentando paradójicamente por efectos de la mismas reformas neoliberales.

De esta manera, Colombia entra de nuevo a la esfera internacional de la región de América Latina y el Caribe con un papel protagónico en la diseminación de la estrategia de medicalización de la sexualidad y vida social de adolescentes y jóvenes de la misma forma como sucedió en las décadas de los ochenta y noventa. Solo que esta vez no fueron partícipes los expertos representantes del sector médico-científico-académico de este rol protagónico en la región sino que la labor la cumplieron con efectividad los actores técnico-políticos gubernamentales que desempeñan cargos específicos con la necesidad de controlar la problemática dentro de las dependencias del gobierno. Este aspecto contextual ha derivado en mayor fragmentación y debilitamiento del campo de MA por causa de la incomunicación y distanciamiento que sigue alimentando una pugna por el poder social y político entre actores representantes de asociaciones gremiales médico-científicas y facultades médicas frente a estos profesionales de la salud que por estar ubicados del lado del sector gubernamental definen la destinación de los recursos financieros sin respeto de los criterios científicos o técnicos. Teniendo en cuenta la tesis del institucionalismo histórico sobre el doble papel del actor sociopolítico gubernamental, este sector se ha fortalecido mediante esas alianzas con actores sociopolíticos representantes de la sociedad civil como movimientos de mujeres, feminismos, juveniles, identidades y orientaciones diversas y agencias de cooperación internacionales. Mientras que el sector académico- científico ha mantenido cierto aislamiento y resistencia a los cambios políticos que han surgido por las conquistas de esos movimientos vindicatorios de los derechos de mujeres y jóvenes, porque no los escuchan ni interactúan con estos colectivos.

La postura ideológica que sigue reinando en el grupo representado por actores académicos-científicos en la dinámica sociopolítica determinante de las políticas configuradas para regular la sexualidad de jóvenes en representación de ese gremio y de esa institución médica colombiana y

latinoamericana configurada históricamente, se resume con la opinión que el mismo doctor Ramón Córdoba Palacio emite sobre el aborto y la eutanasia. Teniendo en cuenta que este prestigioso médico es quien puso la primera piedra del camino que configuró las bases de la MA que actualmente rigen al gremio y a la institución médica colombiana que siguen reproduciendo las prácticas discursivas del campo de MA instituido desde y en la Universidad de Antioquia con significativa influencia en el país y en la región latinoamericana. Este texto hizo visible uno de los códigos ideológicos más poderoso que ha acentuado la polarización de la tensión históricamente sostenida entre quienes defienden las posturas y enfoques prevalecientes en cada uno de los distintos sectores y campos que han mantenido la disputa sobre la decisión de quien debe regir las conductas sexuales y los cuerpos de adolescentes; entre ellos están especialistas del campo de la MA, líderes representantes del gremio médico e institución médica configurada en este país y en la región de América Latina y el Caribe, y activistas de movimientos de mujeres, feministas y de poblaciones con identidades y orientaciones sexuales diversas como la comunidad LGBTTI. Sus palabras dejan constancia de la férrea e inmodificable opinión de un actor que paradójicamente abría la puerta para que este campo entrara al país por la alfombra roja de la Universidad de Antioquia y cerraba otra puerta para que no penetraran en la institución médica las presiones y los enfoques alternativos que estos activistas pretendían introducir. Ese código ideológico sigue coordinando la imposición de los enfoques que dieron forma a las políticas sobre sexualidad y juventud que hoy operan en el país venciendo la contienda sociopolítica (Morales-Borrero, 2010). Dos años después de que la contienda tuviera un giro por efecto de la presión que siguieron ejerciendo los movimientos reivindicatorios de los derechos de las mujeres materializando a través de la sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: C-355 del 2006 que despenaliza el aborto en los casos específicos en que la mujer es víctima de violencia sexual, o en los que su vida o la del feto peligran, el doctor Ramón Córdoba Palacio publica un artículo para dejar claro su opinión al respecto:

A partir de elementos antropológicos se afirma que la génesis y la esencia de la medicina es el amor a la persona humana, al semejante. Este amor ha impulsado el progreso vertiginoso de la medicina, a pesar de que en algunas circunstancias ni los medios utilizados ni la meta propuesta por los médicos respeten la dignidad intrínseca e incondicional de los seres humanos, personas desde la concepción hasta su muerte sin que nadie pueda, éticamente, intervenir para acortar su vida –aborto, eutanasia– ni para prolongar su agonía –distanasia– (Resumen, Córdoba-Palacio, 2008:1).

Nos enfrentamos a otros desafíos: tratan de forzar nuestra conciencia para que eliminemos, por acción o por omisión, vidas humanas ya sea por la circunstancia de salud que padecen o por la etapa natural de desarrollo que atraviesan. Recordemos que no todo lo legal es ético, y que dignificar la vida y la persona humana no es eliminarla, asesinarla; ésta es la labor del verdugo (Córdoba-Palacio, 2008: 4-5).

En resumen, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia ha mantenido su postura conservadora frente a las cuestiones de DSR desde su origen.

2.7 Códigos ideológicos de MA en Colombia

Tres códigos ideológicos salieron a relucir a lo largo de este capítulo develando las estructuras básicas que vehiculizan una práctica discursiva que aclimata y habitúa a las personas a aceptar a la medicalización de la sexualidad en la adolescencia como la más efectiva intervención supuestamente para promover su SSR. Las RRS que las sostienen y afianzan entre sí para ser materializadas mediante las prácticas discursivas distintivas del campo MA configurado en Colombia que siguen personificando sin conciencia en sus rutinas cotidianas las personas que hoy asumen la labor de formación médica en este campo médico específico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia bajo un nuevo marco político y teórico que dice ser reconocedor de sus DSR. Estas RRS se reciclaron y reaparecieron configurando además de las bases institucionales de la formación médica las políticas públicas de sexualidad y jóvenes en Colombia y en la región de Latino América

gracias a la función articuladora y coordinadora que desempeñan estos códigos o dispositivos ideológicos (Smith, 2005: 18-20).

En primer lugar, la MA sigue anclada sobre un dispositivo ideológico atado a la maternidad y crianza como roles históricamente naturalizados por la medicina como esenciales de la biología de la mujer y que opera reciclado en el mundo contemporáneo en torno a la idea de la familia como la base estructural de la sociedad que protege y ofrece un bienestar a los seres humanos más dependientes y necesitados de ella: los niños, niñas y adolescentes. Por esta razón, resulta ser responsabilidad casi exclusiva del buen funcionamiento de esta institución social el que la nación que se modernizó y en especial la que cumple con el nuevo mandato neoliberal pueda contar con niñas, niños y adolescentes suficientemente aptos para que puedan asumir la debida competencia ciudadana que promete a futuro un mundo mejor, más boyante, feliz y justo que el actual. La crianza resulta ser la tarea esencial de la mujer dentro de esa institución nuclear para la estabilidad y progreso de la sociedad. Elemental labor que ha de ser promovida y regulada por la Pediatría desde la institución de la medicina. En este campo médico emergente de la Pediatría y Puericultura esta función de crianza sigue dependiente del proceso biológico como principal determinante de la competencia femenina como la más perita de ejercer la técnica y el arte de la Puericultura. Por lo tanto, es función inherente al rol de madre que la obliga a persistir confinada al ámbito familiar con la responsabilidad de la regulación de las conductas de adolescentes bajo una tímida supervisión de profesionales de la salud que han manifestado su voluntad de acompañamiento. Dorothy Smith dio cuenta en sus investigaciones del poder articulador del código ideológico que ella denominó “prototipo de la familia de clase media norteamericana” (*Standard North American Family: SNAF*) (Smith, 2005: 18, Hicks, 2009: 235). El investigador social Stephen Hicks demostró como este

dispositivo funciona eficientemente para que trabajadores sociales del sistema de protección social de Inglaterra determinen los criterios de elegibilidad de las parejas de *gays* y lesbianas en los procesos de adopción (Hicks, 2009). En este sentido, desde finales del siglo XIX y comienzos del XX, la imprenta y la rápida difusión de textos facilitaron la aparición de un público lector que incluyó a mujeres como lectoras y autoras. Al igual que con hombres la expansión de las tecnologías inspiraron en las mujeres nuevas subjetividades a la par que abrieron el espacio para que ellas ingresaran así fuera marginal, a la educación universitaria. Lo que impulsó la institución del discurso de la crianza y del desarrollo infantil como único dispositivo ideológico que cruzó los límites raciales y étnicos fue la excusa de que con ello se lograría asegurar en sus proles las ventajas de mayor movilidad social que ofrecían el sistema de educación pública moderno solo si su labor era reforzada por la crianza en el hogar. Después de la segunda guerra mundial con la bonanza del *fordismo* se fue configurando una nueva forma de familia de la clase media, en la que los ahorros del padre y esposo posibilitaban a la madre esposa a que se especializara mejor en el manejo del hogar. Aunque esta división sexual del trabajo dentro del hogar no era nada nuevo, lo novedoso fue que dicha labor comenzó a ser acompañada de una mejor socialización y acompañamiento de la escolarización de sus hijos por parte de las madres que se basaba en el conocimiento científico de los actores institucionales expertos que conducían la tarea de la madre para que pudiera asegurar el estatus de clase que habían alcanzado los padres del menor (Smith, 2005: 34). Fue a partir de este momento que las mujeres de todas las clases y razas, quedaron marginadas en ese nuevo contexto marcado por una fuerte depresión económica en Norte América en que las RRS se reciclaron en una función de coordinación más efectiva para relegarlas cumplir roles subordinados como las tareas domésticas, dejándoles muy poco poder de agenciamiento y produciendo una excesiva carga de trabajo sin más remuneración o reconocimiento que la apropiación de éste por parte de los hombres (Smith, 2005). La importancia que tiene este código ideológico con esta tesis tiene que ver con la conexión que

estas RRS que vehiculiza este dispositivo cobran mayor relevancia en los contextos de reformas estructurales con mayor precarización de las condiciones laborales de quienes educan y mayor carga del esfuerzo de socialización para salir de la pobreza en la mujer, que sigue reforzando la Pediatría y la Puericultura.

En segundo lugar, la práctica discursiva que fomenta la medicalización de la adolescencia también está sembrada sobre un código ideológico que define a la adolescencia como un cuerpo biológico y fisiológico incompleto y urgido de una intervención profesional para su normativización. Este código contiene todo el conocimiento científico que dilucidó el proceso de crecimiento y desarrollo biológico y somático para un funcionamiento fisiológico normal de todos los órganos y sistemas del cuerpo del adolescente. Con un interés particular de poder conocer y predecir la normalidad de la función de reproducción biológica y mental. En 1909 ya se había hecho una primera descripción de los estadios de cambios físicos que concluían el desarrollo mamario en las adolescentes (Dorfman, Greulich y Solomon CI, 1937, Silber, 1997, Barbosa, 2007).

Sin embargo, el período entre los años treinta y setentas del siglo XX fue el más prolífico con una serie de publicaciones científicas en donde este grupo de investigadores en el campo de la MA pudieron esclarecer los mecanismos fisiológicos y funcionamiento hormonal durante la etapa de la pubertad, lo cual permitió proponer un sistema de medición clínica y clasificación para determinar el proceso y los grados de maduración sexual de varones y mujeres, diferenciados de acuerdo con el sexo biológicamente asignado (Dorfman y cols, 1932, Greulich, Dorfman, Catchpole, Solomon, and Culotta, 1942). Este sistema ordena las características sexuales de acuerdo con el grado de desarrollo gonadal en función de la capacidad de reproducción biológica, sistema que perfeccionaron colegas de estos de apellidos *Tanner* y *Marshall* en 1971 y que permanece vigente

en estos campos disciplinares (Tanner, 1962, McAnarney y cols, 1993, Greydanus y Fonseca, 2007). En ese momento, adquirieron protagonismo los textos de MA que con descripciones detalladas configuraron patrones de medición del cuerpo adolescente con el propósito de homogenizar crecimiento, funcionamiento y por extensión, comportamiento social y sexual de mujeres y hombres púberes y adolescentes. Logrando una estandarización de una serie de protocolos que coordinan las prácticas médicas para detectar y tratar anormalidades y enfermedades. Con un interés particular de vigilar y proteger los órganos involucrados en el proceso de reproducción o modificar las conductas que causan desviaciones de los modelos que fueron establecidos y legitimados como referentes de normalidad a partir de mediciones estadísticas que cada vez son más perfeccionadas.

De igual manera, se indican signos y síntomas para el diagnóstico temprano y oportuno de defectos del desarrollo y señalan los respectivos tratamientos médicos a instaurar para garantizar una aceptable funcionalidad. Entre una vasta lista de problemas a intervenir en estas publicaciones no se deja de insistir en la importancia de tratar a tiempo aquellos factores que amenazan la funcionalidad del aparato reproductor femenino como son los trastornos del ciclo menstrual, desbalances hormonales y anormalidades congénitas o infecciones. De nuevo, se refuerza la medicalización del cuerpo femenino y de la sexualidad femenina como lo denuncian varias investigaciones feministas (Fernández-Moreno, 1997, Barquet, 2000, Castro y Erviti, 2010). Mediante este código ideológico se ratifica el hallazgo sobre la permanencia de la noción de joven visto desde el campo de la medicina como un ser “incompleto” o “inmaduro” superable a través de la medicalización que rige los enfoques de las políticas públicas de jóvenes contemporáneas que varios científicos sociales han denunciado (Perea, 2006, Escobar, 2006, Morales-Borrero, 2010).

En tercer lugar, emerge un dispositivo ideológico que encierra una representación social idealizada sobre la adolescencia como la puerta hacia la libertad o como una vía de escape o resistencia y un derroche de creatividad e ingenio para enfrentar a un orden social desprestigiado por ser excesivamente autoritario, injusto y moralmente hipócrita (Acosta-Franco, 2014, Langland, 2008). Este código es fuertemente detonador de un pánico moral en quienes buscan controlarlos (Petchesky, 2008, Girard, 2008). Por esta razón este código tiene estrecha relación con la intención que el estado mantiene de reprimir los brotes de protesta social y contracultura que protagonizaban jóvenes simpatizantes del proyecto comunista que amenazaba cambiar el orden social capitalista fuertemente defendido por Estados Unidos durante la guerra fría (Langland, 2008). Los hechos sociopolíticos durante las décadas de los sesenta y setenta como: -el movimiento estudiantil en Francia “mayo del 68”, -el hipismo simbolizado en festivales musicales como Woodstock en Estados Unidos y Ancón en Medellín (Acosta-Franco, 2014), -la segunda ola del feminismo que impulsa la obra “El segundo sexo” de Simone de Beauvoir (Barquet, 2000), -las revoluciones comunistas y socialistas de Cuba y Nicaragua (Langland, 2008) y -el papel de manipulación y estigmatización que los medios masivos y el cine de Hollywood cumplieron (Langland, 2008), lograron despertar y escalar la conciencia rebelde juvenil a la vez que magnificar el temor de actores institucionales y estatales que legitima su represión para contenerles (Langland, 2008, Acosta-Franco, 2014). Así, se configuró una respuesta estatal fuertemente represiva en esa época. En Estados Unidos ese fenómeno de represión estatal para apaciguar movimientos contraculturales juveniles coincidieron con la fase de expansión e institucionalización de la MA que otorgó, monopolizó y legitimó el poder en los expertos representantes de este campo especializado como los únicos que puedan declarar el estado de emancipación de su paciente adolescente y así con total inmunidad poder definir las conductas sobre su salud sexual y mental que sufrían desviaciones y riesgos por causa de la manipulación ideológica de esos movimientos. La interpretación de este

campo de MA por parte de médicos pediatras en Colombia como parte del respaldo científico que dio y sigue dando fuerza al proceso de legitimación de la estrategia de medicalización en las políticas de sexualidad y juventud en la región de Latino América (Morales-Borrero, 2010) será analizado en el capítulo 4. Sin embargo, vale la pena una última reflexión sobre este código ideológico desde una perspectiva descolonial (Segato, 2014) surge una pregunta si será conveniente al orden global actual una contención de protestas y malestares juveniles con servicios integrales o si conviene más a las potencias mantener el pánico y subsecuente dependencia de las armas y la intervención extranjera para conservar el control y colonización sobre estos países colonias o periféricos.

2.8 Síntesis

En este capítulo se reconstruyó la historia social de unos campos médicos especializados en adolescencia en Norte América y Europa dada su fuerte influencia en el país, revelando algunas de las bases institucionales de dichos campos en Colombia. Se identificaron las relaciones de regulación social (RRS) que definen las prácticas discursivas que hoy en día actúan y reproducen quienes hacen la formación médica sobre la sexualidad y la vida social en la adolescencia dentro del pregrado médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia objeto de este estudio. Igualmente se caracteriza la medicalización de la sexualidad adolescente por parte de la MA y la GIJ.

La emergencia de la Medicina de los Adolescentes (MA) y de la Ginecología *Infanto-Juvenil* (GIJ), tuvo su origen entre los siglos XVIII y XIX a partir del proceso de configuración de cuatro disciplinas médicas: Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Puericultura en un orden determinado conforme a las necesidades de intervención médica que iban imponiendo los procesos de

modernización en que transcurría el modelo y la colonización de la medicina en América Latina. En la base de estos campos se encuentran las nociones de “juventud” y “adolescencia” construidas desde las corrientes funcionalistas de las Ciencias Sociales ante la necesidad de regulación, disciplinamiento y control de los comportamientos y las enfermedades consideradas “desviaciones” del orden social en el Estado moderno establecido. La convergencia de estos campos y las nociones de juventud y adolescencia ocurre en el cuerpo teórico derivado del “higienismo médico” que florece en medio de la expansión y colonización del modelo capitalista, como pilar del Estado moderno. Dentro de este marco se retoman los fundamentos teóricos de la policía médica y del positivismo para comprender las relaciones sociales entre la enfermedad y la salud que fueron irrumpiendo en ese momento histórico del siglo XIX en que es incipiente un fenómeno de globalización y de institución hegemónica del modelo de sociedad occidental moderna representado por Europa y Norte América. En medio de este proceso la idea de moldear las conductas y el cuerpo biológico de los adolescentes en el presente para asegurar el modelo ciudadano ideal del adulto reforzó la confianza en el camino hacia la modernización que había ratificado la promesa de un mundo mejor en los países de Norte América y Europa en donde se originaron estos dos campos. En ese proceso de modernización, progreso e intensificación de la globalización en los países colonizados a lo largo del siglo XX se entrelazaron tres instrumentos y estrategias efectivas para cumplir con este propósito y así se fue estructurando la práctica discursiva que mantiene vigente el enfoque que yace en la base de estos dos campos: del *higienismo a la salud pública* con diversas estrategias de *medicalización* y luego a la epidemiología con énfasis en *enfoque de riesgo*. Posteriormente la MA encontró receptibilidad en la perspectiva de protección social con la conformación de cajas de compensación familiar con algún grado de desarrollo en algunas facultades de medicina del país. Sin embargo, este asomo de florecimiento rápidamente se marchitó ante la imposibilidad de competir con campos y

servicios médicos lucrativos conforme a lo estipulado por la perspectiva economicista de aseguramiento y oferta de servicios rentables de la Ley 100 de 1993.

La medicalización en estos campos se inicia mediante la identificación categorías o fenómenos sociales que daban cuenta de daños físicos y morales “inherentes” a las etapas del ciclo vital que antecedían a la adultez. Se sustenta la supervisión de unos expertos dedicados a regular las conductas mediante los cuidados médico-sanitarios en el “tránsito y crecimiento de la niñez a la adultez”. Se describieron dos rasgos comunes a los dos campos relativos a las RRS que normalizaron las prácticas: la “mentalidad clínica” dirigida a definir y regular la identidad facultativa del médico para lograr competencias peritas para la medicalización, y el enfoque del “riesgo” construido a partir de una óptica del miedo que justifica un ejercicio de arbitraje permanente sobre la destinación de los recursos estatales para asegurar la intervención reguladora en determinados grupos sociales.

Con la medicalización se afirma una sólida alianza entre Estado e institución médica para crear en las facultades de medicina de finales del siglo XIX, espacios de gran poder político con una doble función social: facilitar la tutela y el control sobre la profesión médica que requiere el Estado, y legitimar la autonomía del conocimiento y el arte de la profesión médica para “curar” a la población. Con ello se aumenta la producción, circulación y difusión de textos que colonizan los nuevos territorios expandiendo a muchos otros dominios institucionales y disciplinares el saber médico; especialmente en los sectores de la educación y la salud.

Este proceso de medicalización genera importantes repercusiones políticas no solo en el ejercicio y poder político de la institución médica sino en la formulación de políticas públicas de sexualidad y de jóvenes en el país y la región de América Latina. La coincidencia del momento fundacional de

las principales facultades de medicina de Colombia: la Universidad Nacional en la ciudad de Bogotá y la Universidad de Antioquia en la ciudad de Medellín se explica por este proceso modernizador de la medicalización. La relación de poder y saber médico-científico sobre el cuerpo como cómplice del Estado moderno que cimienta unas prácticas discursivas médicas favorece que se sigan reproduciendo a lo largo de toda la formación médica. Las RRS que se recrean y reproducen están ligadas a una ideología de organización social industrial característica del mundo moderno cuyo fin es homogeneizar de forma conveniente para el nuevo orden.

En ese marco, se da origen al campo de la MA con la apertura de la primera unidad de adolescencia dentro del Hospital San Vicente de Paúl como escenario de práctica del departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia por parte del doctor Ramón Córdoba Palacio en 1968 que luego se incorpora a la malla curricular durante el proceso de renovación del programa del pregrado médico de la misma en la década de los noventa del siglo XX. Su institucionalización en el programa de formación médica se logra mediante el uso de códigos ideológicos que facilitan la medicalización de la sexualidad en la adolescencia bajo el sustento de noción de la SSR.

Las RRS sostienen y anudan valores que se materializan en prácticas discursivas distintivas del campo MA configurado en Colombia. Asimismo las rutinas cotidianas de los profesionales que asumen la labor de formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, recrean y reproducen estas RRS configurando las bases institucionales de la formación médica y las políticas públicas de Colombia.

Los códigos o dispositivos ideológicos son:

La familia como la base estructural que protege y ofrece bienestar a los seres humanos más dependientes y necesitados de una sociedad. La garantía de una nación sin peligros se da al poder contar con niñas, niños y adolescentes suficientemente aptos para que puedan asumir la debida competencia ciudadana. Este código vehiculiza la más poderosa plataforma institucional de este campo por ser emergente de la Pediatría y de la Puericultura: *la familia*.

La adolescencia como un cuerpo biológico y fisiológico incompleto y urgido de una intervención profesional para su normativización. Este código contiene todo el conocimiento científico que dilucidó el proceso de crecimiento y desarrollo biológico y somático para un funcionamiento fisiológico normal de todos los órganos y sistemas del cuerpo del adolescente. Con un interés particular de poder conocer y predecir la normalidad de la función de reproducción biológica y mental.

La idealización de la adolescencia como la puerta hacia la libertad o como una vía de escape o resistencia a un orden social desprestigiado por ser excesivamente autoritario, injusto y moralmente hipócrita tiene un fuerte poder para detonar el pánico moral en quienes pretender controlarlos. Idea que fue magnificada por los movimientos estudiantiles y juveniles de contracultura de la década de los sesenta caracterizados por su derroche de creatividad e ingenio artístico para cumplir su propósito de anárquica rebeldía. Por esta razón se mantiene ligado al papel del estado de reprimir los brotes de protesta social que protagonizaban jóvenes; unos simpatizantes de con la lucha contra el bloqueo que Estados Unidos hacía a los países del bloque comunista, otros en contra de la dominación comunista de la URSS, otros apolíticos buscaban la legalización de las drogas y la desregulación de la sexualidad, otros avalaban la lucha por los derechos civiles de los negros en Estados Unidos, pero todo transcurre en medio de la guerra fría. No en vano, coincidieron la

aparición y difusión global de estos brotes juveniles y las fases de consolidación de la MA en Estados Unidos otorgándole el poder para contener dichas manifestaciones con medidas médico-sanitarias para medicalizar la desbordada sexualidad y vida social de estos actores juveniles. Con la figura discursiva de “condición de emancipación” expertos representantes de este campo especializado operaron estrategias medicalizadoras de arbitraje y de socialización sin resistencia por parte de estos sujetos y en total inmunidad legal. Así, se configura la idea de que estos profesionales son los únicos seres confiables con quien estos “rebeldes” pueden dialogar y decidir conjuntamente sobre qué conductas deberían elegir en casos como interrupciones de embarazos no deseados, esterilización permanentes, elección del método para regular la concepción o para tratarse depresiones o adicciones a sustancias psicoactivas. No obstante, en Colombia pareciera ser que este código tiende a provocar la resistencia a la creación de unidades y programas de profesionalización en el campo de la MA por parte del gremio médico y de la institución médica.

Así con la ayuda de estos códigos las RRS convertidas -hoy en día- en elementos esenciales de la solidez y sostenibilidad de las instituciones que soportan el capitalismo por medio de la función soberana, incógnita y muy eficiente de adoctrinamiento, ordenamiento y jerarquización social, según características de género, raza y clase social, se traducen en textos que configuran las prácticas discursivas claves dentro de las instituciones. Entre tanto dichas prácticas viajan hasta los más recónditos intersticios del tejido social a través de medios masivos y tecnologías de comunicación y que la gente termina reproduciendo de manera desprevenida mientras realiza las tareas y el trabajo que se les asigna en su diario vivir.

Capítulo 3

Vientos de cambio en la formación médica: la dinámica sociopolítica de la renovación curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: 1997-2013

“[...] tras los eufemismos de cobertura, calidad, pertinencia y permanencia ocultan un proyecto tecnocrático que obedece a los intereses de la globalización y que en su continuidad en el tiempo se encuentra la etapa terminal de la educación pública, popular, gratuita, libre y abierta para todos y todas”.

(Pulido-Chaves, Heredia y Ángel, 2010:65-6).

3.1 Introducción

Este capítulo reconstruye la dinámica sociopolítica que dio origen al cambio curricular en la formación médica desde una perspectiva que mantiene en el centro del análisis las posibles repercusiones en materia de DSR de adolescentes. El interés particular de este esfuerzo reconstructivo se centró en la caracterización de actores involucrados en dicha dinámica así como en los intereses, recursos discursivos movilizados, conflictos y confrontaciones surgidas en relación a los puntos de vista y experiencias cotidianas alrededor de la función institucional de formación médica, sin perder de vista la relación que tienen estos procesos con las reformas estructurales neoliberales adelantadas en la región de América Latina en las últimas tres décadas en medio de una intensificación del fenómeno de globalización. En el análisis relacional de la dinámica sociopolítica de esta reforma curricular particular con los procesos mencionados se descifraron similitudes entre los intereses y puntos de vista de actores involucrados en ella con las perspectivas y enfoques que mantienen el dominio en el contexto conflictivo en que han transcurrido las reformas educativas

(Martinic, 2001, Guzmán, 2000, Gorostiaga y Tello, 2011) y de salud (Hernández-Álvarez, 2009, Almeida y Arouca, 2012) de la región de América Latina. A lo largo del relato de esta historia las distintas voces nos remiten-consciente o inconscientemente-, a pensar en una permanente relación causal del proyecto político neoliberal con la imposición y preeminencia de las perspectivas aliadas con el interés economicista y eficientista que lo impulsa.

Al final, sobrenadaron los códigos ideológicos que reciclan los discursos reformistas que potencian las RRS históricamente configuradas para conveniencia del modelo de Estado-nación capitalista en su función coordinadora más potenciada por prácticas discursivas sintonizadas con los intereses neoliberales. Con ellos se sigue enmascarando una realidad que abarca cada vez más una creciente proporción de adolescentes y jóvenes en el país y en la región de América Latina que ven esfumados sus sueños de poder abandonar una vida de creciente deterioro en su calidad y en su salud por causa de la omisión histórica con sus antecesores que mantiene el nuevo modelo de Estado perpetuando la desigualdad, injusticia e inequidad social que lo ha acompañado desde sus orígenes. Realidad que han venido desenmascarando varios intelectuales, activistas y académicos del país demostrando el impacto social profundizador de las inequidades y desigualdades del proyecto neoliberal y que estas reformas educativas (Pulido-Chaves, Heredia y Ángel, 2010) ni las de salud (Hernández-Álvarez, 2000, Vega-Vargas, Eslava-Castañeda, Arrubla-Sánchez, Hernández-Álvarez, 2012) logran contener.

Teniendo en cuenta lo expuesto se organizó el presente capítulo en cuatro sesiones. La primera, resume el contexto sociopolítico de la región de América Latina y del país en que ocurre el proceso de renovación curricular, objeto de este estudio, destacando las distintas perspectivas que circundan dos procesos determinantes de las RRS que la moldean: globalización y modelo de las reformas. La

segunda, reconstruye la historia que condujo a la formulación y aplicación de la política de renovación curricular de la Facultad de Medicina. Proceso que sirvió de pilotaje para definir el modelo de reforma a replicar en las otras facultades y universidades del país al demostrar efectividad para poner en marcha las políticas de corte neoliberal formuladas durante el gobierno de César Gaviria (1990-1994), continuadas en el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002) y reforzadas en la presidencia de Álvaro Uribe (2002-2010). El relato de esta historia dio cuenta de los actores involucrados, de las estrategias y recursos discursivos que sirvieron en cada una de las tres etapas que recorrió el proceso de renovación curricular: ambientación; negociación-formulación y puesta en práctica de la misma develando en cada una de ellas intereses, perspectivas y conflictos que le dieron protagonismo al campo de MA importado desde Norte América cuarenta años atrás y adaptado a los intereses actuales para instituir la práctica discursiva que la medicalización de la sexualidad y adolescencia concretó. Igualmente se vio como el renovado modelo pedagógico instrumenta las políticas educativas que buscan una inserción imperativa del país a la competencia económica mundial que validó una predominancia de las perspectivas que defienden su incondicional sometimiento a la regulación de una “globalización hegemónica” sin tener conciencia de la intensificación que ella hace del poder de las RRS históricas para conservar un orden sociopolítico configurado históricamente en medio de una desigualdad entre los países colonizadores (norte) y los colonizados (periferia). La tercera, describe los códigos ideológicos que emergieron a lo largo de la dinámica analizada reforzando la función de coordinación y regulación de las RRS históricamente configuradas sobre las prácticas discursivas distintivas de la formación médica con relación a los DSR de adolescentes. Al final, se ofrece una síntesis que resalta aquellos nuevos códigos ideológicos que emergen como recicladores y reforzadores de las RRS que históricamente han permeado y moldeado las prácticas discursivas propias de la formación médica

en torno a los DSR de adolescentes y jóvenes develadas en medio de la dinámica sociopolítica que condujo a la renovación del programa curricular médico.

3.2 Contexto Sociopolítico de la Renovación Curricular.

Las dos últimas décadas del siglo XX y las primeras del XXI representan un contexto regional en América Latina marcado por conflictos derivados de las tensiones entre actores implicados en profundas reformas estructurales que han adelantado los gobernantes de turno como respuesta a la presión que ejercen los países, grupos y agencias de poder económico a nivel mundial para que cumplan varias metas como la inserción global, la incorporación de las nuevas formas de regulación del mercado estipuladas con la globalización y la adopción de las nuevas tecnologías (Gorostiaga y Tello, 2010). En 1989, el consenso de Washington con representación del Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI) y Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) estableció los lineamientos para ajustar la estructura estatal hacia una más protectora de su estabilidad, propulsora de su democratización, e instauradora de una gestión eficiente y competitiva de sus instituciones (Casilda Béja, 2004). Para alcanzar la meta final de cumplir con estas condiciones como prerequisites de su inserción al mercado global era necesario un ajuste estructural que favoreciera el repliegue del estado con la introducción y normalización de las nuevas reglas del mercado globalizado (Guzmán, 2005). Las respuestas con reformas a los sistemas de salud y educación mediante la aplicación de un conjunto de medidas supra sectoriales o sectoriales de privatización, reducción de presupuesto, búsqueda de mayor eficiencia y reducción de gastos no dieron espera (Martinic, 2001). Esta manera de conducir de “arriba-hacia-abajo” una descentralización de la responsabilidad estatal es acompañada no sólo por un repliegue del aparato público, sino también por una reducción del gasto en educación y en salud (Martinic, 2001). Al

tiempo que se aplican medidas de reducción se exige el cumplimiento de ciertos criterios de eficiencia, particularmente en lo que respecta a la administración de recursos, -con mayor y mejor utilización-, y su focalización, todo ello como demostración de la adaptación del principio medicalizador “enfoque de riesgo” en esferas macro estructurales para limitar el gasto y la inversión social hacia pocos grupos “menos favorecidos” (Guzmán, 2005).

3.3 Las reformas educativas en la región de América Latina

Las reformas educativas surgieron como procesos de formulación y puesta en práctica de las políticas de ajuste estructural (Guzmán, 2005, Chaves-Pulido, et al, 2010, Gorostiaga y Tello, 2010) encaminadas a “un cambio cultural y organizacional institucional con renovación de contenidos, prácticas y relaciones entre los actores que se implican en ellas” de manera tal que esta dinámica sea capaz de “amplificarse hacia un proceso social y comunicativo de mayor envergadura” con el fin de normalizar el ajuste en todas las esferas y estructuras sociales (Martinic, 2001:18). Este horizonte desencadenó en la región tres olas de reformas educativas que comenzaron a finales de los ochenta del siglo anterior (Martinic, 2001, Guzmán, 2005). La primera ola se caracterizó por la puesta en marcha de unas reformas educativas desde el mismo sector educativo “hacia afuera” para cumplir con mejoras en los criterios de cobertura, eficacia y eficiencia mediante la reorganización de la gestión, del financiamiento y de los mecanismos de acceso al sistema. En los noventa, ocurrió la segunda ola de reformas educativas dirigida hacia “adentro” del propio sistema educativo buscando solucionar dos asuntos claves de la función educativa que permanecieron igual sin impacto alguno a pesar de los esfuerzos adelantados en la ola de reformas precedente: 1) calidad con perfeccionamiento de la medición de los resultados del proceso de aprendizajes de la educación y de la equidad a partir de institucionalización de procesos de gestión y 2) evaluación de los procesos

pedagógicos y contenidos curriculares (Martinic, 2001). El siglo XXI ha sido huésped de la tercera generación de reformas que sin cambiar la dirección de imposición desde “arriba-hacia-abajo” (gobierno central hacia las instituciones locales) se sigue insistiendo en configurar un complejo institucional educativo con plena autonomía y descentralización pedagógica de las instituciones educativas sucursales a partir de la transferencia de toda la responsabilidad de las decisiones pedagógicas y curriculares en éstas satelitales por parte del Estado (Guzmán, 2005). Por esta razón el centro de la reforma lo constituye el proceso de enseñanza – aprendizaje con todas las estrategias útiles para que el propio centro educativo, en estrecha colaboración con los agentes que participan de este proceso,- lo puedan optimizar (Guzmán, 2005). Así se refuerza y expande una perspectiva que le interesa cumplir el criterio de efectividad en las instituciones educativas con una convergencia en un novedoso modelo educativo a través de la conectividad de estas con redes de distintos tipos hacia adentro y hacia afuera del complejo sistema educativo y en un marco en donde haya permanente innovación de las estrategias de enseñanza-aprendizaje en relación directa con las nuevas tecnologías de comunicación (Martinic, 2001).

En resumen todas estas generaciones de reformas comparten estos objetivos (Guzmán, 2005):

Modernización del sistema educativo caracterizada por una función institucional y de las dinámicas organizacionales que hacen parte del propio sistema para hacerla *más ágil y efectiva*; innovaciones en los diseños curriculares y en los planes de estudio derivados de éstos con incorporación de las nuevas tecnologías de información y comunicación; cumplimiento de metas para asegurar la descentralización de la obsoleta burocracia centralizada; acreditación de la calidad general de la enseñanza con introducción de mecanismos de evaluación de desempeño y competencia del profesorado como garantías de un óptimo rendimiento académico del estudiantado y disminución del fracaso escolar; adecuación y ajuste de la formación educativa a las demandas del

mercado laboral global; introducción de modificaciones en los estilos pedagógicos de los docentes para reemplazar las clases magistrales.

Estas reformas en cuanto espacios de interacción de actores representan distintas visiones y todos los niveles y capas de la sociedad (Guzmán, 2005:4) cuyas decisiones de apoyar, desviar, proponer, neutralizar, o re significar total o parcialmente las propuestas generadas, conllevan a consensos, disensos o estados de incertidumbres (Martinic, 2001: 19) y dependen de las concepciones ideológicas para desplegar intereses y estrategias en ese campo de lucha (Guzmán, 2005). De ahí, la necesidad de caracterizar esas concepciones. En este sentido, hay consenso sobre el papel regulador que sobre estas concepciones rigentes de estas reformas tienen la globalización (Gorostiaga y Tello, 2010) y el proyecto político neoliberal (Guzmán, 2005). Por lo tanto, las perspectivas que median la garantía de éxito, viabilidad y sustentabilidad de las mismas se construyen en torno a las posturas ideológicas frente a estos fenómenos.

En el caso de la globalización, desde la óptica política, se asume como un conjunto de dispositivos “político-económicos” que aseguran “el orden capitalista” y exigen mayor aceleración del “ritmo de producción y reproducción de la vida social” históricamente impuesto a los países de la periferia (otrora colonias) por parte de los del centro (Europa y Norte América) (Gorostiaga y Tello, 2010: 383). También hay acuerdo en concebir a las reformas de la región de América Latina y el Caribe como expresión, causa y resultado del acatamiento que han hecho los países periféricos de los “imperativos de la inserción global, las nuevas formas de regulación y la adopción de nuevas tecnologías, ignorando las necesidades regionales, las demandas de democratización de la educación y cuestiones de justicia social, incluyendo temas de género” vehiculizadas con la globalización (Gorostiaga y Tello, 2010: 379). La globalización contemporánea posterior a 1945 en cuanto a los

niveles de extensión, intensidad, velocidad e impacto alcanzados no tiene precedentes. Aparte ha adquirido tal versatilidad de formas que le facilitan su acción sobre y a través de distintas esferas de la vida social: política, económica, cultural y tecnológica (Gorostiaga y Tello, 2010: 365). La revisión de 45 publicaciones entre el período de 1996 al 2008 sobre las reformas educativas en América Latina identificando los argumentos sobre: ¿qué es la globalización? ¿Cuáles son sus efectos generales? el sentido e implicancias de las reformas educativas que se desarrollan en los países de la región y ¿cómo se interrelacionan ambos procesos (globalización y reforma educativa)? arrojó tres perspectivas frente a la globalización (Gorostiaga y Tello, 2010: 365):

Hiperglobalista: asume una posición completamente opuesta a la escéptica. Esta perspectiva acepta que este fenómeno globalizador es resultado y expresión de la imparable victoria del capitalismo. Lo que debilita y hace innecesario el poder y papel regulador que tenían los Estados modernos configurados ante la inevitable emergencia de nuevos tipos de cultura, de estilos de gobierno y de sociedad civil de dimensión global. Igualmente este impacto conlleva a la desaparición de los modelos tradicionales de educación por efecto del avasallador avance de la tecnología que la globalización ha desarrollado (Gorostiaga y Tello, 2010: 366).

Transformacionalista: asume una postura intermedia entre las otras dos acogiendo aspectos de ambas. Desde esta óptica se describen dos caras de la globalización: En una de ellas la globalización es una etapa histórica única e irrepetible de oportunidades para lograr una interconexión global en dimensiones y asuntos relacionados con política, cultura y economía. En la otra, es expresión de una multiplicidad de procesos de grandes contradicciones y complejidad los cuales desencadenan fenómenos de fragmentación, segmentación y estratificación que a su vez conllevan a una propagación de prácticas de exclusión, marginalización y expulsión para con ciertos grupos sociales

o regiones en donde necesariamente se re significan las relaciones “centro” y “periferia” de los países (Gorostiaga y Tello, 2010: 366). Esta perspectiva también acepta la idea de que los Estados se van articulando con distintas respuestas a la nueva configuración mundial en medio de una creciente imposición a aceptar la intromisión de instancias internacionales que los limitan sin obligarlos a abdicar del todo a su poder.

Escéptica: Ubicada en el polo opuesto a la hiperglobalista con la defensa de una preeminencia del papel y del poder de los estados y sistemas educativos nacionales. Propone la tesis de que los estados son los que siguen procesando la crisis económica en el marco de un contexto que continúa la agudización de una histórica relación de inequidad entre países del centro y periferia. Asimismo, los sistemas nacionales educativos son los que siguen incidiendo en las políticas educativas, a pesar de la aparición de una internacionalización parcial con mayor convergencia de modelos educativos que es reflejada solo en casos aislados de movilidad estudiantil (Gorostiaga y Tello, 2010).

En el marco de la globalización las reformas educativas adquieren doble función en cada uno de los países: en primer lugar; a través de éstas los estados responden al impacto que la globalización ejerce sobre ellos; y en segundo lugar; constituyen el medio más viable para la inserción en la dinámica de mercado global (Gorostiaga y Tello, 2010). Ningún país dentro del sistema global configurado a través de relaciones históricas de desigualdad entre países del centro y los de la periferia ha podido ignorar la relación de las reformas con la globalización. Y como detrás del origen de estas reformas está el interés de instalar el modelo económico neoliberal en los países que han sido presionados para adelantarlas, el cambio estructural y organizacional que se dirige al interior del sistema educativo tiene como referente una nueva doctrina mundial derivada del interés mercantilista de ese modelo económico. Por lo tanto, todas las reformas educativas partieron desde

su origen con la asignación de estas tareas: -reforzar vínculos entre educación, empleo y mejoría de la economía nacional, -reducción de presupuesto educativo, -establecer mayor control central y directo sobre el programa curricular y las evaluaciones de desempeño y –encontrar y delegar mecanismos de selección y descentralización en las instituciones de educación. Sin embargo, -y-, a pesar del propósito común que yace detrás de todas estas reformas Gorostiaga y Tello (2010) se identificaron siete perspectivas diferentes sobre las mismas en la región a través de la revisión textual que efectuaron:

Economicista: Es coherente con la perspectiva hiperglobalista y representativa de los intereses financieros como los defendidos por el Banco Mundial que justificaron la necesidad de llevar a cabo reformas de ajuste estructural en la región como único medio hacia un modelo de competitividad económica ideal para sacar a estos países del atraso y subdesarrollo. Desde esta perspectiva el modelo económico neoliberal ha sido idealizado con lo que ha facilitado su aceptación dogmática para que sea instituido por parte de los gobiernos sin cuestionamientos frente al nuevo escenario global y con las medidas que efectivamente pongan en práctica las políticas educativas del mismo corte. Defensores de esta perspectiva explican que el fracaso que estas reformas han tenido en la región con el incumplimiento de las metas acordadas en el consenso de Washington, se debe a una serie de malas prácticas de los actores gubernamentales e institucionales de los países. Por lo tanto no se ha podido lograr un modelo educativo que cuente con: -estándares de aprendizaje y medición de resultados, -mecanismos de regulación central y rendición de cuentas, -mecanismos de comunicación y conexión entre instituciones-comunidad y empleadores, -incentivos para mejorar la cualificación y las condiciones laborales del profesorado, -inversión en el sector igual a como la hacen en los países desarrollados, y –debilitamiento de la incidencia en las políticas educativas por

parte de sindicatos y grupos estudiantiles que dé paso a una mayor participación de grupos de padres, profesores y empleadores.

Inserción Imperativa: Sin mucho distanciamiento de la anterior, esta visión conserva el enfoque hiperglobalista con predominio del interés económico de la reforma pero combinándolos a otro fin de la educación: la conformación y preservación de una identidad cultural específica y propia de cada localidad. Por lo tanto, el papel de la educación tiene que ver con la formación de individuos en tanto trabajadores y ciudadanos del orden social capaces de potenciar el proceso de crecimiento económico y la estabilidad de la institucionalidad democrática.

Integracionista: Esta perspectiva se aleja de las dos posturas ideológicas anteriores al asumir un enfoque de la globalización más congruente con la transformacionista. Para esta corriente las reformas educativas han funcionado como un espacio regional guiado por un conjunto de ideas comunes que se traducen en medidas similares en todas las reformas educativas de los distintos países. Sin embargo, en esta perspectiva sigue presente la idea de una necesidad de adaptación por parte de los mismos sistemas educativos de la región a las tendencias globales, particularmente a través de la incorporación de las nuevas tecnologías de información y de innovaciones en la forma de organización y de gobierno dentro del sector de la educación. Al mismo tiempo, remarca la necesidad de unas regulaciones para contrarrestar los efectos nocivos de la globalización, y de formular políticas educativas que trasciendan la visión estrecha que se preocupa solo por aumentar la eficiencia del manejo de recursos y el rendimiento académico del estudiantado.

Humanista: A diferencia de las perspectivas anteriores, ésta defiende un interés más amplio de una reforma de esta envergadura. El norte de estas debe ser más ambicioso que el de la adaptación

de la educación a las nuevas condiciones sociales y económicas. El esfuerzo debe encaminarse a la potencialización de las capacidades humanas en forma equitativa así como a la denuncia de aquellos aspectos de los procesos de globalización que impiden este propósito humanista. Particularmente, esta corriente se interesa en el diseño de políticas globales que complementen la acción aislada de la educación para poder detener el agravamiento de la desigualdad y la aparición creciente de nuevas formas de exclusión social que ha causado la globalización en la región.

Crítica Normativa: Escéptica de la globalización esta perspectiva desconfía de ella por ser la expresión de los intereses mercantilistas que detentan los grupos dominantes en los ámbitos internacional y nacional. Postula que, desde los años noventa, -incluso desde décadas anteriores-, la reforma educativa en América Latina ha sido instrumentada por estos grupos en defensa de la ideología neoliberal. Por lo tanto, la reforma se ha convertido en un campo de lucha entre distintos grupos sociales con diferentes intereses, tanto a nivel global como a nivel de sociedades nacionales en donde la presencia, lucha y resistencia que ejercen grupos subalternos como los que encabezan docentes y sus organizaciones sindicales imprescindibles para la transformación social. Aunque esta perspectiva es más arbitraria que la crítica analítica no pierde su esfuerzo analítico frente a la relación de la globalización y de la reforma con el desmonte del Estado de bienestar y sus consecuencias en los derechos humanos.

Crítica Analítica: También duda de los beneficios de la globalización pero admite que es el marco en donde han ocurrido los cambios educativos de las últimas décadas de la región de América Latina. A diferencia de la crítica normativa, se cuida de no emitir juicios de valor sobre la normalización del proceso de globalización y sus consecuencias. Su preocupación se centra en la comprensión de los mecanismos y de las implicaciones que las reformas implementadas han tenido en las sociedades

sin que ello implique tener que recurrir a posturas arbitrarias como la crítica normativa. En esta corriente se asume que las políticas educativas que guían las reformas educativas han tendido a aceptar los imperativos de la inserción global, las nuevas formas de regulación y la adopción de nuevas tecnologías, pero han ignorado las necesidades regionales, las demandas de democratización de la educación y cuestiones de justicia social, incluyendo temas de género (Gorostiaga y Tello, 2010: 379).

Mundialización Alternativa: Aunque comparte algunos de los argumentos sobre las tendencias de reforma educativa que postulan las perspectivas críticas, sostiene que existe una globalización alternativa o “planetarización” en contraposición a la dominante como forma de lucha hacia el logro de una justicia social, la democratización y el desarrollo de la educación como derecho social. Este tipo de corriente la vienen poniendo en práctica algunas organizaciones y movimientos sociales; como el indígena en América Latina.

A manera de conclusión, ninguna perspectiva se muestra conforme con los resultados de las reformas educativas implementadas en la región desde los ochenta (Gajardo, 1999, Martinic, 2000, 2001, Guzmán, 2005, Gorostiaga y Tello, 2010, Pulido -Chaves, Heredia y Ángel, 2010). La prevalencia de la ideología neoliberal que yace detrás de enfoques tales como: economicista, inserción imperativa e hiperglobalista (Gorostiaga y Tello, 2010) convierte a la competitividad en la prioridad omitiendo el peso que ello ha tenido como causa relevante de sus fracasos (Guzmán, 2005:9). No obstante, hay interesantes giros en perspectivas y rumbos que han tenido reformas educativas en algunos países de la región de América Latina desde el 2002 (Pulido-Chaves et al, 2010) que develan el agotamiento del proyecto neoliberal y han precipitado la reagrupación de los países como resultado de la emergencia de dos nuevos modelos de reformas a partir de rupturas con

el neoliberal que están marcando un avance hacia la radicalización de la democracia con base en la defensa del derecho a la educación (Gorostiaga y Tello, 2010: 385). En el primer grupo permanecen los países sin cambios en las reformas de corte neoliberal: México, Perú, Colombia, Costa Rica y Chile durante el gobierno de Sebastián Piñera entre 2010 y 2014. En el segundo grupo se ubican los países en que la lucha y resistencia de grupos subalternos lograron interrumpir el proceso de concertación y negociación que venía de “arriba-hacia-abajo” imponiendo la reforma neoliberal girando hacia perspectivas críticas: Chile 1990-2009 y desde el 2014, Argentina, Brasil, Guatemala, Uruguay y Paraguay. En el último grupo los gobernantes de turno se han independizado del proceso hiperglobalista, asegurando una autonomía y consolidando propuestas desde las posturas críticas con miras a demostrar un modelo contra- hegemónico en el marco de una globalización alternativa: Bolivia, Venezuela y Ecuador.

Sin embargo, la mayoría de las reformas educativas al igual que las de salud en la región de América Latina, siguen materializando y potenciando las RRS históricamente configuradas para regular a conveniencia del orden que sostiene el interés capitalista ahora reencauchado en novedosos paquetes de leyes que sujetan las pautas acordadas en el consenso de Washington como táctica efectiva para dirigir el proceso de negociación desde “arriba hacia abajo”, los acuerdos de mayor envergadura con el poder legislativo y de ahí, con la sociedad civil de cara a garantizar su institucionalización (Martinic, 2001:23). En códigos ideológicos que encierran términos como “estabilización”, “modernización”, “progreso” y “democracia” se reproducen y expanden las RRS (Smith, 2005) legitimando las re-estructuraciones que siguen redundando en mejoras de cobertura, efectividad, eficiencia y optimización de insumos y recursos del proceso educativo y de la atención en salud en detrimento de los principios de calidad y equidad (Hernández, 2000, Guzmán, 2004, Fleury, 2004, Hernández, 2009, Chaves-Pulido, Heredia y Ángel, 2010, Galeano et al, 2011). Desde

entonces, investigadores sociales inscritos en movimientos de lucha política de oposición a estas reformas tales como salud colectiva y medicina social de la región han denunciado el impacto negativo que ello está teniendo en la salud ,(Hernández, 2000, Fleury, 2004,) y en el acceso y calidad de la educación (Martinic, 2000, 2001, Guzmán, 2005, Gorostiaga y Tello, 2010, Chaves-Pulido et al, 2010) y en los derechos fundamentales de las poblaciones (Hernández,2009, Galeano et al, 2011, Breihl, 2011).

3.4 La reforma educativa en Colombia

En el capítulo anterior se desarrolló el papel que tuvo la institución médica de la mano de la función de formación médica dentro de la educación universitaria en la configuración del modelo de Estado-Nación moderno a finales del siglo XIX y comienzos del XX en Colombia. Dicho proceso tuvo como referente un modelo de Estado para la región de América Latina en el que se seguían los parámetros de los países que los habían colonizado y dominado y a la vez era instado a seguir un camino modernizador con la idea de conformar un modelo propio de cada nación (Herrera, Infante-Acevedo, 2004). En ese contexto de necesidad de propulsión del ideario de lo nacional, emergió el sistema educativo colombiano para instituir un modelo de enseñanza y pedagogía efectivo con el disciplinamiento y la regulación de los cuerpos y los comportamientos del estudiantado hacia una ciudadanía conforme con el modelo nacional instituido con sus respectivos símbolos e iconografía patriótica propia de la época (Herrera, Infante-Acevedo, 2004). Estos rasgos de educación fueron establecidos por los derroteros sociopolíticos estipulados desde la era de la “regeneración conservadora” durante las últimas dos décadas del siglo XIX y tres primeras del XX (Facundo, Brigueiro, 2014:25).

Luego, durante la hegemonía de los gobiernos liberales (1930-1950), se renovaron los idearios liberales de la época independentista que habían temido y combatido las élites conservadoras con políticas para la hispanización y cristianización de la cultura representadas en un proceso de uniformidad de los comportamientos políticos y sociales de los nacionales en esa era (Facundo, Brigueiro, 2014:26). El resurgimiento del pensamiento liberal despertó el espíritu “reformista” que caracterizó este período de hegemonía liberal de lucha por un salto a la modernización y democratización. Durante este período, se llevaron a cabo importantes transformaciones al sistema educativo de cara a lograr un “control de la educación por parte del Estado, extensión de la cobertura educativa, -al menos de la educación primaria, creación de campañas educativas dirigidas al campesinado –como la Campaña de Cultura Aldeana–, o a los sectores urbanos trabajadores –como las escuelas por correspondencia–, la consolidación de la formación de maestros con fundación de Escuela Normal Superior” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004:77).

En ese contexto reformista en la década de los cincuenta, se reorientó el sistema educativo para poder poner en marcha un nuevo modelo de educación hacia el desarrollo y con ello cumplir con las recomendaciones dejadas por las misiones extranjeras de *Currie* y *Lebret*. El reto para el renovado sistema era el de formar “una clase calificada técnicamente” capaz de desempeñarse en un contexto de industrialización como el que vivía el país en esos momentos. Desde ese momento el sistema educativo pasó a ser “un fenómeno susceptible de ser planeado y objetivado” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004: 79). En la década siguiente; los famosos años sesenta caracterizada por un auge de protestas sociales y movimientos de contracultura protagonizada más que todo por jóvenes, la Universidad de Antioquia bajo la rectoría del doctor Ignacio Vélez Escobar, se convierte en fuente de inspiración para el resto del país, con la creación de un modelo educación general que materializó las recomendaciones de la misión *Ford* de 1962. El modelo retomó la experiencia de

reestructuración curricular que el mismo doctor Vélez Escobar, como decano había adelantado en la Facultad de Medicina de esa misma universidad. Ella significó la vía a la institucionalización de una educación regida por criterios de racionalidad instrumental muy conveniente para suplir los intereses de Planeación Nacional comprometidos con lo ordenado por la misión que la inspiró (Tirado-Mejía, 2014: 345). Con este modelo se dio paso a la difusión de la ilusión del desarrollismo como fuente de inspiración de reformas educativas conducentes al control y erradicación de la amenaza del comunismo en el marco de la guerra fría y representada por las protestas estudiantiles de esa década. Colombia como los demás países de la región de América Latina, hace eco del paradigma de educación dentro de la estrategia desarrollista impulsado por Estados Unidos, basado en un proyecto político liderado por el Estado, enmarcado en la industrialización y en la consolidación de la vida urbana postulando “la educación universal como vía para el acceso a la ciudadanía y a los valores culturales de la modernidad” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004:79). Se configura así “un sistema educativo centralizado, de un currículo único, así como de la confianza en el papel de la educación como mecanismo de ascenso social, de acceso a los bienes materiales y simbólicos y, también, como garantía de la preparación del recurso humano para el desempeño laboral” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004:79). Vale la pena anotar que en este período de configuración también se fortaleció la fuerza sindical de profesores (Herrera, Pinilla, Infante-Acevedo, 2001) con una conquista importante para la garantía de sus derechos laborales: el decreto 2277 de 1979 (Tenorio-Toro, 2013).

La década de los ochenta denominada como “década perdida” o “crisis de la deuda” o “fin de la metáfora del desarrollo” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004:80) representó el comienzo de las olas de reformas educativas impulsadas desde el consenso de Washington (Martinic, 2001, Guzmán, 2005). La puesta en marcha de las políticas de ajuste estructural dieron inicio al progresivo desmonte de

los derechos conquistados por las luchas sociales en las décadas del sesenta y setenta y el allanamiento del camino al proyecto neoliberal (Herrera, et al, 2001).

El gobierno de César Gaviria (1990-1994) paradójicamente marcó el camino y sentó las bases institucionales del estado neoliberal en medio de un ambiente de una acentuada y entusiasta participación política enriquecida con aportes de grupos sociales históricamente excluidos de la arena política en una búsqueda colectiva de la finalización del conflicto armado, la violencia y de la instauración al fin de un Estado Social de Derecho que prometía la Constitución de 1991. En ese contexto nacional y regional de cambios estructurales y reformas, este gobierno formula una serie de políticas educativas de corte neoliberal que sentaron el camino al desmonte del Estado Social de Derecho propuesto en la nueva carta política (Herrera, Infante-Acevedo, 2004, Pulido-Chaves, Heredia y Ángel, 2010). En primer lugar, se creó el Programa de Ampliación de la Cobertura y Mejoramiento de la Calidad de la Educación Secundaria (PACES) para instituir la privatización a través de la entrega de subsidios a la demanda a instituciones educativas privadas (Tenorio-Toro, 2013). En segundo lugar, se aprobó la Ley 115 de 1994 o Ley General de Educación, que aunque recogía, entre otras, las propuestas y reivindicaciones del Movimiento Pedagógico encabezado por Federación Colombiana de Educadores –FECODE-, no logró incorporar el elemento político estratégico más importante para su defensa como derecho fundamental rebajándola a la categoría de servicio público susceptible de ser regulado por medio de las reglas del mercado (Pulido-Chaves, et al, 2010:15).

Esta ley fortalece el sistema educativo con una serie de avances importantes como fueron: - la dotación a la educación de un amplio marco de acción con autonomía y amplia participación al interior de las instituciones educativas, flexibilización curricular y diversificación de la atención con

la inclusión de poblaciones diversas anteriormente excluidas del sistema, entre otros. Sin embargo, pese a los esfuerzos de integralidad de la Ley con intención de alcanzar la materialización de los principios básicos de la constitución, se esfumaron ante la presión de cumplir con medidas de eficacia y eficiencia estipuladas en los planes de ajuste estructural impuestos por la banca internacional para mejorar el control y el gasto público del país (Pulido-Chaves, et al, 2010).

Estos criterios se ven reflejados en una serie de leyes y decretos englobados en esta Ley general; la Ley 30 de 1992, la Ley 60 de 1993 de Distribución de Competencias y Recursos entre los diferentes entes territoriales del país (Tenorio-Toro, 2013:37) evidenciando una paradoja generadora de un permanente conflicto que sigue sin alternativas de solución, en palabras de Pulido-Chaves y colaboradores:

La gran paradoja de nuestra Constitución Política consistió en que legisló para un “Estado Social de Derecho”, en el momento mismo en que el gobierno del Presidente César Gaviria Trujillo introdujo la apertura económica como estrategia de desarrollo de pura raigambre neoliberal (Pulido-Chaves et al, 2010:15).

En medio de la tensión derivada de este contexto paradójico no se logra neutralizar la preeminencia de las perspectivas economicista, inserción imperativa e hiperglobalista que exacerbaban el neoliberalismo, pese a su demostrado fracaso para garantizar la anhelada meta de la educación con calidad y en equidad (Gorostiaga y Tello, 2010). Perspectivas que siguen predominando por igual en sucesivos gobiernos como los de Andrés Pastrana (1998-2002), Álvaro Uribe Vélez (2002-2010) y Juan Manuel Santos sin importar su carácter conservador o liberal (Herrera, Infante-Acevedo, 2004, Tenorio-Toro, 2013). En palabras de Herrera e Infante-Acevedo, esto ha sido “el

paso de una financiación para el desarrollo a una financiación empresarial y comercial, no sobra decir onerosa frente a los intereses del país, y en la cual el papel de los organismos financieros internacionales es cada vez más fuerte” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004:79).

Por ejemplo, el modelo educativo neoliberal coge mayor fuerza con la promulgación del “Plan Educativo para la Paz”, del acto legislativo 01 de 2001 y la ley 715 de 2001, durante el gobierno conservador de Andrés Pastrana (Pulido-Chaves, et al, 2011:33). Porque estas medidas condujeron a mayor recorte de recursos financieros destinados a la inversión social del Estado que otrora garantizaban derechos fundamentales como la educación. Posteriormente, con la llegada a la presidencia de Álvaro Uribe Vélez (político liberal que abandona el partido y se lanza a la candidatura presidencial como representante de un partido político de la “U” creado por liberales, conservadores y representantes de la izquierda), el gasto social queda completamente relegado por la justificación que hace su discurso sobre “seguridad democrática” para invertir en defensa nacional y en la deuda pública. Las inversiones destinadas a pagar la deuda pública y a financiar la defensa nacional representaron un poco menos del 50% del total del presupuesto general del año 2004: 77,6 billones de pesos (Pulido-Chaves, et al, 2010:33). La misma fuente consultada por estos autores indica cómo el gasto general destinado a la educación tiene un comportamiento decadente en lo que se refiere al período transcurrido entre el 2001 a 2004 por causa de la puesta en marcha del acto legislativo 01 de 2001 en el presupuesto general del mismo 2004, enfoque que persiste durante el gobierno de Santos, como lo evidencia el contraste entre los 2.2 billones de pesos del presupuesto general de la nación destinados a la educación superior frente a los 23 billones de pesos del mismo para las fuerzas armadas en el año 2012 (Tenorio-Toro, 2013:110). Otro dato demostrativo del proceso de instauración de este patrón de desmonte de la inversión social en el país para poder saldar la deuda externa con profundo impacto en la accesibilidad a la educación, es el comportamiento del

crédito externo en los últimos treinta años: a comienzos de los setenta, el crédito externo se contrataba a más de 22 años con una tasa de interés en dólares de 5,5 %, en promedio mientras que a comienzos del siglo XXI, el plazo es inferior a los 9 años con tasa de interés en dólares 11% en promedio” (Garay: 2002, 38 citado por Herrera, Infante-Acevedo, 2004:80). La misma fuente denuncia que cada nuevo gobierno inicia su período en Colombia con más del 53% del presupuesto nacional comprometido al pago de la deuda pública interna y externa.

Un asunto sustantivo de esta reforma educativa de sumo interés para esta investigación es el impacto que esta reforma ha tenido en la autonomía de la educación pública y la función, estabilidad y salud laboral del magisterio como resultado del proceso de configuración del Estado neoliberal (Tenorio-Toro, 2013:116, Peñuela Contreras, 2010). Una estela de leyes, decretos y normas formuladas por parte de los diferentes gobiernos de turno desde los noventa, se ha encargado de reproducir las relaciones de regulación social que configuraron la organización institucional del Estado colombiano, propia de la tradición centralista forjada durante más de un siglo de historia republicana (Lozano-Flores, 2008:143). La lista es grande: Ley 115 de 1994, Ley 715 de 2001, los Decretos 1278 de 2002 o Estatuto de Profesionalización Docente y 1283 de 2002 que propuso el Sistema de Inspección y Vigilancia para la educación preescolar, básica y media¹¹, los Decretos 1850 y 3020 de 2002, el Decreto 2582 de 2003, el Decreto 4313 de 2004, el Decreto 2355 de junio 24 de 2009, y el Decreto – Ley 1278 de 2002 (Tenorio-Toro, 2013:116). La organización burocrática que configura esta serie de dispositivos normativos reflejan las RRS que median el proceso evaluador y clasificador del docente mediante distribuido, -al decir de Smith (2005) en un complejo institucional en el que:

¹¹Declarada inexecutable por la Corte Constitucional aludiendo vicios de forma (Lozano-Flores, 2008:143).

[...] hay instituciones encargadas de la formulación de la política, de la toma de decisiones para hacerla operativa (expedición de decretos y resoluciones), del diseño de instrumentos y del análisis global de la información, como sucede con el MEN¹², y de otras que tienen la responsabilidad de la ejecución directa de la evaluación, este es el caso de las instituciones educativas y, finalmente, están las secretarías de educación que organizan el proceso, diseñan indicadores, prestan asistencia técnica, hacen análisis de la información, desarrollan estrategias de mejoramiento y actúan como instancia intermedia entre las instituciones educativas, los evaluadores, los evaluados y el MEN(Lozano-Flores, 2008:143).

A manera de cierre, se concluye que la reforma educativa neoliberal en asocio con las demás reformas del Estado como por ejemplo la de salud representan ser “además de un plan de desestabilización a largo plazo, el marco teórico e ideológico que comprenden conceptos y características propios de los regímenes neoliberales” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004: 81). El modelo neoliberal, como todo modelo rígido y cerrado ha contribuido a la instauración progresiva de la exclusión de grandes grupos sociales con profundización de las desigualdades sociales, escaso crecimiento económico, ineficiencia estatal para suplir las necesidades de la población, desperdicio de recursos y fortalecimiento de la corrupción (Herrera, Infante-Acevedo, 2004: 82). Las bases que se establecieron sirvieron para la consolidación de “un proyecto estatal que en mucho se alejó del Estado Social de Derecho y que, precisamente, ha encontrado cortapisas en algunos de los mecanismos de protección de derechos consagrados en la Carta del 1991; Carta que hoy, trece años

¹² Sigla para nombrar el Ministerio de Educación Nacional.

después de su promulgación, ha sido víctima de feroces ataques que propugnan por su desmonte paulatino” (Herrera, Infante-Acevedo, 2004: 82).

Todo este proceso siguió el camino que abrió la experiencia y conocimiento producida por la Universidad de Antioquia con el proceso de renovación curricular que adelantó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Las palabras de uno de los dos rectores que la han dirigido son fiel testimonio de este camino de reforma educativa superior que señaló esta institución:

La Universidad de Antioquia en particular fue la líder a nivel nacional en desarrollar un nuevo hito en la vida o en la historia de la universidad y con la participación de todos los estamentos promulgó un nuevo estatuto general en el año 94, que recogía esa Constitución del 91, la Ley 30 del 92 y –¿porque no?- la Ley 100 del 93, que las incorpora en un estatuto moderno, y que es un hito porque; -para mi gusto- parte nuevamente de la vida de la Universidad de Antioquia, ¿En qué sentido? Prepara o avizora la universidad para un nuevo siglo (Uribe-Correa, 2013:2-3)¹³.

3.5 La renovación curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

A finales de 1994, llegó sorpresivamente a la rectoría de la Universidad de Antioquia el médico cirujano Jaime Restrepo Cuartas. Por primera vez en la historia de esa institución hubo una ruptura del proceso de elección de rector que regularmente seguía el Consejo Superior Universitario (CSU), a raíz de un persistente empate de votos entre los ocho miembros de esa instancia para definir la designación entre los dos candidatos presentados por los estamentos universitarios: Alfonso Monsalve y Bernardo Restrepo (Muñoz-López, 2002). En ese instante el mencionado médico

¹³ Transcripción de la entrevista realizada por la autora al rector el 8 de Octubre del 2013 en su despacho.

buscaba la decanatura de la Facultad de Medicina y su nombre apareció como una tercera opción para el cargo de rector, y fue designado al conquistar la mayoría de los votos de los miembros del CSU. El nuevo rector designado contaba con amplia reputación por su experiencia en la Facultad de Medicina en donde se destacó en varios cargos como cirujano del Grupo de Trasplantes, profesor universitario, jefe de departamento, vicedecano y en algunas oportunidades, decano encargado (Muñoz-López, 2002) y líder estudiantil durante su paso por el pregrado y posgrado de la misma facultad.

El doctor Restrepo Cuartas, asumió el cargo con la misión de poner en marcha el nuevo estatuto general de la Universidad formulado por el saliente rector: Rafael Aubad López, como estrategia central del plan de “modernización” que el sector educativo debía cumplir en el marco de las reformas neoliberales. El nuevo estatuto hizo parte de las medidas de respuesta del saliente rector para poder impulsar los cambios institucionales impuestos en la política gubernamental: “Bienvenidos al Futuro” del presidente César Gaviria. Dicha política obligaba al sistema educativo y otras instituciones del sector social a adoptar los esquemas investigativos probados con éxito en otros países, -no solo bajo la loable idea de insertar al país en un modelo educativo para la generación del nuevo conocimiento que necesitaba un mundo globalizado-, sino también porque bajo ese código discursivo era fácil un consenso entre todos los estamentos y actores del sector, y así poder arar un camino seguro de aclimatación para la puesta en marcha de la ley 30 de 1992.

En el trasfondo que esta ley tenía estuvo el propósito de la adecuación del sector educativo a las exigencias del proyecto neoliberal como parte de las tareas que el mismo gobierno nacional planeaba adelantar en su apuesta por una “Apertura Económica” promesa de una inserción triunfante del país a la competencia del mercado global. Así, con la formulación de esta ley 30 el gobierno pudo

legitimar su interés por cumplir con los mandatos de los organismos multilaterales del crédito que estaban particularmente expresados en la intervención del Banco Mundial en la región y el país. Así, la ilusión de que al fin habría un completo respaldo y apoyo a la educación pública supuestamente por ser considerada fuente principal del desarrollo, modernización y democratización del país fue ampliamente acogida por esta ley, en donde se le otorgaba una doble autonomía a las instituciones de educación superior: autonomía académica y autonomía financiera (Herrera, et al, 2001). Sin embargo, esta medida resultó ser un arma de doble filo, al condicionar dicho respaldo y apoyo a la instauración de unos mecanismos que les facilitara autofinanciarse, fomentar programas rentables y priorizar en su quehacer administrativo el crecimiento de las rentas propias, es decir a actuar como una empresa más del mercado.

El principio neoliberal de delegar en los usuarios los costos del servicio educativo se puso en vigencia en todas las universidades públicas. La paradoja se expresó en este contexto de “apertura económica” y de nueva carta política con la predominancia de los criterios neoliberales sobre los derechos constitucionales y la responsabilidad de la financiación del Estado a la educación pública; como garantía del cumplimiento del derecho fundamental a la educación, pasó a ser una responsabilidad individual de los usuarios- estudiantes quienes deben costear este servicio público. Así como en la salud, en la educación se institucionalizó el modelo de financiamiento a la demanda que privilegia a las instituciones privadas y el desfinanciamiento del estado de la educación pública: un camino seguro a la profundización de la desigualdad e inequidad del país (Pulido-Chaves, et al, 2010).

Es en este escenario, Restrepo Cuartas adelantó una profunda reforma administrativa que lo convirtió en un actor protagonista de las reformas educativas de esa tendencia que comenzaron a ser

replicadas en el país y en la región latinoamericana. Este actor encontró justificación a su propuesta de reforma una inminente “quiebra” de la institución por causa de dos factores fundamentales: “*el tema pensional y el tema de salud*”. En su opinión el problema a solucionar con urgencia era el siguiente:

La Universidad jubilaba a sus profesores, trabajadores y empleados y no tenía un respaldo financiero para pagar las pensiones -que es lo que en cierta manera le pasa hoy al país-, eso fue lo que originó la Ley 50 que adelantó Álvaro Uribe en el Congreso, -que fue aprobada- y era que la gente tenía que pagar sus propias pensiones a lo largo de su vida, para poder garantizar que tuviera ésta, -porque si no-, el Estado no era capaz (Restrepo-Cuartas, 2013:3)¹⁴.

Este camino de reforma consolidó una imagen hitica del rector Restrepo Cuartas en el sector de la educación superior por los resultados que su estilo de dirección tuvo en varios asuntos que venían siendo críticos para garantizar la subsistencia de este tipo de institución pública en el contexto de modernización y repliegue del Estado que enfrentaba el país. Un primer resultado tiene relación con la recuperación de la gobernabilidad y el restablecimiento del ritmo de funcionamiento ininterrumpido que se mantenía obstruido por causa de los constantes paros y cierres que generaban las protestas estudiantiles que venían ocurriendo sin mucho control desde la agitada década de los sesenta y setenta. Al final de su período de gobierno de varias reelecciones entre 1994 y 2002, en la universidad se adelantaron 15 semestres académicos con esporádicas y breves interrupciones por causa de estos disturbios y protestas localizados que fueron velozmente controlados, garantizando así, un ambiente de estabilidad preciso para aplicar su propuesta de reforma con el objetivo de

¹⁴ Transcripción de entrevista realizada por la autora, en el Café de Juan Valdez del CC la Estrata, Noviembre, 30, 2013.

conseguir una mejoría de la calidad y del rendimiento académico (Muñoz-López, 2002). En su opinión, el control y este ambiente de estabilidad fue posible gracias a una habilidad y competencia del rector para enfrentar estas situaciones de rebelión, adquirida cuando ejerció el papel de líder estudiantil militante del Movimiento Obrero Independiente Revolucionario (MOIR) dentro del programa de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia durante la mencionada década de protestas. Al preguntar por la existencia de oposición o resistencia a la reforma por parte del estudiantado su respuesta fue:

Es que nosotros no dejamos, porque trazamos una estrategia, de que donde se iniciaba un problema, ahí mismo íbamos y lo resolvíamos, lo focalizábamos y resolvíamos allá y no lo dejábamos generalizar. Cuando yo entré a la Universidad de Antioquia estaba en paro- en la época de Rafael Aubad-, pero uno de esos horribles, con tomas, con cierres, con muertos, con miles de problemas; luego cuando yo entré de rector vieron que iba a subir una persona de izquierda – porque yo había estado en el MOIR hasta el 84 y seguía figurando como una persona que no era lo tradicional en la Universidad [...] de ahí en adelante no me volvieron a hacer paros durante los 8 años - pero si teníamos una estrategia, cuando veíamos que en una facultad se estaba creando un problema por un profesor o por cualquier cosa [...] Entonces nosotros llegamos a aislar a los 30 o 40 estudiantes de extrema izquierda que armaban los líos, los aislábamos y hacíamos unas campañas y unas propagandas para que los estudiantes no se dejaran meter en el ambiente de violencia de ellos, y los tuvimos controlados [...] No, a mí me intentaron hacer paros por problemas de esos, pero como yo venía de la izquierda, de asambleas y debates, yo no le tenía

miedo a eso. Los antiguos rectores nunca iban a una asamblea de estudiantes – el primer rector que fue a una asamblea de estudiantes fui yo (Restrepo-Cuartas, 2013:13)¹⁵.

Un segundo logro tuvo que ver con la recuperación de la estabilidad financiera. A su ingreso al cargo el 95% del presupuesto universitario dependía de la financiación estatal. Él recibió a la universidad funcionando en medio de una precaria situación económica con un déficit de tesorería de \$20.000 millones, un déficit estructural de \$14.000 millones, deudas a proveedores por \$8.000 millones y una cartera de casi imposible recaudo (Muñoz-López, 2002). La reforma que adelantó hizo posible saldar todas las deudas estructurales con el Sena, EPM, ICBF, Municipio de Medellín, con la Nación por la construcción del campus universitario hace más de 30 años, estén pagadas; acaba de firmar un convenio de concurrencia con el Ministerio de Hacienda y el departamento de Antioquia para el pago de las pensiones, lo que soluciona el problema a largo plazo (muñoz-López, 2002). Al finalizar su gestión como rector la universidad había alcanzado una solidez financiera soportada en fondos patrimoniales con un ahorro de \$23.000 millones y un portafolio de inversiones que sumaban \$155.000 millones representando entre 50% y 55% del presupuesto total para su funcionamiento equivalente a \$300.000 millones (Muñoz-López, 2002). En su opinión, esa gestión permitió la subsistencia de la universidad ante la constante disminución de la inversión estatal:

Nosotros comenzamos a movilizar mucho la Universidad en el manejo de los recursos, creamos portafolios, creamos lo que hemos llamado unos fondos patrimoniales para investigación, para extensión, para docencia, para muchas actividades de la Universidad, que le permitieron a la Universidad llegar a tener más o menos en un periodo de 8 o 10 años un 50% o más de recursos propios y esto es lo que le ha permitido mucho avanzar sobre todo con las dificultades que hay

¹⁵ Ibid.

sobre todo para obtener los recursos del Estado que se requieren para poder funcionar (Restrepo-Cuartas, 2013: 4)¹⁶.

El médico dermatólogo doctor Alberto Uribe Correa; -también ex militante del MOIR como lo había sido el saliente rector-, fue elegido rector en el 2002. Ha permanecido en el cargo de rector desde ese año hasta la fecha, con cuatro reelecciones (Gómez-Valencia, 2012) y aspirando a la quinta actualmente ha continuado el proceso de reforma iniciado por sus dos antecesores.

Es importante acotar que este rector había sido el decano de la Facultad de Medicina de la misma universidad durante los años de 1995 hasta 2002, y que fue el que lideró en ese mismo período la renovación curricular de dicha facultad la cual sirvió como experiencia piloto del proyecto de reforma universitaria propuesto por Restrepo Cuartas. Desde entonces se ha mantenido el esfuerzo por replicar la experiencia de la Facultad de Medicina hacia el resto de Facultades con una reforma administrativa general de la entidad de manera que se cumplan mejoras en cinco líneas temáticas: el desarrollo científico y tecnológico, el desarrollo humano, el bienestar, el mejoramiento administrativo y la regionalización. Cuenta con respaldo por parte del gobierno nacional por los resultados en la regionalización y en la promoción de la convivencia al interior de la institución y del sector productivo por su capacidad de movilización de recursos desde este sector hacia la universidad (Gómez-Valencia, 2012). Su perspectiva y el papel de la reforma están reflejados en las siguientes palabras:

¹⁶ Ibid.

Hay que retrocedernos a otro momento ya internacional y es el Consenso de Washington en el año 89, cuando el mundo pasa una página de su orden económico y político en el que se adopta un nuevo modelo político y económico que es lo que se ha llamado el neoliberalismo, la globalización, la caída del muro de Berlín, la caída de la cortina de hierro; un nuevo ambiente a nivel internacional, que propendía a través de la globalización de que las dictaduras se acabaran, imperara la democracia, hubiera un nuevo modelo que impulsaba el conocimiento como fundamento de las riquezas de las naciones (Uribe Correa, 2013: 4)¹⁷

[...] hoy ya tengo otra mirada y veo que eso tuvo enormes perjuicios para la universidad, retrasos para la universidad, en el desarrollo de la universidad-; afortunado el momento en que la universidad vuelve y se abre, entiende ese error, producto de toda esa secuencia que le dije el Consenso de Washington, la Constitución, la Ley 30, el estatuto, el plan de desarrollo, que apenas –para mi gusto- estamos tratando de intervenir, de abrirnos no solo a la sociedad si no al mundo –con mucha resistencia-; la asociación de profesores que es digna representante – no de todo el profesorado si no de un sector- dice que yo soy neoliberal, que le estoy vendiendo la universidad al sector productivo y al sector público, que estoy deslegitimando la ideología y la autonomía universitaria; es decir, producto todavía de ese rezago en el pensamiento, que es la historia y la evaluación histórica de las corrientes las que van a decir quién tenía la razón (Uribe Correa, 2013:7)¹⁸.

3.6 La fase de ambientación

¹⁷ Entrevista en su despacho, el 8 de octubre del 2013.

¹⁸ Ibid.

La universidad colombiana no estaba preparada para asumir los retos de la competencia científica ni contaba con la capacidad para responder creativamente a las demandas de la invención de nuevas tecnologías que imponía la política de apertura económica del gobierno de turno en los noventa (Gómez García, 2004: 94). De acuerdo con el informe de “La Misión Nacional Para la Modernización de la Universidad Pública” de 1995 era necesario un giro en su hacer investigativo con aumento del número de profesores con nivel de doctorado de tal manera que la figura del profesor-investigador fuera re significada en un nuevo modelo de enseñanza-aprendizaje que garantizara la competencia científica necesaria para la inserción del país al proceso de globalización (ICFES, 2001). A partir de ese momento se fomentaron los estudios doctorales en el exterior y las publicaciones científicas adquirieron un importante grado de protagonismo por su efecto en la abogacía para el aumento del presupuesto para educación en nuevas fuentes de financiación como por ejemplo el sector productivo.

Es precisamente en este contexto en el que gira la dinámica de la Universidad de Antioquia que abona el terreno para la implementación sus reformas curriculares a través del énfasis en la pedagogía con pares académicos extranjeros que respaldaron la iniciativa. En este sentido, la estrategia central del rector Restrepo Cuartas consistió en la publicación de “Cartas del Rector” para dar a conocer a la comunidad la puesta en marcha del proyecto reformista. En el número 6 de diciembre de 1995, este líder plantea la ejecución de un plan de modernización como eje del “Plan de Desarrollo Institucional” para el periodo 1995-1997 (Cartas del Rector, 1995:6). Se hace necesario la consolidación de los procesos conducentes al:

Logro de la excelencia académica, la modernización de los sistemas pedagógicos de enseñanza, el desarrollo de la investigación como parte esencial de las actividades docentes, y una reforma curricular que introduzca flexibilidad a los contenidos, para obtener la verdadera transformación del Alma Mater (Cartas del Rector, 1995:6).

Por lo tanto, su propuesta de reforma sería lanzada en el año de 1997 que designa como el “año de la Reforma Curricular”. En 1996 el esfuerzo se centró en la adecuación de los instrumentos necesarios para la búsqueda de ese objetivo (Cartas del Rector, 1995: 20)

Para entonces, habían pasado tan solo 4 años de la promulgación de las dos leyes reformadoras que transformaron indefectiblemente el sistema educativo y de salud colombianos (Ley 30 de 1992 y Ley 100 de 1993) y las directivas de la Universidad de Antioquia estaban firmemente convencidas de sus beneficios.

El título de su carta número 7 de abril de 1996 fue “*Hacia la Reforma de los Currículos*” donde plasmó los tres aspectos nucleares que sentarían el camino de la renovación curricular: la modernización de la infraestructura para facilitar la reforma, la modificación de los modelos pedagógicos y transformación de los contenidos curriculares (Cartas del Rector, 1996:6). La vía más expedita para validar las reformas la encontró en el apoyo de “algunas orientaciones generales que sirvan de guía” por parte de expertos extranjeros (Cartas del Rector, 1996:8).

En la misma publicación anunciaba la realización de un encuentro internacional sobre filosofía de la educación superior, del 2 al 6 de septiembre de 1996 en la ciudad de Medellín, para que expertos internacionales y nacionales, expusieran sus opiniones sobre temas como: la investigación en el proceso educativo, la tecnología en la renovación de los modelos pedagógicos y la vinculación del estudio a la sociedad, entre otros tópicos. (Cartas del Rector, 1996:9)

El Seminario Internacional *“Filosofía de la Educación Superior. Transformación de la Universidad Siglo XXI”* dio comienzo al proceso de reforma y en él se ratificaron las bases del nuevo modelo de educación en sintonía con y de mayor provecho para el proyecto de Estado neoliberal porque mejoraría las condiciones de la universidad para su ingreso al competitivo mundo globalizado. Con él se volvieron imprescindibles los mandatos como “la vinculación precoz del estudiante con las prácticas profesionales, la utilización de la investigación en la enseñanza, el cambio en las metodologías pedagógicas empleando las tecnologías modernas, la integración de la interdisciplinariedad y la flexibilidad del pensum”(Cartas del Rector, 1996:19)

Cuatro meses antes del evento estratégico para legitimar su proyecto de reforma, el rector había asistido al Seminario de Gestión para Rectores Latinoamericanos, en la Universidad Nacional del Sur, en Bahía Blanca, Argentina, organizado por el programa Columbus del 6 al 10 de mayo de 1996 como consta en el Acta 96 - 051 de abril 29 de 1996 del CSU. El encuentro reuniría más de 25 rectores de las universidades latinoamericanas con el objetivo de discutir “acerca de la gestión de estas instituciones, intercambiar experiencias y analizar en forma detenida los temas de acreditación y autoevaluación, sobre los cuales se conocerán modelos de otras universidades”.

Esa instancia presidida por el gobernador del departamento Álvaro Uribe Vélez aprobó su participación en dicho evento mediante la Resolución Superior 382. En la misma misiva en que anunció el Seminario Internacional que convocaría la universidad en Medellín, dio el reporte de su asistencia al encuentro en Bahía Blanca, Argentina como evento desde el cual tomó ideas para aplicar en su propuesta reformativa. Resaltaba cómo las experiencias similares efectuadas en países europeos tenían elementos comunes a sus ideas. Además, narra que en compañía de los 17 rectores de diferentes universidades de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, México y

Venezuela que asistieron se discutieron temas trascendentales para la garantía de un resultado exitoso de la reforma como son: el papel del rector, la toma de decisiones, la universidad en el contexto regional e internacional, el desarrollo institucional, el análisis estratégico, la evaluación institucional y la calidad de la educación. Finalmente lista una serie de expertos en el campo de la educación y la pedagogía que guiaron las actividades de formación a los directivos que participaron, entre los más destacados estaban John Davis, Inglaterra, Georges Blanc de Francia, Roberto Leal Lobo del Brasil, Josep Roig de España y Salvador Malo de México (Cartas del Rector, 1996: 5).

El evento de Argentina direccionó la segunda ola de reformas educativas de la región de América Latina predominantemente neoliberal buscando la contracción de las funciones del Estado a través de medidas como: reasignación de recursos, privatización de empresas estatales y aplicación de métodos de eficiencia y rentabilidad en los servicios públicos (Pulido-Chaves, 2010). En ese contexto el trabajo que venía adelantando la Universidad de Antioquia fue respaldado. Desde entonces la Universidad del Valle y otras enfilaron sus objetivos académicos hacia la formación de profesionales a tono con las nuevas indicaciones neoliberales, no de otra manera podría entenderse la participación de la misma en el evento donde se trataron precisamente los postulados de la segunda oleada de reformas estructurales.

Siguiendo la ruta, en Cartas del Rector, en la número 9 de septiembre de 1996 con el título de “La educación superior: un compromiso con la calidad”, el rector continúa su inquebrantable misión de implementación. En esta publicación hace una retrospectiva sobre la influencia de los Estados Unidos, en el sistema educativo del país durante la década de los años sesenta a través de varias misiones. El rector destacó una de ellas: “El Plan Básico para la Universidad Latinoamericana” dirigida por Rudolph Atcon por aportes como la creación de nuevos programas disciplinares, entre

ellos las especializaciones, el desarrollo del conocimiento por departamentos que propiciaron profundización en diferentes áreas, dio comienzo a la investigación básica y abrió el camino hacia la conformación de una universidad de carácter plenamente científico. Sin embargo, señala una grave debilidad en este plan al no promulgar la interdisciplinariedad una perspectiva que las nuevas reformas requerían para su inserción en el mundo global (Cartas del Rector, 1996:5-6).

Al tiempo que se publicaban las Cartas del Rector la Revista Debates de la misma universidad adelantaba una campaña pedagógica para informar a la comunidad universitaria acerca de los cambios que dicha reforma conllevaría. Con ese fin, la revista abrió espacios para que estudiantes, docentes y representantes de los distintos estamentos de la universidad expresaran sus opiniones. Entre los estudiantes se destacaron varias publicaciones de John Faber Cuervo estudiante de economía, una de Andrés Klaus Runge estudiante de educación y una de Mauricio Álvarez Mesa estudiante de ingeniería. El primero estuvo enviando varias columnas con su opinión acerca de la reforma entre los años 1994 y 1996. Una primera apareció en el número 8 de abril de 1994 expuso lo que para él eran circunstancias de subyugación científica y tecnológica a la que estaba sometida la academia colombiana bajo el título: “Hacia una Cultura Investigativa. Para que produzcamos ciencia y cultura autóctonas y no seamos meros repetidores de lo que viene de afuera” (Debates 1994:4). Otra columna suya titulada: “Anotaciones a la Misión para la Modernización de la Universidad Pública” que apareció en el número 14 de 1995 de la misma cuestionaba las recomendaciones hechas por el sociólogo Juan Diego García coordinador de la Comisión Ciencia de la Misión para la Modernización de la Universidad Pública hiciera al proceso reformista de la universidad estatal del país proyectado a 25 años en una conferencia que dictó en las jornadas universitarias de la Universidad de Antioquia en octubre de ese mismo año.

Como antecedente importante el autor recordó cómo dicha comisión fue instaurada en Bogotá, el 3 de febrero de 1994, por parte del politólogo y economista Darío Bustamante Roldán con el propósito de identificar las estrategias efectivas para lograr una universidad pública de calidad, eficiente y equitativa. El estudiante expresó desconfianza con las recomendaciones que listó el expositor por hacerlo de forma abstracta y global sin que dejara claro el camino a seguir, en especial porque no reconocía en su exposición una delimitación de las características y necesidades de la universidad pública frente a la privada. Consideró que con esto quedaba tácitamente englobada en ellas un interés por beneficiar a la universidad privada. Sin embargo, al cierre de su artículo dejó asomar cierta ambivalencia con la propuesta de reforma oficial. Por un lado, lamentó que para la Comisión lo que importaba era el cumplimiento de metas para configurar un sistema educativo “adecuado” para las políticas del país sin que se hubiera aprovechado la coyuntura para movilizar en torno a la ilusión sobre la pregunta ¿Qué país queremos? Al respecto, denunció lo inconveniente de que reprodujera una lista descontextualizada de metas por parte del experto-expositor:

“la universidad debe informar menos y formar más”, “la clase debe ser un 70% en las bibliotecas y los laboratorios, pues a las aulas se llega a discutir a partir de lo consultado”, “hay que reciclar a los docentes porque se quedaron en pedagogías y conocimientos obsoletos”, “hay que repensar la cátedra, los institutos, la comunidad universitaria, las instalaciones académicas, las estructuras curriculares”, “hay que duplicar la cobertura en educación superior porque hay déficit de profesionales”, “se debe hacer investigación aplicada para vender, se debe crear una legislación sobre patentes”, “si el Estado no se compromete políticamente con la reforma a la educación superior, no hay nueva universidad”(Debates, 1995: 4-5).

Pero por el otro lado, confesó su respaldo a este esfuerzo modernizador de Restrepo Cuartas con la siguiente conclusión:

[...] De todos modos, la propuesta de la Misión para la Modernización de la Universidad Pública es un gran avance en la detección del oscurantismo general de nuestro sistema educativo y en la formulación de correctivos que se imponen por la sola fuerza de la historia. Si Colombia no entra en la era de la educación con calidad y para mayor cantidad de gente, si

no fortalece sus investigaciones en ciencia y tecnología, con la seguridad del viejo caminante podremos decir: “aún no despunta el sol”. (Debates, 1995: 5).

En el número 11 del mes de Agosto de 1994 de la misma revista, apareció un artículo del estudiante de educación Andrés Klaus Runge: “*Universidad para la Ciencia*”, alertando sobre la necesidad de intervenir sobre las dos prácticas que en el momento estaban obstaculizando el camino hacia la construcción de una universidad para la ciencia: el “cientificismo” y el “transmisionismo”, proceso que debía estar sustentado únicamente en la formación y fomento de un verdadero espíritu científico (Debates, 1994: 4-5).

Otro estudiante Mauricio Álvarez Mesa publicó su columna: “*Universidad: formación integral y excelencia académica*” en el número 16 de octubre de 1995. En esta columna advertía sobre la necesidad de que las directivas y las políticas educativas explicitaran en los documentos oficiales universitarios y particularmente en los estatutos generales de las universidades públicas ¿Qué defenderían como “excelencia académica”? y en consecuencia ¿Cuál sería el papel que este factor tendría en el devenir de la reforma? Para ello, propuso desarrollar estos elementos como asuntos sustantivos del proceso a emprender a partir de la tesis de corte neopositivista que propone Mario Bunge sobre la educación integral crítica capaz de enfrentar cuestionamientos y debates pero cuyo principio fundamental sigue siendo la defensa de la racionalidad individual (Debates, 1995: 1-2).

En el número 17 del mes de junio de 1996 la columna *Editorial* del mismo periódico invocó la participación activa, efectiva y creativa de funcionarios, profesores, estudiantes, trabajadores, egresados y de la sociedad en general al proyecto del nuevo rector (Debates, 1996:2). En el siguiente número, el docente John Jairo Zapata Vasco en su columna “Propuesta curricular operativa interinstitucional e interdisciplinar para una educación médica de calidad” anuncia la creación de

una Oficina de Desarrollo Pedagógico con el objetivo central de promover una reforma curricular en el Área de la Salud, en la Universidad de Antioquia, mediante un trabajo interdisciplinario e interinstitucional. Durante lo que denominó la primera Fase se avanzaría en la creación de una Oficina de Desarrollo Pedagógico para la formulación e implementación de un nuevo diseño curricular para las facultades del Área de la Salud con sede inicial en algunas de las facultades. El tiempo estipulado sería de un semestre y contaría con recursos físicos, financieros y humanos de todas las facultades. Las experiencias recientes de otras universidades en el ámbito nacional e internacional habían evidenciado la necesidad de enfocar el esfuerzo reformativo en un rediseño curricular que fuera acompañado de una estructura, que de manera permanente dinamice, socialice y sistematice la experiencia, a través de un equipo de trabajo interdisciplinario e interinstitucional (Debates, No. 18, 1996:3).

Este emblemático texto arena para que la comunidad universitaria luche contra el mito que existe alrededor de la investigación con la puesta en marcha de todo un proceso de reconocimiento de la investigación como eje central del cambio y la transformación social que requerimos en sectores tan importantes como la salud, alrededor del trabajo interdisciplinario e interinstitucional. Reitera la necesidad de integrar conocimiento biológico y social en la atención a la salud y promoción de la vida humana. Como ejemplo, resalta la importancia de un cambio en la formación universitaria que incorpore programas de salud familiar como eje integrador de las acciones entre comunidad, la universidad y los servicios. Concluye que un modelo pedagógico que integre todos los componentes de un currículo participativo será la mejor alternativa para avanzar hacia ese nuevo escenario. Propone que la fase de implementación del nuevo modelo pedagógico sea de un semestre (Debates, No. 18:4).

Esta postura es respaldada por el estudiante John Faber Cuervo. En su columna “¿Para qué una reforma curricular?” publicada en el número 19 de noviembre de 1996 escribió:

[...] Si la universidad entró en un proceso de reforma curricular, lo hizo no solo para adaptarse a los retos externos que le impone la sociedad moderna, sino además, para preparar seres más capaces que puedan enfrentar de modo crítico, creador y transformador, los problemas estructurales del país, los mismos que impiden una inserción dialéctica y equitativa al resto de naciones [...] (Cuervo, 1996: 6)

Finalmente, el rector Jaime Restrepo Cuartas, plasma en un artículo “*Seamos capaces de pensar nuestras propias reformas*” publicado en el número 22 de febrero de 1998 del mismo medio la ponencia que presentó en el foro sobre reforma curricular que organizaron los estudiantes de la Universidad el 10 de diciembre de 1997 en el teatro Camilo Torres. Su habilidad oratoria para persuadir al estudiantado a seguir su proyecto reformativo queda evidenciada en esta ponencia en la que invoca al público a buscar sus propios modelos educativos para poder salir de la histórica dependencia que el país sostiene con Europa y Norte América. Recuerda la intervención y determinación de Norte América en la configuración de la universidad latinoamericana iniciada en la década de los cincuenta y potenciada en los sesenta con las misiones *Morris- Fisben, Lafan, Flexner y Atcon*.

Como prueba del efecto homogeneizador que lograron las estrategias desplegadas por el rector en los planes de trabajo y con los productos elaborados por los comités curriculares de cada facultad a partir del camino que mostraba la experiencia en la Facultad de Medicina, se expone en esta sección el documento “*La transformación en los procesos de curricularización*” que produjo la Facultad de Educación. Ese documento contiene el plan de trabajo acordado por el Comité de Currículo en reunión efectuada el 24 de enero de 1997. Generado en el año declarado por el recto como el del “Cambio curricular del Universidad de Antioquia”. El texto comienza con el subtítulo

Modelos pedagógicos y currículo en la universidad, donde expone que la universidad colombiana atravesaba una etapa de crisis que la había llevado a reflexionar sobre la validez y vigencia de sus programas en un momento donde el desarrollo cuantitativo ya no era factor prioritario y toda la atención se encontraba centrada en el desarrollo cualitativo.

Describía que era frecuente encontrar en el mundo académico estudios que planteaban: la inadecuada relación entre los conocimientos que brindaba la universidad y el desarrollo científico y tecnológico, la desvinculación de la educación a los procesos socioeconómicos, la poca o nula contribución de la universidad al desarrollo social y la pobre calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Lo anterior unido a problemas como: el desempleo profesional, el subempleo, los altos costos de la educación que la hacía poco rentable como inversión entre los jóvenes lo que generaba poca credibilidad en la universidad.

El análisis de los factores antes descritos generó desde mediados de la década de los años 80 del siglo XX y hasta el presente, un movimiento al interior de las universidades que los llevó a reflexionar en torno a la calidad de la educación y es allí donde afloraron para su análisis factores tales como el currículo, los modelos pedagógicos, las estrategias y métodos de enseñanza, los recursos de apoyo a la enseñanza, entre otros. A tal punto que se puede afirmar que no existía en el país universidad que no estuviera empeñada en evaluar y rediseñar sus currículos y en transformar sus modelos pedagógicos.

Además de las reflexiones en torno a los fundamentos del currículo, necesitaban garantizar tanto en su diseño como en su ejecución el desarrollo de las características del mismo: *pertenencia, participación, flexibilidad, enfoque investigativo, practicidad, interdisciplinariedad e integralidad.*

Es de anotar que el documento inicial elaborado por el comité de currículo que convoca y estructura ya una bitácora de trabajo hacia la reforma dentro de la misma facultad es publicado el 12 de septiembre de 1996, bajo el nombre de “*Transformación Curricular*”, el nuevo currículo deberá considerar las siguientes cuestiones (Facultad de Educación, 1996:1-3):

1. Flexibilidad del currículo: liberar los programas permitiendo una formación básica y una diversificación hacia otras ramas del saber desde el deseo de los estudiantes.
2. Garantizar el enfoque investigativo propiciando la investigación aplicada (micro investigaciones) que sirvan como estudios exploratorios.
 - 2.1. Articulación de las asignaturas y sus saberes de manera integral.
 - 2.2. Integrar los trabajos de los estudiantes de tal manera que respondan a diferentes áreas.
3. Garantizar la relación permanente teoría-práctica.
4. Integración facultad-escuela-comunidad.
5. Integración del trabajo docente entre la investigación y la extensión.
6. Relación presencialidad no presencialidad.
7. Sistematización de experiencias.
8. Programación de eventos periódicos entre estudiantes e investigadores.
9. Acceso a los recursos de apoyo a la enseñanza.
10. Circulación del saber producido en las investigaciones.
11. Actualización permanente.
12. Interdisciplinariedad. Vincular los programas de la facultad con otros saberes de la universidad.
13. Construir una historia de la facultad que dé cuenta de la proyección de la misma.
14. Modernización de las estrategias y métodos de enseñanza.

15. Seleccionar los estudiantes según vocación y actitud frente a la docencia

En fin, con muy poca participación y resistencia por parte de estudiantes y con una desconfianza por parte de un limitado sector del profesorado que logró este protagonista superar mediante las estrategias desplegadas se dio paso a la reforma. Lo paradójico de este ambiente impone aún más el reto de comprender cómo en medio de un discurso que colocaba en primer plano el derecho del alumno a mejor calidad, pertinencia y autonomía en su proceso de aprendizaje se fueron asentando unos códigos ideológicos emergentes en la institución de formación médica que potenciaron las RRS que históricamente naturalizan las prácticas discursivas médicas distintivas de una institución y gremio médico excluyente, negligente con los derechos y cómplice de la inequidad que somete a mujeres, adolescentes, jóvenes, grupos étnicos y grupos de orientaciones sexuales diversas a muchas precariedades para llevar a cabo una vida saludable, gratificante y fructífera. Al tiempo que se fue perfeccionando la función reguladora de las mismas RRS en medio del sofisma de distracción que esos códigos generaron para poder marginar del debate el impacto que la nueva normatividad causaba en las condiciones y derechos laborales del profesorado y de los empleados públicos en los sectores de educación y de salud de gran relevancia en los DSR de adolescentes.

El doctor Restrepo Cuartas defendió con éxito su propuesta de reforma como la única forma posible de soñarse un país con una educación superior que promoviera:

Un estudiante más participativo, más dinámico, más activo en su proceso de aprendizaje, un profesor más guía y orientador de los procesos de enseñanza, que hubiera más participación-acción del estudiante en la sociedad, para que se enterara de los verdaderos problemas que existen en la sociedad ; muchas más prácticas – incorporación de las prácticas desde los primeros semestres para una temprana exposición conducente a mejor desenvolvimiento en el medio productivo y social -, más vinculación con las nuevas tecnologías educativas, más virtualidad, que el profesor pudiera dictar sus clases virtuales o presenciales pero que fuera lo que el estudiante escogiera. Nosotros incorporamos, por ejemplo, el modelo de que el

estudiante podía hacer su curso virtualmente o presencial y simplemente iba a los exámenes, entonces si lo virtual era suficiente al estudiante le iba bien en los exámenes y en muchas oportunidades logramos comprobar que efectivamente la diferencia que hay entre los cursos magistrales y los cursos virtuales no era mucha, el estudiante además con lo virtual era mucho más activo en el proceso de aprendizaje, ponía más esfuerzo personal (Restrepo-Cuartas, 2013:14).

A continuación se narra en mayor detalle el proceso de renovación curricular de la Facultad de Medicina en razón del papel ejemplarizante que tuvo para instituir la reforma en el resto de facultades de la universidad y de ahí a otras instituciones de educación superior (IES) del país.

3.7 La fase de negociación y formulación.

Cuando el doctor Restrepo Cuartas fue designado como rector, un círculo de docentes de la Facultad de Medicina cercano a él fueron comisionados por él para liderar el proceso de reforma en la facultad. La fase de formulación y negociación del nuevo currículo comenzó en la decanatura del doctor Luis Javier Giraldo que rápidamente se jubiló como medida de resguardo dentro de las condiciones pensionales del decreto 2277 de 1979 que lo cobijaba. En junio de 1995 asumió el doctor Alberto Uribe Correa, otro miembro del círculo cercano al rector.

Entretanto, dos grandes amigas y colegas de estos dos médicos: la médica fisiatra especialista en educación médica quien actuaba como jefe del Departamento de Medicina Física: Luz Elena Lugo Agudelo, y la médica fisióloga Elsi Olaya Estefan que estaba de vicedecana asumieron el compromiso de liderar el cambio de la política curricular así pasaron a ser integrantes del Comité de Currículo (CC) que se convirtió en la que mayor poder tuvo en la toma de decisión del proceso. Se acordó que el CC contaría con la asesoría y acompañamiento permanente de tres docentes de la

misma facultad expertos en pedagogía: Leonor Giraldo de Londoño que laboraba como coordinadora del programa de desarrollo pedagógico docente, Hilda Nora Vélez y Alberto Duque Velásquez. Con esta medida se aseguraba la doble función de esta instancia: de un lado, haría el papel de intermediación ante las directivas de la universidad y de otro lado de coordinación de los distintos niveles, actores y tareas que implicaría el proceso. El primer desafío que superaron con éxito fue la producción colectiva de una propuesta de diseño curricular para someterlo a una amplia negociación en la facultad (Giraldo de L, 1999:4). Los criterios para decidir quiénes serían los miembros de esta instancia los explica así una de éstas líderes convocadas por el rector:

Quiénes pueden ser del comité de currículo, al menos de la gente que tú conoces que puede estar interesada no en que el comité de currículo hacían unas reuniones por ahí esporádicas y que miren programas y hagan recomendaciones, si no que la cosa se mueva más; entonces, seleccionamos personas de básicas y de clínicas para poder conformar un comité de currículo mixto, que por lo menos fuera inquieta; es decir, que tuviera ganas de mirar cómo era el programa de medicina, cómo se podía modificar, qué estaban haciendo en otras partes del mundo, cuál era ese boom del ABP, qué tanto nos servía a nosotros, la relación facultad-hospital que venía un poquito ya desdibujada o resquebrajada, la importancia de las prácticas, de los laboratorios, o sea, que revisáramos la programación¹⁹ (Giraldo de L, 1999:4).

El entusiasmo por emprender un proceso que lograra transformar los modelos pedagógicos que - si bien habían resultado ser efectivos en la formación médica en las décadas de los cincuenta y sesenta de origen-, ya estaban agotados por su incumplimiento con la entrega a la sociedad de un profesional médico competente para enfrentar los retos impuestos por el mundo pos moderno caracterizado por la hiper globalización (Giraldo de L, 1999:11). Según la persona a quien el nuevo rector le encomendaba la responsabilidad de liderar el proceso de renovación curricular de la Facultad era claro que el modelo “*flexneriano*” debía desaparecer porque era *El* responsable de “una

¹⁹Tomado de transcripción de la entrevista realizada por la autora a una líder del proceso exintegrante del CC en su oficina, el 30 de Agosto del 2013: 11

crisis que se hace evidente en diferentes áreas tales como, la clínica, la organizacional, la económica y la interaccional” (Lugo, 1998:45).

La idea caló en la gran mayoría de profesores y directivas de esa facultad al considerar obvio que el modelo pedagógico existente debía ser reformulado hacia uno que propendiera por una “formación integral en consonancia con los criterios de un estado de derecho” que concibiera al nuevo profesional de la medicina como “un ser singular, irreplicable, autónomo, libre, trascendente, histórico, social y cultural” (Giraldo de L, 1999:14-19). Así, con la esperanza de avanzar hacia un nuevo currículo que iba por fin a desatar el proceso de formación médica de una tediosa práctica docente consistente en charlas magistrales conducentes a un aprendizaje memorístico en el alumno para dar paso a uno novedoso y ameno basado en el constructivismo complaciente con el papel protagónico que debe asumir el estudiante, el proceso de formulación y negociación contó con una amplia participación del profesorado; más de 120 profesores (Giraldo de Londoño, 1999:9).

De esta manera, se difundió la idea que un cambio del modelo pedagógico daría fin a los problemas de la formación médica para dar paso a una Facultad de Medicina ejemplar por su cumplimiento con: 1. una armonización entre las leyes de educación y las de seguridad social; 2. la articulación del proceso de formación de los médicos en el contexto de globalización; 3. el impacto deseado en los escenarios de aprendizaje y en el futuro desempeño profesional del egresado; 4. la integración de la enseñanza y la atención médica de manera que derrocaria la tendencia al conocimiento fragmentado por la departamentalización de la organización institucional; 5. un acoplamiento de los diferentes saberes en el médico general, y 5. la flexibilización del currículo con innovación en los métodos de enseñanza –aprendizaje, actualización y perfeccionamiento de modelos evaluativos–;6.las competencias mínimas que debe tener un médico egresado de la facultad

para competir con los egresados de las facultades privadas, y 7. la vinculación de todos los actores y estamentos de la facultad en la discusión curricular (Vélez, Duque y Giraldo de Londoño, 1999: 5-6).

Comenzó a circular un código ideológico alrededor del poder del nuevo modelo pedagógico como la única forma posible de modernizar un currículo que permaneció impenetrable e inmodificable por más de cincuenta años en que se hicieron varios intentos para mejorarlo. La página de la historia de formación médica en Antioquia y ¿por qué no? en el país pasaría para dejar atrás “una concepción tradicional y tecnológica del currículo a una tendencia integracionista, centrada en el estudiante, flexible, enfocada en los procesos cognitivos y en lograr la formación de un médico capaz de darles respuesta a las necesidades sociales locales y globales” (Villegas et al, 2007: 424, Daza, 2010: 73).

A lo largo de esta fase se mantuvieron constantes en el CC estas dos profesoras a quien se les había unido otro médico entusiasmado con el sueño del cambio; el pediatra puericultor Juan Fernando Gómez. Pronto se les sumarían al CC otros dos actores que habían demostrado su potencial para enriquecer este proceso y su capacidad de liderazgo: durante las primeras actividades de socialización del plan de reforma: el médico salubrista Jaime Arturo Gómez Correa y la médica salubrista actualmente doctora en bioética Elsa María Villegas Munera. Durante la fase de diseño también hicieron parte del CC los siguientes médicos: Luis Javier Castro Naranjo gineco-obstetra como vicedecano, Fernando Garcés Samudio cirujano infantil en calidad de jefe de educación médica, Víctor Muñoz Marín en calidad de jefe de pregrado, Juan Manuel Toro Escobar profesor de Medicina Interna y Pablo Javier Patiño Grajales profesor de Microbiología.

Este comité produjo seis cuadernillos: “Serie Proceso de Sistematización Curricular” durante los años de 1998-2000 en donde fueron plasmadas las bases conceptuales y metodológicas así como las memorias del proceso que generó la nueva carta curricular de la Facultad de Medicina. La serie se compone de los siguientes cuadernillos:

El primero: “Documento Introdutorio: el proceso de sistematización curricular” escrito por la pedagoga Aurora Giraldo de Londoño y el prólogo por parte de los doctores Luz Elena Lugo y Juan Fernando Gómez hace un resumen de todo el proceso.

El cuadernillo No. 1: “Hacia un marco teórico para la renovación curricular: referentes contextuales” de autoría de varios miembros del CC: Juan Fernando Gómez, Jaime Arturo Gómez, Luz Elena Lugo, Elsi Olaya y el pedagogo Alberto Duque plantea los retos que el mundo actual impone a la educación médica conminando a un cambio curricular que permita responder a ellos con pocos cuestionamientos al contexto de reformas y de globalización. Al fin y al cabo para los autores lo imprescindible es dejara atrás el modelo curricular médico “*flexneriano*” por ser “el culpable de “una crisis que se hace evidente en diferentes áreas tales como, la clínica, la organizacional, la económica y la interaccional”²⁰(Gómez, Gómez, Lugo, Olaya, Duque 1999: 48). Este cuadernillo cita textualmente al rector Jaime Restrepo Cuartas en las Cartas del Rector 7, 8 y 9 de 1996 y 11 de 1997.

²⁰El acento lo pone la autora para resaltar la velada complicidad con la propuesta reformista del rector quien también lo señala como el culpable del fracaso que ha tenido la educación superior para promover desarrollo y competitividad en sus egresados, en varias de sus Cartas del Rector como también lo mencionó así como el problemas ante el auditorio de estudiantes cuando fue citado por ellos para que explicara el por qué era necesario aceptar su propuesta de reforma.

El cuadernillo No. 2: “El proceso salud-enfermedad y la educación médica” sus autores doctor Jaime Arturo Gómez y el pedagogo Alberto Duque hacen un recuento del proceso histórico de configuración del modelo biomédico para justificar el camino hacia un nuevo paradigma que superará el histórico reduccionismo biológico, se aleja del “positivismo interpretativo” e instituirá el “constructivismo” como garantía de egresar médicos con visión integral y humanista. Solo así, el egresado contará con una “mente abierta a complejidad, multidimensional, interrelacionamiento incorporando las determinaciones sociales, culturales, políticas, económicas desde aportes de Ciencias Sociales y Humanas y las dimensiones del mundo de la vida como las interacciones entre dimensiones material, subjetividad, social y las determinaciones sociales del proceso salud y enfermedad” (Gómez, Patiño, Toro, Duque, 1998: 25).

El cuadernillo No. 3 “La visión curricular, los propósitos de formación y la propuesta pedagógica” la educadora Aurora Giraldo de Londoño sintetiza las ideas presentadas por el doctor Mario Róvere durante el seminario taller de planeación elaborado en marzo de 1998. El texto anuncia el propósito de la formación integral para ofrecer a la sociedad un médico que agencie cambios en las personas, colectividades, instituciones y comunidades con acciones médicas que desplieguen una perspectiva “socio humanista” más coherente con las demandas a cumplir para instituir un estado de derecho que en el modelo *flexneriano* antecesor no las suplía (Giraldo de L, 1999: 28). Sin embargo, el énfasis del texto; -más del 50% del número de las páginas-, lo acapara la “propuesta pedagógica” como *El medio y El fin* de llegar a ese loable sueño. El texto recargado de figuras de difícil comprensión detalla ese mágico nuevo modelo pedagógico considerado innovador porque cumple a cabalidad todos los principios estipulados en la propuesta de reforma general de la universidad. 1). La pertinencia curricular asumida como la capacidad de vínculo de la institución al proceso de globalización como fuente “dinamizadora” del desarrollo (Giraldo de L, 1999: 16). 2).

La flexibilidad y apertura curricular entendida como la “oportunidad para que emerja un agente transformador que aproveche la posibilidad de trabajar en equipo y redes” con la inclusión de “nuevos programas, enfoques o estrategias metodológicas que respondan a los retos cambiantes de la formación y el ejercicio de la profesión médica” (Giraldo de L, 1998: 17). 3). La interdisciplinariedad asociada con la noción de complejidad de Morin indica su potencial para materializar un proceso de formación capaz de cualificar sujetos profesionales de la medicina con “mente abierta” que comprenden la complejidad del mundo actual en que devienen los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad así como de construir nuevos conocimientos científicos con base en el enfoque constructivista que garantiza una “sumatoria de los aportes individuales” de forma tan efectiva que la acción médica del egresado será distinguida como la más cualificada, “eficiente y de mayor impacto” en el mundo actual (Giraldo de L, 1998: 17). En este modelo el nuevo paradigma sobre el conocimiento y aprendizaje será “constructivista” para librar a los profesionales médicos de la estrechez mental que le produce los sesgos derivados de los enfoques que dieron origen a la institución médica configurada históricamente en el país dejando atrás el carácter memorístico y transmisor de información que se ha mantenido prevaleciente en ella la y poder incorporar una nueva práctica de construcción de “objetos de conocimiento con herramientas del propio pensamiento” (Giraldo de L, 1998: 18).

En los cuadernillos 4 y 5 se desarrollan los siguientes componentes del nuevo programa curricular: “Las estructuras curriculares” y “Los núcleos problemáticos para el nuevo currículo” (cuadernillo 4) y “El micro currículo” (cuadernillo 5). En estos, el Comité Curricular y el grupo de asesores en pedagogía detallan el proceso de configuración con fundamentos conceptuales y metodológicos de la nueva carta curricular. Todo el proceso lo ilustran con numerosas y complejas figuras (anexo J). De esta forma la masa del profesorado guiada por el CC y el comité asesor en

pedagogía quedó atrapada en el código ideológico del “modelo pedagógico” porque daba ilusión de que al fin se superarían los escollos que enfrentaba el gremio médico y la formación médica en ese nuevo contexto estremecido con grandes cambios a nivel nacional e internacional producto de las reformas y la globalización.

Este grupo élite replicó el camino con las estrategias que siguió el rector para ambientar su proyecto de reforma en la universidad dada la eficacia y efectividad que acreditó. Así, de la misma forma que lo había hecho este actor, programaron una serie de eventos científicos académicos cuyos conferencistas invitados fueran intelectuales con amplio reconocimiento a nivel nacional e internacional en temas como planeación de servicios y recurso humano en salud, educación médica y pedagogía. Con ello garantizaron pertinencia y aceptación de su propuesta reformatoria en la comunidad académica. Los textos que generaron en esta fase, se soportaron con argumentos a favor de la reforma educativa que hicieron los expertos educadores nacionales e internacionales que participaron en el seminario internacional: “Filosofía de la Educación Superior. Transformación de la Universidad Siglo XXI”; organizado por el rector como táctica de lanzamiento de su proyecto reformista. Además estos líderes retomaron las recomendaciones de al menos dos reuniones emblemáticas para conducir experiencias exitosas de actualización de programas de formación médica: la “Declaración de Edimburgo” de 1988 y la “Conferencia Internacional de Educación Médica” realizada en Bogotá en 1995 por la OPS para socializar y acordar un plan para la puesta en marcha de los lineamientos esbozados por la primera en la región de América Latina.

La primera fuente de inspiración de este grupo élite que impulsó el cambio fue el deseo común emprender un esfuerzo de actualización y armonización de la educación médica que se ofrecía con fuerte arraigo en prácticas discursivas establecidas casi un siglo atrás en la Facultad de Medicina

con las nuevas tecnologías y teorías pedagógicas que ya estaban aplicando prestigiosas facultades de medicina en el mundo para poder responder a las nuevas necesidades en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la profesión médica para poder ofrecer profesionales capaces de ejercerla en un contexto globalizado. Los desafíos que este tipo de decisiones imponían a las instituciones de educación médica habían sido concretados en el evento mundial: “Conferencia Mundial sobre Educación Médica” organizada por la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) en agosto de 1988 (OPS/OMS, 1988). De ese evento surgió la “Declaración de Edimburgo” que se convirtió en el texto emblemático para las reformas porque puntualizó en la siguiente lista las acciones que debían seguir todas las facultades de medicina del mundo para cumplir con esos retos y no desaparecer: (Gual, Núñez-Cortés, Palés-Argullós y Oriol-Bosch, 2013:2):

- Incorporar recursos comunitarios en los programas de formación más allá de los hospitalarios.
- Asegurar que los contenidos curriculares reflejen las prioridades nacionales de salud.
- Promover la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida introduciendo metodología de aprendizaje activo y sistemas tutoriales que fomenten el aprendizaje auto dirigido.
- Alinear el currículo y los sistemas de evaluación para lograr la competencia profesional.
- Formar docentes como educadores y no solamente como expertos en contenidos y reconocer tanto la docencia como la investigación y el servicio o gestión.
- Incorporar la formación en prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Integrar la clínica a la formación básica incorporando el aprendizaje en base a problemas y los entornos comunitarios.
- Seleccionar los candidatos por sus cualidades personales más allá de capacidades intelectuales o logros académicos.

La otra conferencia “Conferencia Mundial de Educación Médica” fue organizada por la OPS en Bogotá en el año de 1995 en donde participaron destacados expertos en el campo. Entre todos los conferencistas sobresalieron tres actores que habían afianzado una larga amistad al compartir roles como activistas los movimiento de medicina social y salud colectiva de América Latina ampliamente reconocidos en el ámbito académico de la salud por su crítica constante al modelo neoliberal que se

viene instaurando en la misma región con graves repercusiones en la salud y el derecho de las personas así como trabajar juntos en consultorías a la OPS en estos asuntos.

Ellos son: El médico familiar y cirujano colombo-canadiense Emmanuel Rozental con especialización en educación médica y varias veces exiliado por amenazas de muerte por su militancia con múltiples denuncias a las reformas y al sistema de salud. El agrónomo colombiano Gustavo de Roux con doctorado en sociología de Alemania, quien fue ministro de salud como cuota del e del movimiento M-19 de Abril que había sellado un pacto de paz y participado en la asamblea constituyente de 1991, durante el gobierno de César Gaviria. El salubrista argentino Mario Róvere. El primero y el último mantuvieron un estrecho vínculo con las médicas líderes del CC quienes los invitaron como facilitadores de varios talleres de planeación durante esta fase. Los dos primeros fueron compañeros de trabajo de la autora de esta tesis en la Universidad del Valle con quienes desarrolló diversos proyectos de investigación-acción con jóvenes de sectores urbanos-marginales de la ciudad de Cali dentro de una línea de investigación para la promoción de desarrollo juvenil y la prevención de violencia juvenil del Instituto CISALVA: Instituto de la misma universidad y centro colaborador de la OPS/OMS para la región de América Latina en el tema de la violencia, que había sido dirigido por ellos dos y por la autora de esta tesis en la década de los noventa. Todos estos investigadores han coincidido con la crítica que el antropólogo Eduardo Menéndez ha venido haciendo desde hace más de cuarenta años a la institución médica y al gremio médico históricamente configurado en la región de América Latina. Su categoría de análisis: modelo médico hegemónico (MMH) ha corroborado una configuración histórica que comenzó durante los siglos XVIII y XIX en la región de América Latina bajo el manto de la “cientificidad” importada de Europa y Norte América ha sostenido reproduciendo las mismas prácticas médicas discursivas excesivamente autoritarias y excluyentes de las opiniones de sus pacientes o de los conocimientos de otras

disciplinas así como de saberes ancestrales de los grupos colonizados que fueron subsumidos por los países colonizadores (Menéndez, 1999). También los tres simpatizan con las denuncias que movimientos de salud colectiva y medicina social vienen haciendo sobre el impacto negativo que el proyecto de Estado-Neoliberal y las reformas estructurales impuestas por la banca internacional representada con el FMI y el BM han tenido con la salud y el desarrollo de actores juveniles de sectores populares (Vanegas, Rozental y Restrepo, 1996, Restrepo, 1997). Su postura crítica con el modelo médico *flexneriano*, las reformas al sistema de salud y el proyecto político neoliberal sumada a su experiencia en el campo de la educación médica y de la formulación de políticas públicas de cara a la promoción de salud sedujo a las directivas del CC para invitarlos e involucrarles en esa primera fase del proceso como asesores.

Durante una entrevista realizada por la autora a una de las líderes del CC en ese período de formulación salió a relucir la forma como se decidió involucrar al doctor Róvere en esta renovación:

[...] necesitamos de todas maneras traer personas [...] en este proceso de reforma curricular, que vayan acompañándonos desde afuera, distintas personas, actores internacionales, actores nacionales que vayan haciendo como un acompañamiento y como unos pares externos que además nos ayuden a organizar -digamos todas estas discusiones colectivas-, y así fue que lo hicimos, entonces, una vez que ya tomamos la decisión. [...] en ese año 96 nosotros invitamos a una primera persona por esta época que es el doctor Mario Róvere [...] es un médico salubrista que yo conocía precisamente en la especialización de educación médica que hice en ASCOFAME²¹, y es una persona que había estado en toda Latinoamérica liderando procesos sobre reforma curricular- una persona con una formación política, una visión muy democrática y una visión de toda Latinoamérica y de los problemas de educación médica en Latinoamérica²².

²¹ Sigla para Asociación de Facultades de Medicina del país.

²² Tomado de transcripción de la entrevista realizada por la autora a una líder del proceso exintegrante del CC en su oficina, el 30 de Agosto del 2013: 12.

Desde su participación en el primer seminario taller de planeación Róvere despertó el optimismo necesario para impulsar y legitimar el proyecto en la comunidad académica. Más de la mitad del profesorado de la Facultad estuvo inicialmente motivado y activo participando en todas las actividades que condujeron con éxito al diseño y aceptación de la nueva propuesta pedagógica²³. Su espíritu democrático y provocador de la participación y construcción colegiada lo reflejó su recomendación plasmada en el cuadernillo No. 3:

Debe todo el mundo saber para donde se va, no importa la diversidad de rutas que los miembros tomen: “en épocas de crisis generalmente se legitiman altas concentraciones de poder porque la sociedad desea salir de la crisis de alguna manera. Aunque haya momentos críticos en el desarrollo de una reforma curricular, la estrategia de concentración de poder no es conveniente, debe procurarse conservar la «participación y la democracia (Giraldo de L y CC, 1998:6)

Como resultado de este primer evento por demás hitico en todo el proceso se conformaron 27 comisiones de profesores que estuvieron a cargo de completar la tarea de llenar de contenidos temáticos y estrategias didácticas a los núcleos y subnúcleos priorizados por consenso alcanzado en los eventos. El CC con el apoyo técnico de Róvere, y del pedagogo y doctor en educación Nelson Ernesto López estructuraron la ruta para completar el proceso de formulación del nuevo modelo con base en estas decisiones:

Se plantearon la educación por núcleos, con la idea de que esos núcleos fueran realmente grupos de profesores que trabajaran y diseñaran un área específica del conocimiento, pero que tuvieran una característica interdisciplinaria; entonces dijimos queremos que sea interdisciplinaria, pero cómo hacemos con este peso de los departamentos, por esa época, solo para darle un dato, el departamento de morfología tenía 19 profesores de tiempo completo y era un departamento así fuerte, duro, estructurado y era en la anatomía que además era un paradigma en la educación médica que hace rato venía cuestionándose de cómo se estaba enseñando la anatomía en todas partes del mundo, ante las nuevas tecnologías, lo que dictaban

²³ Del total de 300 profesores vinculados 120 estuvieron participando en las actividades de esta fase.

los médico de la anatomía,- este departamento era de una fuerza- entonces no era fácil en ese momento decidir una estructura que combinara y que rompiera la estructura tradicional, y que emergiera una nueva estructura; cómo hacer esa nueva estructura: aparecen personas como Nelson López, el doctor Mario Róvere nuevamente también vino unas dos o tres veces más o menos, y entonces decidimos que íbamos a hacer una estructura por núcleos y ahí fue que apareció este documento que se llama Las Estructuras Curriculares, [...] este documento de la propuesta pedagógica desarrolló todo lo que habíamos planteado como propósitos de información, y después de esto nosotros nos fuimos a elaborar lo que era la estructura curricular [...] que tendría que tener siempre la parte subjetiva , la parte material y la parte social y aquí es donde aparece lo de adolescencia porque entonces dijimos que habían dos posibilidades [...] queríamos que el eje central fuera la investigación y dijimos cómo vamos a organizar todo este currículo, entonces ahí se tomó la decisión que fuera de acuerdo al ciclo vital humano, que fuera infancia, adolescencia, adultez y vejez; en ese momento en que se toma esa decisión es que aparecen en el currículo adolescencia y vejez que están en el semestre once, que no existía y que ningún currículo médico hasta ese momento lo había abordado en el país²⁴.

Es evidente que para ese momento del proceso ya el discurso institucional tenía incorporado los lineamientos estipulados por el rector en su proyecto reformista. A lo largo de los textos y en todas las voces de los actores entrevistados por la autora de esta investigación salieron a flote esos fundamentos curriculares casi que como un eco constante de lo escrito en el “Documento Introdutorio: el proceso de sistematización curricular” de la Serie de Sistematización por la persona que lideró al grupo asesor en pedagogía:

Las «raíces» que alimentan la estructura curricular, como exigencias y condiciones sine qua non de un esfuerzo de cambio que se quiera llamar actual: *la pertinencia, la flexibilidad, la apertura, un nuevo paradigma cognitivo y la interdisciplinariedad*²⁵. Estos fundamentos curriculares se concretan en el concepto de formación integral, el cual, como eje central o soporte, atiende aspectos formativos, socio interactivos, cognitivos y académico profesionales, que se traducen en las dimensiones de los propósitos de formación, cuyos elementos constitutivos se concretan en el futuro esperado del nuevo currículo. Los propósitos de formación engloban las dimensiones descritas las cuales a su vez, exigen un enfoque pedagógico determinado (Giraldo de Londoño, 1998: 10).

²⁴ Ibid: 22.

²⁵ Los énfasis con los cambios en cursivas son de la autora, por considerarlos códigos ideológicos que emergen en el marco del proceso de renovación.

Sin embargo, a pesar de que intereses de los expertos y de los líderes del proceso confluyeron en un entusiasmo común por desarrollar un modelo de formación médica que generara sujetos profesionales con visión humanista y una conciencia crítica con la que tendrían que ser capaces de hacer su propia lectura del contexto político y social actual en que se van a desempeñar al egreso de universidad. El análisis intertextual de las distintas fuentes no mostró coherencia de esta propuesta pedagógica con las perspectivas críticas descritas por Gorostiaga y Tello que se alejan de las visiones economicista, inserción imperativa e hiperglobalista (Gorostiaga y Tello, 2010).

La intención de proponer y llevar a cabo una profunda reforma a la institución configurada en esa facultad para reproducir la formación médica, -que hasta ese momento se hace popular la crítica por haber perpetuado a lo largo de la historia de la medicina colombiana una función de reproducción social subsumida a intereses de las élites estatales y de una imponente economía del mercado. Este nuevo modelo pedagógico sería por fin la garantía de liberación de la histórica colonización que imponía el rumbo de nuestra formación médica al girar hacia una función propia de las necesidades locales y nacionales de salud con oferta de los conocimientos necesarios para desarrollar resistencia y respuestas alternativas a un contexto global que insertaba nuevos desafíos a la institución y gremio de la medicina. Este cambio sería un paso seguro para poder atenuar el impacto negativo que hasta ese momento habían tenido las reformas de corte neoliberal y la globalización en la salud y vida de las personas, en la equidad y estabilidad sociopolítica del país y bienestar laboral del profesorado así como en el acceso a la educación que no se había podido garantizar con el antiguo modelo de educación médica.

Pese al entusiasmo que logró alinear a la mayoría de los actores con este proyecto de reforma, en momentos del proceso aparecieron contradicciones que pudieron ser rápidamente arbitradas con códigos ideológicos que distrajeran la atención de todos los actores hacia centrar el debate solo en los asuntos relacionados con la *pedagogía y la didáctica*. Aunque la necesidad de revitalizar una perspectiva humanista, rasgo distintivo de la época de origen de la medicina moderna, es mencionada tangencialmente en los textos no hay mayor profundización sobre las implicaciones de esa intención en el nuevo programa curricular. En especial no mencionan mecanismos para asegurar su permanencia con superación de las presiones provenientes de los intereses que históricamente han prevalecido en la determinación de la práctica médica. En cambio, contrasta con este silencio sobre las cuestiones críticas para poder vencer la fuerte tendencia neoliberal que rodea el proceso de renovación, la forma recurrente en que los textos apelan a términos y criterios claramente derivados de las perspectivas economicistas y eficientistas. Como ejemplo vemos como en el texto “Hacia un marco teórico para la renovación curricular” es revelador la percepción de una ambivalencia en las posturas de los autores frente a la globalización y a las reformas estructurales evidenciada por una desproporción de hojas que le dedican para cuestionar o denunciar el impacto negativo que esos fenómenos vienen causando en la práctica médica, solo once de las 65 apelan a una evasiva mención con el propósito de justificar la necesidad de llevar a cabo la propuesta del nuevo modelo pedagógico. En ese breve espacio afirman que dicho cambio podrá hacer factible la superación de los “escollos” que la práctica y la educación médica han tenido que enfrentar ante la deformación que le impuso el nuevo sistema de salud configurado en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, cuando dejó de ser un sistema fundamentalmente público de asistencia en salud a otro en que prima el carácter privado al convertirse en un sistema de seguridad social dependiente de la intermediación (Gómez, et al, 1998: 34).

La siguiente secuencia de textos plasmados a lo largo del cuadernillo 2 de la mencionada serie revela la emergencia de un código ideológico que resultó funcional del allanamiento del camino seguro a la aceptación universal del modelo pedagógico justificada en un discurso que promulga su poder resolutivo de la problemática que enfrenta la institución médica y el gremio médico por causa del contexto de reformas y de globalización:

El enfoque económico en el sector de servicios de salud que busca la reproducción ampliada de las inversiones del capital, con sus principios de segmentación del mercado y de diversificación del producto con gran impacto en la reconfiguración de la práctica médica, ha generado una muy fuerte tensión al desestimular políticas de salud tales como la de la estrategia de la atención primaria y en las universidades la de la definición misma de la misión y visión en la formación médica”. En Colombia el tránsito de un sistema público de asistencia en salud a otro de seguridad social con intermediación, genera un cambio en la práctica médica de ser autónoma y liberal a convertirse en institucional e intermediada. En esta, la relación médico-paciente pasa a jugar un papel secundario en cuanto a las decisiones sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se transfieren a los intermediarios financieros, quienes comienzan a desempeñar un papel privilegiado sobre los mismos. Las exigencias inducidas por el complejo médico.-industrial y reforzadas por una propuesta pedagógica centrada en el diagnóstico y el tratamiento y no en la promoción, la prevención y la rehabilitación, han consolidado un modelo de atención morbicéntrico e individualista, que estimula la aplicación de altas tecnologías, en muchos casos de manera indiscriminada. Este modelo incrementa los costos de la atención, deteriora la calidad de los servicios, lleva a una oferta inequitativa, produce bajas coberturas efectivas en atención y paradójicamente subutiliza el trabajo de médicos y otros profesionales. Un alto porcentaje del producto interno bruto (PIB) es invertido en el sector sin que ello redunde en un mejor servicio a la población. Este desarrollo cientifista y tecnocrático genera en la sociedad altas expectativas con respecto a la solución de sus problemas de salud individual. Sin embargo dichas esperanzas se ven frustradas por un modelo que tiende a reducir a los individuos a la condición de objetos y de máquinas biológicas. De ahí la gran inconformidad por parte de los usuarios del servicio de salud frente a una profesión y a un modelo médico que los inducen a buscar respuestas a sus necesidades en campos alternativos, como la acupuntura, la bioenergética, la medicina popular y otras ofertas, en muchos casos carentes de fundamentos científicos sólidos. No existe en las escuelas médicas una cultura ni un desarrollo científico acordes con nuestras necesidades; se carece de investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos científicos, que resuelvan los problemas prioritarios de salud. De igual forma hay ausencia de publicaciones médicas tanto en ciencias básicas como en clínicas, que divulguen los resultados de las escasas investigaciones que logran superar los escollos mencionados. La situación ya descrita es

debida entre otras causas a procesos de formación y entrenamiento universitarios que anulan la curiosidad, eliminan el espíritu de observación y por ende no orientan al futuro profesional hacia la investigación. Por otra parte esta situación, se debe también, a la presión ejercida por el incremento extraordinario de la información médico-científica y a la expansión de la tecnología biomédica (Gómez, et al, 1998: 34).

Los indicadores de éxito se orientan más hacia la aprobación de exámenes de admisión a las residencias en el país o en el extranjero. La introducción del nuevo modelo económico en el sector de la salud no tuvo en cuenta, por lo menos en nuestro país, la relación docente asistencial (Gómez, et al, 1998: 36).

Por lo tanto, para estos autores los cambios en el proceso de educación médica implican que:

Las Ciencias Sociales deben constituir uno de los ejes articuladores del proceso educativo, incorporándose en cada uno de los niveles de la carrera para apoyar la explicación integral de los fenómenos determinantes del proceso salud -enfermedad, individual y colectivo. Porque las enfermedades tienen causas biológicas, ambientales, sociales y subjetivas [...] es necesario fijar prioridades, criterios de eficiencia y eficacia, fijar tecnologías autóctonas e impulsar a la par otras tecnologías apropiadas” La solución se encuentra en términos que concilien las realidades locales y nacionales y en el desarrollo de programas que integren el área clínica, las ciencias biológicas, las Ciencias Sociales y otras disciplinas en una síntesis que parta del estudio del hombre y finalice en el desarrollo social y comunitario [...] El eje articulador fundamental de la educación médica debe ser la interdisciplinariedad; [...] Toma fuerza una tendencia importante hacia una educación multiprofesional, en la que el egresado esté en capacidad de desempeñarse en diferentes oficios, según lo exijan los cambios continuos de la realidad [...] (Gómez, et al, 1998: 37).

Igualmente, en el trasfondo de la reforma sigue reciclando y reforzando el código ideológico alrededor de la crianza y de la familia como los espacios “naturales” en donde se debe cumplir la función del cuidado primario en salud que el Estado sigue empeñado en abandonar y delegar en mujeres sin la justa remuneración de esta función: “En este enfoque debe promoverse la

participación de las familias en el autocuidado. En todas las facultades de Medicina deberá haber un sitio de práctica que sirva de modelo para una atención en salud familiar.” (Gómez, et al, 1998: 37).

En seguida, los mismos actores se apoyan en ejemplos de exitosas estrategias desplegadas por universidades de Norte América, Chile y del Reino de los Países Bajos que cumplieron la nueva regulación social de la educación médica en el contexto actual en que están obligadas a llevar a cabo esa labor a menores costos y con mayor capacidad de autosuficiencia e independencia del subsidio estatal a la educación y a la salud que históricamente destinaba para asegurar su desarrollo. Por un lado admiran la forma como la Universidad de Wisconsin ha innovado con la venta de servicios a través de “unidades de investigación de la universidad” que prácticamente vende servicios de consultoría al estado e instituciones.

Por el otro lado, indican con notabilidad la efectiva táctica con que la Universidad de Temuco en Chile adelanta proyectos colaborativos con recursos procedentes de varios sectores: academia, gobierno, comunidad y agencias de cooperación internacionales para controlar las problemáticas juveniles como las violencias y los embarazos de adolescentes. Pero, sin ninguna duda, todos los actores que lideraron la dinámica sociopolítica concluyeron que el mejor modelo a seguir es el que gira en torno a la estrategia pedagógica “Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)” por ser “una metodología excelente que permite la integración transdisciplinaria y básico-clínica.” (Gómez, et al, 1998: 42). La Universidad de Maastricht en Holanda, lleva 25 años aplicándola con los siguientes logros citados por los mismos autores del cuadernillo 2:

El 20% del plan de estudios son electivas, requiere de 91 profesores de tiempo completo, de los cuales el 20.1% son del área básica, el 47.1% de las clínicas, el 6.6% de educación, el 8.8% de laboratorios y el 8.5% profesores de los hospitales afiliados. La relación maestro alumno es de 1 a 2. En este programa los estudiantes necesitan menos tiempo para su graduación, pero

los costos se incrementan por el tiempo que los docentes pasan en otras actividades que tienen relación con la implementación de ambientes de aprendizaje, trabajos de campo, relación con la comunidad, investigación etc. (Gómez, et al, 1998: 42).

La reforma en salud es concebida como fórmula para reducir las desigualdades e inequidades sociales según lo advierte la OMS:

La reforma actual de los servicios de salud: parte de la definición que la OMS da de reforma como:

“[...] un proceso sostenible de cambios políticos, institucionales, organizacionales, gerenciales y financieros guiado por cada gobierno, con el propósito de mejorar el funcionamiento del sector salud como sistema y la situación de salud de la población en particular [...] OMS propone como objetivos de la reforma la universalización de las coberturas; la equidad en la atención, en el acceso a los servicios, en el tratamiento recibido para la misma condición, en el tratamiento basado en las necesidades de la atención y en el estado de salud. También es objetivo la eficiencia para lograr una mejor relación costo-beneficio, la calidad de la atención lo cual requiere de un acuerdo entre los diferentes actores de la organización y la satisfacción de los usuarios y de los proveedores” [...] el contexto de la reforma la sitúa en “modernidad tardía” donde se pretende y ha logrado en gran medida universalizar y globalizar relaciones culturales, políticas y económicas en una hegemonía del capitalismo” donde irrumpen e instalan unas “variables macro variables [...] El mayor trabajo de la reforma sobre el personal de salud se está dando para cambiar la excesiva rigidez, jerarquización y departamentalización del actual, buscando la multi capacitación y la modulación de las capacidades y habilidades con la finalidad de realizar una utilización más flexible y eficiente de los recursos (Gómez, et al, 1998: 47).

El texto concluye pintando un escenario ideal en virtud del proceso de una reforma con propósito loable de asegurar modernización y democratización de la función de enseñanza por parte de docentes héroes porque han reivindicado el derecho del alumno a un aprendizaje autónomo e independiente. Citan textualmente lo plasmado por el rector en su Carta número 9:

Modernización de la infraestructura administrativa: Se fundamenta ésta, en una sistematización de la administración mediante la conexión en red, la renovación de los laboratorios docentes, el desarrollo de un centro de producción de medios educativos y de trabajo virtual, que contribuya a disminuir la necesidad de una alta presencialidad por parte del estudiante, y facilite su autoformación mediante el uso de vías en las que predomine el

análisis y la solución de problemas (Restrepo C., 1996)”[...] Los elementos básicos para la renovación curricular: “cuatro puntos de máxima sensibilidad 1.”Pertinencia: como vinculación temprana del estudiante al trabajo. Productividad y desarrollo social mayor conocimiento de su comunidad y problemas 2. Investigación y acreditación con impulso de autoevaluación y acreditación desde pregrado para formar en método científico y vinculación a práctica social 3. Nuevo modelo pedagógico [...] “el estudiante sea el protagonista de su aprendizaje, combinando la virtualidad con la presencialidad, la teoría con la práctica, la información con la formación, la particularidad con la universalidad y el trabajo individual con el interdisciplinar” cambien su carácter de transmisor de conocimientos por un actuar más como de guía, de orientador y provocador, centrando su acción en las coyunturas difíciles de las asignaturas, en las que el estudiante necesita realmente su ayuda. 4. Formación integral cultura, deporte, arte, etc. y “Deben hacer parte de esta formación integral la ética social, el respeto por un sano ambiente ecológico, el conocimiento de los idiomas y la relación con las culturas de otros países del mundo a través de las dependencias universitarias diseñadas y en pleno funcionamiento ya para tales fines (Gómez, et al, 1998: 47).

Esta fase de formulación y negociación culmina con un nuevo modelo pedagógico ampliamente aceptado en la comunidad educativa contagiada de optimismo ante su promesa de garantizar al fin la formación de un “*médico con «adaptabilidad competitiva» para responder eficazmente a las situaciones cambiantes de la sociedad*” (Giraldo de L, 1998: 48). Las estrategias pedagógicas seleccionadas para configurar este promisorio y competente modelo son:

El aprendizaje basado en problemas (ABP), el método de proyectos (M de P), el método de casos (M de C), el modelo didáctico operativo (MDO) y la medicina basada en evidencias (MBE) colocan al aprendiz médico en su realidad profesional, facilitan la integración y la interdisciplinariedad de los conocimientos médicos y lo más importante, el alumno utiliza su propio pensamiento... “Estrategias que parten de una situación médica o de salud, un caso o una vivencia, que no ofrecen contenidos médicos nuevos para el estudiante, y por ello permiten que éste formule un problema, reestructure el caso, proponga hipótesis y reflexione sobre la situación, con base en sus propios conocimientos. Luego el estudiante investiga sobre la temática, consulta el desarrollo del conocimiento médico, busca y analiza evidencias, discute con expertos y con sus propios compañeros, analiza sus hipótesis, replantea la situación, identifica causas y consecuencias, para pasar de lo inductivo a lo deductivo por medio de sus propias conclusiones. Convalida sus conclusiones y profundiza sobre los contenidos trabajados (Giraldo de L, 1998: 49).

Así con una publicitada presentación en la comunidad del novedoso modelo pedagógico a partir de la problematización del modelo *flexneriano* prevaleciente en la educación médica por más de medio siglo comienza un nuevo capítulo que re-oxigena las RRS que dieron vida a una institución médica y gremio médico emblemática en el país, en el departamento de Antioquia y en la región de América Latina de la configuración de un modelo pedagógico de la formación médica distintivo de ella con tal solidez que hace casi imposible su transformación. Recapitulando la historia que dio luz al modelo pedagógico que debía ser transformado da cuenta de las RRS que siguen mediando en el viejo y nuevo currículo. En el siglo XIX nace la formación médica en esta facultad y en Colombia bajo la influencia del modelo pedagógico anatomo-clínico de tradición francesa. A comienzos del siglo XX comienza su transformación hacia uno tecnológico con la incorporación del modelo norteamericano “*flexneriano*”. En los setenta este modelo norteamericano encuentra una fuerte oposición por parte movimientos intelectuales de contracultura y protesta social que luchaban contra el excesivo intervencionismo y regulación que ese país mantenía en estos países de la periferia: la medicina social y salud colectiva proponiendo como alternativa de modelo “social” (Bohórquez, Gutiérrez, 2004). Al respecto es preciso reconocer como fuentes determinantes de este movimiento las únicas cuatro teorías originarias del suelo latino americano que durante esa misma década y que hoy compiten en el mercado global del conocimiento social colonizado por producciones europeas principalmente dominado por textos de tradición anglosajona y francesa: Teología de la liberación y Pedagogía del oprimido del educador brasilero Paulo Freire, Teoría de la Marginalidad que fractura la Teoría de la Dependencia del sociólogo argentino José Nun (Delfino, 2012) y Perspectiva de la Colonialidad del Poder del sociólogo y teórico político peruano Aníbal Quijano (Segato, 2014).

De todas formas, en medio de esas contradicciones no resueltas, un nuevo plan de estudios quedó configurado para aplicar a partir del año 2000 cuyo contraste con el anterior al menos en el papel es

asombroso (anexo K) (Villegas, et al, 2007). Las metonimias salen a relucir en esta nueva carta curricular. Las ciencias básicas pasaron a ser nombradas como “ciclo de fundamentación” y las ciencias clínicas y quirúrgicas se denominaron “ciclo de profesionalización”, con la idea de que así se superaría la histórica segmentación entre esos campos disciplinares. Algunas cátedras conservaron sus nombres tal y como habían ingresado en el marco del currículo anterior que había sido mapeado por campos disciplinares proveniente de los modelos anatómico-francés y *flexneriano* norteamericano como Biología, Primeros Auxilios, Medicina Interna, Ortopedia, etc. Otras varias disciplinas se lograron ingeniosamente agrupar dentro de los núcleos en el nuevo currículo de: Niñez, Adolescencia, Adultez, Vejez, Cáncer, Hematología, Dolor, Violencia, Salud y Sociedad y Sexualidad entre otras reflejando el alto grado de valor y lugar que conquistaron actores representantes de éstos temas y/o disciplinas dentro del mapa social al final de la fase de negociación y formulación (anexo L) (Villegas, et al, 2007). El mayor cambio lo demarcan dentro del plan de estudios los componentes flexibles donde aparecen temáticas como arte, música y profundización en algunas disciplinas y subdisciplinas, lo que hace sospechar el valor marginal que temáticas como estas siguen manteniendo en la formación médica (anexo L) (Villegas, et al, 2007).

A manera de resumen, bajo la rectoría de un médico con destacada trayectoria política con liderazgo en un movimiento de izquierda como líder estudiantil y profesoral de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se concreta una propuesta de reforma educativa al interior de esa institución. Con estrategias como una periódica publicación “Cartas del Rector” mantenía al tanto a la comunidad universitaria sobre las conclusiones que arrojaron importantes eventos internacionales sobre reformas de educación superior y de educación médica a los que él había asistido y con la realización de un evento de talla internacional en la misma universidad logró disipar las dudas que pocos profesores profesaban opositores de la reforma habían estado difundiendo. El

proceso de reforma de la universidad comenzó con una prueba piloto en la Facultad de Medicina a cargo de una élite de médicos amigos y cercanos al líder rector. La nueva propuesta curricular cala masivamente en el profesorado porque promete superar la crisis que atravesaba la universidad colombiana reflejada en el desempleo profesional, el subempleo, los altos costos de la educación que la hacía poco rentable como inversión entre los jóvenes lo que generaba poca credibilidad en la universidad. El foco del proceso de renovación se orientó en el diseño de un nuevo modelo pedagógico que cumpliera con las características de pertenencia, participación, flexibilidad, enfoque investigativo, practicidad, interdisciplinariedad e integralidad metonímicamente promocionadas como las fuentes de liberación del dominio y hegemonía norteamericana en la educación secundaria, en especial la formación médica, de fortalecimiento de la calidad, excelencia y autonomía de la universidad pública con actualización de obsoletas estrategias pedagógicas para poderse insertar por lo alto en la difícil competencia para sobrevivir en la escena global. La constante crítica que caracterizó un papel protagónico del rector con su constante interpelación al modelo imperialista norteamericano “*flexneriano*” coartador de una producción propia y autóctona de conocimiento científico que acompañaba con una enérgica concitación a la liberación institucional y nacional mediante la construcción de modelos curriculares originales sin necesidad a más importaciones surtió efecto para imponer su propuesta sin mucha resistencia.

3.8 La fase de aplicación

La puesta en marcha del nuevo currículo comenzó en el año 2000 con el mismo decano Alberto Uribe Correa y los miembros del CC que lideraron la anterior fase: Juan Fernando Gómez, Luis Javier Castro, Elsi Olaya, Luz Elena Lugo, Elsa María Villegas y Jaime Arturo Gómez. Durante los primeros dos años el equipo siguió manteniendo un ritmo de trabajo que mantuvo vivo el entusiasmo

colectivo en medio de una dinámica distinguida por reuniones semanales con expositores invitados que llamaron “jueves de currículo” y otros esporádicos seminarios para evaluar y debatir sobre el curso que iba tomando el cambio. Así narra esta primera etapa de la implementación una de las protagonistas:

[...] todos los profesores tuvieran esos espacios libres y ya también se decidía si están o no los estudiantes o que se hacía con los estudiantes, pero esos espacios los sacamos, y en ese momento nosotros nos íbamos por ejemplo a Comfama de la Estrella, -muchos profesores recuerda esos encuentros allá- también a otra sede que tenía la Universidad en Barbosa, el Club Unión - pero siempre fueron afuera-, nosotros tuvimos mucho apoyo en ese momento de Alberto Uribe²⁶.

El CC se ocupó más que todo en la definición de los perfiles y en la debida gestión para poder vincular los nuevos profesionales bajo una nueva sombrilla que confería el decreto presidencial 1444 de 1992²⁷. Hay que anotar que el decreto hacia parte de un paquete de disposiciones legales como parte del plan de operativización del nuevo marco en virtud de responder a la presión de las reformas estructurales. Las mismas que paradójicamente ocasionan los problemas que deterioraron la calidad de la formación médica pero que hoy en día siguen defendiendo la banca internacional y el gobierno de turno en virtud de los réditos que le representan su cumplimiento de los criterios economicistas y eficientistas de la reforma neoliberal. Aún a pesar de que es imposible negar su impacto en el detrimento de las condiciones laborales del magisterio (Tenorio-Toro, 2013).

Al respecto es significativo la omisión que se tuvo con la advertencia que el profesor del Instituto de Filosofía de la misma universidad: doctor en filosofía Francisco Cortés Rodas hacía y que publicó en la revista de la asociación de profesores LECTIVA en el mismo año de 1997 que había sido

²⁶ Tomado de transcripción de la entrevista realizada por la autora a una líder del proceso y exintegrante del CC en su oficina, el 30 de Agosto del 2013: 18.

²⁷ Acta del CC 001, 19 de Enero del 2001.

declarado por Restrepo Cuartas como el año de la reforma curricular. En ese artículo el profesor advertía sobre aspectos muy negativos del decreto. En su opinión este absurdo decreto, además de ser incompleto y contradictorio en su enunciado, es tremendamente generador de inequidad porque subvalora y desacredita la producción científica derivada de prácticas no convencionales, alternativas y creativas que hacen profesores investigadores en medio de los campos de Humanidades, Ciencias Sociales, Filosofía y las Artes (Cortés-Rodas, 1997:11). Es contundente como plasma su denuncia sobre la perversidad que este decreto representa por los siguientes dos aspectos.

En primer lugar por su origen procedente de los intereses surgidos en los procesos de modernización económica y por las necesidades de transformación de la universidad condicionados por los fenómenos de globalización de los mercados, la ciencia y la cultura- sin fortalecer suficientemente la actividad investigativa y la relación de ésta con la práctica docente creativa e investigativa (Cortés-Rodas, 1997:12). En segundo lugar, porque privilegia las perspectivas de quienes en la universidad actúan en el marco de las ciencias naturales reproduciendo la hegemonía de las corrientes epistemológicas convencionales sin dar espacio para que ingresen las nuevas corrientes alternativas tan necesarias para fortalecer su histórica débil misión que sigue con poca capacidad de incidencia, mejoramiento y transformación en las realidades sociopolíticas (Cortés-Rodas, 1997:13).

El otro papel que asumió el CC durante los primeros años de ejecución de la nueva política curricular fue de mediador y disipador de los distintos conflictos que fueran surgiendo en el proceso a raíz del cambio con un nuevo mapa sociopolítico de la institución.

Un cambio sustantivo del mapa sociopolítico tuvo que ver con la dilución del poder que se concentraba en las jefaturas de los departamentos. El cambio introdujo nuevos actores en la escena política que conquistaron un lugar de prestigio al asumir los nuevos cargos como por ejemplo coordinación de los *núcleos y/o áreas temáticas más amplias* o cada semestre, que emergieron para agilizar el nuevo funcionamiento institucional que debía responder a las exigencias de la nueva carta política. Desde esos nuevos lugares algunos actores que habían pasado sin pena ni gloria en el viejo currículo adquirieron tal nivel de protagonismo que podían incidir con más facilidad que los jefes de departamento sobre las decisiones técnicas y administrativas de la Facultad. A lo largo del estudio de las actas durante los años de 2000 y 2002 fue posible identificar varios conflictos de poderes por causa de la pérdida de poder que a ciertos actores les representaba el nuevo currículo derivando en renuncias de las coordinaciones de núcleos y áreas temáticas como: Ética, Salud y Sociedad, Medicina Interna, Neurociencias, Salud Mental y SSR.

El año 2001 fue uno de recurrentes enfrentamientos entre unos miembros del CC conllevando a la renuncia de las dos mujeres líderes del proceso. Desde mayo de ese año una de las líderes se lamentaba sobre una excesiva improvisación en el proceso que amenazaba el nuevo orden social de la institución porque el CC se ahogaba “por fuerza de los acontecimientos que desbordaban la planeación” y con la necesidad de asumir “funciones de carácter logístico para hacer ágil la planeación”²⁸. En junio del mismo año el CC tuvo que atender un derecho de petición hecho por estudiantes del cuarto semestre porque le adjudicaban la culpa del abandono en que se encontraban con un inminente fracaso en su proceso de aprendizaje a la excesiva atención con acaparamiento de los recursos de la Facultad al nuevo currículo. A partir de esa situación se volvieron rutinarias unas

²⁸CC: Acta 24 del 22 de junio del 2001.

reuniones periódicas entre representantes estudiantiles de cada semestre y una integrante del CC. Esta estrategia calmó la preocupación de este sector estudiantil porque generó confianza en el estudiantado y el proceso de aplicación del cambio pudo seguir su curso sin mayor resistencia por parte de estos actores.

A pesar de los impases considerados como propios de una dinámica de cambio, en ese año el CC siguió activo llevando sin falta las estrategias que venían aplicando para mantener vivo el interés de profesores y estudiantes como: la divulgación permanente y por todos los medios virtuales y físicos de la serie de cuadernillos de sistematización, una campaña de constante información en medios virtuales de las novedades derivadas del proceso de aplicación, participación de representantes del CC en varios eventos académicos dentro y fuera de la universidad para difundir el modelo con los magníficos logros del proceso. En el mes de septiembre de ese 2001 se incorpora un nuevo actor al CC en calidad de representante de los egresados, el doctor Luis Fernando Ruiz, Coordinador Médico del Hospital la María²⁹ y cofundador del programa de bioingeniería de la misma universidad, el único actor que permanece activo en el CC hasta la fecha. Su elección para ocupar este cargo se debió a su experiencia adquirida con el diseño y puesta en marcha del innovador programa de bioingeniería que le daba un importante conocimiento en el campo de las nuevas tecnologías y estrategias de pedagogía y didáctica que debían ser parte del nuevo plan de estudios³⁰. El CC en esa fase de institucionalización del nuevo currículo se alió con el comité de carrera a cargo de supervisar el acatamiento en las tareas cotidianas de los niveles meso y micro curricular.

²⁹ En Acta 30 del 24 de agosto del 2001 se anuncia la decisión del decano de su ingreso, comienza a asistir a partir del 5 de octubre del 2001: conforme al Acta 38.

³⁰ Entrevista llevada a cabo el 6 de septiembre del 2013 en el edificio Parque de la Vida, Facultad de Medicina.

Sin embargo para agosto de ese mismo año el CC reconoció un salto en la dinámica que pasó “de un proceso con invitados, nacionales e internacionales y debates amplios, a una fase donde nos hemos desgastado en lo logístico y teórico”³¹. Un hecho fundamental que revitaliza el agonizante esfuerzo en ese momento del proceso y consolida la credibilidad y el poder del CC disipando desánimos y resistencias que fueron asomando en esta fase fue la decisión de programar dos talleres de capacitación en la metodología del ABP bajo el liderazgo del pediatra chileno-canadiense y profesor de la Universidad de *Mc Master* de Canadá José Venturelli. En dos visitas que hizo entre los años 2001 y 2003, la primera de 15 días de duración en octubre del 2001 le imprimió el impulso definitivo para reanimar el proceso de institucionalización del nuevo currículo que sigue devoto de esta estrategia en particular hasta el momento actual. Así lo declararon algunos profesores entrevistados:

[...] en ese momento digamos que yo veía las cosas si se quiere un poco nebulosas, no veía claro la metodología que se estaba llevando para ese cambio [...] Sin embargo, -eh-, entonces, todo sufrió un cambio sustantivo cuando vino el doctor Venturelli; digamos que mostró claramente cuál era el camino, y el camino yo creo que se resumía en una cosa muy simple, y era la integración; cuando estoy hablando de integración, estoy hablando que cuando yo veo un paciente yo pongo en práctica mi forma de comunicarme, yo manifiesto cual es mi respeto por ese paciente, yo pongo en ejercicio todo mi conocimiento médico, yo llego a un diagnóstico, yo llego a un tratamiento y llego a unas recomendaciones; entonces, digamos que ahí fue donde a mí se me quitaron las vendas de los ojos y dije claro, estamos en cierta medida equivocados en la forma de aplicar lo que estamos aplicando [...] Entonces con Venturelli aprendí eso, que la integración la hace es realmente el alumno y el alumno es el que tiene que ir a resolver sus dudas, y el docente se vuelve una persona estimuladora del estudiante, pero no es la persona que le da la última palabra, ni la última verdad a estudiante, que eso rompía radicalmente con lo que veníamos haciendo [...]³².

[...] el ABP fue como la bandera que todos cargábamos en el bolsillo, si le fuéramos a poner nombre, la reforma del ABP³³, algunos soñábamos que con esto se iban a empoderar los

³¹ CC: Acta 30 del 24 de Agosto del 2001.

³² Tomado de la transcripción de la entrevista a un docente del Departamento de Ginecología y Obstetricia por la autora en su oficina el 9 de septiembre del 2013: 1.

³³ El acento lo marca la autora

estudiantes, y los estudiantes se encargarían de cambiar la Facultad, porque necesariamente de los estudiantes surgirían los nuevos administradores³⁴

Yo creo que hubo mucho énfasis pedagógico, mucho énfasis en reflexionar sobre lo pedagógico, las didácticas, también se señalaba, mire, no podemos estar discutiendo el cómo se va a llegar a los estudiantes, sino acerca de qué se va a tener en la formación, entonces yo creo que sí hubo tópicos que se trabajaron, [...] pero sobre estos modelos referentes creo que si habían unos modelos como el de José Venturelli, de la Universidad de *Mc Master* se mencionaba mucho acá³⁵.

Aunque la metodología del ABP está plenamente incorporada en el nuevo currículo como lo evidencia la programación de al menos un ABP por semestre a lo largo de los primeros 12 y con planes de incorporar uno más en el último semestre (Villegas, et al, 2007: 432). La dinámica en que devenía el proceso de implementación sufrió una alteración importante con el cambio de decano de la Facultad de Medicina y la designación del saliente decano como rector de la misma universidad en el año 2002. Las elecciones para decano enfrentaron a los miembros del CC en dos bandos.

De un lado estaba de candidato al cargo de decano el doctor Juan Fernando Gómez respaldado por sus amigas las doctoras Lugo y Olaya. Del otro lado estaba el doctor Luis Javier Castro Naranjo a cargo del vicedecanato durante el gobierno de Uribe Correa. El desconocimiento que ese proceso de elección hizo con el resultado de la consulta entre el profesorado y estudiantado indicando mayor aceptación del primer candidato el ente decisor CSU se lo otorgó arbitrariamente al doctor Castro Naranjo detonó las renuncias y distanciamiento del proceso por parte de los primeros. Desde ese momento, el CC comenzó a perder fuerza y protagonismo que aún hoy no recupera. La profesora Elsi Olaya se jubiló y trabaja en la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín y

³⁴ Tomado de la transcripción de la entrevista a un docente jubilado del Departamento de Pediatría y Puericultura el 28 de Octubre de 2013 en la casa de la autora: 3.

³⁵ Tomado de la transcripción a una docente exintegrante del CC en su oficina el 10 de Octubre del 2013:9

la profesora Luz Elena Lugo siguió vinculada a la universidad pero se encuentra dedicada a liderar un grupo de investigación en la Sede de Investigación Universitaria (SIU).

Sin embargo, a pesar de estas importantes pérdidas el nuevo currículo siguió abriéndose paso con muy poca resistencia de profesores y estudiantes. Para ese momento los códigos ideológicos emergentes facilitaron que aquellos pocos docentes que no ocultaron su escepticismo emitiendo constantes críticas al nuevo currículo, fueron quedando por fuera y marginados en virtud de su avanzada edad con desactualizada y limitada destreza en el uso de las nuevas tecnologías y estrategias didácticas ya para ese momento imprescindible para desempeñar una labor docente. Esos que trataron de elevar conciencia sobre la relación que este cambio curricular podía tener con un efecto de potenciación y aceleración de la instauración en el país del proyecto neoliberal con desmonte del débil estado social de bienestar y derecho que habían conquistado con tanto sacrificio y muertes de algunos importantes líderes académicos en el campo de la formación médica y la salud como Héctor Abad Gómez y Leonardo Betancourt fueron estigmatizados por el grupo que ostentaba la hegemonía del poder en el nuevo mapa institucional como perdidos y desubicados en la nueva era del cambio porque actuaban como “filósofos de débil capacidad argumentativa”³⁶ durante los debates.

En junio del 2005 fue designado como decano de la Facultad de Medicina un joven profesor de anestesiología; el doctor Elmer Gaviria quien permaneció reelegido en el cargo desde ese año hasta octubre del 2014. Momento en que su vicedecano el psiquiatra Carlos Palacio ganó la consulta para el cargo de decano con más de 400 votos de diferencia frente a su contendor: el neurólogo infantil

36 CC: Acta 23 1 de Junio, 2001.

José William Cornejo Ochoa. A pesar de que éste último actor contaba con importante reconocimiento en el ambiente académico y universitario no solo por su destacado desempeño académico sino por su prestigio adquirido por una férrea posición crítica y de oposición con la reforma a pesar de haber sostenido una cercana amistad con los rectores líderes de la reforma: Jaime Restrepo Cuartas y Alberto Uribe Correa en los años de agitación política y de simpatía con el MOIR. Su propuesta de gobierno de la Facultad defendía rescatar una perspectiva humanista que recuperara algunas de las prácticas médicas provenientes de los modelos pedagógicos de origen de la institución médica moderna como: tradicional (anatomo-clínico), *flexneriano* y social alineadas con corrientes sociopolíticas de histórica resistencia y lucha contra la privatización y mercantilización de la medicina. Sin embargo, no halló eco en la comunidad universitaria ni en el CSU que presidía su amigo Alberto Uribe.

Así, la reforma se llevó a cabo sin mayores tropiezos hasta el día de hoy con graduación de más de 15 cohortes de egresados superando con creces otro desafío más de la imperiosa globalización. El Ministerio de Educación para cumplir con el requisito de estandarizar la evaluación de los resultados de la formación médica en el país ha venido aplicando unas pruebas de medición del desempeño y aprendizaje de los alumnos del último año de medicina. Los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia han conservados los primeros lugares del ranking de estas pruebas antes y después de la renovación. Igualmente, la institución renovada ha obtenido la acreditación por el mismo ente gubernamental, por la red Iberoamericana de facultades de educación médica acrecentando su prestigio en las esferas local, nacional e internacional.

Es importante mencionar que en agosto del 2001 cuando recién comenzaba la aplicación del nuevo currículo la Facultad de Medicina ocupó el quinto lugar de los Exámenes de Calificación de

Educación Superior en Medicina (ECES) lo que desencadenó una campaña de desprestigio por parte del doctor Ignacio Vélez Escobar, un prohombre representante de las élites de la sociedad antioqueña y colombiana, ex rector de la Universidad de Antioquia y ex decano de su misma Facultad de Medicina en la década de los cuarenta y cincuenta del siglo XX. Su prestigio nacional e internacional lo conquistó por haber sido quien importó el modelo *flexneriano* a esas instituciones durante su gobierno. Su campaña para desacreditar dicho esfuerzo la inició con la publicación de un artículo en el periódico local El Colombiano con fuerte crítica a esta reforma haciendo una férrea defensa de su gestión durante las década en que logró modernizar la institución que ahora pretenden botar al traste la actual dirigencia de la misma (El Colombiano, 17 de octubre del 2001)³⁷. Sin embargo, este opositor también cayó de rodillas con derroche de elogios a este nuevo programa curricular cuando el decano Elmer Gaviria lo condecoró durante el aniversario 140 de la Facultad de Medicina en el año 2006³⁸.

En lo que respecta al impacto de la reforma en los escenarios de práctica queda perfectamente ilustrado con las siguientes palabras de uno de los rectores:

Acá el hecho de que se hubiera preservado el Hospital San Vicente de Paúl como tal, fue lo que permitió que realmente no se acabara. El Hospital hizo después unas grandes reformas que impidieron que la Universidad siguiera controlándolo como la hacía antes; en un comienzo éramos los profesores los que éramos los jefes de departamento y controlaban el Hospital, pero nosotros controlábamos el hospital sin pensar en lo económico, porque como el Gobierno salía cada año a cubrir el déficit del Hospital San Vicente –era muy patriarcal la forma de manejar el Hospital-, y este terminaba con un déficit de 5 mil o hasta 15 mil millones de pesos y el Gobierno salía y entregaba la plata y se resolvía el problema económico del hospital, y nosotros atendíamos los pacientes más haciendo docencia que resolviéndole los problemas económicos al Hospital, a nosotros no nos interesaba que el paciente pagara, ni que el Hospital recuperara los recursos y a nosotros no nos importaba que los pacientes estuvieran hospitalizados ocho días, porque necesitábamos mostrárselo a los estudiantes, porque tenía

³⁷ Situación discutida en el CC como consta en el Acta No. 40 del 19 de octubre del 2001.

³⁸ Periódico El Mundo, 20 de diciembre del 2006.

una enfermedad rara o algo, a nosotros lo que nos importaba era que ese paciente sirviera para la docencia, y por tanto no estábamos interesados en operarlo muy rápido, ni en ser ágiles, un paciente podía demorarse 15 días en una cama, no había pues ese tema de eficiencia que se maneja hoy en día a partir de la Ley 100.[...]

Por eso es que el Hospital tiene que entrar a quitarle el poder a la Universidad, nombrar sus propios jefes de departamento y establecer ya en el marco de la Ley 100 el tema de que todo hay que facturararlo, si el Hospital no hace ese cambio hubiera terminado como el Hospital San Juan de Dios

[...] se presentó la oportunidad de comprar la Clínica León XIII –la compró la Universidad al Gobierno- y en eso nos ayudó mucho el presidente Álvaro Uribe [...]

Había que crear la IPS Universitaria, obviamente eso fue una pelea con al hospital muy dura, porque el hospital decía pues cómo nos van a crear competencia, entonces, vamos a sacar la Universidad de acá; entonces nosotros entramos a manejar eso con prudencia y dijimos que era solo para atención de primero y segundo nivel, es solamente para atender profesores y estudiantes, si quieren, -le propuse al hospital-, sean socios de nosotros, hagámoslo juntos, creemos esa IPS entre el Hospital San Vicente de Paúl y la Universidad de Antioquia y nosotros les transferimos 3er y 4to nivel pero hacemos 1ro y 2do que ustedes no lo tienen y ellos lo consideraron, -, entonces lo cierto del caso es que nosotros creamos la IPS y aunque eso en un principio era difícil; sin embargo, esa idea se fue imponiendo, ya la IPS comenzó a venderle servicios a las EPS ya estábamos en el marco de la Ley 100.

Así en medio de un irreparable divorcio acentuado por las mismas reformas en los sectores de salud y educación que este mismo proceso local ayudó a legitimar se dificulta cada vez más el acceso de estudiantes a los escenarios de prácticas clínicas y quirúrgicas en las EPS e IPS del país. Escenarios imprescindibles para la formación médica que han sido reemplazados con estrategias didácticas que eximen al profesor y al estudiante de un vínculo presencial como ocurre con la simulación virtual y el ABP, pero que requieren más de unos expertos con formación sólida en pedagogía y en el manejo de las metodologías (Villegas, et al, 2007: 433). Lo preocupantes es que estas metodologías han ido desplazando aquellos maestros sobresalientes por su vasto conocimiento disciplinar y experiencia personal, conciencia política y de destacada cultura general que resultan ya no solo amenazantes para el orden nuevo que se pretende consolidar y proteger en defensa de los intereses neoliberales sino altamente costosos para la institución que debe competir con medidas

costo-efectivas como la disminución de una nómina excesivamente onerosa por causa de una masa profesoral altamente cualificada.

Así, la Facultad de Medicina imprimió el molde para un camino seguro del cumplimiento de las metas de costo efectividad, costo eficiencia y competitividad que propone una reforma estructural de tinte neoliberal. Las evaluaciones del ABP por parte de estudiantes arrojan como falencias del método de enseñanza un excesivo esfuerzo para el logro de las competencias teóricas y cognitivas con marcada desarticulación de la práctica, pidiendo que este método se complemente con prácticas académicas alrededor de los pacientes en los escenarios reales de práctica clínica-quirúrgica (Villegas, et al, 2007: 434).

En el año 2013 se realizó la autoevaluación del nuevo currículo, sus resultados aún están en proceso de procesamiento y análisis. Sin embargo una de las docentes involucradas en este proceso hizo las siguientes reflexiones sobre la base de algunos resultados que dicho proceso ha arrojado sobre cuestiones que tienen que ver con el objeto de estudio de esta tesis:

[...] nos casamos como con ese concepto en las competencias y ¿por qué?, ¿qué sentido tiene?, ¿no será que estamos reforzando ese sentido de sacar al otro y no de solidarizarnos y de cooperarnos, y del trabajo en grupo?; yo sí me hago esas preguntas [...] yo defendía el concepto de la competencia y cuando yo estaba en el comité (CC) entonces sí es que hay que definirla de una manera integral, pero yo creo que hay que replantearse y reformularse [...] sin embargo nos faltaba era como profundizar y armar un grupo, un colectivo más allá de esa iniciativa individual, nos centramos mucho en el estudiante –que eso fue positivo- pero nos quedó el vacío de mirar al otro que quedó marginal, al paciente, a las comunidades.. seguimos pensando en términos de competencias, eso no lo hemos podido borrar, nos dejamos meter, o más bien nos dejamos influir, o nos acogimos, o lo asimilamos [...] porque si hubo el tema de la Ley 100, la reforma a la salud, fue un tema que se tocó mucho, sobre eso sí se reflexionó bastante, se cuestionaron las políticas públicas centradas en el factor económico, cómo las políticas públicas no estaban centradas en el derecho a la salud como un asunto fundamental para mejorar el acceso de toda la población, e incluso en los fundamentos curriculares se acogía la atención primaria con un enfoque vigente, que eran necesarios y que debían marcar

el trabajo curricular en los fundamentos curriculares si quedó reconocida la atención primaria en salud y haciendo un énfasis en los principios -que se defiende allí-, de justicia, de equidad y eso sí se trabajó, se elaboró, quedó plasmado en el currículo- otra cosa es que no hayamos sido consecuentes con eso, porque allí se defendía la necesidad de un acercamiento a la comunidad y mire que el trabajo con la comunidad está muy fraccionado³⁹.

Se concluye este acápite con testimonios de una de las docentes del departamento de Medicina Preventiva y de varias egresadas de las primera, sexta, novena y onceava cohortes del nuevo currículo en donde narran así el desenlace final del proceso de renovación:

[...] eso denota que no hay digamos un curso que se deba seguir no hay una línea, porque como aquí hay libertad de cátedra, yo veo otra cosa. A mí me preocupa cuando nosotros hicimos todo este cambio curricular todos nos entregamos, nos metimos, peleamos, funcionamos [...] cuando ya se implementó y toda la cosa hubo un cambio en la lógica administrativa y yo pienso que eso es interesante también, la administración actual es una administración muy administradora, muy poco pedagógica, es muy gerencial entonces yo pienso que además de que se necesitaban esos procesos se descuidó la parte del currículo y yo creo que eso es como cualquier proceso social, [...]eso se cae y entonces ya se instaló y empezó hacer fuerza a la parte administrativa y gerencial [...] A la autosuficiencia, a la sostenibilidad a tener una facultad más moderna, más tecnológica⁴⁰.

[...] uno veía que había gente embolatada entre el currículo nuevo y el viejo, que habían como falencias –muchas gente decía: bueno y esto falta del viejo, entonces pongámosle esto-; entonces siempre escuchó uno como esa dicotomía y esa diferencia entre los dos currículos [...] en clínica incluso cuando ya dejaron de recibir gente del viejo currículo, porque nosotros ya no rotábamos con gente del viejo currículo y aun así a uno lo comparaban con gente del viejo currículo [...] a la larga siento que aprendí lo que necesitaba que aprender y que me dio las herramientas que necesitaba⁴¹.

A manera de síntesis, la reforma curricular se puso en marcha con poca resistencia. Sin embargo, enfrentó un momento de tensión generada por unos actores que se oponían a dicha

³⁹ Tomado de la transcripción a una docente exintegrante del CC en su oficina el 10 de Octubre del 2013:12-14.

⁴⁰ Tomado de la transcripción de la entrevista a la docente en su oficina el 15 de octubre del 2013: 18.

⁴¹ Apartes tomados de la transcripción del grupo focal realizado por la autora a egresados de primera, sexta, novena, y onceava cohortes del nuevo currículo el 12 de octubre del 2013 en aula de la HISVP: 4, 9, 13.

reforma al ver que la incorporación de las nuevas estrategias pedagógicas y ambientes de aprendizajes enmascaraba el interés neoliberal que buscaba resolver dos obstáculos que hasta ese momento había impedido su materialización. De un lado, era necesario liberar los escenarios de práctica (las nuevas IPS en el marco de la Ley 100 de 1993) de las exigencias académicas que precisaba la formación médica que seguía los modelos tradicionales: el anatómico-clínico europeo y el *flexneriano* norteamericano. De otro lado, era necesario reducir gastos que el Estado tenía que invertir en una la institución de educación superior pública para cubrir una robustecida nómina salarial y carga pensional más que todo por la vinculación de profesores. Mediante códigos ideológicos englobados en el nuevo modelo pedagógico como: las competencias y estrategias para el aprendizaje “auto-dirigido” por parte del estudiante como el ABP, la incorporación de las tecnologías entre otras semipresenciales, se logró silenciar a estos actores que rápidamente fueron estigmatizados y marginados del proceso por no lograr demostrar actualidad y destreza en las nuevas tecnologías y estrategias didácticas. Así, el proceso de renovación curricular fue despolitizado y descontextualizado con sorprendente sintonía con y conveniencia para el interés neoliberal que estuvo permanentemente actuando detrás del mismo.

3.9 Códigos ideológicos emergentes en la renovación curricular de la formación médica

Tres códigos ideológicos englobados en el campo de la pedagogía y la didáctica emergieron a lo largo del relato de este capítulo revelando otras estructuras básicas con las que se mejora la conducción y difusión de la práctica discursiva que conjugan las estrategias de medicalización con las pedagógicas y didácticas facilitando aún más el papel de coordinación y regulación de unas RRS históricamente configuradas a conveniencia del capitalismo y repotenciadas en medio de un expandido interés economicista y eficientista del proyecto neoliberal que ha logrado un lugar

preponderante dentro del fenómeno de globalización y de reformas estructurales cumpliendo un papel rector de la reforma educativa que en esta universidad se adelantó con la ayuda del argumento discursivo de la inevitable inserción imperativa al mercado global. Así se incorporaron en las rutinas cotidianas de las personas que venían cumpliendo con la tarea de formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia estos nuevos códigos ideológicos que solidificando aún más las petrificadas bases institucionales que soportan la formación médica y las perspectivas predominantes en las políticas públicas de Colombia y de la región de Latino América. En medio de un esfuerzo mancomunado para romper la histórica tradición en una de las instituciones que más se mantiene atada a ella.

En primer lugar, salió a relucir una acusación constante de que la crisis que enfrentan la institución médica y el gremio médico actualmente es por causa del modelo *flexneriano*. En todos los textos analizados y en las voces de las personas contactadas a lo largo de este proceso de indagación etnográfico dicho modelo salió a relucir como el argumento más poderoso que justificó la necesidad del cambio en la carta política de la universidad y de la Facultad. A éste modelo se le inculpan todos los estragos que generó semejante crisis en todas las dimensiones y sectores relacionados con la salud y la educación en particular porque claramente detenta: “altos costos, ineficiencia y baja calidad, inequidad en accesibilidad a servicios”, ineficiencia principalmente por “descompensada relación costo beneficio”, no aceptación y legitimación por población usuaria que se devana entre confianza y duda del modelo médico moderno y una consecuente baja calidad en la atención médica (Gómez, et al, 1998: 48).

El discurso reificador de este modelo apela la perpetuación de rasgos que lo hacen imposible cumplir la formación médica en un contexto con creciente limitación de los recursos y marcado

repliegue del estado. En primer lugar, este modelo desarrollaba la formación médica en medio de una serie de circunstancias que lo han estancado para poder competir en el mundo globalizado porque: exige unos requisitos mínimos para el ingreso de estudiantes amenazando la garantía de selección de los que auguran un desempeño con excelencia, en tiempo mínimo de estudios, marcada división entre las ciencias básicas y las clínicas, alto número de profesores con vinculación de tiempo completo, contar con un hospital universitario administrativamente dependiente de la universidad y por poco optimizador de recursos, elevada cualificación y reconocimiento con justa remuneración del nivel de excelencia del profesorado con derroche de investigación clínica. El centro medular de este modelo estuvo en el análisis fisiopatológico para crear capacidades que reclaman conocimientos para reparar el daño estructural y la alteración funcional de unos órganos sin considerar el impacto en otras dimensiones como la afectiva y social del ser humano y poco interés en la prevención con racionalización con enfoque de riesgo. Sin embargo, reconocen que hasta que apareció la Ley 100 del 1993 el modelo fue suficiente porque el perfil del egresado demostraba pródica capacidad para asumir decisiones terapéuticas exclusivamente en ámbitos ambulatorio y hospitalario (Ospina, Manrique-Abril, Martínez-Martina, 2012:125).

A medida que avanzó el proceso este código fue adquiriendo tal grado de autonomía e independencia que logró enfocar la atención de todos los actores institucionales en la búsqueda de un modelo alternativo quedando por fuera del foco la larga historia de aciertos y desaciertos de la configuración del modelo que debía cambiarse a toda costa, así como los contextos conflictivos locales, nacionales, regionales e internacionales en que emergió el nuevo modelo y en el que devinieron las reformas estructurales que enmarcan este proceso local de renovación de la carta de navegación de esta institución. Con el modelo antecesor como blanco de sus ataques la gente fue dejando a un lado sus propias preocupaciones, temores y malestares en sus mundos cotidianos,

familiares, profesionales y comunitarios que les pudiera despertar la sospecha de que el cambio institucional deviniera en unas condiciones de precarización salarial y deterioro de su salud ocupacional directamente relacionadas con el impacto sociopolítico y económico que en el país ha venido produciendo las reformas estructurales y la globalización.

En segundo lugar, apareció un código ideológico estructurado en torno al modelo pedagógico reforzando más la labor de coordinación del código de rechazo contra el perverso modelo *flexneriano* que debería ser combatido al costo que fuera para la comunidad académica. En este marco la pedagogía adquiere relevancia con una definición de Tarcliff que se recicla en una publicación sobre el análisis a los procesos de renovación curricular en programas de ciencias de la salud y su influencia en las prácticas pedagógicas de los docentes en Colombia:

El conjunto de los medios empleados por el docente para alcanzar sus objetivos en el ámbito de las interacciones educativas con los alumnos. En otras palabras, desde el punto de vista del análisis del trabajo, la pedagogía es la “tecnología” utilizada por los docentes en relación con su objeto de trabajo (los alumnos), en el proceso del trabajo cotidiano, para obtener un resultado (la socialización y la instrucción) (Daza, 2010:78).

Es importante saber más de la historia de configuración de este código. En ese caso sirve el artículo del pedagogo que fungió como asesor del CC en la Facultad de Medicina, Alberto Duque en el que hace un recuento histórico sobre la emergencia del discurso pedagógico (Duque, 1997). Comienza con una aclaración para distinguir su aparición en la etapa medieval sin aparente vínculo entre la educación, la producción y la división de trabajo característica de la modernidad, pues en esa etapa histórica su función era únicamente la transmisión de prácticas manuales al interior de la familia y en algunos cerrados gremios, por fuera de la educación y de la transmisión de prácticas mentales. En ese período solo los monasterios integraban las prácticas manuales y cognitivas a mitad

del siglo XX lo hacían los KIBUTZ de Israel. De otra parte, ya para el siglo XIX con la expansión del capitalismo en las colonias comienza el vínculo entre educación y producción sin mucha claridad sobre la relación de este vínculo con la emergencia de instituciones de instrucción: “*denominational schools*” inicialmente gobernadas por sectas religiosas particulares hasta que pasaron a ser del Estado cuando decreta la obligatoriedad de la educación (Duque, 1997:19). En ese momento la educación era asumida como medio para crear una fuerza de trabajo dócil, sobria y socializada en la nueva moralidad de la fábrica.

En la mitad del siglo XX con la expansión del capitalismo de producción se fortalece el vínculo entre los sectores de educación y producción en virtud del desarrollo tecnológico de control de producción: electrónica, computador y bioingeniería a través de “la ideología de la movilidad a través de la educación y de la educación como medio que ofrece oportunidades iguales” (Duque, 1997:20). Ahí, surge el interés generalizado de “mantener las relaciones estructurales entre grupos de clase, pero cambia la relación estructural entre individuos por el éxito y el fracaso selectivos” consolidando un código ideológico a partir del vínculo entre educación y producción, alimentado por la igualdad de oportunidades y de movilidad mediante la educación, especialmente para los grupos minoritarios (Duque, 1997:21). El inseparable vínculo entre educación y producción resulta cada vez más crucial con intensificación de la globalización y la pos modernidad ante los retos que les depara el surgimiento del desempleo, la revolución de las nuevas comunicaciones, el incremento de la competencia internacional, y la fuente del fracaso de la economía y de sus desarrollos atribuido al fracaso de la educación al no proporcionar ésta las habilidades relevantes (Duque, 1997:21).

Surgen dos tendencias opuestas en la pedagogía: de un lado, la introducción de nuevas habilidades y de la línea divisoria entre trabajo mental y manual sin detener una complejidad en la

división social del trabajo que resulta desgastante para las personas por el acelerado control del proceso de producción al ritmo de los computadores; y del otro, con la importancia que adquirió la vocación en la educación se estrecha el vínculo entre el currículo y el campo económico, en todos los -niveles de la educación (Duque, 1997: 22). En esta historia el currículo toma sentido en las dos tendencias como “proceso que interpreta un entorno social con sus valores y su dinamismo vital” y como medio para trascender cuando es significativo, cercano, familiar, amable que trascienda, o al menos proporcione transcendencia; deberá ser significativo, próximo, familiar, amable, e inteligible (Duque, 1997:25). Solo es posible cuando el mismo deja su consistencia pétrea para pasar a ser “abierto, flexible y pertinente, a fin de quitarle su lastre consuetudinario” (Duque, 1997: 26). Es claro que este código ideológico pasa a ser parte constitucional de las RRS reveladas por Dorothy Smith (2005) descritas en el capítulo anterior. Así, con estos elementos discursivos es fácil allanar un camino hacia una generalizada idea de que un acertado modelo pedagógico hace posible superar las crisis institucionales y sociales, -contradictoriamente detonadas por las políticas de ajuste estructural-, redundando en mejora de la capacidad de respuesta institucional a las problemáticas sociales actuales por causa de la no inserción a la globalización.

El último código ideológico que emerge en este capítulo es el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Sin duda, con este código se materializan las RRS que coordinan las labores cotidianas de la gente inmersa en los sectores de educación y salud para suplir los intereses económicos del mercado regulado por un exacerbado capitalismo merced de la globalización y la instauración del modelo de Estado neoliberal por parte de las reformas estructurales en el país y en gran parte de los países de la región de América Latina. Un programa curricular que se base fundamentalmente en este tipo de estrategias sin lugar a dudas contribuye a la reducción de costos y superación de las

dificultades para cumplir con intereses de las dos instituciones que se renuevan para poder funcionar enmarcadas en la lógica empresarial.

De un lado, reduce gastos representados en honorarios y carga pensional del profesorado en la institución educativa y del otro lado, alivia a las IPS de las dificultades que les representa un escenario que privilegia la docencia y asistencia humana sobre la rentabilidad. Así, con este método se facilita la confluencia de intereses entre los dos campos: -el universitario y el de la práctica clínica en instituciones de salud que Jarillo ha identificado como cuello de botella porque impide que la formación médica supere la predominancia de la forma de dominación tradicional que la mantiene subsumida ante intereses ajenos a la misión académica y científica en México (Jarillo, 1999).

Sin embargo, la configuración de un nuevo modelo curricular que gira en torno a esta metodología extranjera sigue alimentando un camino de configuraciones histórico en el campo de la formación médica que no se logra desprender de la costumbre de importar modelos ajenos a las realidades y necesidades propias del país mientras que con ello solo se consigue magnificar el impacto negativo que la implementación de reformas estructurales para consolidar los intereses del capitalismo neoliberal vienen causando en las condiciones laborales del profesorado. Además las mismas y sus modelos importados impiden mantener una coherencia entre escenarios de prácticas y de aprendizajes con los principios éticos y misionales de la profesión médica que mientras que las colman con nuevos requerimientos de formación derivados de las reformas del sistema de salud que se vienen adelantando en el país y en la región de América Latina que vienen que la hacen replegarse más aún a los intereses del mercado (Bohórquez y Gutiérrez, 2004, Daza, 2010, Ospina, Manrique-Abril y Martínez-Martina, 2012).

3.10 Síntesis

Este capítulo reconstruyó la dinámica sociopolítica que dio origen al cambio curricular en la formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en el período comprendido entre 1997-2013 sin perder de vista en el análisis las posibles repercusiones que ello tuviera en materia de DSR de adolescentes. A lo largo del relato se logró la caracterización de actores involucrados en dicha dinámica así como en los intereses, recursos discursivos movilizados, conflictos y confrontaciones surgidas en relación a los puntos de vista y experiencias cotidianas alrededor de la función institucional de formación médica, sin olvidar la relación que tienen estos procesos con las reformas estructurales neoliberales adelantadas en la región de América Latina en las últimas tres décadas en medio de una intensificación del fenómeno de globalización.

En el análisis relacional de la dinámica sociopolítica de esta reforma curricular particular con los procesos mencionados se descifraron similitudes entre los intereses y puntos de vista de actores involucrados en ella con las perspectivas y enfoques que mantienen el dominio en el contexto conflictivo en que han transcurrido las reformas educativas (Martinic, 2001, Guzmán, 200, Gorostiaga y Tello, 2010) y de salud (Hernández-Álvarez, 2009, Almeida y Arouca, 2012) de la región de América Latina. Se mantuvo la tesis de que los intereses que impulsaron las reformas de educación y salud que enmarcaron el proceso local quedaron reflejados en la contienda sociopolítica que determinó los procesos de formulación y puesta en práctica de la nueva carta curricular que en últimas, obedeció a los mandatos de las políticas de ajuste estructural impuestos por la banca internacional (Guzmán, 2005, Chaves-Pulido, et al, 2010, Gorostiaga y Tello, 2010) encaminadas a “un cambio cultural y organizacional institucional con renovación de contenidos, prácticas y relaciones entre los actores que se implican en ellas” de manera tal que esta dinámica sea capaz de

“amplificarse hacia un proceso social y comunicativo de mayor envergadura” con el fin de normalizar el ajuste en todas las esferas y estructuras sociales (Martinic, 2001:18).

A lo largo del relato de esta historia las distintas voces nos remiten-consciente o inconscientemente-, a pensar en una permanente relación causal del proyecto político neoliberal con la imposición y preeminencia de las perspectivas aliadas con el interés economicista y eficientista que lo impulsa. Al final, sobrenadaron los códigos ideológicos que reciclan los discursos reformistas que potencian las RRS históricamente configuradas para conveniencia del modelo de Estado-nación capitalista en su función coordinadora más potenciada para reproducir prácticas discursivas que sintonicen con los intereses neoliberales. Con ellos se sigue enmascarando una realidad que abarca cada vez más una creciente proporción de adolescentes y jóvenes en el país y en la región de América Latina que ven esfumados sus sueños de poder abandonar una vida de marginalidad con creciente deterioro en su calidad y en su salud por causa de la omisión que mantiene el nuevo modelo de Estado con la desigualdad, injusticia e inequidad social. Realidad que han venido desenmascarando varios intelectuales, activistas y académicos del país demostrando el impacto social profundizador de las inequidades y desigualdades del proyecto neoliberal y que ni estas reformas educativas (Pulido-Chaves, Heredia y Ángel, 2010) ni de salud (Hernández-Álvarez, 2000, Vega-Vargas, Eslava-Castañeda, Arrubla-Sánchez, Hernández-Álvarez, 2012) logran contener.

Tres códigos ideológicos englobados en el campo de la pedagogía y la didáctica emergieron a lo largo del relato de este capítulo que revelan otras estructuras básicas con las que se mejora la conducción y difusión de la práctica discursiva que conjugan las estrategias de medicalización con las pedagógicas y didácticas facilitando aún más el papel de coordinación y regulación de unas RRS históricamente configuradas a conveniencia del capitalismo y repotenciadas en medio de un

expandido interés economicista y eficientista del proyecto neoliberal que dirigió la reforma educativa con la ayuda del imparable proceso de expansión por el fenómeno de la globalización. Así se incorporaron en las rutinas cotidianas de las personas que venían cumpliendo con la tarea de formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia estos nuevos códigos ideológicos que solidificaron aún más las bases institucionales que soportan la formación médica y las perspectivas predominantes en las políticas públicas de Colombia y de la región de Latino América. En medio de un esfuerzo por romper al fin con la práctica discursiva que reproduce los modelos tradicionales de educación médica por parte de una institución que permanece férreamente atada a la tradición que dio origen a la institución médica y gremio médico que tanto históricamente como actualmente sigue de espaldas sin responder a las necesidades reales que las poblaciones más marginadas requieren, entre ellas la población adolescente y juvenil,

En primer lugar, salió a relucir una acusación constante de que la crisis que enfrentan la institución médica y el gremio médico actualmente es por causa del modelo *flexneriano*. Con su reificación (Honneth, 1997) lograron desviar la atención de los incrédulos sobre la idea de que era perentorio eliminar este mal. Así se pudo despolitizar y descontextualizar el debate que al interior de la dinámica sociopolítica algunos actores habían intentado polarizar la contienda alrededor del papel determinante de los intereses de las reformas estructurales con serias implicaciones en la calidad de la formación médica y en las condiciones laborales del profesorado. Así, a éste modelo se le inculpan todos los estragos que generó la crisis en todas las dimensiones y sectores relacionados con la salud y la educación en particular por “sus altos costos, ineficiencia y baja calidad, inequidad en accesibilidad a servicios, ineficiencia principalmente por “descompensada relación costo beneficio”, no aceptación y legitimación por población usuaria que se devana entre confianza y duda del modelo médico moderno y la baja calidad en atención (Gómez, et al, 1998: 48).

En segundo lugar, apareció un código ideológico estructurado en torno al modelo pedagógico reforzando aún más la labor de coordinación del código que reificó el modelo *flexneriano*. Un vínculo inseparable entre los campos de educación y producción configurados en los últimos tres siglos adquiere total relevancia en el contexto de las reformas en medio de una intensificada globalización y pos modernidad. Los retos que les depara a éstos campos junto con el profesional médico que egresa es el surgimiento con progresivo aumento del desempleo, la revolución cultural y social que traen las nuevas tecnologías de comunicaciones, el incremento de la competencia internacional que impone el mercado potenciado por la globalización, y la fuente del fracaso de la economía y de sus desarrollos atribuido al fracaso de la educación al no proporcionar ésta las habilidades relevantes para su inserción exitosa en el contexto descrito. La ilusión que fue generalizada con este proceso de renovación de que dar al fin con un acertado modelo pedagógico podrían surgir las alternativas de solución a todos estos retos.

El último código ideológico que emerge en este capítulo es el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Sin duda, con este código se materializan las RRS que coordinan las labores cotidianas de la gente inmersa en los sectores de educación y salud para suplir los intereses económicos del mercado regulado por un exacerbado capitalismo en virtud de la globalización con la propulsión y la instauración del modelo de Estado neoliberal por parte de las reformas estructurales que se vienen adelantando en el país y en gran parte América Latina. Un programa curricular que se base fundamentalmente en este tipo de estrategias contribuye a la reducción de costos y a la superación de las dificultades que han impedido que estas instituciones públicas se inserten competitivamente en el mercado globalizado adecuadamente enmarcadas en la lógica empresarial.

El proceso y modelo curricular que instauró esta emblemática institución no solo en la formación médica sino en la educación superior abrió el camino que legitimó, institucionalizó y consolidó el proyecto neoliberal en el país y en la región de América Latina. Así con la ayuda de estos códigos ideológicos para reciclar las RRS que median las prácticas discursivas configuradas sólidamente a lo largo de una larga historia en esta institución perfectamente atada a la tradición que le concedió un prestigio en las esferas local, nacional e internacional. También estos códigos resucitaron la ilusión que en el pasado despertaban términos como “estabilización”, “modernización”, “progreso” y “democracia” y con ello se fortalecieron y aumentaron el radio de expansión las RRS (Smith, 2005) legitimando las re-estructuraciones como intentos de mejoras de cobertura, efectividad, eficiencia y optimización de insumos y recursos del proceso educativo y de la atención en salud en detrimento de los principios de calidad y equidad esenciales de la misión médica (Hernández, 2000, Guzmán, 2004, Fleury, 2004, Hernández, 2009, Chaves-Pulido, Heredia y Ángel, 2010, Galeano et al, 2011). Desde entonces, investigadores sociales inscritos en movimientos de lucha política de oposición a estas reformas tales como salud colectiva y medicina social de la región han denunciado el impacto negativo que ello está teniendo en la salud ,(Hernández, 2000, Fleury, 2004,) y en el acceso y calidad de la educación (Martinic, 2000, 2001, Guzmán, 2005, Gorostiaga y Tello, 2010, Chaves-Pulido et al, 2010) como en los derechos fundamentales de las poblaciones (Hernández,2009, Galeano et al, 2011, Breihl, 2011).

Al final, los códigos ideológicos fueron de gran utilidad para despolitizar y descontextualizar el debate y con ello la perspectiva biomédica logró mantener su predominio en contienda sociopolítica que determinó el cambio en la función de la formación médica opacando las perspectivas críticas provenientes de las corrientes de medicina social y salud colectiva. Entre tanto, con esta experiencia se materializaron las políticas formuladas para consolidar un Estado-neoliberal. Bajo este modelo la

subsistencia de las instituciones públicas de la salud y educación superior queda a la deriva de las reglas del mercado globalizado. Los derechos como la garantía de una estabilidad laboral, el acceso a la educación y a la salud tal y como quedaron acordados en la constitución de 1991 quedaron al margen de la nueva carta curricular.

Capítulo 4

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes y la formación médica en el nuevo marco curricular

“Aparecieron así discursos tradicionales-cuando no misóginos-sobre el papel de la mujer en la familia, sobre la propensión de ciertos grupos a la violencia y en suma sobre el carácter “menos que humano” de ciertas categorías de sujetos, donde se mezclaban cuestiones étnicas, de clase y de género. Esta visión tiene consecuencias importantes para el lugar que se les asigna en el orden médico”

(Herrera, 2010: 77)

4.1 Introducción

Este capítulo analiza la dinámica sociopolítica que dio lugar a un cambio curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia con relación a dos instancias específicas dentro del renovado plan de estudios. Estas se constituyeron como dos estructuras en el nuevo programa curricular con relación directa con las prácticas discursivas instituidas en materia de la medicalización con impacto en los DSR de adolescentes. Dichas estructuras son: el núcleo: Sexualidad que hace su aparición en la malla curricular nueva desde el tercer semestre con fundamentación teórica pero concebido como eje temático transversal que recorre parte del ciclo de fundamentación y parte del núcleo sobre el ciclo vital de adolescencia dentro del componente de profesionalización. Este último es a su vez dividido en dos cursos (Adolescencia I y Adolescencia II en sexto y séptimo semestre respectivamente. Por último, la sexualidad se incluye en el núcleo SSR en el décimo semestre. La segunda instancia con intersección con la primera es el núcleo de

adolescencia a cargo del equipo que compone la Unidad de Adolescencia dentro del Departamento de Pediatría y Puericultura con significativa presencia en los semestres sexto y séptimo como se acaba de mencionar.

Al igual que con el capítulo anterior, el ejercicio analítico conservó el foco de interés en la reconstrucción del proceso de institucionalización de las prácticas discursivas que resultan determinantes para el objeto de estudio de esta tesis a partir de la caracterización de actores y de la dinámica en virtud de los intereses, las estrategias y los recursos discursivos movilizados, los conflictos y las confrontaciones surgidas en esta en relación a los puntos de vista y experiencias cotidianas alrededor de la práctica y formación médica puntualmente relacionada con el dominio temático de los DSR de adolescentes como: género, sexualidad, SSR, el papel de la familia, el matrimonio, la reproducción, el aborto y orientación sexual.

El análisis mantuvo la perspectiva relacional que caracteriza el enfoque teórico metodológico construido en este estudio para comprender la influencia de ciertos acontecimientos que vienen ocurriendo en contextos más amplios en ámbitos internacional, regional, nacional y local en torno al debate de género y sexualidad que históricamente ha acompañado el devenir del campo de la MA. Es importante recalcar que la coyuntura para el cambio institucional en materia curricular y DSR de adolescentes que aquí se analiza coincidió con un período de acentuación de este debate sobre género y sexualidad a partir de los noventa del siglo XX cuando fueron asentidos algunos de los avances teóricos y parte sustantiva de los derechos de las mujeres y las personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas en materia de su sexualidad que agitaban las banderas de lucha de activistas de los movimientos feministas, de mujeres, juveniles y de la comunidad LGBTTI en el nuevo marco político y legislativo que impulsa las Naciones Unidas para regular las políticas

sexuales en sus Estados miembros (Girard, 2008: 360). Desde ese momento, además de la fuerza y ganancia de adeptos que cobran estos activismos merced a la esperanza que suscitan sus recientes triunfos en materia de legalización del aborto y del matrimonio igualitario se han recrudecido las fuerzas opositoras conformadas principalmente por grupos económicamente poderosos aliados con grupos fanáticos religiosos y algunas agremiaciones científicas médica quienes vienen desplegando con igual ímpetu sus propias estrategias para desprestigiar y desacreditar los argumentos que estos movimientos alternativos han esgrimido en defensa de sus derechos (Parker, et al, 2008).

Las tensiones derivadas de este debate siguen constatando el carácter político que tiene el sexo como dispositivo de control para justificar, instituir y legitimar un orden social de la misma manera cómo funcionan los sistemas ideológicos del clasismo, racismo, el etnocentrismo y el chauvinismo religioso (Petchesky, 2008:9). En la institución médica aún generan “pánico moral” (Petchesky, 2008: 11) los asuntos relacionados con los derechos al placer, al erotismo, al goce sexual como aquellos que amenazan con la modificación de las estructuras y el papel de la familia, la legalización y el acceso al aborto y al matrimonio igualitario (Girard, 2008). Todos estos tópicos han sido históricamente considerados por la institución médica y el gremio médico como patologías o desviaciones que alteran el modelo de ciudadanía que fue convenientemente configurado para el sostenimiento del orden social fundamentalmente capitalista y heteronormativo (Foucault, 1976, Hills-Collins, 2000, 2005, Castro-Gómez, 2004, Wittig, 2005 y Curiel, 2010).

Rasgos en las prácticas discursivas médicas actuales que siguen arraigadas en unas bases institucionales que fueron inicialmente erigidas sobre una ideología conservadora que jerarquiza a la ciudadanía en función de las mismas categorías sociales emergentes en el colonialismo que cursó dentro del proceso de modernización que configura las RRS que siguen materializadas en éstas

(Menéndez, 2000, Castro- Gómez, 2004). El colonialismo al igual que la globalización actual comparten la función potenciadora de las RRS (Smith, 2005) consolidadas durante los procesos que asentaron la autonomía y modernización del país, en cuanto colonia o periferia del eurocentrismo (Mohanty, 2008, Lugones, 2005, Curiel, 2010). Seguimos testigos de la revitalización de las RRS que siguen determinando un orden social cuya estabilidad la amenazan esos actores que insisten en una reorganización que vindique sus derechos vulnerados históricamente por esas ideologías que categorizan en función de: género, clase, raza, edad y orientación sexual como consecuencia de, las reformas estructurales de talante neoliberal en medio de la intensificación de la globalización (Harding, 1995, 2002, Hills-Collins, 2000, 2005, Smith, 2005, Davis, 2005, Crenshaw, 2005, Wittig, 2005, Mohanty, 2008, Lugones, 2005, Curiel, 2010, Cordovi-Nuñez, 2014). De acuerdo a esas RRS el papel de la medicina moderna mediante las medidas de vigilancia, control, restricción y medicalización derivadas de los enfoques que mantuvieron la hegemonía durante su configuración sigue siendo imprescindible en el orden social del mundo global contemporáneo (Foucault 1976, Mitjavila, 1998, Castro- Gómez, 2004, Careaga y Cruz, 2004, Parker, et al, 2008, Cordovi-Nuñez, 2014).

En el análisis relacional de la dinámica sociopolítica de esta reforma curricular en lo que particularmente atañe con los procesos mencionados se descifraron similitudes entre los intereses y puntos de vista de actores involucrados en ella con las perspectivas y enfoques conservadores de las fuerzas que aún mantienen su dominio en el campo de los derechos y la sexualidad de estas personas en el contexto conflictivo global y local en que han devenido estas luchas por los DSR (Barquet, 2002, Parker et al, 2008, Girard, 2008) en la región de América Latina (Careaga y Cruz, 2004, Cáceres, Frasca, Pecheny y Terto-Junior, 2004, Citeroni y Cervantes-Carson, 2004, Cáceres, Cueto y Palomino, 2008, Castro 2010) y por supuesto, en Colombia (Morales-Borrero, 2010).

De la misma manera como se demostró en el relato del capítulo anterior, también a lo largo de la historia que en este capítulo se plasma se evidencia como las diversas voces de las personas y los textos analizados nos siguieron remitiendo -consciente o inconscientemente-, al reconocimiento de la permanente relación causal con la medicalización y la vulneración de los DSR de adolescentes que se reproduce desde la formación médica históricamente configurada y que ya hoy y renovada no solo obedece a los intereses economicistas del proyecto político neoliberal sino a la presión de unas fuerzas conservadoras que siguen insistiendo en mantener incólume la institución médica reproductora de unas RRS que siguen sujetadas a la perspectiva moralista que históricamente cumplió los intereses de una iglesia católica que funge como actor élite sociopolítico determinante de la configuración de la nación moderna (Castro-Gómez, 2004). Al final, sobrenadaron los códigos ideológicos que reciclan, fortalecen y magnifican los discursos provenientes de las perspectivas que dieron origen a la MA: funcionalistas, higienistas y de riesgo que siguen justificando y avalando la necesidad de expansión de la estrategia de medicalización de la sexualidad y adolescencia para contener ya no solo conductas riesgosas en el plano individual sino el caos en que puede derivar las aglomeraciones de jóvenes increpadores del orden y la autoridad tal y como lo demostraron los agitados años sesenta y setenta que al menos en América del Norte y en Europa logró contener el Estado con la ayuda de la MA.

De esta manera, se pudieron visualizar estrategias y dispositivos discursivos que sirvieron para vigorizar y afianzar las RRS que siguen determinando el papel tradicional de la institución médica y del gremio médico aún en medio de una renovada función de formación médica que guía un currículo y un plan de estudios aparentemente actualizados a las necesidades sociales y al marco político de hoy en día. Corroborando con estos resultados la sospecha de la autora de que aún quedan

grandes distancias por vencer para poder cumplir su sueño de contar con una institución médica y un gremio médico más comprometido y transformado con estos DSR de adolescentes alineado con una ideología progresista y laica necesaria para poder contribuir a la conformación de una sociedad coherente con los principios democráticos, -en especial con el de la promoción y respeto de la ciudadanía sexual (Amuschategui y Rivas, 2008). Vale la pena dejar claro que aunque este novedoso concepto de ciudadanía sexual procedente de activismos feministas demarca un prometedor horizonte para cumplir ese sueño de una sociedad incluyente con la diversidad sexual, no es explícito con los derechos y la inclusión en esta categoría a las mujeres y personas racializadas que también reclaman las feministas descoloniales (Espinosa, Gómez, Lugones y Ochoa, 2013). Para estas autoras la colonialidad de género implica “entender que la raza está ligada inseparablemente del control sobre las vidas de las mujeres que tienen una historia de racialización” (Espinosa et al, 2013:403). Como esta historia está cruzada por una negación de la humanidad de las mujeres no-blancas, indígenas y afrodiaspóricas el mismo término puede convertirse en una metonimia que reafirma y recicla las RRS que reproducen la colonialidad de género, el sentido colonial de la relación entre hombres y mujeres blancos burgueses en virtud de la noción de humanidad que mantiene dominado el Estado y las agencias financieras internacionales, en las que una parte de estos feminismos han penetrado (Espinosa et al, 2013: 405).

Con base en lo anterior, se organizó el presente capítulo en cuatro sesiones. La primera, presenta una recopilación de las distintas formas de lucha que grupos y organizaciones de mujeres, feminismos y de la comunidad LGBTTI han cursado por las conquistas de estos DSR tanto en el plano internacional, de la región de América Latina como en Colombia. La segunda, reconstruye la dinámica sociopolítica que dio paso a la institucionalización de dos estructuras curriculares dentro del nuevo programa curricular: el núcleo transversal que trata contenidos de sexualidad y el del ciclo

vital de la adolescencia del componente de profesionalización, como estrategia de respuesta a las demandas de quienes abogaron por la incorporación de estos tópicos y asuntos en la nueva carta curricular: sexualidad, género, sexo y DSR. La tercera sesión enseña los códigos ideológicos que emergieron a lo largo de la dinámica analizada como los dispositivos discursivos que mejor refuerzan la función de regulación de las RRS históricamente configuradas sobre las prácticas discursivas distintivas de la formación médica con relación a los DSR de adolescentes.

Al final, se ofrece una síntesis con la intención de correr el velo para hacer visibles aquellos códigos ideológicos que emergieron para reafirmar y reforzar las RRS históricamente configuradas para mantener sin mayor cambio las prácticas discursivas propias de la formación médica en torno a los DSR de adolescentes y jóvenes reveladas en medio de la dinámica sociopolítica que condujo a la institucionalización de las dos estructuras curriculares en el nuevo programa curricular como estrategia de contención de las presiones que ejercían aquellas personas que lucharon –con mínimo eco y escaso éxito-, por la incorporación en la nueva carta política institucional cuestiones relacionados con género, sexualidad y DSR como estrategia para lograr un salto sustantivo en la institución médica desde una perspectiva moralista y conservadora hacia una progresista y laica.

4.2 Historia de una lucha por los DSR

Aunque el término “feminismo” fue acuñado por primera vez en 1880 por la francesa Hubertine Auclert reconocida defensora de los derechos políticos de las mujeres y fundadora de la primera sociedad sufragista y el periódico local “*La Citoyenne*” (de las Heras Aguilera, 2009: 45) se popularizó en los años sesenta del siglo XX en Estados Unidos (Barquet, 2002). El espíritu “liberacionista” característico de esa época caracterizada por la ola mundial de protestas sociales y

de movimientos de contracultura por actores juveniles, mujeres, feminismos además de colectivos de identidades étnicas, culturales y sexuales diversas aviva la lucha vindicadora por la igualdad entre los sexos que venían históricamente adelantando algunas activistas académicas con una insistente denuncia sobre la situación de dominación que sufrían las mujeres por causa de un sistema y orden social históricamente configurado, que no logró detener la ilustración sino que por el contrario cobró fuerza asentando gran parte de las bases institucionales y las RRS con conveniencia de los intereses capitalistas que gracias a ello crecieron y se afianzaron en el mundo moderno (Barquet, 2002). Dos tipos de discursos confluyeron en la base de la constitución del “feminismo”. El primero, al comienzo surgieron unos relatos desde las ignoradas protestas que algunas mujeres cultas habían estado haciendo ante su situación de exclusión y de desventaja a manera de un “memorial de agravio” consignados en las obras de la italiana *Christine de Pizan* hacia los siglos XIV y XV y en la obra de la mexicana Sor Juana Inés de la Cruz del siglo XVII que no alcanza a cuestionar las relaciones de poder entre hombres y mujeres. El segundo, surge en la ilustración con mayor elaboración sobre la vindicación de sus derechos por efecto de la declaración de la revolución francés subsumiendo al anterior (Amorós, 2005).

Por esta secuencia es comúnmente aceptado el origen del discurso feminista en el marco de la idea del derecho natural universal que marcó la era de la ilustración porque ocurrió un cambio en el contrato social que puso al descubierto la histórica situación de desigualdad y de sujeción en que venían deviniendo las vidas y cuerpos de las mujeres (Barquet, 2002, Amorós 2005, de las Heras Aguilera, 2009). Desde ese momento, algunas mujeres ilustradas que tomaron conciencia de esta situación iniciaron una lucha aún inacabada por erradicar toda forma de opresión injusta que legitimaba la ciencia como expresión natural biológicamente determinada (Barquet, 2002, Amorós 2005, de las Heras Aguilera, 2009). El discurso feminista ha sido nutrido de las diversas corrientes

epistemológicas, teóricas y políticas que fueron surgiendo con predominancia en el mundo intelectual y académico que refuerza la inequidad y desigualdad de sexo en el orden social moderno que se configuraba. En este sentido, esta relación se mantiene vigente como una fuente determinante que canaliza giros en la dirección que su histórica lucha que le acompaña ha mantenido desde el activismo sociopolítico que paralelamente acompaña este discurso intelectual y académico. Sin embargo, todas sus corrientes mantienen en común las siguientes tres metas: -desmantelar y denunciar toda práctica social que perpetúa la opresión específica e histórica contra las mujeres; - consolidar una propuesta común que sea sólida para armonizar y articular las diversas explicaciones posibles sobre el origen y causas de esta histórica injusticia social con sus congéneres; - generar alternativas efectivas para su superación por siempre definitiva (Amorós, 2005, Barquet, 2002).

Asumiendo que la historia oficial del feminismo como toda historia oficial de las luchas sociales conserva las mismas lógicas hegemónicas que las estudia se pretende hacer un breve resumen de su recorrido sin olvidar en ella la deuda pendiente que tiene con el justo reconocimiento de tantas mujeres no-blancas valientes, doblemente subordinadas como efecto del racismo durante el capitalismo colonial e imperialista (Espinosa et al, 2013:404) que se atrevieron a alzar sus voces en rebeldía contra un orden social injusto para ellas en épocas muy anteriores a la ilustración así como en aquellas regiones colonias de la periferia distantes y ajenas a los países del norte-centro (Monzón, 2006: 42).

A pesar de las distintas expresiones y manifestaciones que han ido sumándose a esta histórica lucha desde el feminismo ilustrado para efectos prácticos del discurso feminista académico-eurocéntrico se acepta la siguiente definición del término que recoge a todas las corrientes teóricas y jurídicas predominantes: “toda teoría, pensamiento y práctica social, política, y jurídica que tiene

por objetivo hacer evidente y terminar con la situación de opresión que soportan las mujeres y lograr así una sociedad más justa que reconozca y garantice la igualdad plena y efectiva de todos los seres humanos” (de las Heras Aguilera, 2009:46). Por fuera de este discurso cursa alternativamente el del feminismo descolonial que cuestiona esta definición porque se basa en una clásica división de género que presenta a las mujeres sin arraigo a sus comunidades y nichos de existencia cotidiana (Espinosa et al, 2013: 405). Como esta corriente alternativa dirige el análisis con el interés de develar la opresión cruzada por la raza, le preocupa poder avanzar en una política feminista antirracista, para lo cual resultan centrales tanto las mujeres indígenas y afro, como las mestizas pobres de manera que se afirme la vida y todas las posibilidades propias y comunales de estas mujeres racializadas (Espinosa, et al, 2013). El acento se coloca sobre el efecto del racismo sobre ellas que han tenido que sufrir sometimientos para “limpieza de sangre y blanqueamiento a través de la descampenización, la migración a las ciudades y la proletarización” con subsecuente pérdida de identidad y desarraigo por la negación que deben hacer de “un origen que le hace difícil su integración social” (Espinosa, et al, 2013: 406).

En la historia oficial se explicitan tres fases por las que cursó el discurso del feminismo así como las cuatro corrientes epistemológicas, políticas y teóricas con mayor influjo en su configuración que aquí en este capítulo se agrupan en tres corrientes porque se fusionan en una categoría las corrientes comunistas y socialistas (Barquet, 2002, de las Heras Aguilera, 2009). Estas fases y corrientes han sido los principales insumos teóricos y metodológicos de los enfoques progresistas y laicos en materia de estos DSR, de género y de sexualidad que activistas lograron introducir en el poderoso discurso sobre derechos que viene configurando el sistema de Naciones Unidas en sus países miembros con significativo cambio en el mapa geopolítico mundial a partir de las declaraciones de las conferencias de el Cairo y Beijing en los noventa (Petchesky, 2008). Sin embargo, se sigue

manteniendo la exclusión por parte de esta lucha del feminismo oficial con el descolonial que denuncia la persistencia y reproducción de los patrones de dominación que desde la conquista se impusieron a las poblaciones colonizadas y racializadas con marcada misoginia escenificada en el modelo colonial instalado desde el siglo XVI en los 415 territorios la región latinoamericana subordinado a las mujeres indígenas, afro y mestizas pobres (Espinosa et al, 2013: 414).

De todas maneras, como con este resumen se trata de poner en contexto las corrientes epistemológicas, los conceptos y definiciones que hegemónicamente emergieron en cada fase y que circulan en medio de estos debates como los referentes categóricos que ayudaron a mejorar la comprensión del análisis de los actores, los recursos discursivos y códigos ideológicos que prevalecieron en la dinámica sociopolítica que derivó en un nuevo programa curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia a pesar del esfuerzo que adelantaron unos pocos activistas influenciados por este discurso feminista oficial en su búsqueda por una transformación de las lógicas y prácticas que yacen en las bases institucionales de la institución de medicina emblemática de Antioquia y Colombia que impiden avanzar en el reconocimiento de estos DSR como requisito de la promoción de una ciudadanía sexual.

Siguiendo con el relato sobre la configuración del discurso académico feminista, las olas o fases recorridas son:

La primera ola inaugural del feminismo también conocida como lucha feminista emancipacionista, ilustrada o sufragista. Esta fase está inspirada en la declaración sobre derechos humanos individuales que colocó en la agenda pública la revolución francesa en 1789 (Barquet, 2002). Este acontecimiento despertó conciencia en mujeres blancas y cultas sobre la exclusión que esta agenda tuvo con ellas al no aparecer como sujetas de esos derechos en condiciones de igualdad

jurídica y política. De ahí emprenden una primera batalla por el derecho al sufragio que culmina con la conquista a lo largo de la primera mitad del XX. El esfuerzo intelectual de lucha durante esta etapa inicial del feminismo se enfocó en la identificación de todo aquello que explicaba y justificaba las diferencias y las distancias de las mujeres frente a los hombres en la condición de ciudadanía con el fin de combatirlos para lograr el trato igualitario en el marco de los derechos establecido por los eventos que condujeron al reconocimiento del derecho al voto y a la educación en este momento histórico del movimiento (de las Heras Aguilera, 2009).

La segunda fase o “segunda ola del feminismo” se conoce como la de la “liberación femenina” detonada con la publicación del libro “El segundo sexo” en 1949 escrito por la filósofa existencialista francesa Simone de Beauvoir que se hizo famosa por la consigna de lucha “la mujer no nace, se hace” con marcada vigencia hasta entrados los años ochenta (Barquet, 2002). Vale la pena recalcar que esta ola cursa concomitantemente con una afluencia de luchas por los derechos humanos en la región de América Latina marcada por una proliferación de movimientos sociales de diversas complejidades (mujeres, jóvenes, campesinos, afros, indígenas, izquierdas) que tienen en común su deseo de acabar con un Estado (Jelin, 1994) que sigue replegado a órdenes imperialistas reproduciendo las mismas prácticas autoritarias, excluyentes y represoras contra individuos y colectividades discriminados a lo largo de la colonización (Espinosa, et al, 2013). Pero esta historia de conquista de los derechos de las mujeres en esta región se puntualiza más adelante en este capítulo. Durante esta fase el movimiento se reviste con nuevos argumentos teóricos para exigir el desmonte de todas las formas -incluso las más sutiles - en que se ejerce con legitimidad la opresión a las mujeres con serias repercusiones en ámbitos psicológico, físico, moral y sexual que fueron instaladas con eficiencia y efectividad por parte de un sistema social perpetuado sobre una ideología patriarcal durante siglos (de las Heras, 2009). Esta ola en particular es símbolo de las banderas de

combate feministas por la liberación sexual del habitual dominio que los estados, gobiernos, instituciones como la médica y la iglesia y los hombres en general han ejercido con apropiación, regulación y medicalización de sus cuerpos y vida sexual (Barquet, 2002). También en esta fase aparecen los discursos feministas alternativos logrando en elevar la conciencia en el plano internacional sobre la presión y dominación que otras personas y colectivos (mujeres negras, indígenas, de orientación diversa) venían soportando al compartir el lugar de exclusión s en la jerarquía social que estableció el mundo moderno. A partir de este momento se intensifica una batalla de talla mundial, que sigue sin poder vencer el feminismo que busca legalizar el derecho al aborto y a la libre expresión y ejercicio de una sexualidad que busca placer y erotismo por encima de la función reproductiva o de crianza que históricamente ha regulado la identidad femenina (Barquet, 2002, Rodríguez, 2004, Fernández-Pujana, 2014). Esta nueva consigna consolida una línea de producción de conocimiento con importantes desarrollos académicos-científicos y políticos-institucionales fundamentales para avanzar en su lucha que en esta fase cambia el foco de su interés por caracterizar las diferencias y las distancias entre las mismas mujeres porque para entonces las demandas de otras mujeres como las negras y las de orientación sexual diversa o lesbianas se hacían sentir para que se incorporaran en el discurso oficial del feminismo incluir en esta lucha (Barquet 2002, Tong 1998, Davis, 2005, Crenshaw, 2005, Hills-Collin, 200, 2005, Wittig, 2005).

La última ola del feminismo introduce el lema de la “lucha por la equidad” muy vigente en el presente. Esta fase comenzó a finales de los ochenta con vigor por cuenta de las alianzas con nuevos movimientos de mujeres y feminismos alternativos como el descolonial y el de la comunidad LGBTTI. La exuberancia de esta fase manifestada por una expansión con diversificación del movimiento la cataloga como la era de los feminismos pos moderno o el pos feminismo (Barquet, 2002). En esta fase se oxigena con el surgimiento de tres conceptos para evaluar el grado de

democratización y equidad en género en una determinada institución, comunidad, sociedad o país. Dos de los tres conceptos serán tratados en este apartado: “*techo de cristal*” y “*suelo pegajoso*”. El tercero será tema de la sección que sigue por su relevante nexo con el objeto de estudio de esta investigación: *la ciudadanía sexual*. El primer concepto “techo de cristal” simboliza todas aquellas barreras que no han podido traspasar la mujeres porque permanecen invisibles en el mundo social que sigue reproduciendo unas RRS que restringen su derecho al ascenso institucional a los niveles más altos en la jerarquía de esas entidades públicas y privadas en donde laboran a pesar de que cuentan con las debidas certificaciones académicas o técnicas, y de mostrar evidentes capacidades para asumir las diversas responsabilidades o porque se mantienen sólidamente configuradas en el mundo interno de cada persona. (Barquet 2002, de las Heras Aguilera 2009). El segundo concepto “suelo pegajoso” se refiere a todas las fuerzas aún sin identificar ni comprender que mantienen a una gran mayoría de mujeres atrapadas en el piso de la pirámide económica y social sin desatarse para poder lograr bienestar y mejoras en su calidad de vida (Barquet 2002, de las Heras Aguilera 2009). En ambos casos, la invisibilidad se debe a la ausencia de leyes específicas como por ejemplo políticas con medidas afirmativas de sus derechos o medidas negativas que regulen a quienes les violan sus derechos así como a la existencia de mecanismos sociales, pautas culturales y códigos ideológicos establecidos de forma inaparente pero efectiva en la regulación de las RRS que siguen limitando el radio de acción de las mujeres hoy en día. Esta situación la confirmó la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con un informe que realizó en el 2001 por la presión política que los movimientos de mujeres y feminismos vienen haciendo en estas agencias internacionales para que les respalde su propuesta de incluir como eje transversal de todas las políticas públicas esta categoría de medición de la equidad de género (Wirth, 2001). Esta presión ha redundado en la exigibilidad de la institucionalización de la perspectiva del género —el género considerado como una

categoría de medición de la desigualdad social- a fin de poder incidir en todas las acciones programáticas de los gobiernos por parte de este organismo internacional (Barquet, 2002).

Estas tres fases se cruzan con tres corrientes epistemológicas y políticas que lograron insertarse en el discurso feminista que se configuraba a lo largo de las tres fases de acuerdo a la preeminencia que tuvieron en cada fase:

Feminismo liberal: corriente que se remonta a Inglaterra y Francia del siglo XVIII con las obras “Vindicación de los Derechos de la Mujer” de Mary Wollestonecraft escrita en 1790 y “La Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana” de Olympe de Gouges en 1791. Aunque las dos comparten la misma denuncia de la exclusión a que han sido sometida las mujeres para acceder a las mismas oportunidades de emancipación que la ilustración le brindó a los hombres hay una diferencia importante entre ellas. Mientras la primera autora se orienta hacia una reflexión moral sobre la individualidad y la capacidad de elección de su propio destino de una mujer, la segunda se concentra en una rotunda exigencia para que existan derechos políticos y civiles específicos con las necesidades de las mujeres (de las Heras Aguilera, 2008: 50). Cien años más tarde, en 1869 los esposos ingleses John Stuart Mill y Harriet Taylor Mill en su obra “La sujeción de la mujer” reiteraron la importancia del acceso de las mujeres a las mismas libertades civiles y económicas de la misma manera como le fueron concedidas a los hombres en ese nuevo contrato social derivado de la revolución francesa y que fortaleció el movimiento industrial inglés acceso (Tong, 1998, Barquet, 2002, de las Heras Aguilera, 2008). Desde entonces el feminismo liberal recobra vigencia cada vez que activistas recuerdan la histórica deuda que se mantiene sin saldar con las mismas demandas por la igualdad jurídica, educativa, laboral y salarial –como las más relevantes peticiones del liberalismo (Barquet 2002). Independientemente de que las mujeres hayan conseguido algunas atribuciones y percepciones en materia de igualdad de oportunidades éstas siguen siendo más

accesibles para el hombre que para ellas en razón de que este sujeto masculino sigue siendo considerado culturalmente como el modelo y el depositario natural y por excelencia de los derechos humanos (Barquet, 2002). Esta corriente teórico-política le apuesta a la eliminación de la discriminación y de la desigualdad con acciones afirmativas en las políticas sin que en ellas medie una distinción por causa de las diferencias biológicas del sexo de las personas. La postura epistemológica que yace detrás de esta corriente está estructurada por las siguientes tres premisas: - una racionalidad que asegura que la condición humana es la que hace igual a hombres y mujeres y que esta posibilidad –en tanto capacidad mental individual- ha sido restringida a las mujeres por causa de una postura ideológica egoísta de los hombres que niega la igualdad de esta “naturaleza” o condición humana de hombres y mujeres; - el esfuerzo del feminismo debe encaminarse a hacia la liberación de la mujer de los roles impuestos por esa acción egoísta de los hombres que le impiden alcanzar su beneficio individual y; - este beneficio particular debe primar sobre los beneficios colectivos para evitar que ellos sigan minando los derechos de la mujer (Tong, 1998). En resumen se especializa en demandas de bienestar y de acceso igualitario a los derechos civiles esenciales derivados de las concepciones que han fluido con base en la idea del derecho natural estipulado en la declaración de derechos de la revolución francesa y en la constitución política de Norte América como la educación, la propiedad y el sufragio (Jelin, 1994). Hay una serie de críticas hacia esta corriente a saber. En primer lugar, hay inconformidad ante su obtuso empeño de comparar las mujeres en relación a los hombres como si fueran el único modelo a seguir (de Barbieri, 199, Jelin, 1994, Harding, 1995, Barquet, 2002). Esta corriente ideológica no solo afianza la regulación social que sobrevalora el papel del hombre en la organización social sino que subvalora los roles que tradicionalmente han asumido las mujeres en ese orden social (Tong, 1998). En segundo lugar, hay inconformidad frente a una preocupación que se limita solo al plan individual que desconoce los beneficios colectivos que merecen las mujeres como sector en la sociedad, crítica mayormente

esbozada por los feminismos descoloniales, poscoloniales y demás del pos feminismo. En tercer lugar, la preeminencia del mundo racional sobre el mundo emocional y subjetivo ignorando la importancia que este mundo tiene para significar la vida y las acciones de las mujeres y de las personas la hace poco interesante para aplicar en el mundo contemporáneo. En esta misma línea argumentativa hay quienes le critican la exclusión que este enfoque mantiene con el “cuerpo” como categoría central en el análisis del impacto de políticas de igualdad haciendo ver el carácter “agnóstico” de esta visión que separa mente y cuerpo desconociendo con ello el prolongado efecto que la exclusión y la desigualdad ha producido en ambas esferas de las mujeres (Barquet 2002).

Feminismo socialista-comunista: Comienza en Europa en medio del fervor que produjo el surgimiento del marxismo y la revolución rusa en las primeras décadas del siglo XX. Esta corriente se alimenta de las teorías de clases y de explotación laboral del marxismo para denunciar que la mujer no solo ha sido víctima de la división de clase que configura el estado capitalista causando una carencia de medios de producción igual a la que sufren hombres de las clases obreras sino que es doblemente explotada y victimizada por efecto del régimen patriarcal históricamente configurado para justificar, legitimar y naturalizar un rol destinado por su condición sexual y de género que la relega al trabajo doméstico extenuante y sin remuneración económica o se le asignen trabajos de menor valor considerados propios de su condición biológica en las pocas oportunidades que logra ingresar al campo laboral (Tong 1998: 110). Con esta concepción teórica se corrobora la existencia de una base institucional en el devenir del Estado-nación moderno fundamentada en un sesgo sexista que precede a los sesgos ideológicos del clasismo y racismo sobre los cuales descansan las bases institucionales del capitalismo (Hartman, 1988). Así estos tres sesgos conforman una base social perfecta para perpetuar la posición de privilegio y de dominación que han tenido históricamente hombres sobre mujeres (Hartman 1988). Su concepción de patriarcado trasciende la visión

monolítica del extinto feminismo radical que le asigna una existencia uniforme y homogénea de las fuerzas del poder de todas las instituciones que siguen en manos de los hombres sin distinguir las especificidades de cada contexto social (Hartman 1988:11) Esta corriente teórica concibe el patriarcado como un sistema compuesto por “un conjunto de relaciones sociales entre las personas que tienen una base material y que, si bien son jerárquicas, establecen o crean una interdependencia y solidaridad entre los hombres que les permiten” el dominio sobre las mujeres (Hartman 1988:12). Así el feminismo socialista asegura que la alianza entre estos dos sistemas patriarcal y capitalista gesta el “doble sistema” de opresión de las mujeres (Amorós 2005). En esta perspectiva la propiedad privada se constituye en la estructura que más exitosamente sostiene una supremacía del hombre sobre la mujer, al excluirla por completo de la negociación del poder porque en la jerarquía establecida por el sistema patriarcal todos los hombres sin distingo de su clase social se equiparan ante la posibilidad de controlar al menos a algunas mujeres en su espacio privado (Hartman 1988:11) En esta corriente cogió fuerza la denuncia feminista de que instituciones sociales como matrimonio y la familia son los espacios y códigos discursivos que por excelencia dan el poder regulador a las RRS para configurar, sostener y reproducir toda práctica discursiva que conduzca concierte a la domesticación y explotación de la mujer manteniéndola subordinada a los intereses del capital de los hombres poderosos (Hartmann 1980, Barquet 2002). A pesar de que este frente ideológico de la lucha feminista terminó coaptado por el bloque socialista- comunista que reivindica los derechos de aquellas clases sociales marginadas en el sistema de producción capitalista drásticamente debilitado hacia finales de los ochenta del siglo XX con el simbólico desplome del muro de Berlín, sus propuestas teóricas siguen siendo aplicadas por académicas de Norte América, -Dorothy Smith entre ellas, por su potencial para poner en un contexto histórico y geopolítico la condición sistemática de subordinación de la mujer a lo largo del proceso de consolidación de una estructura productiva capitalista que permitió diferenciar e incluir las experiencias, condiciones y situaciones de otras

mujeres que habían escapado a la mirada del feminismo liberal y radical (Tong 1998, Barquet 2002). Entre las autoras más destacadas de esta corriente se encuentran Nancy Fraser, Iris Marion Young, Zillah Eisenstein, Sandra Harding, Dorothy Smith, Heidi Hartmann, Christine Delphy, Dorothy Smith y la española Cecilia Amorós. Todas estas mujeres intelectuales son referentes para todos los centros, programas y grupos de estudios de género así como para aquellas investigadoras que quieren quitar el velo que encubre la práctica discursiva reproduce la apropiación con medicalización del cuerpo y sexualidad de mujeres en los sectores de la salud y educación. Este propósito lo han compartido científicos y activistas de América Latina de movimientos como el de salud colectiva así como de los distintos grupos de mujeres, LGBTTI y feminismos alternativos en América Latina (Jelin, 1994, Lagarde, 1997, Guerra y Monzón 1999, Barquet 2002, Bartra 2002, Barrios-Klee 2010). En síntesis, bajo esta perspectiva han emergido varios conceptos claves de la teoría feminista para el análisis sociopolítico en materia de las relaciones de poder determinadas por varias categorías sociales que se entrelazan con el género y la sexualidad: -la teoría del doble sistema de explotación; - el modo de producción doméstico como categoría de análisis de la situación social y económica de la mujer; - el saber situado en la experiencia y vivencia material (punto de vista feminista) de las propias mujeres que la ciencia tradicional ha excluido; -el papel que juegan instituciones sociales como matrimonio y familia como escenarios de “reproducción biológica y social” de las RRS que sostiene el orden patriarcal y capitalista (Hartman, 1988, Lagarde, 1997, Tong 1998, Barquet 2002, Amorós 2005).

Más adelante esta corriente dio origen al “*Blackfeminism*” movimiento Norte Americano que fundaron las sociólogas afroamericanas Ángela Davis y Patricia Hills Collins (Davis 2005, Hills Collins 2000, 2005). Este movimiento sirvió como fuente de inspiración a su colega Kimberly Crenshaw que construyó otra categoría de análisis del feminismo para demostrar la intersección en

que concurren varias categorías que reproducen la práctica de subordinación en las RRS como género, raza, cultura, clase social, orientación sexual e identidad de género diversa que reafirman la regulación de la opresión y la resistencia al cambio social para pactar un contrato social democrático sin tanto colonialismos, capitalismo, patriarcalismo y heteronormatividad por parte de (Crenshaw, 2005). Este concepto ha sido adoptado por académicas de las nuevas corrientes feministas (pos estructuralistas, pos coloniales y pos modernistas) que se describen más adelante (Crenshaw 1994, Davis 2005, Hills Collins 2000, 2005, Lugones 2005, Viveros 2004).

Feminismo radical: Esta corriente emerge en la década de los setenta del siglo anterior como respuesta al debilitamiento y agonía política que vivió en medio de la guerra fría el feminismo socialista-comunista. Esta perspectiva asume una postura extrema que busca la separación extrema del mundo de las mujeres y del de los hombres, porque creen que solo una medida así de radical será la única vía efectiva para erradicar de una vez por todas la dominación masculina que soporta y reproduce el régimen patriarcal (Tong 1998, Barquet 2002, Amorós 2005, de las Heras Aguilera 2009). Hay dos obras emblemáticas de esta corriente: “Política Sexual” de Kate Millet y “La dialéctica de la sexualidad” de Sulamith Firestone que sobresalen por su planteo de una revolución política para derrocar a todas las RRS y estructuras de poder que establecen a la familia, la sexualidad y el cuerpo de la mujer como el medio y el fin del el orden social patriarcal dando origen a otro auténtico lema feminista que sigue presente en la lucha de hoy: “lo personal es político” (Amorós, 2005, de las Heras Aguilera 2008). Sin embargo esta corriente no logró sobrevivir a los duros cuestionamientos que evocó su idea radical que refuerza el esencialismo inquebrantable que sostienen los códigos ideológicos científicos-médicos que defienden la división sexual en virtud de una naturaleza de la mujer fuente inagotable de todo bien e incomparable con la del hombre –quien también está determinado naturalmente e irremediamente un ser un individuo violento y

destructor, argumentos discursivos hegemónicos que tanto lucha por eliminar el feminismo en general (Tong 1998, Barquet 2002). La insólita apuesta discursiva de esta corriente de que solo una tajante ruptura de los modelos de mujer y feminidad que históricamente han sido impuestos por la institucionalidad distintiva de la modernidad garantizaría la erradicación absoluta del patriarcado con desaparición de la faz de la tierra de la histórica opresión y violencia contra las mujeres fue la misma que la condujo a su entierro (Barquet 2002). El radicalismo consistía en asegurar que a pesar de la marcada diferencia entre la naturaleza de hombres y de mujeres eran las características esenciales de las mujeres las encargadas de obligarlas a ellas a ocupar lugares completamente opuestos a los de los hombres (Barquet 2002, de las Heras Aguilera 2009). Para cuando esta corriente comenzaba a tener eco en el movimiento feminista, las conquistas del feminismo de la igualdad (emancipacionista) en la primera mitad del siglo XX así como los trabajos que estructuralistas y posestructuralistas de la cultura como Claude Lévi-Strauss, Michel Foucault y Jacques Lacan, en torno a la construcción cultural de las identidades de hombres y de mujeres, restaron sentido y pertinencia al feminismo radical (Barquet 2002). De todas maneras a partir de la aparición y sepultura de esta corriente el feminismo comenzó su segregación en dos bandos irreconciliables. En un extremo, se ubican quienes ponen el acento de sus argumentos de lucha en la diferencia que avivó el discurso del feminismo radical. En el otro extremo, aquellas personas que mantienen la lucha sobre la base discursiva procedente del enfoque liberal de que debe existir al final una igualdad universal en virtud de la condición humana que comparten hombres y mujeres que da trato igualitario a todas las personas sin distinción de las diferencias que puedan existir por los rasgos genéricos, sexuales, etc. Es importante anotar que esta corriente radical también, dio origen a un grupo que se conocen como feminismos “indómitos” que hoy por hoy han colmado a la teoría feminista con novedosos argumentos discursivos a favor de sus causas (Barquet 2002, de las Heras Aguilera 2008). El ala del feminismo que defiende a la diferencia nació en países del norte como

Estados Unidos, Francia e Italia. Autoras notables de esta corriente son Rosi Braidotti, Lucy Irigaray, Hélène Cixous, Victoria Sedón, Luisa Muraro y Milagros Rivera, entre otras. En Italia los distintos colectivos seguidores de esta corriente se destacan por una vasta producción teórica que alega con sustento filosófico que la diferencia es natural y cuestión inherente, esencial, a la identidad y al conocimiento de mujeres y de hombres (de Lauretis, 1989, Barquet 2002). En el bando opuesto el feminismo de la igualdad va de la mano del feminismo socialista-comunista con notables expositoras como Iris Young, Nancy Fraser, Celia Amorós y Amelia Varcácel (Barquet 2002). Una pensadora destacada dentro de esta segunda corriente Gayle Rubin creó una herramienta teórica sustantiva para una línea de investigación sobre el “sistema sexo-género” que inauguró - para estudiar las diferencias sociales estrechamente relacionadas con la identidad y la orientación sexual diversa, un concepto que alimenta a quienes creen que la construcción y desconstrucción de las identidades de género y sexuales de hombres y mujeres es posible con una consciente resistencia al determinismo biológico que siguen imponiendo el gremio médico y la iglesia para perpetuar un régimen heteronormativo que niega los DSR de las identidades diversas (Rubin, 1975, Barquet 2002:15). Joan Scott como representante de esta corriente de producción teórica introduce una categoría de análisis que significó un profundo giro en la historia del feminismo al elevar al género a un nivel de supremacía tal que lo convierte en “La Categoría de Análisis” que por excelencia dicta el lugar, valor y organización de todas las demás categorías sociales que configuran todos los órdenes y mundo sociales que puedan existir (Scott 1996, Barquet 2002). Desde este lugar la categoría del género adquiere un grado tal de autonomía en virtud de una serie de bondades y cualidades que le concede a la investigación feminista con fines políticos y académicos que blindan a todas las corrientes teóricas con un método y una herramienta heurística que articula todos los factores y procesos sociopolíticos que configuran un determinado orden social con base en la jerarquización social que coordinan las RRS conforme a los códigos ideológicos que tramitan el

valor que han adquirido históricamente ciertos rasgos distintivos de cada uno de los géneros que coexisten en ese entramado social particular que se quiere examinar (Barquet 2002: 23).

Feminismo pos moderno: Las distintas interpretaciones y acepciones que han surgido en torno a la pos modernidad desbordan la capacidad para poder abarcar dicho fenómeno en un cuerpo teórico homogéneo dado que éstas oscilan entre las que conciben a este fenómeno como una etapa histórica con ciertas características, las que lo entienden como una postura intelectual crítica del fracaso que la modernidad ha implicado para materializar un Estado garante del bienestar individual y colectivo de la gente, las que lo definen como un tipo particular de teoría social y dentro de esta última se incluyen quienes la circunscriben a unas formas de prácticas estéticas particulares (Barquet 2002:26). Lo importante de esta perspectiva es que su versatilidad abre una amplia gama de posibilidades para la conducción de estudios que permitan despejar las duras críticas que todas las corrientes anteriores del feminismo han tenido que enfrentar más que todo porque hacen parte de las estrategias que despliegan actores conservadores con intención de desprestigiarlo. Esta versatilidad con ofrecimiento de argumentos discursivos novedosos para defenderse de los ataques lo ha hecho meritorio del nombre “pos feminismo”. Dentro de todas las corrientes que emergen en él aparece siempre el status preponderante que ha adquirido la noción de género en este momento de la historia como categoría central de las estructuras y órdenes sociales trascendiendo la estrechez mental de quienes siguen de espaldas a este conocimiento que lo mantienen concibiendo como un mero atributo individual. En este sentido, el desarrollo teórico dentro de nuevos campos de los feminismos con incorporación de las teorías de la diversidad o *queer*, el género se asume como un producto de la construcción cultural que sigue fijado a la expresión biológica como la principal rectora de la diferencia sexual de las personas al tiempo que es la suprema categoría que revela de forma transversal como es que ha sido la configuración histórica de un modelo de civilización soportado

en la desigualdad- ya no solo entre los sexos -sino entre la intersección de clases sociales, edad, ciclos vitales, formas de trabajo y las redes sociales que coexisten en el mundo globalizado que devienen en unos “regímenes de género” que siguen naturalizando con igual notoriedad en los espacios de poder institucionales con generación de la mayoría de los conflictos y tensiones que enfrentan las personas en sus vidas cotidianas y en sus dimensiones subjetivas (Scott 1996, Barquet 2002).

4.3 Las conquistas de las luchas por los DSR en el plano internacional.

Tal como se ha visto a lo largo de este capítulo todo lo que se relaciona con cuerpo, sexo y sexualidad aparece reiterativamente e ineludiblemente ligado a la categoría de género como parte nuclear al interior de los conocimientos teóricos derivados de las distintas corrientes feministas y de la comunidad LGBTTI como respuesta a una imperativa necesidad de su activismo por encontrar la forma de poder superar definitivamente el determinismo biológico -aún sin éxito- en cuanto código ideológico que más efectivamente sigue coordinando prácticas discursivas alineadas con intereses de los sectores y actores conservadores que siguen detentando un poder determinante de las políticas públicas sobre sexualidad. Ratificando el protagonismo del discurso médico que se escuda en él para seguir justificando su oposición y resistencia a todos los intentos de cambios sociopolíticos necesarios para la vindicación de los derechos humanos y sexuales de estas personas y colectivos que vienen liderando con ímpetu de derroche de creatividad distintivo de la segunda ola del feminismo que despertó y expandió el texto emblemático de Simone de Beauvoir (Barquet, 2002, Petchesky, 2008). Lo que ha recrudecido esta obstinada y justificada cruzada por asegurar el reconocimiento de los DSR de estas personas, -incluidas los de adolescentes y jóvenes solteras que vio alguna luz de victoria en la década de los noventa cuando Naciones Unidas; -sede símbolo de

estas justas desde el mismo momento en que éste surgió con la Declaración de los Derechos Humanos en 1948 hace eco de sus reclamos (Girard, 2008: 348). No era para menos pensar que esta institución se tenía que involucraren la contienda política mundial asumiendo un papel protagónico y de mediación en esa lucha por este tipo de derechos que encierran todos los aspectos que mantienen vigente una regulación social en función de códigos como amor, familia, matrimonio, maternidad, hijos y descendencia, crianza, la planificación y anticoncepción, prácticas y conductas sexuales, aborto y matrimonio igualitario. No hay duda de que por excelencia este es el escenario indicado para la puesta en escena política global los distintos intereses y discursos involucrados en ellos en su calidad de “un recinto de los más prominentes” para la formulación de las normas y los discursos internacionales que los regulan (Girard, 2008:349).

Las organizaciones feministas de todos los países del norte y periferia llegaron por distintos caminos a la conclusión de que era necesario llevar su lucha reivindicatoria de los derechos sobre su sexualidad y reproducción al ámbito internacional en instancias como Naciones Unidas a mediados de los ochenta después de su participación en la Reunión Internacional de las Mujeres y la Salud en Ámsterdam en 1984 (Girard, 2008: 355). Las activistas de los países de la periferia ya venían delatando las prácticas violentas contra las mujeres, en especial las que las sufrían por ser de sectores populares por causa de las políticas de control natal impulsadas por Estados Unidos como estrategias de combate a la pobreza y a la inminente amenaza de brotes de rebeliones que le venían abriendo paso al comunismo en estos países en el marco de la guerra fría. El fracaso ante este primer evento se puso de acuerdo a todas las colectividades activistas de los feminismos para exigir al mundo entero el respeto por el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva. Acuerdo que se materializa con una amplia alianza entre mujeres defensoras de la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos a principios de los noventa para asegurar el triunfo en este poderoso

escenario. Paralelamente a la consolidación de esta gran alianza, defensores de los derechos humanos denunciaban la grave situación de violencia sexual contra mujeres en escenarios públicos y privados que seguía desatendida por parte de los gobiernos. Además, en esa misma época los grupos de mujeres y de personas con orientaciones sexuales diversas se pronunciaban cada oportunidad que encontraban en foros mundiales sobre la discriminación y violencia a que se enfrentaban permanentemente sin apoyo y protección por los estados.

Esta historia explica el silencio que tuvieron los términos “sexo”, “sexualidad” o “sexual” en los documentos intergubernamentales a nivel internacional a excepción de la Convención de los Derechos del Niño en 1989 que en razón de sus derechos hace explícita la protección contra las violencias sexuales; -específicamente explotación sexual y abuso sexual infantiles. Sin embargo, para ese momento todos estos movimientos habían admitido la superioridad del enfoque heterosexista en esta política reflejando los códigos discursivos que regularon y medicalizaron a la sexualidad a través de una lista de derechos que reproducen la hegemonía de una pauta heteronormativa que mantiene amarrada la sexualidad a la función de la reproducción. La lista habló de derechos al matrimonio, a formar una familia, a elegir libremente a su cónyuge, al acceso a programas de planificación familiar para controlar el número y espaciamiento de sus hijos (Girard, 2008).

El nuevo propósito de conquistar el autogobierno sobre sus cuerpos y sexualidades de los movimientos pasa sus primeras pruebas a lo largo de una serie de conferencias que organiza este recinto internacional que les posibilita perfeccionar sus estrategias y argumentos de combate para desactivar la regulación social que se mantiene sobre los enfoques conservadores, moralistas y medicalizadores y caminar hacia un nuevo marco jurídico normativo que se base en enfoques

combinan posturas políticas progresistas, humanistas y laicas que reconocen sus derechos . El ciclo de conferencias que los puso a prueba inicia con la Cumbre de la Tierra también conocida como Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Rio de Janeiro, Brasil en 1992 en donde demostraron competencia para debilitar el dominio del lenguaje conservador y moralista con la inclusión en el documento final del evento un punto que hacía referencia al derecho al “acceso al cuidado de la salud reproductiva y a las aspiraciones de las mujeres en términos del tamaño de la familia de acuerdo con su libertad, su dignidad y sus valores personales” (Girard, 2008:357). Al siguiente año la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena, Austria (1993) representó otra nueva conquista con un documento de Acción de Viena especificando la urgencia de abordar las violaciones a los derechos humanos de las mujeres y niñas tanto en la vida pública como en la privada y familiar como componente inalienable e indivisibles de los derechos humanos universales. Fue contundente la conquista que tuvieron con la conformación del Tribunal Mundial sobre Violaciones de los Derechos Humanos de las Mujeres por parte del Centro de Liderazgo Mundial de las Mujeres, depositario de miles de testimonios de mujeres víctimas de estas “violaciones en la familia así como de las violaciones a la integridad física de las mujeres, incluyendo la violencia y discriminación contra las lesbianas” y divulgador de esta nefasta realidad para acabar con el histórico silencio (Girard, 2008: 357). A pesar de que Canadá insistió en agregar en el documento final los problemas derivados de violaciones a los derechos de la población con *orientación sexual diversa* el texto final hizo caso omiso de esta solicitud cediendo ante la presión de los grupos conservadores por borrar todo lo que implique el reconocimiento de la existencia de estas sexualidades e identidades alternativas a la ideología que acepta como única orientación normal la heterosexualidad. En la siguiente conferencia la quinta Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo, Egipto en 1994 los conservadores se enfrentaron a un movimiento de mujeres bastante empoderado y empeinado en la proclamación de los DSR, -

incluidos los de adolescentes. Ellas exigieron que el tema de los derechos sexuales tenía que estar en la agenda del evento (Girard, 2008: 358). El movimiento guardaba “bajo su manga” un borrador de una Declaración de las Mujeres sobre Políticas de Población redactado desde 1992 que contaba con respaldo de varias organizaciones internacionales que exigían el reconocimiento de estos derechos de forma tal que nunca jamás las mujeres tuvieran que volver a estar “subordinadas a los intereses de sus parejas, miembros de su familia, grupos étnicos, instituciones religiosas, proveedores de salud, investigadores, diseñadores de políticas, el estado o cualesquiera otros actores” (Girard, 2008: 358). Fue un éxito la proclamación sobre una nueva definición de la SSR y la inclusión de un acápite específico exigiendo el compromiso de políticas públicas garantes del derecho de adolescentes a servicios integrales en SSR; -incluidos al aborto-, y todas las tecnologías para prevenir embarazos y enfermedades para que puedan llevar a cabo un ejercicio de su sexualidad libre de coerciones, violencias y consecuencias no proyectadas ni deseadas (UN, 1994).

Aunque la declaración hacía explícita mención de la orientación sexual el asunto fue de nuevo retirado de ella en la Conferencia de Salud Reproductiva y Justicia que se hizo en enero de 1994 que socializó el borrador para ajustar a la versión que se llevaría a la conferencia del Cairo. Para fortalecer sus estrategias y poder en esta siguiente conferencia lograr balancear la contienda sociopolítica a su favor, venía trabajando un limitado grupo de mujeres desde 1993 con la firme intención de impedir que continuara la marginación y silenciamiento en este tipo de documentos gubernamentales estas cuestiones de sexualidad y orientación sexual que terminaban imponiendo los actores conservadores en su afán por mantener centrado el foco de discusión solo en la regulación de la reproducción que siguen reproduciendo la coordinación del confinamiento de las mujeres al mundo doméstico mediante los códigos ideológicos de familia, maternidad y crianza (de Barbieri, 1991, Fernández-Pujana, 2014. Aunque sí se logró la ansiada proclamación de los DSR la mayoría

de estos grupos activistas lamentaron la forma como en la declaración final salió a relucir victoriosamente el poder de la Santa Sede del Vaticano para seguir ocultando estos temas con la sorpresiva modificación que tuvo la versión final de la declaración con eliminación de toda alusión a orientación sexual y familias diversas. Este desenlace, ratificó el poderoso efecto de regulación que mantiene esta institución en la reproducción de las RRS que se soportan en los códigos ideológicos de familia y maternidad. Este fracaso alertó al movimiento sobre su fragilidad y enfilaron sus esfuerzos a consolidar los argumentos con mejor formación conceptual para poder rebatir en la siguiente conferencia que se llevaría a cabo en Beijing, China al siguiente año: la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer. En ese instante hicieron mayor conciencia sobre la notable influencia que los discursos biomédicos y tecnológicos siguen manteniendo en estos recintos de negociación y formulación de políticas públicas en materia de género, sexualidad y DSR. Incluso hubo mejor comprensión de la doble función que este escenario cumple conservando grandes similitudes con la noción del Estado que defiende la corriente del institucionalismo histórico (Skocpol, 2008, Morales-Borrero, 2010). Así, con el privilegio de poder fungir como otro actor en la contienda y como el rector de las reglas de juego en la arena, este organismo supraestatal cumple a cabalidad la función de contención de las luchas y de reafirmación y reproducción de las RRS históricamente configuradas para la medicalización de la sexualidad. En este sentido, esta agencia se empapa de las nuevas consignas discursivas que estos actores introducen en el marco de la batalla por la conquista de sus derechos, las recicla con metonimias provenientes de estos discursos alternativos contra hegemónicos apaciguando este ímpetu rebelde ante la tranquilidad que les otorga la ilusión de que sus reclamos están siendo escuchados al fin y así continúan perpetuando la regulación histórica en medio de un “silencio ensordecedor” (Camargo y Mattos, 2008). Esta estrategia logra de manera sutil que las mismas élites sigan determinando qué cambios ideológicos, políticos y sociales y a qué ritmo se materializarán. Un significativo aprendizaje para este

movimiento tuvo que ver con el desciframiento del impacto que tuvieron sus recursos discursivos durante su intervención en la conferencia del Cairo con muy poca difusión al interior del movimiento los desarrollos teóricos que había alcanzado el feminismo y el movimiento *queer* sobre la categoría de género (Petchesky, 2008). La táctica apelada por la Santa Sede y sus aliados para silenciar cuestiones y reclamos de derechos de mujeres y la comunidad LGBTI fue la metonimia “género” para desplazar estos términos con la excusa de que este término acogía todo (Girard, 2008). Esta táctica distrajo la atención de sus contendores en la contienda y pasó desapercibida la intención que estaba detrás de esa petición (Girard, 2008). Por esta situación que se acaba de narrar es necesario hacer un paréntesis de esta historia de las conquistas por los DSR en el plano internacional para exponer esos nuevos conceptos teóricos provenientes de las teorías feministas y *queer* fundamentales para asegurar con acierto la victoria definitiva a este bando, porque ofrece prácticas discursivas contra hegemónicas del discurso biomédico y religioso.

Estos desafíos que fueron apareciendo a lo largo de esta secuencia de conferencias internacionales implicaron una re-elaboración del discurso teórico sobre el cuerpo hallando eco en la pos modernidad en que viene aconteciendo esta serie de enfrentamientos y debates con un importante eco en las dinámicas sociopolíticas de los países miembros de esta agencia internacional, ante la agudización de las ansias por profundizar y comprender mejor sobre las construcciones de identidad de género calificándolas como categorías frágiles, fragmentadas, cambiantes, y electivas en este período histórico actual (Barquet 2002). En este nuevo escenario de lucha globalizado, la política de la identidad adquirió prioridad en los debates feministas contemporáneos porque con este acervo teórico se intenta retener o recuperar, por lo menos parcialmente, a la mujer en cuanto sujeto político para poder vencer las críticas que siguen debilitando al movimiento que lo califican de ser un “meta relato -tan universalizador, totalizante y omnicompreensivo” como cualquier otro igual de

dogmático o hegemónico (Barquet 2002: 26). Esta crítica respalda la argucia discursiva que usan sus enemigos para reificarlo al decir que es mejor lidiar con los dogmas conocidos y descifrados que arriesgarse a ceder ante este nuevo poder que amenaza la paz y estabilidad que tanto ha costado alcanzar. Así en medio de este conflictivo contexto cogen fuerza al interior de la teoría feminista ciertos argumentos esencialistas derivados de la medicina para vindicar la ventaja de la mujer por la diferencia biológica que le concede la virtud de la maternidad para que este código ideológico metonímicamente volver a fusionar los intereses y acciones reivindicatorias de éstos colectivos que se sienten revitalizados con el poder y la mejora de la competencia argumentativa para contrarrestar la oposición con las mismas argucias discursivas con las que al mismo tiempo que se camuflan para incidir en la política sirven para convocar , al movimiento hacia identidades colectivas. Así las cosas, las duras confrontaciones que tuvieron en estos eventos impusieron otro reto al movimiento para poder impulsar la política de identidad a su interior para reanimar la lucha vindicatoria sin desgastarla más con el fracaso que ha seguido teniendo por culpa de la exclusión de la diversidad y diferencia en orientación sexual que había ejercido precedentemente (Barquet 2002). En este momento del debate feminista entró en vigencia dentro del juego de poder la palabra “agencia” como recurso discursivo para estimular el potencial de acción social de las personas para defender su derecho inalienable a la autonomía que la condición humana les concede para construir sentido y en consecuencia disponer de todas las nuevas armas discursivas que ofrecían estas corrientes teóricas para superar de una vez por todas el invencible determinismo biológico que esgrimen científicos y religiosos del ala conservadora para mantener su hegemonía (Barquet 2002:26) silenciando las prácticas discursivas alternas que han podido modificar al menos en parte el mapa geopolítico mundial en materia del aborto y matrimonio igualitario (Anexos L y M) . En este contexto el agenciamiento cobra toda la relevancia porque afirma la posibilidad de configuración de nuevos referentes de ciudadanía que rediman los derechos de las distintas mujeres y personas que siguen

excluidas por causa de las RRS que median la configuración y reproducción de su exclusión en medio de prácticas que pueden ser agenciadas con cambios redundantes en el mundo en que devienen sus tareas cotidianas.

De otra parte, estos mismos retos devinieron en una necesidad común de todas las posturas intelectuales que luchan por los DSR en este momento: - reconocer que sin una conceptualización de mujeres compartiendo identidades colectivas con arraigo territorial y comunitario (Espinosa et al, 2013) no es posible contar con conocimiento que sea valorado y respetado en el mundo de las ciencias por su capacidad de someter a falsación los argumentos científicos que han legitimado las prácticas de apropiación y medicalización de los cuerpos y sexualidades de las mujeres que coordinan las RRS para fijar la regulación sistemática en toda estructura e institución social. El desarrollo teórico que el agenciamiento concedió al discurso feminista abrió la puerta para que en él entrara otro novedoso nuevo código teórico propuesto por la feminista de la diferencia Iris Marion Young (1994): “serialidad” que complementa la definición de “género” que había elaborado Joan Scott (1996). En términos prácticos serialidad significa que “las mujeres” en cuanto categoría social no pueden compartir homogéneamente atributos comunes sino que su pertenencia a una comunidad la convierten en un prototipo de una “serie” de atributos que viene siendo determinada por “diversas existencias y acciones” “orientadas alrededor de los mismos objetos o estructuras práctico-inertes” que en el caso del género femenino ya vienen históricamente regulada por ciertos significados y posibilidades preconcebidas en medio de la función de coordinación y reproducción de esos atributos códigos ideológicos entro de las RRS (Young, 1994:728-9, Barquet 2002: 27, Smith, 2005). Adicionalmente, Linda Alcoff (1998) agregó la categoría analítica “posicionalidad” para medir las relaciones sociales que se entrelazan, en medio de un contexto globalizado caracterizado por un continuo movimiento útil en la significación y legitimación de una identidad colectiva

(Barquet 2002:27). Por último, este camino de consolidación discursiva del feminismo de la identidad política grupal de las mujeres que desatan las feministas de la diferencia recoge de la teoría *queer* de la filósofa alemana Judith Butler la idea del “*performance*” que trabaja para examinar y explicar la relación entre cuerpo y cultura que concibe como una categoría en la que el cuerpo funge como un lienzo en donde la persona va escribiendo y escenificando su rol de género con la ayuda del material específico que plasman los textos esbozados por una carga histórico cultural igual que como las RRS de Smith que regula la construcción de identidad de todas las personas (Butler, 2007). Esta idea ratifica la denuncia hecha por Beauvoir sobre las fuerzas que mantiene las cosas sin cambio por causa de una predominancia cultural y social en los géneros que va más allá del determinismo biológico por eso es que aseguró que “la mujer no nace se hace” (Barquet, 2002). Lo revolucionario de la “*performance*” resulta de su capacidad de arengar un acto político que al ejercerlo conscientemente las personas en el diario transcurrir se abre una ventana de oportunidad para liberarse porque la persona es guionista, directora y productora de la obra que le confiere identidad de género y sexual pudiendo con toda libertad decidir si modifica, trasgrede o desplaza todo aquello que antes estaba fijo o estático en el papel brindándose alternativas para zafarse -ya no solo- del determinismo biológico sino también del determinismo discursivo (Butler, 2007: 224). Así defiende su tesis pos estructuralista que formatea el disco discursivo dominante en el mundo de la ciencia con su aseveración de que la performatividad logra movilizar las estructuras sociales que antes habían sido imposible cambiar (Butler, 2007: 278).

Con estos desarrollos teóricos el movimiento llega fortificado a la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas en Beijing en 1995. Esta vez, venía suficientemente equipado para ganar la contienda sobre ante el bando conservador. En particular, contaba con mejores herramientas teóricas para refutar los argumentos discursivos que despliega la comunidad global religiosa convocada y

arengada por la Santa Sede para desprestigiar toda campaña a favor de los DSR, a través del “pánico moral” que despliegan sus advertencias sobre la inestabilidad sociopolítica que puede desatar la desregulación del aborto, de la sexualidad en adolescentes y jóvenes solteros y de las perversiones de personas con orientaciones e identidades sexuales diversas. De todas formas, en medio de un estremecido debate con una fuerte resistencia del ala conservadora en la contienda, lograron negociar su petición para que además de una mención explícita del documento final de la “Plataforma de Acción” con el derecho a un acceso a servicios para una práctica de aborto segura para mujeres y jóvenes adolescentes pobres de forma que se pudiera evitar sus muertes y los daños a su salud que les ocasionaban las condiciones de ilegalidad y clandestinidad en que se tenían que hacer estos procedimientos se adicionara un párrafo específico con los derechos sexuales de las mujeres, de la siguiente manera (párrafo 96 de la sección C “Salud y la Mujer” del capítulo IV “Objetivos estratégicos y medidas” (UN, 1995: 38, Girard, 2008: 378):

Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre y decidir libremente y responsablemente acerca de los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre las mujeres y los hombres, en asuntos de relaciones sexuales y reproducción, incluyendo el respeto total a la integridad de la persona, requieren de respeto mutuo, consentimiento, y responsabilidad compartida para la conducta sexual y sus consecuencias (UN, 1995: 38, Girard, 2008: 378).

No obstante, la victoria no fue completa en este evento en particular. La presión de la oposición logró borrar el término orientación sexual del documento y enmarcarlo de nuevo dentro del enfoque heteronormativo (Girard, 2008: 379). A pesar de este triunfo que lograron sus enemigos, la población LGBTI pudo flexibilizar la rígida norma heterosexual al reemplazar con la palabra “persona” la mención a mujeres y hombres del enunciado del documento que exige el respeto a la integridad. Así después de este triunfo el movimiento siguió firme en su lucha por cumplir la meta para r incluir en la Comisión de Derechos Humanos el asunto del respeto a la integridad, los DDHH

y los DSR de las poblaciones diversas lamentablemente sin éxito durante toda la primera década del siglo XXI. Finalmente el 26 de Septiembre del 2014 el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas aprobó la histórica resolución en defensa de los homosexuales con condena a toda forma de violencia y discriminación por efecto de la orientación sexual y/o identidad de género (UN, 2014).

Aunque los resultados de estas conquistas por los DSR no se reflejan en las políticas de muchos países e instituciones que mantienen un enfoque de regulación determinado por la acción de estas fuerzas conservadoras que paradójicamente han sido fortalecidas por el mismo pánico moral que ha detonado las mismas victorias incrementando la polarización entre dos tendencias discursivas que debaten hoy estos derechos (Petchesky, 2008). En un extremo, se mantiene invicto el biomédico y tecnológico que sobrevive en la agenda política que dirige con dominio el debate sobre cuestiones de salud alrededor de VIH/SIDA, orientación sexual, transgenerismos, transexualismos, intersexualidades y restricciones al aborto legal revestido de un aura aparentemente neutral, apolítica, aséptica y asexual victorioso a través del tiempo y espacios en la medida en que gana adeptos en los organismos internacionales, en el sector gubernamental incluso en los mismos grupos conservadores simpatizantes de estas políticas restrictivas de los DSR porque se blinda de un halo de prestigio que resulta de esa reconocida experiencia técnica que encubre la postura de resistencia política o social (Petchesky, 2008:17). En el otro extremo del ring, las luchas siguen sobrellevando las crecientes amenazas que provienen de todas las fuerzas religiosas conglomeradas en la asociación El Derecho Cristiano de Estados Unidos, o en la Santa Sede del Vaticano o en los distintos grupos islamistas radicales que comparten el código ideológico regulador alrededor de la abstinencia y la “pureza” moral que en vez de “*des-sexual izar*” lo magnifica aún más porque lo “*re-sexualiza*” en una dirección sectaria y exageradamente conservadora (Petchesky, 2008:18).

A pesar de la vasta repulsión que sigue teniendo el feminismo, su esfuerzo ha sido recompensado con importantes conquistas legislativas que están cambiando el mapa mundial en materia de los dos asuntos más críticos de los DSR: la legalización del aborto y del matrimonio igualitario (Anexos L y M).

En la cuestión del aborto, para el 2009 el panorama mundial ya mostraba un significativo avance en la proporción de países que lo han ido despenalizando (Anexo L):

El 61% de las mujeres viven en países del mundo donde se permite el aborto sin restricción como medida de protección de sus vidas o de su salud física o mental, por razones socioeconómicas o porque no tiene que tener ninguna razón en particular (por lo menos durante los primeros meses del embarazo). La mayoría de los países del hemisferio norte permiten el aborto antes de determinados plazos establecidos con poca variación de un país a otro.

En los 56 países donde se permite el aborto en virtud de fundamentos legales menos flexibles, la ley usualmente estipula algunas condiciones como, por ejemplo, límites de gestación, indicación, períodos de espera, requisitos de consentimiento, y restricciones en torno a dónde y quién practicaría el aborto, Chile acaba de ingresar a este grupo:

El 25% de mujeres residían en partes del mundo donde sólo se permite el aborto para salvar la vida de la mujer o donde se lo prohíbe totalmente,

El 10% vivían en lugares donde sólo se permite el aborto cuando es necesario para proteger la salud física de la mujer o para salvar su vida,

El 4% residía en lugares donde se permite el aborto solamente por estas razones o para proteger la salud mental de la mujer

Restan solo cinco países del mundo que prohíben tajantemente la interrupción del embarazo bajo diferentes circunstancias que tipifican con penas de cárcel para toda mujer y persona que realice,

intente o facilite el aborto: Ciudad del Vaticano, El Salvador, Malta, Nicaragua y República Dominicana. Esto significa que para ese año el 39% de las mujeres del mundo vivían bajo un régimen legal que restringe por completo este derecho.

En cuanto al derecho a un matrimonio igualitario para el 2013 el panorama es también alentador (Anexo, M):

Dieciséis países en el mundo, más de la mitad de ellos en Europa, cuentan con leyes que autorizan el matrimonio homosexual, entre ellos Holanda fue el primer país en concederlo en el año 2000. Le siguieron Bélgica, en 2003; Canadá y España, en 2005; Sudáfrica, en 2006; Noruega y Suecia, en 2009; Portugal, Islandia y Argentina, que aprobaron sus respectivas leyes en 2010; Dinamarca, en 2012; Nueva Zelanda, Uruguay y Francia en 2013; y Luxemburgo y Finlandia en 2014.

Al fin de cuentas, el matrimonio homosexual es hoy en día legal en Holanda, Bélgica, Canadá, España, Sudáfrica, Noruega, Suecia, Portugal, Islandia, Argentina, Dinamarca, Nueva Zelanda, Uruguay, Francia, Luxemburgo y Finlandia.

También es legal en una decena de estados de Estados Unidos, en la capital y otro estado de México y en Brasil, que por orden del Tribunal Supremo se obligó a reconocerlo, aunque todavía no hay formulada una ley específica.

Con base en estos resultados se considera importante tratar en este apartado en mayor detalle la más reciente y novedosa apuesta teórica que ha hecho el movimiento feminista para seguir asegurando más victorias: la *“ciudadanía sexual”*. De la cual se valen para dar conclusión a una larga e inacabada historia, al menos durante los últimos cuatro siglos de sometimiento forzoso a una regulación, dominación, subordinación y exclusión de los DSR de mujeres, jóvenes, adolescentes y

poblaciones con identidades y orientaciones sexuales diversas que esperan poder pasar la página de esta amarga contienda con la satisfacción de saber que se podrá configurar un nuevo modelo de sociedad incluyente, equitativo y democrático (Cáceres et al, 2004, Parker et al, 2008, Amuschategui y Rivas, 2008, Wappenstein, 2010). No obstante, es necesario también plasmar aquí el clamor del feminismo descolonial por una coalición política e intercultural que marche en busca de una transformación radical de las relaciones sociales, de la concepción de la economía, de la producción del conocimiento y del sentido de ser persona dentro y entre pueblos y grupos indígenas y afro (Espinosa, et al, 2013: 406). En esta corriente contra hegemónica la interculturalidad no puede seguir siendo argüida acomodaticiamente y metonímicamente por todas las élites, -incluidas las mujeres blancas y académicas feministas cercanas a estas agencias internacionales, como expresión de la aceptación de las distintas maneras de vivir en el mundo, sino que debe tomar como su eje la racialización de las gentes, del trabajo, del conocimiento, de las prácticas de vida, de las relaciones entre las comunidades y pueblos (Espinosa et al, 2013: 406). Su obsesión es que el mundo entero admita que estas mujeres han sido deshumanizadas en medio de relaciones de RRS que las coloca en relaciones indignas, les niega saberes, les niega la posibilidad misma de saber, les niega su propio ser y les niega una concepción de sus propios cuerpos que afirman la vida (Espinosa et al, 2013: 406).

El incumplimiento por parte de los gobiernos de los mandatos de las plataformas de El Cairo y Beijing con los DSR y la negativa a la inclusión de la defensa de los derechos humanos de las personas con orientación sexual y de género diversa en la Comisión de los Derechos Humanos en Rio de Janeiro en el 2004 (Parker et al, 2008, Cáceres et al, 2004), motivó a varios académicos activistas de todas las corrientes teóricas y políticas predominantes del feminismo a emprender un esfuerzo conjunto para re-configurar el concepto de ciudadanía que había sido definida desde

campos sociológicos o jurídicos que siguen reproduciendo el enfoque de derecho natural universal y elemental a la pertenencia o a contar con la debida suscripción a un Estado-nación tal y como lo definieron el manifiesto de la revolución francesa o la constitución política de Norte América en el siglo XVIII, como si esta pertenencia fuera espontáneamente y por sí sola suficiente para garantizar bienestar y mejoría de las condiciones básicas para la vida y la protección de los derechos civiles, políticos y sociales fundamentales de todas las personas (Cervantes, 2004, Amuschategui y Rivas 2008, Cáceres, et al 2008, Wappenstein, 2010). Pero como esta definición se convierte en un eufemismo para reemplazar el mismo supuesto de sus inequívocas cualidades homogéneas, universales y románticas que arrastra desde su origen en la ilustración los activistas feministas seguían derrotados por la oposición conservadora cada vez que intentaban reivindicar sus derechos y necesidades específicas como mujeres o como comunidad LGBTTI porque su puesta en escena habilitaba a sus contradictores con este eufemismo para eliminar del lenguaje oficial de los documentos todo término que pudiera sugerir a la audiencia la idea de una aceptación de las identidades y orientaciones diversas por fuera de esa categoría homogeneizadora y universal de ciudadanía (Parker et al, 2008, Cáceres et al, 2004) que reafirma el mundo heteronormativo característico del mundo social de la ilustración que asumió ingenuamente esa versión de una ciudadanía natural (Cook, 1996, Sherwin, 1996, Jaggar, 1994, Hierro, 2001, Suarez 2002, Cervantes 2004).

De todas formas, aunque el concepto de ciudadanía sexual sigue sin precisión por estar aún en proceso de construcción (Shepard, 2004, Cáceres et al, 2004, Parker et al, 2008) lo que hay formulado hasta ahora sirve para confrontar las prácticas discursivas que salieron a relucir para seguir prevaleciendo por encima del proceso que se llevó a cabo con reconfiguración de la carta política curricular de la Facultad de Medicina en materia de los DSR de adolescentes que esta

investigación analizó. La re-definición que proponen desde el feminismo implica la inclusión del concepto de ciudadanía en los aspectos y dimensiones más íntimas y subjetivas de las personas porque en gran medida las valoraciones y actuaciones que individuos y colectivos despliegan en torno a sexualidades, identidades, orientaciones, expresiones y prácticas sexuales derivan de estas cuestiones que a su vez son fuertemente reguladas por las RRS históricamente configuradas para proteger y mantener ese orden social que se sostiene sobre la exclusión de estas personas y comunidades que supuestamente habían sido reconocidas como ciudadanas por principio en el marco socio-jurídico convencional que definió ciudadanía (Cervantes, 2004, Cáceres et al, 2004, Amuschategui y Rivas 2008, Wappenstein 2010). Así las cosas, es urgente emprender esfuerzos para concretar la construcción del concepto a través del dialogo interdisciplinar e intersectorial con elaboraciones teóricas de carácter plural, intercultural y multidimensional en lo concerniente a todas las novedosas y alternativas categorías políticas, sociales, económicas, culturales, sexuales y ecológicas que hayan surgido en torno a ella rebasando los conceptos tradicionales surgidos desde miradas unidisciplinarias (Amuschategui y Rivas, 2008). Para provocar inicio al diálogo unas investigadoras sociales mexicanas han propuesto la siguiente definición de ciudadanía sexual: “un conjunto de prácticas (culturales, simbólicas y económicas)” que se unen a una serie “de derechos y deberes (civiles, políticos y sociales)” con los que las personas “aseguran el derecho a su pertenencia a un cuerpo político determinado” en donde es hacedero construcciones y recreaciones de significados y prácticas que facilitan que todas “las personas se autorizan y materializan su derecho a vivir y actuar sobre sus diversos deseos y placeres sexuales” como un valor social colectivo que garantiza sin exclusiones pleno “ejercicio de los derechos sexuales y/o reproductivos” sosteniendo así un orden social sobre la idea de una democracia personificada por cada persona en la vida cotidiana (Amuschategui y Rivas 2008: 59-60).

Se espera que con esta nueva conceptualización de ciudadanía la “diversidad sexual” sea vista como categoría y actor sociopolítico que ofrece oportunidad de agenciar los cambios sociales para decodificar dispositivos de las RRS que logran homogeneizar y controlar el cuerpo sexuado subjetivo, individual y político así como de medicalizar la sexualidad reduciéndola a indicadores, signos, conductas, comportamientos y prácticas determinados y modificados “naturalmente” por características biológicas con que nacen o que anormalmente adquieren las personas en algunas fases del ciclo de vida estigmatizadas como clase de “riesgo” por las desviaciones que ellas representan (Cervantes, 2004, Careaga y Cruz, 2004, Shepard, 2004). El acuerdo explícito que mantienen todas las posturas feministas es que con esta nueva apuesta discursiva también se logrará que la sexualidad supere la estrecha visión biologicista, esencialista y medicalizadora que impide la institucionalización del enfoque progresista que la asume como un “producto social” que tiene más que todo relación con aspectos erótico-amorosos trascendentales en la vida y relaciones de todas las personas que con una reducida función genital de reproducción biológica que configuró la ideología higienista (Careaga y Cruz, 2004: 16). Así la sexualidad vista desde este nuevo enfoque adquiere una forma tridimensional que trasgrede la lógica lineal de la ciencia médica tradicional al poner al descubierto una realidad hasta el momento inaparente para esta mirada médica-científica como es la que hay tres dimensiones se superponen y cambian con la performatividad que la gente le imprime a lo largo de su ciclo de vida sin que eso indique una anormalidad, patología o aberración (Careaga y Cruz 2004, Butler, 2007). Las tres dimensiones que materializan la sexualidad son: 1) la orientación sexual que significa la dirección erótico-afectiva del objeto amoroso que asume la persona; 2) la identidad sexual en cuanto definición sexual que adopta la persona; y 3) la expresión sexual como la representación de las preferencias y comportamientos sexuales que despliega la persona (Careaga y Cruz 2004, Butler, 2007, Cáceres et al, 2004, Cervantes 2004, Amuschategui y Rivas 2008, Wappenstein 2010). En términos generales, esta re-definición de sexualidad sugiere una

limitación a la práctica médica de facilitar recursos técnicos para que las personas se expresen sexualmente sin sufrir o morir por falta de autocuidado o por falta de respeto y solidaridad con la otra persona.

En síntesis, todos los instrumentos teóricos creados por este movimiento deberían formar parte del acervo de conocimiento científico dentro de la formación médica para promover una vida sexual saludable, placentera y libre de violencias y sufrimientos en todas las personas y comunidades. Sin embargo, en el mundo globalizado gran parte de las instituciones; -en particular las del sector de la salud y de educación-, siguen de espaldas a estos justos reclamos cada vez más escuchados e incorporados; a gusto o a disgusto-, en el marco político internacional por parte de Naciones Unidas. La principal causa para que estos nuevos discursos no hayan podido penetrar al mundo institucional gubernamental de las políticas y científico-académico de la medicina claves para materializar, difundir e instituir este nuevo marco político de importante repercusión en la vida y la salud de adolescentes y jóvenes en una determinada sociedad como la colombiana tiene que ver con la complicidad que estas instituciones mantienen con las dos corrientes opositoras identificadas a lo largo de este capítulo: religiosa y biomédica-tecnológica (Petchesky, 2008). Sobre esta situación otro actor clave sale a relucir en esta tesis: el Banco Mundial (BM) cuyo discurso desde el plano global tiene suficiente influencia tanto en las políticas nacionales en materia de salud, sexualidad y jóvenes (Morales-Borrero, 2010) como en los lineamientos en los escenarios locales de la educación médica sobre los temas que se pueden o deben o no tocar (Camargo y Mattos, 2008: 399) en que vienen aconteciendo tanto las reformas educativas (Martinic, 2000, Guzmán, 2005, Gorostiaga y Tello, 2010), las de salud (Hernández, 2000, López-Arellano et al, 2008, Franco, 2009 y Breilh, 2011) como las luchas por los DSR (Petchesky, 2008, Girard, 2008, Camargo y Mattos, 2008, Morales-Borrero, 2010). Su labor en estos contextos sigue siendo la mejor aliada de las RRS que

regulan una práctica discursiva distintiva de la formación médica que medicaliza la sexualidad y la adolescencia en medio de un apático reconocimiento de sus DSR. Este organismo logra de manera efectiva su función reguladora sobre estas RRS con repercusión en la práctica médica con la ayuda de la retórica científica biomédica y de la economía de la salud para determinar las políticas de estas instituciones mientras que son más aceptadas que las conclusiones de las discusiones políticas que se llevan a cabo en las Naciones Unidas (Camargo y Mattos, 2008: 412). Además su carácter misional le permite blindarse de la presión política que ejercen estos movimientos. Las estrategias que esta entidad usa para tratar el tema refuerzan una concepción uniforme de la sexualidad, inherentemente heteronormativa, esencialista y biológica que se impone con total hegemonía en el discurso técnico que se ha ido institucionalizando con la complicidad de un “silencio ensordecedor” que borra todo rastro del lenguaje alternativo que autores activistas plasman en documentos no oficiales en donde le rinden cuentas sobre iniciativas puntuales que paradójicamente este mismo actor apoya financieramente con la intención de pescar metonimias para reciclar su discurso de regulación con intereses capitalistas (Camargo y Mattos, 2008: 413). Los textos oficiales del BM dan cuenta de tres códigos ideológicos con los que encubre su discurso censurado que se contrapone al cambio de enfoques que claman estos movimientos: mujer y género, DSR y sexo-como-riesgo:

Dentro del código mujer y género desaparece toda alusión a la sexualidad para dar cabida a una explicación de la desigualdad de género en términos economicistas como son ingresos, educación y poder, como los únicos factores que impiden el desarrollo, y que por lo tanto deben ser atacados. En este código el poder es medido sobre la base de la relación entre hombre y mujer al interior del hogar, perspectiva que recalca “el punto de vista heteronormativo acerca de cómo está constituida una familia” al tiempo que repotencia “de manera simultánea el papel central de la economía en el

argumento político, mientras que también parece responder a la presión política organizada de los movimientos de las mujeres” (Camargo y Mattos, 2008: 406).

Dentro del código DSR se fortalece la idea mercantilista de que su materialización depende de la oferta de “servicios de salud que permitan a la mujer pasar por el embarazo y el alumbramiento de forma segura, y que otorguen la mejor probabilidad de obtener un resultado saludable, tanto para la madre como para su bebé” ligando la sexualidad a la reproducción y el control de la natalidad en la mujer tonificando la visión heteronormativa que repliega la sexualidad a la reproducción en el marco de una familia homogeneizada (Camargo y Mattos, 2008: 408).

El código “sexo-como-un-riesgo” se articula con la SSR desde un enfoque preventivista para el control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), del VIH/SIDA, de la mortalidad materna y del embarazo adolescente como medida de promoción del desarrollo y de la lucha contra la pobreza. En este código se engloban “al menos tres aspectos relacionados con la formación discursiva del sexo-como-un-riesgo, con un diálogo interno modesto o inexistente: un discurso sobre la educación como forma de prevención, un enfoque medicalizador sobre la actividad sexual, y el VIH/SIDA” a la vez que perpetúa la práctica de “ocultamiento deliberado de la información a los jóvenes” mientras “reduce la sexualidad a un conjunto de prescripciones médicas” (Camargo y Mattos, 2008: 409-411).

Como conclusión ha habido grandes triunfos sin embargo persisten con mucho poder las fuerzas conservadoras que siguen alimentando las RRS en dirección de la apropiación y medicalización de vidas, cuerpos y sexualidades de adolescentes. El discurso médico sigue estando más del lado de la

represión con medicalización que de la promoción de la ciudadanía sexual. Las conquistas de las luchas por los DSR en América Latina

En América Latina han venido concurriendo todo tipo de luchas para conquistar los derechos de mujeres campesinas, obreras, indígenas y movimientos como 17 de octubre, 1945 de Argentina o movilización popular de Brasil contra el presidente Fernando Collor, que dan cuenta de una meritoria trayectoria llena de riqueza, creatividad y coraje de experiencias de resistencia y de oposición a una práctica discursiva que ha naturalizado y legitimado la dominación en medio de procesos de modernización y configuración de un modelo de Estado-nación moderno instituido a punta de autoritarismos, represiones, explotación, masacres y todo tipo de violencias estructurales, institucionales y de género (Jelin, 1994: 13). Estas prácticas de control y estabilización del orden social son rasgos distintivos del capitalismo colonial imperialista (Espinosa, et al, 2013) acentuadas durante la guerra fría sin que su fin haya podido evitar que se reciclen en nuevas formas de reproducción en medio de la reciente intensificación del fenómeno de la globalización (Gorostiaga y Tello, 2010). Esta historia de luchas feministas se cruza con las luchas por los DDHH en la misma región ambas reforzadas a partir de los setenta arrastrando un “trasfondo histórico-cultural de aceptación y naturalización de la dominación que se extiende hasta el presente y resulta muy difícil de abandonar” significativamente regulada por un “pasado colonial y la dominación racial, étnica y cultural de oligarquías y burguesías locales” configurando unas relaciones sociales de clientelismos y populismos de los gobernantes de turno (Jelin, 1994:13).

En este beligerante contexto de la historia de configuración del Estado moderno se ha caracterizado por una ampliación de los servicios sociales para poder dilatar su función de regulación e intervención en las condiciones de vida de todas las capas de la sociedad deviniendo

en un Estado paternalista al que la ciudadanía debe acudir permanentemente; -ya sea de forma clientelar o con conciencia de los derechos sociales -, para que se les resuelvan sus problemáticas cotidianas de la reproducción y la sobrevivencia con servicios sociales básicos. Esta configuración del Estado-nación moderno asistencialista en la región dejó de lado asuntos tan relevantes como democracia política y derechos civiles dificultando la constitución de una ciudadanía (Jelin, 1994: 14). Además, se congenia muy bien con el patriarcado para reproducir la exclusión socio-política y económica de los derechos y vida de las mujeres (Jelin, 1994).

Los años setenta significan una revolución con importantes cambios de este orden social con la resistencia a las dictaduras y demandas de un nuevo Estado democrático creando un nuevo código discursivo para acabar con las masivas violaciones a los DDHH (Jelin, 1994: 13). En ese contexto revolucionario logran eco con cierto protagonismo los feminismos y movimientos de mujeres de la mano de las agencias y organismos internacionales que ayudaban a la regulación y contención de las masivas protestas. Desde entonces hacen intersección las demandas del movimiento de mujeres con las de movimientos de DDHH que cuentan con la presencia de mujeres. En resumen las demandas de las luchas feministas de la región de América Latina han seguido la siguiente ruta (Jelin, 1994: 13-16):

En primera instancia, se orientó a “hacer visible lo invisible” para dignificar el trabajo doméstico con justa remuneración y el debido reconocimiento del valor que éste representa en el mundo cotidiano en el ámbito privado y familiar. Demanda que sigue desatendida.

Después se redirecciona con insospechada intensidad hacia la meta de conquistar el “mundo público” históricamente de dominio exclusivo masculino. Sin embargo, este esfuerzo derivó a “segregación ocupacional y la discriminación “, con pocas oportunidades de acceso, discriminación

salarial, definición social de unas “tareas típicamente femeninas” como todas “aquellas que reproducen y expanden el rol doméstico tradicional (servicio doméstico y servicios personales, secretarías, maestras y enfermeras) con concentración del empleo femenino en ellas (Jelin, 1994: 14). La lucha se reorienta hacia la conquista de la condición de igualdad en relación con los hombres.

La transformación de las relaciones sociales que desequilibran el poder entre hombres y mujeres en esferas más amplias trascendiendo el ámbito privado, familiar y doméstico configura la consigna hitica de los setenta. Aquí surge una vasta difusión de una consciencia de clase y género que descifra históricas RRS encargadas del confinamiento de las mujeres a su función esencial con la tarea reproductiva dentro de la familia como su nicho natural. El protagonismo de las mujeres de clases populares salta a relucir en esta etapa por causa del incumplimiento del Estado con esa necesidad que les había impuesto de consumos de servicios básicos colectivos y públicos obligándolas a participar más activamente en el espacio público local y de organización barrial. Su incursión en esta esfera sociopolítica la hicieron con una magnífica capacidad para agenciar con “autogestión” la suplencia de estos servicios toda vez que eran cada vez más ineficientes sin que esta nueva carga de trabajo fuera visibilizada, valorada o reconocida socialmente. Aunque este momento revivió la esperanza de acabar con la histórica doble subordinación por el patriarcado y por la explotación con marcada división sexual con subvaloración de su trabajo bastante recargado en la institución familiar y ámbito doméstico que les adjudica el capitalismo todo terminó alimentando la instalación con reproducción de la doble y triple jornada de trabajo de las mujeres.

A partir de los ochenta ya la lucha por la igualdad de oportunidades y condiciones de vida se complementa con otra nueva que se encamina a la superación de la creciente desigualdad social con polarización de ingresos, marcado desbalance de privilegios por un lado, mayor miseria y

marginalidad por el otro con efectos de una profunda crisis económica que afecta a ambos género sin resolver la inequidad entre hombres y mujeres.

Veinte años de activas luchas contra la discriminación arrojan algunas importantes conquistas. En primer lugar, crece la demanda por la igualdad con mayor legitimidad y visibilidad social. No obstante, en el ámbito de la reproducción se mantiene avivada la lucha cotidiana en medio del contexto de crisis derivada de las reformas estructurales de tendencia neoliberal y desmonte progresivo del débil Estado de bienestar que se logró configurar. En todo caso, ese Estado asistencialista paternalista con histórica negligencia con la promulgación de una democracia política garante de los derechos civiles comienza un camino de achicamiento con restricción de la oferta y el acceso a los pocos servicios sociales de este nuevo Estado caracterizado por la privatización y mercantilización de estos servicios conllevando a mayor recarga de las tareas, oficios y obligaciones de las mujeres con la familia.

En la década de los noventa marcada por la crisis con profundos cambios estructurales para consolidar el proyecto neoliberal, aparece con fuerza la lucha en torno a los DSR en donde la voz de las mujeres se torna rimbombante. Este nuevo tenor de la lucha feministas se orientó hacia la deshabilitación de la práctica discursiva de apropiación de vida, cuerpo y sexualidad por parte del mundo masculino, -de forma privada o pública (políticas de población, ideologías y deseos de paternidad) (Jelin, 1994:15). La consigna de esta década fue “no más placer del hombre y la mujer que solo sirve”.

En este recorrido de las gestas feministas en la región, la transformación cultural del machismo logró exponer la opresión sexual de la mujer con recrudescimiento del esfuerzo por la

resistencia de la iglesia católica y del tradicionalismo ideológico, el enraizamiento de prácticas y de ideología que culpabilizan a la víctima poniendo frenos a proyectos de cambio legal, a propuestas de servicios de salud y de educación pública.

A finales de los ochenta y comienzos de los noventa, la violencia doméstica acapara gran parte de la atención de estas luchas que se obsesionan con la idea de descubrir el manto que la mantiene oculta mientras que encubre al victimario ofreciendo blindaje y reteniéndole el mando con la excusa del halo de privacidad que debe primar el recinto familiar. Por esta razón las víctimas son comúnmente mujeres, pero aparecen también victimizados niños y ancianos. Este es el otro tabú invisible y complejo que logra destapar el feminismo en este hemisferio.

El debut en la agenda política del feminismo en América Latina con estos temas relacionados con los DSR esta trazado por una marcada tensión entre feminismo y movimientos sociales de mujeres de sectores populares que luchan por sobrevivir en medio de condiciones socioeconómicas cada vez más precarizadas y las intelectuales aburguesadas contagiadas por el feminismo internacional están necesitadas de poder vivir una sexualidad placentera y libre. El temor de las primeras tenía que ver con el riesgo de que esta última preocupación algo banal por su origen burgués para ellas, desplazara y distrajera al movimiento de la necesidad de combatir los más graves problemas sociopolíticos de las crisis sociales. Solo en el instante en que las mujeres de estos sectores populares se vincularon a esta demanda por los DSR fue que el feminismo en general pudo incorporar estos asuntos de la sexualidad tal y como ocurrió en Brasil.

Los últimos 25 años del siglo XX el feminismo de la región ha girado hacia una garantía por la activa presencia de las mujeres en la vida pública y política de los países con base en

recursos discursivos enriquecidos con desarrollos teóricos de aquellas perspectivas feministas alineadas con los intereses de los enfoques histórico-hermenéutico y crítico-sociales en las ciencias (Vasco, 1985, Habermas, 1997) en todo lo que se relaciona con derechos y ciudadanía.

Al final del siglo XXI el feminismo en la región de América Latina obtuvo significativas conquistas en los DSR (Jelin, 1994: 19-20). En primer lugar, la lucha por el derecho al propio cuerpo fue incluido dentro de los derechos reproductivos. La lucha por este derecho tiene un sello distintivo en esta región porque dado el nexo que la reproducción tiene con población y desarrollo ha sido un eje permanente de las estructuras económicas y políticas de los países. Desde la década de los cincuenta con constitución de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) sede del sistema de Naciones Unidas para afianzar sus propuestas de modelos económicos para el desarrollo, los gobiernos y las políticas se han venido debatiendo entre ideologías pro y antinatalistas que han configurado alto grado de automaticidad entre urbanización y fecundidad y entre educación y fecundidad en medio de una poderosa presión bifurcada en dos bandos; de un lado, la iglesia en contra del control natal y del otro lado, las ONG's y agencias de cooperación internacional en contra de la natalidad. La Cumbre de la tierra celebrada en Rio de Janeiro, Brasil en junio de 1992 (ECO 92) recarga esta lucha al relacionar población con contaminación ambiental denunciando un profundo desbalance entre unos países del Norte sobrepoblados y unos del Sur sometidos al sobre consumo y a la explotación. Desigualdad que se agranda con nuevos entrecruzamientos de la sexualidad con dimensiones políticas, ideológicas, económicas y moralistas que mantienen en el ojo del huracán la apropiación, regulación y la medicalización de las mujeres con códigos de familia, maternidad, crianza. Este nuevo desafío del feminismo en medio de una avanzada ingeniería reproductiva y la masificada industria tecnológica y de comunicaciones masivas a pesar de facilitar la recuperación de su autonomía con reapropiación de su cuerpo y sexualidad sigue enfrentado a

unas RRS reconfiguradas por estos mismos procesos en nuevas RRS que siguen perfeccionando la regulación social que convierte el cuerpo de la mujer; -hoy más que todo el de la joven y bonita en objeto de consumo. La violación de los DSR sigue representada en las altas tasas de embarazo adolescente en adolescentes que siguen sin acceso a una educación sexual que eleve su consciencia sobre estas RRS y una expandida medicalización que regula un acceso parcial a recursos tecnológicos mediante “programas de control “semi compulsivos” como son la esterilización indiscriminada y la distribución desinformada de métodos anticonceptivos que “refuerzan la visión de la mujer como objeto, como cuerpo a ser manipulado y sometido” (Jelin, 1994: 19). Hay una línea dentro del feminismo en esta región que ha logrado importantes desarrollos teóricos para incorporar a la paternidad en igualdad de condiciones con la maternidad. Hay otra línea que progresa fuertemente en la consolidación de una pedagogía descolonial que viene conquistando espacio dentro de las luchas por los DDHH de minorías étnicas. En resumen, feminismos y movimientos de mujeres del sur (esta región) han logrado converger en una lucha por los DSR que respeta las especificidades de cada uno de ellos entrando con imponente fuerza en la arena global desde ECO 92 (Jelin, 1994:20).

4.4 Las conquistas de las luchas por los DSR en Colombia

Si bien hay evidencias desde las primeras dos décadas del siglo XX de protestas aisladas de grupos de mujeres obreras, casadas o maestras en varias regiones del país como signos de su inconformidad y búsqueda de superación de las desigualdades socio-económicas. Estas devinieron en casos puntuales como la creación de un Centro para la Emancipación Femenina en Montería en 1917, o la huelga de mujeres obreras en la empresa textil antioqueña Fabricato liderada por Betsabé Espinosa, o la promulgación de la ley 8 de 1922 que le otorgó a las mujeres el derecho a disponer

de sus joyas y de los instrumentos de su oficio o la creación de guarderías en fábricas donde trabajaban en 1924, el movimiento se constituyó como tal muy al final de esa década de los veinte (Villareal, 1994: 72-3). El inicio de un movimiento feminista organizado con mayor radio de acción de su lucha activista y mejor capacidad de incidencia política se dio en 1930 principalmente bajo la influencia de la corriente feminista socialista aunque sus reclamos reflejaron también ideas importadas desde la corriente del feminismo liberal-sufragista (Villareal, 1994: 72) que en esas primeras décadas avanzaba en el plano mundial con importantes conquistas en torno al menos de los mismos tres tipos de derechos que en Colombia dieron lugar a esta expansión con institución del movimiento: -al manejo de los bienes en mujeres casadas; -al acceso a niveles educativos superiores y -al voto (Morales-Borrero, 2010: 67). Su primera victoria por la batalla que inicio desde ese momento de origen la logran veinte años después en 1954, con la aprobación del derecho al voto durante la dictadura del general Rojas Pinilla pero los liberales se atribuyeron el triunfo en 1957 (Luna, 1994:51).

A partir de ese momento, las mujeres fueron conformando localmente asociaciones civiles como estrategia de presión para el cumplimiento de los demás derechos económicos, civiles y políticos que iban introduciendo por cuenta de las ganancias de movimientos desde otros países (Villareal, 1994: 78). Es particularmente importante para este estudio dar cuenta del surgimiento de la “Asociación Profesional Femenina” en la ciudad de Medellín a finales de los cincuenta del siglo pasado porque lo fundaron las primeras mujeres profesionales cansadas de la discriminación que aguantaban por parte de sus jefes y compañeros en los espacios laborales. Esa asociación es traída a colación en esta tesis porque a ella se vinculó en 1964 la madre de la autora de esta tesis: la médica Helena Espinosa Restrepo movida por su convicción de consolidar una red de mujeres profesionales que demandarán con fuerza la erradicación del trato injusto y desigual para con las mujeres en el

panorama profesional y laboral que empezaban a acceder. Convicción que afianza el profundo malestar que le generó descubrir que a ella como mujer se le descontaba la mitad del presupuesto que tenía estipulado el Ministerio de Salud como estudiante de maestría en Salud Pública en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (FNSP) para su sustento y gastos personales como parte de su beca. Cuando hizo el reclamo ante el jefe sobre esta situación de iniquidad, se tropezó con que había sido por una decisión arbitraria de las directivas de esa institución argumentando que por ser “mujer casada, su marido la podía mantener y por lo tanto, no necesitaba el mismo monto de dinero que sus colegas varones, que sí lo requerían para invitaciones, salidas o para mantener a una mujer”⁴² a quienes les entregaban la beca completa sin descontarles nada. Por esas fechas la misma médica conoce y entabla una estrecha relación con otra mujer médica. Esta amistad tiene una significativa relación con esta historia que busca entender cómo fue que ingresaron los temas de género, sexualidad y DSR en la formación médica en medio de la pugna por un cambio curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia casi cincuenta años después. Resulta que esa colega-amiga es la ginecóloga y obstetra Libia Restrepo madre de una de las actrices claves de esta historia que logra incorporar estos temas en ese momento de negociación y formulación del nuevo plan de estudios: Lucrecia Ramírez Restrepo. Lucrecia, su hija es médica psiquiatra y profesora de la misma facultad con importante prestigio en la ciudad y la región antioqueña. Ese prestigio tiene varios orígenes. El más importante para esta tesis es su fama por su férrea defensa de la causa feminista en el medio. Además es recordada en la comunidad académica por su papel protagónico en el proceso de formulación y aplicación de políticas en torno a sexualidad y DSR de adolescentes cuando actuaba como “primera mujer”⁴³ de la ciudad de Medellín durante la

⁴²Anécdota que la madre de la autora recurrentemente narra a sus hijas, amigas, alumnas y colegas.

⁴³ Término que ella escogió para reemplazar el de primera dama como acto de resistencia al papel tradicional que la sociedad patriarcal le asigna a la esposa de un dirigente político.

alcaldía de su esposo Sergio Fajardo Valderrama⁴⁴ actual gobernador de Antioquia. Este papel será analizado más adelante en este mismo capítulo. De momento, se sigue con la historia de las conquistas en torno a esos DSR que fueron obteniendo colectivos de mujeres, feminismos y la comunidad LGBTTI en el país en las dos últimas décadas del siglo XX, mismo período en que acontece la renovación curricular.

El espíritu de liberación femenina característico de la segunda ola del feminismo en la década de los sesenta contagió al país bastante convulsionado por la revolución cultural que paralelamente agitaba el ambiente mundial con resonante eco en el país (Tirado-Mejía, 2014). Este hecho histórico acentuó la lucha por los DSR de mujeres colombianas contagiadas con esta ola vuelcan gran parte de la energía bélica a exigir la despenalización del aborto y el derecho a recuperar el control y gobierno de forma exclusiva para llevar su vida sexual y decidir sobre su reproducción. Las denuncias que el feminismo en Latino América venía haciendo sobre la expansión de una práctica política instaurada durante la primera mitad del siglo XX soportada en una ideología neomalthusiana para legitimar la medicalización e instrumentalización de sus cuerpos -en particular de los cuerpos, vidas y sexualidad de las mujeres de sectores sociales pobres y marginados como medida de contención de la amenaza comunista en el marco de la guerra fría agitaron las banderas de estos movimientos. Esta práctica fue acogida y difundida sin mucha resistencia por parte de élites estatales que desataron una respuesta estatal acompañada de una masiva militarización con represión y violación de los derechos humanos de jóvenes, mujeres y hombres de esos sectores sociales (Jelin, 1994, Langland, 2008, Tirado-Mejía, 2014). En algunos países del cono sur y de centro América fueron las dictaduras militares las medidas para reprimir estos brotes de protestas y amenazas

⁴⁴Es doctor en matemáticas, fue alcalde de Medellín por el movimiento independiente Compromiso Ciudadano, que cofundó con Álvaro González Uribe

comunistas mientras que en los demás países aparentemente democráticos como Colombia, se mantuvo el espíritu represivo con control militar de forma soterrada. Un dato importante sobre esta represiva respuesta estatal tiene que ver con la efectividad que demostró tener el código ideológico del aborto porque logró cohesionar y alinear a todas las fuerzas de la sociedad sin distinción de sus afiliaciones políticas partidistas en contra del feminismo, en particular del aborto y de la liberación sexual. En particular, magna gran alianza contó con la complicidad de la institución y gremio médico; -particularmente ginecólogos y obstetras, así como de científicos demógrafos para consolidar un discurso a favor de semejante grado de violencia con medicalización y apropiación de cuerpo y de la sexualidad y reproducción de las mujeres presentándola como La estrategia más efectiva para combatir la pobreza, el subdesarrollo con desregulación del crecimiento poblacional y desaparecer toda amenaza de desestabilización del país por causa del comunismo que venía ocurriendo precipitadamente con presencia de grupos subversivos en estos sectores sociales (Fernández-Moreno, 1996, Figueroa, 1996).

En 1978 el movimiento feminista en Colombia hizo un primer lanzamiento de la campaña en favor de la despenalización del aborto. Lucha que fue adhiriendo diferentes corrientes políticas para presentar cuatro proyectos de ley entre 1973 y 1989⁴⁵ en cabeza de unos congresistas que si bien eran de filiación liberal su gestión fue adelantada en forma independiente de su partido (Morales-Borrero, 2010:68). La lucha recoge frutos casi treinta años después del comienzo con el reconocimiento de gran parte de sus derechos humanos y sexuales específicos; -a excepción del aborto- en la nueva carta política: la Constitución Política de 1991 (Villareal, 1994, Morales-Borrero, 2010). El aborto se convirtió desde entonces en la punta de lanza de la causa feminista que

45 Uno de estos proyectos pugnaba por la despenalización parcial del aborto mientras que los otros tres por su legalización parcial (Ibid).

como se mostrará más adelante en este apartado aunque ha logrado algún grado de avance sigue enfrentando grandes obstáculos que ponen las fuerzas conservadoras, incluidas la preeminencia del enfoque moralista en la institución y el gremio médico (Morales-Borrero, 2010).

Antes de continuar este relato, es importante abrir un paréntesis para introducir en esta parte de la historia la paralela lucha por el reconocimiento de los DSR de las personas con orientación e identidad sexual diversa por parte de lo que hoy en día se distingue como comunidad política LGBTTI. Estos activistas aparecieron con limitada fuerza en la agenda política mundial a comienzos de la década de los ochenta en virtud de un auge y apertura de un nuevo horizonte por la segunda ola del feminismo caracterizada por una notable ebullición en los países del norte de centros y grupos intelectuales con estudios de género que hacen visible la negligencia histórica que el feminismo había tenido con el derecho al reconocimiento e inclusión social de la población con orientación sexual diversa (Luna, 1994, Morales-Borrero, 2010). Así, el movimiento feminista colombiano también se revitaliza con la fuerza que le imprimen estos nuevos actores estimulados por los logros en la arena política internacional la comunidad LGBTI y el feminismo, sobre todo por la amplificación que las Naciones Unidas hacía para que sus puntos de vista fueran tenidos en cuenta en los escenarios de negociación y formulación de políticas de salud sexual y reproductiva. Esta nueva alianza mundial y en el país cambia el rumbo del movimiento que decide incluir en el debate el derecho al reconocimiento político de las personas con una orientación sexual distinta a la heterosexual (Morales-Borrero, 2010: 102). A comienzos de esa década de los ochenta conquistan la despenalización de la homosexualidad abriendo un nuevo frente de lucha con el VIH/SIDA; una emergente enfermedad que detonó un generalizado “pánico moral” bajo la idea de que representaba una enfermedad exclusiva de los homosexuales. Este pánico abrió una ventana de oportunidad para

ventilar públicamente el tema de la sexualidad, sexo y orientación sexual diversa como un asunto de salud pública y de ciudadanía (Camargo y Mattos, 2008, Parker et al, 2008).

La Constitución Política de 1991 le dio espaldarazo al movimiento feminista gracias al impacto que tuvieron en la carta política con la ayuda que le prestó la adherencia de estos nuevos aliados sociopolíticos interesados en impulsar la discusión sobre derechos sexuales con efecto en la participación y el reconocimiento específico que ellos reivindicaban como representantes de la comunidad LGBTTI que para entonces se encontraba suficientemente organizada (Morales-Borrero, 2010:102). Desde entonces, esta nueva alianza ha logrado importantes conquistas en materia de identidad y orientación sexual también. Por ejemplo, en 1990 se instituyó en el país la Marcha por el Orgullo Gay que anualmente interpela al Estado, a la sociedad y a las demás instituciones del país; -en particular a la familia-, por la falta de reconocimiento y materialización de sus Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). En este sentido, a partir del 2000 esta comunidad mantiene se energía enfocada hacia el reconocimiento de todos estos derechos referidos al campo de la salud, la familia, el matrimonio igualitario y el patrimonio. Esfuerzo que redundó en otra conquista en el año 2007 por reconocimiento del patrimonio y atención en salud gracias al apoyo que reciben de organizaciones cívicas internacionales de distintas corrientes simpatizantes con su causa (Morales-Borrero, 2010: 304). Un hecho trascendental para dar cuenta del nivel de organización que ha alcanzado esta comunidad es la constitución de la ONG: Colombia Diversa en el 2004 para fortalecer su capacidad de abogacía al tiempo que hace veeduría a las políticas que han logrado configurar en pro de sus derechos en medio de amplio reconocimiento político-social con financiación de todas esas organizaciones del orden nacional e internacional que los vienen respaldando.

Sin embargo desde ese mismo año 2007 de inflexión política por sus conquistas esta comunidad viene resistiendo con una dura batalla contra el recrudecimiento de la violencia que vienen animando las fuerzas conservadoras del país en cabeza de; -la iglesia católica, movimientos políticos cristianos y un procurador general de la nación fanáticamente católico que viene ejerciendo el cargo con contradictorias reelecciones desde 2008, con el fin de revertir los derechos reconocidos y de evitar a toda costa la concesión legislativa del derecho al matrimonio igualitario y a la adopción u obtención de tutela de los hijos biológicos (Morales-Borrero, 2010: 305). En la actualidad, esta comunidad continúa a la espera de la decisión de la Corte Constitucional sobre este derecho porque el ramo legislativo no ha sido capaz de resolver este debate. Al respecto, vale la pena mencionar un caso particular de una pareja de mujeres lesbianas que interpusieron una demanda para invalidar la decisión de un juez que en noviembre del 2009 les negó el derecho a la adopción de los dos hijos biológicos de una de las mujeres por parte de su mujer pareja. El caso finalmente ha sido resuelto mediante la sentencia S-617/14 del 28 de agosto del 2014 de la misma corte que derogó dicha decisión confirmando derecho a la pareja apelando a la supremacía del derecho de los menores de edad de poder contar con una familia quedando por encima de los derechos de los adultos como es el caso de aquellos funcionarios y personas que no toleran a la homosexualidad (Corte Constitucional, 2014)⁴⁶. Lo paradójico de este caso es que las fuerzas conservadoras constantemente recurren al mismo dispositivo discursivo del derecho del menor a una familia normal (heterosexual) para obligar a la corte a retractarse de esta decisión. Al visitar la página web de la organización Colombia Diversa se puede dar fe de la labor de veeduría que viene haciendo la población LBGTTI emitiendo constantes alertas sobre las diversas situaciones y formas de violencia y discriminación

⁴⁶ Comunicado de la corte constitucional sobre la sentencia, disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/No.%2035%20comunicado%2028%20de%20agosto%20de%202014.pdf>

que tienen que enfrentar en este país reflejada en altas tasas de abuso policial, victimización en medio del conflicto armado, desplazamiento por violencia, homicidios motivados por homofobia, amenazas contra defensores y defensoras de Derechos LGBT, situación de la población LGBT en las cárceles , sus Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y del colectivo trans⁴⁷.

Una consecuencia importante que deja esta parte de la historia narrada con un beneficio específico a la causa feminista y a la sociedad en general es que por causa de la presión que ejercieron estos actores por separar del campo de lucha los derechos sexuales de los reproductivos se abrió una ventana de oportunidad que hizo efectiva la petición histórica de las mujeres y los feminismos por separar la sexualidad de la reproducción (Morales-Borrero, 2010: 102). En este mismo sentido, resultó afortunado para el movimiento feminista la forma indirecta como esta comunidad llamó la atención sobre la excesiva y desproporcionada preocupación que se le ponía a la problemática del embarazo adolescente, como argumento útil para materializar la convenida separación de los campos de sexualidad y reproducción (Morales-Borrero, 2010).

En este punto se retoma el hilo de la historia de las conquistas por los DSR del feminismo en Colombia para continuar narrando otras conquistas de las mujeres en materia del aborto y la SSR. En el 2003, el gobierno de Álvaro Uribe Vélez delegó en el Ministro de Salud Juan Luis Londoño de la Cuesta economista exfuncionario del Banco Mundial la formulación de una política de SSR que diera respuesta a la presión global que venían haciendo agencias internacionales como reclamo del cumplimiento de las metas planteadas como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para mejorar la problemática de SSR al mismo tiempo que matizara las demandas del movimiento

⁴⁷Términos copiados textualmente de la página <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/index.php>.

feminista. Este proceso contó con la participación de activistas del feminismo y de la comunidad LGBTTI que delegaron en el liderazgo de la médica Ana Cristina González Vélez una activista defensora acérrima del derecho al aborto que en ese momento asumía la dirección de salud pública del MPS (González-Vélez, 2005). La política de SSR era vista como la mejor manera de dar respuesta a las dos tensiones que agitaban el debate. De un lado, estaban las agencias internacionales –como el Fondo de Población de Naciones Unidas, *UNFPA*, la Organización Mundial de la Salud, OMS, y el Banco Mundial–que presionaban por un fortalecimiento de la respuesta institucional para prevenir la problemática de SSR, fundamentalmente embarazo adolescente, violencia sexual, altas tasas de mortalidad materna y cánceres cuello uterino y de mama (Morales-Borrero, 2010). Del otro lado, estaba la fuerza proveniente de las mujeres y del movimiento feminista para que se les reconocieran sus derechos. En el polo opuesto se encontraban las fuerzas conservadoras con tal magnitud de poder político que resultaba amenazante para los planes políticos del presidente Uribe. Así, por medio de esta política el gobierno salvó su prestigio neutralizando a todos los actores mediante apelación a códigos discursivos que sigilosa y silenciosamente resultaron más cómplices del enfoque moralista pero encubierto con el enfoque preventivista representado con un lenguaje técnico-biomédico distintivo del BM (Camargo y Mattos, 2008). Con la ayuda de un nuevo código ideológico introducido por el ministro Londoño familiarizado con el discurso del BM: el manejo social del riesgo se logró direccionar la contienda hacia la línea discursiva mercantilista y economicista de prestación de servicios reforzando la perspectiva economicista de inserción imperativa en la globalización del mercado de la SSR propia de las RRS que regulan la función institucional médica que conviene y se armoniza con el proyecto neoliberal al tiempo que se silenciaba el revolucionario discurso de los DSR (Morales-Borrero, 2010: 278).

En ese mismo año, la autora de esta tesis ganó un concurso de méritos para el cargo de coordinadora del convenio formulado por una alianza entre el MPS y el UNFPA para llevar a cabo la puesta en marcha de esa política: Convenio UNFPA/COL/03/P01 “Apoyo a la Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva”. Con ese convenio el gobierno buscaba desarrollar una estrategia de movilización social en todo el país que facilitara el cumplimiento de cuatro objetivos: -1. Aumentar la oferta con calidad de servicios para promoción y prevención de la SSR por parte de las instituciones de salud del régimen contributivo del SGSSS⁴⁸, -2. Inducir la demanda de estos servicios por parte de usuarios afiliados al mismo régimen, -3. Ejecutar acciones para informar, educar y comunicar a toda la sociedad civil con el fin de expandir la racionalidad individual deseada con adopción de prácticas de autocuidado, “estilos de vida” saludables y aprovechamiento de los recursos con el uso racional de la oferta que se hacía con estos servicios y -4. Sensibilizar y comprometer a las autoridades del orden departamental y municipal para que destinaran recursos financieros dentro de la cuenta del sistema de salud: Plan de Atención Básica (PAB)⁴⁹ para llevar a cabo acciones de prevención de la problemática. Al final, la promoción y prevención de SSR en el marco de la política y del convenio terminó reducida a la mera detección oportuna de adolescentes sexualmente activos para la prevención del embarazo adolescente, ETS/VIH/SIDA y atención médica en salud a víctimas de violencia sexual. La idea era comenzar con un proyecto piloto en los departamentos con las más altas tasas de embarazos adolescente como: Antioquia, Atlántico, Bolívar, Huila, Risaralda y Valle del Cauca que sería luego replicado en el resto del país una vez su evaluación demostrara la ventaja en cuanto costo-efectividad.

⁴⁸Conforme a la ley 100 de 1993 este régimen corresponde al “conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y familias al SGSSS cuando la vinculación responde a una cotización o aporte económico financiado por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador (art. 202).

⁴⁹ Hace parte de una de las cuentas del SGSSS que maneja el FOSYGA dentro del marco de la ley 100 del 1993 para apoyar acciones de comunicación, educación e información a la comunidad como estrategia de prevención de los riesgos.

Dos acotaciones sobre esta primera apuesta que emprendió el gobierno para la aplicación de su política de SSR son de vital importancia para esta tesis, en dirección a la reflexión y comprensión de las RRS que median la regulación y la práctica médica medicalizadora de la sexualidad y los DSR de adolescentes. En primer lugar, es necesario hacer consciencia del carácter técnico del discurso médico que le sirvió al propósito del BM y del gobierno para justificar la imposición de las políticas de ajuste estructural que anteponen intereses económicos por encima de los derechos de las personas. En este convenio el discurso oficial consignado en los instrumentos, informes y documentos institucionales por parte de funcionarios y asesores; -incluida la autora de esta tesis- es pródigo en los códigos ideológicos característicos del discurso del BM identificados por Camargo y Mattos (2008). Esto revela el grado de penetración que ha alcanzado dicho organismo en el país y en el campo de la medicina mimetizando sus intereses en textos cargados de términos técnicos mediante los cuales logran viajar veloz y eficientemente las RRS del plano global al local y retornar con nuevos códigos para recargar la reproducción con divulgación de la medicalización (Smith, 2005). En el caso de este convenio fue una revelación la coincidencia de códigos del BM con el discurso que prevaleció en el nuevo currículo de la Facultad de Medicina como se verá más adelante. El otro punto a resaltar tiene que ver con la consciencia sobre la forma de reproducción de las RRS que regulan prácticas colonialistas a través de estas iniciativas conjuntamente adelantadas entre estos organismos internacionales y gobiernos locales en las que aparentemente el poder está equilibrado o incluso está engañosamente en manos de los actores locales. Este tipo de alianzas vienen ocurriendo en el marco del contexto de globalización y reformas estructurales recrudeciendo la crisis del capitalismo en cuanto fracaso en la erradicación de las desigualdades socioeconómicas (Camargo y Mattos, 2008, Cáceres, et al, 2008). Lo contradictorio del caso es que las medidas neoliberales se imponen en medio de un discurso que las justifica como la única alternativa para

salir de la crisis del capitalismo que cada día se profundiza con amplificación de la misma en la base social donde yacen los sectores y grupos sociales que vienen implacablemente soportando la histórica exclusión y marginalidad a lo largo de siglos con grave impacto de deterioro en su salud y sus derechos (Hernández, 2000, López-Arellano et al, 2008, Franco, 2009 y Breilh, 2011). Ilusión que sigue soportada en las mismas ideologías colonialistas que denuncian los movimientos feministas descoloniales y de identidades diversas (Crenshaw, 2005, Hills-Collin, 2005, Wittig, 2005, Lugones, 2005, Camargo y Mattos, 2008, Mohanty, 2008, Curiel, 2010, Espinosa et al, 2013). En este escenario de reformas en que se formulan y ponen en práctica las políticas de SSR las RRS colonialistas originadas durante el período de expansión del capitalismo se magnifican y naturalizan en medio del fenómeno de la globalización como lo ejemplifica la forma en que se acordó y llevó a cabo este convenio. En este convenio el presupuesto estuvo compuesto así: tres mil quinientos millones de pesos colombianos provinieron del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)⁵⁰ como aporte del gobierno colombiano y cien mil dólares aportados por UNFPA. Los fondos ingresaron a la cuenta del organismo internacional para ser administrados por la poderosa agencia internacional robusteciendo su poder. Así, la ventaja se mantuvo del lado del UNFPA que como entidad internacional está exenta de las exigencias de la normatividad colombiana vigente librándola de sanciones. Situación completamente distinta para una institución colombiana porque a esta le corresponde acatar porque el dominio con control y supervisión de contratación y ejecución de esos recursos lo tiene el gobierno conforme a lo estipulado en la Ley 80 de 1993: Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Además, la acogida con que estas iniciativas son recibidas por parte de instituciones y actores que operan nacional y localmente resulta por la

⁵⁰ Es una cuenta creada en el marco de la Ley 100 de 1993 (artículo 218) para que el gobierno tuviera el manejo de los recursos para el subsidio y promoción de la salud y del aseguramiento del riesgo del dinero recaudado por efecto de afiliación al SGSSS y de impuestos.

representación social que se ha instalada en la cultura de estos países de la periferia sobre estas agencias de cooperación que las miran como una agencia generosa en virtud de un difundido espíritu altruista con total disposición de entrega incondicional a estos países todo lo que sea necesario para fomentar el bienestar, el progreso, la bonanza, el desarrollo y la paz de todos los sectores que viven con injustas privaciones. Su atesorado patrimonio está representado por una exuberancia de recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros para el beneficio y desarrollo de las comunidades receptoras.

Estas alianzas siguen además reproduciendo la discriminación. Al respecto, la descripción que hace un investigador y docente de la Universidad Nacional sobre las experiencias de discriminación y vulneración de los derechos que sufren las personas con identidades y orientaciones sexuales diversas atendidas en las instituciones de salud da cuenta de esa reactivación para asegurar perpetuación de las RRS que regulan el sistema de salud actual en el marco de la lógica neoliberal que el mismo ministro Londoño ayudó a formular y a instituir en el país con la Ley 100 de 1993 que hoy tiene al país sumido en una grave crisis de salud: “Las travestis encarnan identidades y cuerpos (auto) excluidos del sistema de salud diseñado desde una lógica económica que busca ganancia y que solo ofrece servicios a hombres y mujeres claramente definidos” (García-Becerra, 2009:140).

En cuanto al aborto el movimiento enfiló baterías para la presentación de dos proyectos de ley al Congreso entre 2002 y 2003 que buscaron la despenalización con la ayuda de senadores liberales que expresaban estar a tono con su causa: el proyecto de ley 58 de 2002 hundido en tres ocasiones y el proyecto de ley 236 hundido en dos ocasiones (Morales-Borrero, 2010).

La resistencia que este recinto demostró para legislar a favor de este derecho alertó al movimiento para cambiar su estrategia política. En el año 2005 instauraron las demandas 6122, 6123 y 6124 a la Corte Constitucional que declaraban la inconstitucionalidad de varios artículos de leyes⁵¹ porque violaban los derechos fundamentales de las mujeres. Los demandantes fueron Mónica del Pilar Roa López, Pablo Jaramillo Valencia, Marcela Abadía Cubillos, Juana Dávila Sáenz y Laura Porras Santillana miembros del proyecto LAICIA conformado por la alianza de una amplia y diversa base social, con pluralidad de criterios sociales y políticos frente al aborto (Morales-Borrero, 2010:309). Con un fallo histórico en que 5 magistrados votaron a favor y 3 en contra la Corte emitió la sentencia⁵² C-355 del 2006 que despenalizó el aborto de forma parcial en las siguientes tres circunstancias: -1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer. -2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y -3. Cuando el embarazo sea el resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

En diciembre de 2006, la Presidencia de la República, el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamentaron la práctica del aborto para dar cumplimiento a la sentencia. A pesar de que la Corte indicó que no era preciso una reglamentación para garantizar su cumplimiento el MPS debió formular una serie de directrices para estandarizar procedimientos técnico-administrativos y evitar barreras de acceso de las mujeres que tenían que

⁵¹ En el informe de la sentencia se listan los Arts. 122, 123 (parcial), 124, modificados por el Art. 14 de la Ley 890 de 2004, y 32, numeral 7, de la ley 599 de 2000 Código Penal. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21540>.

⁵² Corte Constitucional despenalizó parcialmente el aborto” en Revista Semana 2006/05/11 <http://www.semana.com/on-line/articulo/corte-constitucional-despenalizo-parcialmente-aborto/78786-3>.

vencer las mujeres para acceder al procedimiento dentro del sistema de salud (Morales-Borrero, 2010:302-3):

El Decreto 4444 de 2006, protocolizó la prestación del servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) con seis directrices de obligatorio cumplimiento para Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS), direcciones departamentales y distritales de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como garantía del cumplimiento de la sentencia:

Campo de aplicación amplio en el territorio nacional, sin restricciones ni discriminaciones por capacidad de pago.

Disponibilidad del servicio en forma inmediata, sin ninguna barrera para el acceso al mismo.

Expedición de normas técnico-administrativas con base en lineamientos de la OMS.

Financiación con base en lo dispuesto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Objeción de conciencia, individual y sólo por parte de prestadores directos.

Prohibición de la discriminación por interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la sentencia.

La Resolución 4905 de 2006 que ordenó su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, mediante el Acuerdo 350 de 2006.

La Circular Externa No. 031 de 2007 que obliga a las EPS y las direcciones departamentales y distritales de salud a informar sobre la red de prestación de servicios de Ginecología y Obstetricia de baja, mediana y alta complejidad que pudiera garantizar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

Sin embargo, ocho años después de emitida la sentencia las mujeres siguen encontrando unas murallas que le impiden acceso al servicio particularmente por cuenta de la objeción de conciencia por parte del personal dentro de la institución médica y el gremio médico. En una entrevista al periódico El Espectador el 26 de septiembre del 2014 en medio de un evento de celebración del Día

Internacional de la Despenalización del Aborto el ministro de salud, el economista Alejandro Gaviria corroboraba esta situación:

En el año 2009 registramos 469 casos, 1.551 en 2010, bajamos a 203 durante 2011, de ahí caímos a 26 casos en 2012 y en 2013, aunque es una cifra parcial, aún no ha salido el consolidado, estamos en 21 casos. Esto es algo que nos preocupa y estamos analizando a profundidad” (EE, 2014)⁵³

En el 2012, PROFAMILIA una ONG que presta los SSR y que hace parte de la alianza del movimiento feminista replicaba las conclusiones de la investigación conducida por otra organización feminista “La mesa por la vida” en el 2011 para evaluar el cumplimiento de esta sentencia por parte de todos los actores e instituciones involucrados:

Según un informe publicado por la Mesa por la vida y la salud de las mujeres en 2011; los obstáculos más frecuentes que se les presentan a las mujeres para acceder legalmente al aborto son:

El desconocimiento que los proveedores de salud tienen de la sentencia C-355 y de la reglamentación expedida por el Ministerio.

La información que tienen las mujeres sobre la ILVE es parcial o equivocada. Según esa ONG (La Mesa por la Vida) entre las mujeres a quienes les han brindado asesoría se han enterado más por medio de otras fuentes diferentes al personal de salud de estas entidades. Han sido informadas por material que circula en la internet, en muchos otros casos por parte de proveedores distintos a los de salud en servicios privados o por amigas o familiares que tenían conocimiento; sin

⁵³ “Las trabas absurdas al aborto en Colombia” artículo de prensa en El Espectador, disponible en <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/trabas-absurdas-al-aborto-colombia-articulo-519205>.

embargo, todas las mujeres que acudieron al servicio jurídico de La Mesa por la Vida solo fueron instruidas sobre su derecho a la ILVE, única y exclusivamente cuando se enfrentaron a un embarazo no deseado y estaban en severa depresión (por cualquiera de las tres circunstancias autorizadas por la Corte) y no porque recibieran educación integral y preventiva.

Pese a que la Corte Constitucional en la Sentencia T-388 de 2009, ordenó desarrollar campañas educativas e incluir información sobre la ILVE en las clases de educación sexual, a la fecha no se ha dado cabal cumplimiento a este mandato.

La falta de entrenamiento médico en los lineamientos indicados en las normas técnicas internacionales, afecta la disponibilidad del servicio en los primeros niveles de atención; por este motivo, las mujeres se ven obligadas a acudir a una atención de alta complejidad, lo que eleva los costos de la prestación de servicios para el sistema de salud y dilata el trámite para la solicitud y la asistencia médica incrementando su riesgo de morir.

La objeción de conciencia médica en casos de prestación del servicio de aborto se encuentra reconocida por la Corte Constitucional. Sin embargo, la objeción de conciencia está siendo mal empleada, pues se ha convertido en un instrumento para obstaculizar el ejercicio de los derechos de las mujeres; se realiza sin el cumplimiento de los requisitos legales, es decir, negándose a brindar información, intentando persuadir a la mujer y sin la requerida remisión efectiva, cometiendo actos de maltrato o discriminación y vulnerando la confidencialidad de la paciente así como el secreto profesional. Algunas instituciones de salud han establecido que sus profesionales firmen pactos colectivos para objetar conciencia y blindarse de la obligación que la institución tiene de ofrecer el servicio y así se han podido rehusar todos los proveedores a cumplirle el derecho al servicio de aborto con total impunidad.

Se han presentado casos en los que funcionarios judiciales se niegan a proteger los derechos de las mujeres que están reconocidos, objetando conciencia incluso para evitar emitir un fallo. Este

comportamiento constituye una falta gravísima contra el derecho a la justicia y al debido proceso⁵⁴.

Entretanto el procurador general de la nación Alejandro Ordoñez concentra todo su poder para echar para atrás todas las conquistas sobre DSR logradas por estos activistas. Insiste en impedir el matrimonio igualitario, la adopción de hijos y el aborto mientras que batalla por “*garantizar el derecho de la objeción de conciencia en el ámbito médico sanitario, educativo y en el ejercicio de las funciones públicas*”⁵⁵. Perspectiva conservadora que defendió un médico cuando desempeñaba un cargo directivo de la Facultad de Medicina durante la entrevista que la autora realizó en su oficina el 24 de Abril del 2013. Para él, un oftalmólogo egresado de la Universidad de la Sabana, la formación médica en el campo de sexualidad y SSR de adolescentes debe basarse en los valores por la vida, la familia y la sociedad y no limitarse a hablar de genitalidad con irresponsable fomento de un ejercicio sexual riesgoso que le hace solo publicidad con entrega gratis de los métodos anticonceptivos al adolescente. Por eso, consideraba que el coordinador de la unidad de adolescentes, el psicólogo psicoanalista del Departamento de Pediatría hacía una excelente labor en esta dirección.

Esta historia culmina con una serie de acontecimientos que ocurrieron en Medellín durante la alcaldía de Sergio Fajardo Valderrama (2004-2007) con destacado liderazgo de la primera mujer Lucrecia Ramírez logrando que algunas de sus iniciativas fueran replicadas en las políticas públicas

⁵⁴ “Despenalización del aborto en Colombia 2006 – 2012. Seis años de Trabajo contra viento y marea” para consultar en http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=591:despenalizacion-del-aborto-en-colombia-2006-2012.

⁵⁵ “Aborto y objeción de conciencia, dos derechos en tensión...” en www.semana.com › Nación. 15 de oct. de 2010.

de SSR y DSR de adolescentes que formuló el gobierno nacional en el 2005. Para comenzar es importante poner en contexto en esta parte de la historia. Fajardo cofundador del movimiento independiente político Compromiso Ciudadano buscaba rescatar y re dignificar la práctica política y el ejercicio ciudadano como alternativa a la hegemonía bipartidista y de las prácticas políticas clientelares y corruptas. Su fresca y novedosa propuesta alcanzó una mayoritaria votación para la alcaldía en el 2003. Su campaña llevada a cabo mediante una estrategia de diálogo cara a cara con habitantes de la ciudad para vencer la apatía que dejaba en una ciudadanía incrédula y cansada de las falsas promesas, fue muy bien acogida. Durante su gobierno, su fama se disparó en ámbitos nacionales e internacionales como consecuencia de una hitica transformación de la imagen de Medellín que logró pasar de ser reconocida internacionalmente como la ciudad del miedo del sicariato y violencia para convertirse en la ciudad de la esperanza, democratización de la educación con calidad y del progreso urbano (Fajardo, 2007). El desprestigio de la ciudad considerada una ciudad fabricante de jóvenes sicarios se disparó en la década de los ochenta en que ocurre un escalonamiento de la violencia por causa de la guerra declarada al Estado por parte de poderosos carteles de narcotraficantes en su intento de evitar su extradición que se cruza con el prolongado conflicto armado entre movimientos ilegales que permanecía sin esperanzas de solución por esa época. Un adolescente de 16 años procedente de los sectores populares de la ciudad fue contratado por el cartel de Medellín para asesinar al ministro de justicia Lara Bonilla. Ese hecho alertó a la sociedad medellinense y colombiana sobre la presencia de ese fenómeno en la ciudad con riesgo de expandirse en el país (Salazar, 1990).

El alcalde se asoció con el periodista Alonso Salazar reconocido por su experiencia investigativa en el tema de la violencia juvenil que arrojó un libro de su autoría “No nacimos pa’ semilla” texto emblemático que impulsó un importante proceso de reflexión y elevación de consciencia social por

parte de las élites gubernamentales y empresariales de la ciudad en torno a la relación de causalidad de este fenómeno con la exclusión, marginación y ausencia de oportunidades que enfrentaban estos jóvenes empujándolos al sicariato como única salida a su situación de desesperanza por el no futuro que le deparaba su condición socioeconómica en una sociedad que les negaba toda posibilidad de participación en la formulación de políticas sociales para transformar esa atroz realidad. Con este conocimiento sobre la cultura de pandillas juveniles en los sectores populares de la ciudad, Alonso Salazar no solo fue designado como su secretario de gobierno sino que ganó las elecciones a la alcaldía en el siguiente período con masivo voto de confianza que la ciudadanía le concedía al ver cristalizadas las propuestas de gobierno de su antecesor Fajardo. En palabras del propio Fajardo lo que garantizó este cambio de rumbo en la decadencia de Medellín fueron los principios que habían logrado acordar al interior de su movimiento político para respetar durante todo su gobierno:

Como consecuencia de la búsqueda de una nueva relación de convivencia, de una nueva forma de encontrarnos, se conjugaron los factores para llegar a intervenciones que nos han permitido construir nuevos escenarios para cambiar la piel de Medellín, para que donde antes estaba la destrucción empiecen a llegar las oportunidades (Fajardo, 2007:28).

Durante su gobierno se edificaron maravillosos monumentos “Parques Bibliotecas” escenarios de operativización de programas de cualificación de la educación primaria y secundaria con promoción de iniciativas de emprendimiento y de identificación y potenciación de los talentos en las zonas urbanas de mayor precariedad donde la problemática juvenil y de SSR de adolescentes era más prevalente. Se impulsó el lema de “Medellín la más educada” como política central para la prevención de esa problemática social y de la promoción del desarrollo y convivencia ciudadana. La primera mujer, Lucrecia Ramírez, puso en marcha varias iniciativas para mejorar la condición de inequidad de las mujeres adolescentes y prevenir dos problemas de salud pública que ponían trabas al bienestar, desarrollo y salud de ellas, -en particular derivados de la desatención del estado

a su SSR y DSR. Esta preocupación particular por la salud adolescente incluyó los trastornos de alimentación y el embarazo adolescente no deseado la han acompañado durante toda su vida profesional. En estos asuntos era que ella venía impartiendo docencia a estudiantes de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia donde era docente del Departamento de Psiquiatría desde mediados de los noventa.

Para combatir la anorexia y bulimia impuso cambios en las políticas de las agencias de modelaje que usualmente disparaban estos trastornos por la alta exigencia de delgadez. También, reguló el contenido de los mensajes de publicidad que abundaban en la ciudad considerada internacionalmente como la capital de la moda. Esa medida que redujo las exigencias de unas medidas antropométricas que fomentaban la extrema delgadez como requisito a cumplir para aquellas adolescentes y jóvenes que ejercían el modelaje sirvió además de medida de prevención de los trastornos como censo y estrategia de sensibilización de más de doscientas agencias de modelaje que para ese momento existían en la ciudad (Uribe-Merino, 2006). De otro lado, eliminó la práctica cultural que venían instituyendo los anteriores gobiernos de los concursos de belleza creando como alternativa el concurso de mujeres con talento con el fin de transformar la cultura machista en donde la mujer adquiere reconocimiento solo a través de sus atributos físicos y no sobre su desarrollo y competencia intelectual. Llevó a cabo un proyecto novedoso “El proyecto Sol y Luna” para la prevención del embarazo adolescente que sirvió como modelo para replicar en el resto del país. Dicho proyecto llevado a cabo con apoyo financiero del Banco Interamericano del Desarrollo (BID) instituyó servicios de asesoría y provisión de métodos anticonceptivos efectivos a las adolescentes en varios centros de salud de las zonas priorizadas. La autora formó parte del equipo del centro Nacer, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia que efectuó la sistematización del proyecto pudiendo constatar un importante aumento del uso de métodos anticonceptivos

hormonales por parte de estas adolescentes. Sin embargo, la sistematización también evidenció cómo el enfoque feminista, de género, de sexualidad y del derecho con que fue concebido por Lucrecia en su momento de origen se fue esfumando durante el proceso de ejecución. Al final del proceso las enfermeras entrenadas para la prestación del servicio estaban reguladas por los mismos códigos ideológicos que circulan en el discurso del BM (Camargo y Mattos, 2008) así como en las políticas de sexualidad y jóvenes configuradas en el país (Morales-Borrero, 2010).

Es importante mencionar que durante esta experiencia la decisión política del equipo que lo gestó y dirigió fue la de excluir médicos en este proceso. Es posible que esa decisión fuera tomada por Lucrecia Ramírez como resultado de la difícil situación que enfrentó durante la fase de negociación de la nueva política curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia de invencible resistencia para que estos asuntos fueran incorporados en el nuevo plan de estudios. Según reportan sus colegas y amistades que la acompañaron en esa lid ella se retiró del proceso de renovación exhausta y defraudada ante la férrea resistencia del gremio médico para cuestionar su androcentrismo y emprender un camino de cambio hacia mayor equidad de género con reconocimiento y enmendación de la violencia histórica que ha ejercido con el cuerpo y vida de la mujer. El nuevo currículo ya llevaba cuatro años de implementación cuando este proyecto de Sol y Luna se inició.

Otro hecho importante a recalcar de la labor de Ramírez, en esta historia fue su ante proyecto para abrir una clínica especializada en la atención integral de la salud de la mujer incluida la atención integral a la victimización por la violencia de género. Su propuesta contó con todo el respaldo de organizaciones feministas y algunos hombres gineco-obstetras representantes de la academia. Este proyecto detonó el pánico moral de los sectores más conservadores de la sociedad que enfilaron

todas sus baterías para enterrarlo. Durante la alcaldía del sucesor de Fajardo, Alonso Salazar se iba a poner en marcha dicha emblemática institución para garantizar los DSR de las mujeres. Sin embargo, el nuevo alcalde se vio obligado a abandonar esta iniciativa por la presión que ejerció la procuraduría general de la nación y el temor al costo político que le representaría seguir adelante una iniciativa bastante desprestigiada por los sectores conservadores de la ciudad⁵⁶. Ese hecho generó rupturas en los dos movimientos: el político Compromiso Ciudadano y el feminista. Esta confrontación desencadenó las renuncias de dos funcionarias feministas que venían desempeñando los cargos de Secretaria de Salud y Secretaria de Equidad de Género desde la administración anterior. Una de ellas es la médica salubrista Luz María Gómez profesora del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y esposa de un actor que ha tenido un importante protagonismo en todo el proceso que condujo a la reforma curricular: el médico salubrista Jaime Arturo Gómez. La otra es la enfermera Rocío Pineda profesora jubilada de la Facultad de Enfermería de la misma universidad. En la siguiente alcaldía, el liberal Aníbal Gaviria⁵⁷ intentó reavivar el proyecto pero fue entorpecido por el movimiento feminista al no aceptar la propuesta del alcalde de que se modificara el nombre por el de clínica para la salud de la familia en vez de clínica de la mujer porque creía que con ese cambio se apaciguaría la oposición que venían haciendo el ala conservadora⁵⁸. De nuevo, en este segundo intento la oposición logró

⁵⁶ Información suministrada a la autora por varias docentes de la Universidad de Antioquia integrantes de movimientos feministas de la ciudad que hicieron parte del movimiento por la clínica.

⁵⁷ Este actor de afiliación liberal, era el gobernador de Antioquia durante el mismo período de la alcaldía de Fajardo y es hermano de Guillermo Gaviria quien cuando era gobernador de Antioquia fue secuestrado por las FARC el 21 de abril de 2002 en compañía de su asesor de paz y exministro de defensa Gilberto Echeverry quienes fueron asesinados por ese mismo grupo guerrillero en medio de un intento de rescate que ordenó el presidente Álvaro Uribe el 5 de mayo de 2003.

⁵⁸ Información brindada por una activista feminista que fue convocada por el alcalde Gaviria para que negociara con el movimiento feminista el proyecto. La decisión de aceptar el título de familia la había tomado en acuerdo con algunas de las feministas como estrategia para calmar a la oposición. La activista expresó una gran frustración al no lograr convencer al movimiento de que esta podía ser una oportunidad para sacar adelante la iniciativa.

sepultar este proyecto con la estrategia metonímica que puso a circular el eufemismo y código ideológico familia para silenciar el debate en torno a feminismo, género, DSR y sexualidad.

De todas maneras la ciudad de Medellín ha logrado un importante desarrollo desde la alcaldía de Fajardo. Sus dos sucesores: Alonso Salazar del mismo movimiento político y el actual alcalde Aníbal Gaviria continuaron aplicando muchas de sus políticas por lo que la ciudad de Medellín es conocida mundialmente hoy como la ciudad más “innovadora”⁵⁹.

Para finalizar, con base en esta experiencia exitosa de Medellín en cuanto a los servicios de SSR para adolescentes, el MPS de nuevo desarrolló un convenio con el UNFPA para replicar esta experiencia a través de la política sectorial que formuló en el 2005 que llamó “Modelo de Programa para la prestación de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SAS)” servicios de asesoría y consulta en SSR operados por médicos generales, enfermeras, psicólogos y/o trabajadores sociales que expresan su voluntad por trabajar en ellos y son habilitados a través de un corto entrenamiento en cursos de tres días de duración por medio virtual o presencial en los que la autora de esta tesis ha participado de manera muy puntual. Dicho entrenamiento ha sido estandarizado por estas dos instituciones (MPS y UNFPA) a partir de las conclusiones derivadas de la sistematización y evaluación que han realizado en medio de diversos contratos suscritos con algunos actores, grupos o instituciones del sector académico o con agremiaciones científicas como en el caso de la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia (FECOLSOG), sin articulación con los programas curriculares de las Facultades de Medicina quienes a su vez siguen de espaldas a estas

⁵⁹ Semana revista, “Medellín, la ciudad más innovadora del mundo”. Marzo, 3, 2013.

políticas y realidad. Mientras tanto la idea de consolidar un campo de profesionalización en MA que sirva como ventana de oportunidad para ventilar estos temas al interior de la institución médica de cara a poder impulsar una profunda transformación de los enfoques conservadores y tradicionales así como de las prácticas médicas medicalizadoras sigue sin ver la luz.

4.5 El género, la sexualidad y los DSR en el currículo renovado de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia

Ante el choque que generó conocer la situación de extrema marginalidad en que se encuentran estos temas en los discursos oficiales de la Facultad de Medicina la autora se ve obligada a advertir que la mayor parte de las fuentes para apoyar la configuración de esta parte de la tesis provinieron de las voces de los actores entrevistados así como de la observación participante que ella ha venido realizando cada vez que tuvo oportunidad de observar rutinas y prácticas académicas desde una nueva consciencia que adquirió tan pronto cobró vida esta investigación. Con las voces de 31 personas; hombres y mujeres que desempeñan o desempeñaron un papel en el proceso de renovación curricular en calidad de directivos, profesores y estudiantes, -unos entusiastas y otros incrédulos se confecciona este relato.

En relación al género el resultado sigue inclinando la balanza del poder y el privilegio del lado de los hombres en la Facultad, a pesar de que el número de mujeres que ingresan a la carrera de medicina supera el porcentaje frente a los hombres tal como lo ha ido demostrando el estudio con perspectiva de género en este campo (Delgado y Saletti-Cuesta, 2011, Flores-Domínguez, 2012). Al respecto, una investigación que caracterizó estudiantes del pregrado de medicina de 10 cohortes entre los años 2005 y 2009 reporta que las mujeres en este programa representan el 56% de los 794

alumnos matriculados en dicho plan (Sánchez, 2010:36). Sin embargo, las feministas han venido señalando la situación de feminización que está ocurriendo en el campo médico. Ha sido demostrado que el incremento en el número de mujeres que ingresan a la carrera de medicina no se compagina con mejor oportunidad laboral a su egreso ni con la posibilidad de obtener igual remuneración que la de sus colegas hombres, sus ingresos económicos y reconocimiento por el desarrollo en la formación profesional en comparación con los hombres sigue sin mejorar (Delgado y Saletti-Cuesta, 2011, Flores-Domínguez, 2012). Ellas siguen enfrentando una situación de discriminación horizontal y vertical en la profesión (Delgado y Saletti-Cuesta, 2011: 327). Como lo han demostrado los escasos estudios sobre este tema, realizados en México, Estados Unidos, Reino Unido, Australia y España en la institución médica no hay consciencia de la existencia de los fenómenos como “techo de cristal” y “suelo pegajoso” que han definido los feminismos. Las bases institucionales y las RRS siguen regulando una organización institucional en donde es normal y justificado toda causa que impida a las mujeres médicas escalar hacia los cargos más altos en la institución ocupando los lugares más bajos en el mapa que indica el flujo y jerarquía del poder. En general, siguen atrapadas en el mismo lugar que históricamente han tenido ejerciendo la función de reproducción social de las RRS con el cuidado a todo el personal dentro de la institución médica, se aglomeran en las ramas médicas de menor remuneración salarial y que son orientadas a la función de cuidado primario y puericultura (Delgado y Saletti-Cuesta, 2011, Flores-Domínguez, 2012).

El siguiente testimonio de una profesora que desempeñó un papel preponderante en el proceso de formulación ilustra la forma como opera el techo de cristal y el suelo pegajoso en esta institución. La elaboración discursiva que hace como justificación de su imposibilidad para aspirar a la decanatura lo comprueba:

[...] hablando del liderazgo digamos, que de pronto pudiera yo tener en ese momento mayor liderazgo y hubo presión por varias personas de que fuera yo, y finalmente acordamos que fuera Juan. Una de las cosas era por eso, porque decían que nunca había habido una mujer decana en la Facultad de Medicina, y es probable que haya una resistencia a que sea una mujer, y definitivamente mi interés no era ser la decana, mi interés era estar en un cargo administrativo donde pudiéramos consolidar el proceso de reforma administrativa, necesario para la reforma curricular, entonces yo podría estar en la educación médica o en la vicedecanatura pero no importa, entonces yo dije: listo, entonces no. En ese momento sentí eso porque además mucha gente empezó a decir que yo iba a ser la decana y aun en el hospital se generó una expectativa, y empezaron a mover asuntos políticos para que yo no fuera a ser la decana, -eso sería- pienso que ahí tenía que ver con que fuera mujer⁶⁰

Otra notable mujer que se destacó por su liderazgo en el proceso de formulación ni siquiera hace mención al género como una de las posibles causas que evitaron una compensación de su trabajo con el merecido ascenso en la jerarquía institucional. Hecho que pensaron que sería lo justo por parte de sus colegas:

[...] yo en algún momento percibía que en la universidad los cargos directivos frente a igualdad de condiciones académica preferían al hombre, pues yo lo percibí en varias oportunidades, percibí que había que luchar para mostrar que las mujeres éramos capaces, digamos que del ochenta para acá eso se evidenció más claramente, porqué, porque cuando ya dan la oportunidad de que la mujer hable, de que participe, no es que no se la hubieran dado antes, pero es que si se ignora la presencia de la persona es como si la estuvieran opacando, más bien dejándola de lado [...] el manejo institucional de la universidad se me vino al piso... yo hice un corte muy fuerte, porque cuando uno va invadiendo ciertos terrenos y se da cuenta de cómo se maneja la cosa –porque es manejo-; que ni siquiera es un manejo administrativo racional, sino que es a conveniencia; yo que tenía la universidad en un altísimo nivel, cuando uno es consciente de cierto tipo de manipulación -al menos yo que soy tan romántica- y que yo no aspiraba a nada que tuviera poder⁶¹ – a mí no me interesaba realmente-, cuando uno ve que hay ese tipo de manejo –no más allá de eso porque no es conveniente-, toda esa imagen tan romántica de la universidad se le viene al suelo⁶².

⁶⁰Entrevista realizada el 30 de agosto, 2013.

⁶¹ El acento lo coloca la autora dado que sí había expresado su descontento con la designación como decano a otro actor que no había dedicado tanto esfuerzo al proceso y había la expectativa de que estas mujeres fueran posibles sucesoras de Alberto Uribe cuando dejó el cargo para asumir la rectoría.

⁶² Apartes de transcripción de entrevista realizada el 12 de septiembre.

Algo inquietante en esta institución es la señal de alerta que hacen investigadores sobre el grado de determinación social que pueden tener las RRS en las mismas mujeres médicas quienes las naturalizan para encubrir o negar las situaciones de acoso sexual y violencia de género que ocurren con frecuencia al interior de las instituciones de formación médica y de práctica médica (Salas, 2004, Fernández-Moreno, 2007, Herrera, 2010). Al contrario de lo esperado, ellas las reproducen mediante prácticas discursivas violentas y androcentristas con sus congéneres, con los pacientes y con las personas que han sido excluidas en concordancia con las RRS que configuraron las bases institucionales de la institución médica históricamente erigida en América Latina (Salas, 2004, Fernández-Moreno, 2007, Herrera, 2010).

Estas prácticas discursivas de carácter androcentrista que legitima la violencia de género salieron a flote durante las entrevistas de profesoras y estudiantes. A manera de ejemplo se exponen algunos extractos de las transcripciones con el ánimo de ilustrar como se activan las RRS cuando aparece una amenaza que cambie el orden social y las prácticas discursivas con que han estado cómodamente familiarizadas:

En el primer caso, una docente de Ginecología recibió el siguiente trato por parte de otra colega cuando presentó una propuesta para eliminar la violencia obstétrica que consideraba que se negaba y encubría por la mayoría del personal que labora en el Departamento de Ginecología y Obstetricia:

Vos si te encarretás por unas “güevonadas” – (nunca se me olvidó esa frase)-, y digamos que fue como ese martillo que yo decía, tanta dificultad para nosotras aceptar que hay una diferencia en la atención de las mujeres y una mujer hace lo que hacen los hombres ¡– para mí fue muy cuestionador- pues porque yo decía; estoy mostrando otra manera de acercarnos a las mujeres en un proceso gestacional violentado!.

El segundo caso, lo sacó a la luz una egresada de la novena cohorte del nuevo currículo así:

“es que una cosa que indigna es que el diploma diga médico y entonces uno dice pero cómo es posible; el día que me lo entregaron yo estaba furiosa, o sea, cómo es posible que diga médico, eso desde cuándo es ese diploma, eso es el colmo y a nadie más de mis compañeras les pareció importar esto...las mujeres a él le dicen doctor, y uno en un hospital es una enfermera, en cambio él así sea un enfermero es doctor, inclusive si es el interno es el doctor y una que sí es no”⁶³.

En el tercer caso, apareció el código ideológico técnico-biomédico y biologicista para silenciar y aminorar el poder que estarían conquistando sus colegas dentro de la batalla por incorporar temas de género, erotismo y sexualidad:

[...] ellas dos-, en ese momento con una visión de género muy polarizada, de hecho obviamente yo soy mujer pero sé que la idea no es excluir a los hombres del proceso, y ahí para ponerte un ejemplo la polarización fue muy fuerte, o sea un apoyo importante desde el reconocimiento de género, de la parte también de toda la sexualidad, del erotismo, pero aún muy polarizada hacia ese lado, donde había que mirar la sexualidad masculina con los urólogos- para que se reconociera el género masculino, al punto de que en un momento no teníamos contenidos de urología en el currículo [...] los estudiantes no sabían que era la pelvis femenina ni el útero, -no sabían- nos tocó montar un curso adicional para ese momento para esos estudiante y ser muy claros frente a este grupo que aunque sí nos interesaba todo el enfoque de la sexualidad, de la prevención pero que eran estudiantes de medicina que tenían que conocer la anatomía y la fisiología del sistema genitourinario, y que eso no lo podíamos excluir”⁶⁴.

El punto de vista de otro profesor nos hace caer en la cuenta de cómo se regula el código ideológico biomédico así como de la estrategia para desprestigiar y estigmatizar las estrategias y argumentos feministas:

En la parte de salud sexual en el departamento de Ginecología y Obstetricia había dos profesores; la doctora Gloria Penagos y el doctor Bernardo Agudelo que siempre han sido inquietos con el tema de la sexualidad, pero siempre fueron poco escuchados por el resto de profesores, siempre ese tema fue visto como un relleno, como algo intangible, como algo que no se podía agarrar, como algo que estaba muy lejos de aprender a operar o de aprender a hacer un procedimiento y no, la gente no lo hacía, no lo digería; entonces, Gloria Penagos

⁶³ Extracto de transcripción de un grupo focal con 12 egresados de varias cohortes con el nuevo currículo:
24

⁶⁴Extraído de transcripción de entrevista del 13 de septiembre, 2013: 21

cuando se presentó la propuesta de transformación curricular presentó todo un currículo de la parte sexual muy completo, muy integral, muy ambicioso, y curiosamente eso funcionó mientras Gloria estuvo ahí, cuando Gloria se retiró eso se fue viniendo abajo [...] Yo creo que la incidencia en el currículo en estos aspectos ha sido mínima, por ejemplo la población LGBTI cero; por ejemplo el tema de derechos yo diría también cero, porque de hecho uno ve violación a los derechos de las personas todos los días, todas las horas, te tiran los carros en las cebras, se te meten en la fila, todo lo que tú te puedas imaginar ocurre en nuestra sociedad a diario, y en el gremio médico de hecho cuando se habla de feminismo, hay un rechazo absoluto al tema de feminismo, sobre todo –creo yo-, porque hemos tenido feministas muy radicales en nuestro medio, que la cosa es pelear y no concertar, no dialogar, sino pelear, pelear, pelear [...] Trabajamos con la mujer y no sabemos quién es la mujer, por qué la mujer está donde está, por qué le pasa lo que le pasa, no tenemos ni idea de violencias sexuales, no tenemos idea de sexualidad; entonces claro, faltan una serie de elementos que son cruciales [...] pasa con la sexualidad; de hecho en el interrogatorio que se le hace a una mujer cuando va a una citología, o consultan por una lesión del cuello, o cualquier otra cosa –preguntas de sexualidad no hay!⁶⁵.

Dado que el interés de este estudio es poder contribuir al desciframiento de las RRS a través de la identificación de códigos ideológicos mediante los cuales estas logran regular, afianzar y reproducir las prácticas discursivas que tienen que ver con los DSR de adolescentes este apartado se concentra en la reconstrucción de la dinámica que configuró durante el cambio curricular las prácticas discursivas en la formación médica específicamente relacionadas con la cátedra de sexualidad y el cuidado integral de salud en el ciclo vital de adolescencia.

Sin embargo, es honesto hacer la salvedad de que el relato que aquí se narra no incluye los puntos de vista de dos actores protagonistas de esta dinámica: el del psicólogo psicoanalista Adolfo Ruiz coordinador de la unidad de adolescencia del Departamento de Pediatría y Puericultura y el de la doctora Lucrecia Ramírez feminista que lideró la lucha feminista por la inclusión de las temáticas sobre género, sexualidad y DSR como el curso de sexualidad dentro del nuevo currículo.

⁶⁵ Extraído de la transcripción de entrevista, el 9 de septiembre:13-14.

Lamentablemente no respondieron a las reiteradas invitaciones que hizo la autora y el asistente de investigación Juan Arias. Después de varios intentos que ambos hicieron para motivarlos o contactarlos se tuvo que desistir del propósito de contar con su valiosa opinión. Nunca hubo duda por parte de la autora que sus puntos de vista eran de suma importancia para la reconstrucción de esta dinámica. En particular, es importante confesar lo incómodo que resulta hacer este ejercicio en medio del silencio deliberado del coordinador de adolescencia quien por su labor institucional tiene contacto constante con la autora de esta tesis. En ese aspecto solo queda seguir en el esfuerzo emprendido por la investigadora con el ánimo de poder ofrecer un nuevo conocimiento útil para contribuir al desarrollo de un campo de formación en MA. En este sentido, se apela a la recomendación que hacen investigadores activistas sobre la importancia de incluir en el foco del análisis de los estudios de sexualidad, sexo y género estas cuestiones que siguen ocultadas con el silencio deliberado de algunos actores o sectores obligando a quien investiga a superar un desafío aún mayor para poder interpretar las causas y las consecuencias de dichas posturas (Camargo y Mattos, 2008:413).

En primer lugar, se describe la dinámica que dio pie a la configuración del curso de sexualidad. Quienes pusieron en escena el tema de género, sexualidad y DSR fueron las profesoras Gloria Penagos y Lucrecia Ramírez. La primera es ginecóloga y obstetra egresada de la misma universidad con formación en sexología por parte de miembros de la Sociedad Colombiana de Sexología (SOCOSEX) conectándola con otra mujer protagonista de esta historia: la ginecóloga Cecilia Cardinal de Martin mencionada en el capítulo 2 por sus vínculos con el campo de la MA en Colombia. La segunda, ya fue mencionada en este capítulo. En el año de 1996 Lucrecia buscó a Gloria quien había sido recomendada por un colega gineco-obstetra para que trabajaran conjuntamente en la construcción de una propuesta que abriera un campo de formación médica en

materia de la SSR y DSR de adolescentes. Hasta ese momento esta iniciativa no había hallado eco ni en la unidad de adolescencia, ni en los departamentos de Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia.

Comenzaron a compartir y a construir su proyecto. Ambas se encontraron por un interés común de apoyar el movimiento feminista por la necesidad que había surgido por las malas experiencias que en el campo profesional habían vivido como mujeres médicas. En el caso de Gloria la circunstancia que le detonó su decisión fue la siguiente:

[...] hay una desconsideración de algunas situaciones individuales de las mujeres- que creo fue como la primera motivación que yo tuve para entrar a Ginecología-. Cuando yo terminé Ginecología y me fui a trabajar, estuve muy poco en el Seguro Social, pero viví otra experiencia que también fue como un choque; de decir me fui a Itagüí y allí habían dos personas -dos ginecólogos- que no eran de escuela , sino dos ginecólogos de la vida, donde uno de ellos el 100% de las veces que me tocó recibirle el turno, estaba sentado mirando siempre el mismo libro de inglés en la página que yo no sé qué estaba haciendo , si durmiendo o mirando el inglés y yo decía: pero es que aquí hay mucho por hacer –nunca había habido una mujer en esa área- y yo llegaba y yo tenía una fila de espera de consulta, además de todo lo que había que hacer en el área; fue un trabajo muy pesado, muy demandante⁶⁶.

Al año siguiente en 1997 vieron una luz con la propuesta de reforma curricular. Su proyecto fue presentado al CC y tuvo interés de vincularlo al nuevo plan de estudios como uno de los núcleos problemáticos que merecían ser priorizados dada la problemática de embarazos adolescentes, ETS/VIH/SIDA y violencias sexuales. Así se abrió el espacio en el tercer semestre como parte del ciclo de fundamentación. La dura confrontación contra varios miembros del CC y del profesorado que se opusieron a sus posturas feministas dejó a Lucrecia exhausta quien aprovechó la oportunidad de ir adelantar estudios en el exterior para marginarse del proceso. Gloria siguió liderando el proceso y logró consolidar un espacio inolvidable en la historia de la formación médica en materia de estos temas de esta facultada. De acuerdo a las actas dicha cátedra llegó a tener 17 profesores de distintas

⁶⁶ Extraído de la transcripción de la entrevista realizada por la autora el 12 de septiembre en su casa: 1.

corrientes entre ellos sobresalen⁶⁷: -la feminista doctora en sociología Margarita Peláez Mejía, docente de la FNSP, -la feminista trabajadora social Sara Yaneth Fernández, hoy en día, doctora en salud colectiva, coordinadora del grupo de investigación género, sociedad y subjetividad (único grupo de estudios de género que sobrevive en esa universidad) y docente de la FCSH, -Carlos Mario González profesor de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional, licenciado en educación y magister en historia ampliamente reconocido por sus escritos sobre sexualidad, erotismo, género y masculinidades, la antropóloga Rubiela Arboleda, experta en temas de cuerpo y género, William Botero, gineco-obstetra con especialización en Ginecología endocrina quien se hizo famoso en este proceso por su fuerte oposición y crítica al proceso de la reforma y – César Ospina otro gineco-obstetra que también se opuso a la reforma.

Sin embargo, las perspectivas que allí se querían instituir chocaron con las del CC y poco a poco se fueron quitando los apoyos hasta que se fueron desvinculando todos estos actores. Finalmente Gloria se fue a dirigir el grupo de estudios de Género, Salud y Sociedad en la FCSH, grupo de estudios de género que tampoco logró sobrevivir ratificando la fuerte tendencia a la desaparición de grupos de estos estudios de género por falta de apoyo político y financiero por parte de directivas de las universidades de la región de América Latina donde proliferaron en la década de los ochenta bajo el impulso que al movimiento feminista le brindó la segunda ola del feminismo (Cardaci, 2004). Siguiendo con la historia de Gloria Penagos y sexualidad, ella tan pronto inició la alcaldía de Fajardo se jubiló de la universidad para acompañar a su amiga Lucrecia en las distintas iniciativas en torno a la SSR de adolescentes. En la actualidad ejerce la coordinación de los SAS en el Departamento de Antioquia bajo la gobernación de Fajardo donde Lucrecia es la primera mujer del departamento. En

⁶⁷ CC: Acta No. 42 del 4 de Diciembre del 2001.

su reemplazo para la coordinación de ese núcleo quedó la ginecóloga infanto-juvenil Clara María Restrepo quien asumía en compañía del psiquiatra y sexólogo Gabriel Jaime Montoya la docencia. Infortunadamente Clara no logró reanimar el programa ni conquistar el respaldo político en las directivas de la Facultad. Su abierta postura en defensa del aborto como DSR de adolescentes la hizo blanco de estigmatización y de exclusión de los escenarios de práctica oficiales de la Facultad porque se declaran de manera ilegal como “instituciones objetoras de consciencia”. Finalmente agobiada y exhausta con amenazas de estudiantes decidió renunciar.

Entretanto el devenir de la unidad de adolescentes contrasta con el ocaso del tema de la sexualidad en el currículo. El psicólogo psicoanalista Adolfo Ruiz cobró un importante protagonismo en la configuración del principal semestre que concentra los aspectos de salud dentro del ciclo vital de la adolescencia. Como se narró en el capítulo 2, cuando comenzó el proceso de negociación y formulación la unidad contaba con Ana Eugenia Restrepo, una enfermera, Jaime Escobar un pediatra con entrenamiento en MA y el psicólogo psicoanalista Adolfo Ruiz. El grupo lo lideró Ruiz inicialmente convocó a casi 30 docentes pero poco a poco se fueron retirando hasta que el grupo quedó prácticamente sin médicos pediatras⁶⁸, a excepción del pediatra Ricardo Saldarriaga que imparte docencia en el municipio Rionegro, un escenario abierto y fortalecido con el proyecto de UNI financiado por la Fundación Kellogg para acercar a la academia con la comunidad para promover la participación de esta en la prevención y atención primaria de la salud infantil. Con marcada ausencia de médicos este grupo diseñó dos cursos Adolescencia I y Adolescencia II, así lo cuenta un miembro del CC:

[...] en el área de adolescencia [...] –no habían muchos médicos del área de adolescencia– [...] algunos pediatras se metieron al núcleo [...] mejor dicho eso se hizo con lo que en este momento tenemos en la Facultad de Medicina y de alguna manera eso también determinó

⁶⁸ CC: Acta Nro. 028, 10 de Agosto de 2001.

ciertos rumbos que tomó el diseño curricular y algunos errores que se nos pasaron y que después hubo que retomar y algunas áreas muy difíciles porque no habían personas que se quisieran comprometer⁶⁹.

El CC aprovechó la disposición de Adolfo Ruiz quien asistía puntualmente a todas las actividades y acogía con total flexibilidad los cambios conforme a las directrices de la política institucional de la reforma. Aspecto que constantemente salió a relucir para en las voces de las directivas. Incluso hubo quien dijo que con este actor era muy fácil imponer los cambios, todo fluía sin obstáculos en tanto que la negociación con los médicos en los departamentos de Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Neurocirugía era sumamente ardua. Así narra la forma como adquirió el poder la unidad de adolescencia un profesor:

[...] y ya el grupo empezó a volar como todos los grupos con cierta independencia, y sobre todo con esa credibilidad que uno se va ganando porque hace las cosas bien; ese bien de nosotros, de la palmadita en el hombro, sin mucho escudriñar y sin muchas cosas.

Otra persona fue más honesta contando la forma como se desarrolló la balanza para el lado de adolescencia:

[...] hay cosas que son muy de discusiones muy por lo bajo, muy feas, como de rebatiñas por horarios, entonces por ejemplo muchos de los que no podíamos asistir a las reuniones en las que se discutía lo de la reforma, no le podíamos hacer fuerza a [...] y prácticamente desapareció, o por lo menos el número de docentes y de horas de docencia quedaron reducidas a la mínima expresión, o sea lo que fue la posibilidad de trabajar [...] eso sí se acabó por completo, entonces dentro de este ciclo vital humano, está bien, ya entiendo, aparecieron los adolescentes dentro del ciclo vital humano, pero no porque los adolescentes llegaran a pesar en la sociedad y eso es lo que me parece que explica que hubieran seguido como tan tímidas las posibilidades de desarrollo en este sentido en nuestro medio, fue simplemente concederles que sí existían en este ciclo pero no como que dentro de esta historia de desarrollo y dificultades ellos llegaran a tener un papel y un lugar mucho más importante⁷⁰.

⁶⁹ Extraído de transcripción de entrevista e 13 de septiembre del 2013: 9.

⁷⁰ Para conservar la confidencialidad de quien habla, se eliminaron términos que puedan develar la identidad de quien habla.

Al final del proceso de negociación los cursos de Adolescencia I y Adolescencia II quedaron plasmados en el nuevo plan cada uno de 4 créditos. Aunque el valor de créditos no lo reflejan estas asignaturas representaron un importante espacio de poder social dentro del nuevo mapa que configuró el cambio curricular. En el quinto semestre durante el ciclo de profesionalización se ubicó Adolescencia I con el propósito de generar la competencia necesaria para que el estudiante de medicina pueda acercarse, comunicar, informar y educar al adolescente así como para que lo entreviste, examine y detecte oportunamente los riesgos de salud derivados de su paso por la adolescencia. Se reproduce aquí el código ideológico de una adolescencia de riesgos.

Como estrategias y didácticas pedagógicas recurren a un ABP que se lleva a cabo al inicio del curso con el objetivo de aprendizaje sobre el contexto social en que se desenvuelve esa adolescencia, qué tipo de servicios y programas de salud existen en las comunidades a donde están ubicados los espacios escolares de práctica de manera que puedan tener un directorio y saber a dónde derivar un adolescente que detecten con necesidades de atención de su salud. También, ofrecen una serie de seminarios que han sido estandarizados con el fin de que los distintos equipos de docentes los puedan desarrollar sin que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea afectado con un rasgo que se mantiene presente amenazando la sobrevivencia de esta temática en el currículo. Con solo 4 créditos cada curso requiere al menos 10 profesores más que todo de cátedra lo que deriva en una constante rotación del personal que hace la docencia. Los seminarios abordan de manera homogénea temáticas propias de los enfoques predominantes dentro del campo de la MA como crecimiento y desarrollo, estilos de vida saludables. Con una marcada preferencia por la identificación de identificación de riesgos en salud mental y en SSR. Lo interesante es que estos mismos dominios son abordados por Psiquiatría en el caso de salud mental que tiene a su vez habilitada una especialización en Psiquiatría de infancia y adolescentes con psiquiatras debidamente entrenados y certificados en este campo y

en el caso de SSR por Ginecología y Obstetricia por una ginecóloga *infanto juvenil* certificada por ALOGIA. Además el campo de sexología médica la maneja un psiquiatra especialista en sexología. Esta sobrerrepresentación de los temas en el currículo más que reflejar una voluntad política para abrir espacios de deliberación con altura sobre las cuestiones en torno a DSR y ciudadanía sexual dan cuenta de la contienda por mantener el control y la regulación entre campos históricamente a cargo esa función dentro de la institución médica. En este caso en particular, se mantienen más del lado moralista tradicional profesionales que hacen esta labor dentro del Departamento de Pediatría y Puericultura que los de los expertos que cuentan con formación y certificación en los otros dos departamentos. Siguiendo con la asignatura de Adolescencia I, para alcanzar esta competencia el estudiantado asiste un día a la semana durante todo el sexto semestre a colegios en zonas populares donde hacen consulta médica en escenarios improvisados que no cuentan con los requerimientos estipulados por la Secretaría de Salud municipal de habilitación para la atención médica. En esa actividad puntual diligencian un formato de historia clínica (ver anexo N) diseñado con el interés de que sea el formato el que los guíe hacia la subjetivación y escenificación de una práctica médica que sea representativa del enfoque “integral” y “humanista” es decir el formato reemplaza al profesor, así se justifica y legitima la idea de que no es necesario contar con médicos debidamente entrenados y certificados en este campo de MA. Así acompañados de psicólogos, médicos generales o no importa el perfil del médico sino la voluntad para trabajar con este equipo de la Unidad de Adolescentes, los estudiantes van a los colegios diligencian el formato, le presentan los hallazgos al docente de turno que hace la supervisión y le entregan alguna prescripción o nota de remisión para que la presente en su EPS-IPS para que le solucionen el problema de salud detectado. En la mayoría de los casos no se vuelve a saber sobre la conclusión que tuvo el proceso de atención de salud o enfermedad del adolescente que fue examinado. Sin embargo, esta práctica médica se convierte en un ejercicio pedagógico que traiciona el loable propósito académico al ambientar la configuración

de un hábito que refuerza una práctica medicalizadora poco profesional, demeritada calidad con mayor vulneración de sus derechos al favorecer la idea de que el adolescente se convierte en un objeto de estudio para el alumno quien a su vez se ve obligado a desviar su foco de interés hacia el requerido diligenciamiento del instrumento (Historia Clínica, anexo N). Aparte de esto, el instrumento tampoco ha sido bien aprovechado para producir un conocimiento científico que sirva para orientar la decisión de políticas que redunden en un beneficio para estos adolescentes que viven en condiciones precarias. Escena y escenario que refuerzan las RRS que históricamente vienen reproduciendo un ejercicio médico que se apropia y controla la vida y cuerpo de sujetos perpetuando la práctica médica que vulnera los derechos que tanto vienen atacando estos movimientos feministas y de la comunidad LGBTI. Casi que se escenifica lo mismo que describen las personas con identidades y orientaciones diversas cuando asisten a una institución de salud, con el agravante de que aquí en esta práctica particular hay desentendimiento de esta vulneración por parte de la institución que tiene prestigio histórico por su excelente función de formación médica como la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia sin resistir al deterioro de la calidad de médica, la pérdida de la humanización con mercantilización en la práctica médica que se está configurando en el sistema de salud actual después de la reforma con la ley 100 de 1993. Esas RRS las hace visible el siguiente relato:

Cuando se trata de categorizar, definir, y patologizar las experiencias del cuerpo, as instituciones médicas y de salud desarrollan un excelente trabajo; pero el sistema de salud se desentiende a la hora de cubrir los derechos de un grupo de personas que se encuentran en las márgenes de la ciudadanía (García-Becerra, 2009:140).

Otra evidencia de la regulación que este texto (formato de histórica clínica anexo N) cumple haciéndolo un determinante clave de la configuración de la práctica médica que se está repotenciando en este contexto de reforma curricular con relación a la salud y los derechos de

adolescentes la explica mejor la siguiente descripción que da una persona que mantuvo cercano contacto con esta actividad para ilustrar las repercusiones, la dirección y expansión que está teniendo este estilo de enseñanza con esta actividad pedagógica:

El problema de nosotros -en todas partes y yo diría-, es que eso es de país- es que cuando uno cierra el formato siempre viene el inconveniente de que la gente termina es haciendo encuestas, entonces hay algunos que introyectan eso y realmente empiezan a decir, bueno cada uno es como una indicación clara, pero no siempre funciona así, la gran mayoría termina es haciendo o llenando un montón de cosas ahí que no sabe para qué sirven⁷¹.

El curso de Adolescencia II tiene como objeto la competencia para el manejo del cuidado primario de los problemas de salud que más frecuentemente se presentan durante la adolescencia: trastornos de alimentación, trastornos de ciclo menstrual, embarazo y sexualidad de la adolescente, la adaptación y adherencia a tratamientos durante la adolescente del paciente con enfermedad crónica entre otras, así como la realización de actividades colectivas con ellos de promoción de la salud a través de unas visitas a fundaciones y entidades de caridad acompañadas de las docentes de la Unidad que provienen de las disciplinas como trabajo social y psicología. Sin embargo, el logro del objetivo queda inconcluso porque se siguen replicando las mismas estrategias didácticas con seminarios puntuales y fugaces visitas a algunos servicios médicos como el de endocrinología, medicina del deporte o dermatología. La falta de oportunidad que el estudiante de medicina tiene para desarrollar un vínculo mediante una relación médico-paciente sostenida durante el proceso de atención a su problema de salud impide configurar una práctica médica humanista y promovedora de la ciudadanía al no dejar que medie en este vínculo el interés del médico de instrumentar al sujeto adolescente.

⁷¹Entrevista realizada el 18 de diciembre del 2013

La sensibilidad y compromiso ético del alumnado se ha hecho sentir, varias cohortes de estudiantes se han quejado ante las directivas de la Facultad porque consideran no solo frustrante sino irrespetuosa con adolescentes e infantes esta experiencia al no poder dar respuesta médica a la problemática de salud por causa de la ausencia de articulación con descontextualización con servicios de salud en que este ejercicio se desenvuelva. En palabras de egresados esta insatisfacción se enuncia de la siguiente manera:

Pues si se dio la oportunidad para que uno se quejara y se planteara, pero sexto es el semestre más cerrado, en el que no hacen caso a nada, y creo que sexto sigue siendo igual, doce cohortes después y sigue siendo igual, yo creo que el mundo entero se ha quejado y lo que es en mi semestre no ha cambiado nada [...] ⁷².

[...] es que yo creo que sexto es una mafia –yo siempre lo he dicho-, o sea, yo no se lo sostengo a nadie, pero yo pienso que a sexto lo cogieron una personas y que es lo que ellos digan y punto, y que cualquier idea de afuera que diga venga y hagamos esto, está mal, pues sí, siempre ha sido así [...] ⁷³.

El escenario de práctica y las actividades pedagógicas del sexto semestre son compartidas con un curso del Departamento de Medicina Preventiva: Salud y Sociedad. En este curso la competencia se direcciona hacia la capacidad de desarrollar proyectos de intervención comunitaria y promoción de salud fortaleciendo entornos saludables. Los estudiantes mediante estas visitas a esos escenarios escolares hacen un diagnóstico situacional, diseñan una estrategia de intervención colectiva, la ejecutan y la evalúan al final con la participación de los adolescentes escolarizados beneficiarios de la intervención que se puso a prueba. La idea detrás de esta estrategia se vincula con la perspectiva preventivista que aprovecha la coincidencia generacional del estudiante en cuanto adolescente para conducir una estrategia de educación, promoción y prevención en salud por parte de pares. En otras palabras la medicalización horizontal: adolescentes regulados por parte de otros adolescentes

⁷² Estudiante de la 12 cohorte del nuevo currículo.

⁷³ Estudiante de la 9 cohorte del nuevo currículo.

regulados en medio de la función de formación médica. En este nuevo escenario que abrió la unidad de adolescentes se logra instituir un nuevo código ideológico: educación de pares para cerrar el círculo de la medicalización con broche de oro. Así, este nuevo código se suma a los demás para perfeccionar la función de regulación que por siglos han venido cumpliendo unas RRS actualizadas para servir en bandeja al orden social de corte neoliberal que viene invadiendo al país y a la región de América Latina. Las siguientes palabras de alguien que imparte docencia en esa materia dan cuenta de la regulación del código:

Son unas cosas muy interesantes que nos han enseñado que los muchachos necesitan el trabajo con referentes, con pares que no estén tan lejanos como estamos los profesores, y obviamente con los adolescentes se trabajan 3 o 4 cosas que salen en dos en un 80% salud sexual y reproductiva que incluía toda la parte de planificación familiar, toda la parte de cambios corporales en hombres y mujeres, que aparece incluso desde el auto cuidado con el aseo hasta hábitos y cosas un poco más elaboradas, aparece también con fuerza en estos muchachos la parte de identidad sexual, porque para los jóvenes es un asunto que es su problemática, y ya los otros temas que aparecen fuera de salud sexual y reproductiva son drogadicción y eventualmente las relaciones interpersonales, y ya cosas que son menos frecuentes, eso pues lo que nosotros hemos logrado hacer.

Es evidente como esta configuración reproduce y expande las prácticas discursivas medicalizadoras así como los enfoques que dieron origen del campo de MA. Sin duda, las RRS que configuraron dicho campo han sido normalizadas a tal punto de expansión a otras disciplinas naturalizando la apelación inconsciente a la misma estrategia de medicalización que este campo instituye para controlar la vida y sexualidad de adolescentes. Ahora, en el nuevo currículo se logran camuflar dentro de los códigos ideológicos que metonímicamente se han ido revelando a lo largo de esta tesis. Sin embargo, esta historia da cuenta de otro código ideológico que ha emergido para su mayor provecho de la expansión y reproducción de esta nueva forma velada de medicalización: la inter/transdisciplinariedad. Ese término se ha impregnado en la piel de todas las personas con el que encuentran tranquilidad al pensar que gracias a ella han logrado borrar de sus prácticas aquellas que

venían sesgadas por una estrecha visión biologicista y biomédica propia del modelo médico hegemónico que se quiere debilitar en este nuevo currículo. Los siguientes testimonios de alumnos y profesores evidencian como con éste código se amortigua la consciencia de la regulación cuando se apela a este código:

[...] Tiene que reconocer que la propuesta es interesante como esa transdisciplinariedad que se pretende, pero la resistencia al cambio es muy grande siempre para todo, entonces, estar ahí como experimentando y ser los primeros era complicado pero yo creo que es una mirada quizás necesaria pero que no la hemos sabido –incluso yo creo que ahora- asumir completamente-. [...]

La interdisciplinariedad fue tratar de involucrar eso en el currículo, preocuparse porque entonces el médico no fuera solo médico, entonces con los componentes flexibles incluir otras cosas, otros temas, venga hablemos de cine, venga si usted quiere hacer música hágala, venga le doy este espacio para haga deporte así no lo haga en la Universidad, entonces este se le vale como componente flexible; pues yo creo que esa fue una inquietud válida y que ha ido tratando de suplir como esos espacios, pero yo sigo criticando que realmente si uno ya tiene en la Universidad de Antioquia esas cosas detrás, no necesita más, eso es lo más social que va a tener, y realmente nosotros no logramos integrarnos mucho a eso como facultad –y a pesar de eso no se ha logrado integrarse–.

Es que otra de las banderas de esa reforma fue la interdisciplinariedad, un intento que me parece a mí constituyó un fracaso porque finalmente ese supuesto sueño no se ve por ninguna parte, simplemente lo que sucedió fue todo este reacomodo burocrático de grupos de poder dentro de la facultad, y finalmente lo que logro visualizar es que se construyó un currículo muy enciclopédico y fragmentado, porque se tenía mucho más contacto en el viejo currículo entre los profesores y los estudiantes, probablemente el resultado del currículo, es decir, del aprendizaje basado en problemas, en sacar al estudiante de los campos de práctica de aprendizaje tradicionales y es posible que esto, haya sido resultado de todo el modelo de ley 100 que generaba cada vez más dificultades en los campos de práctica, entonces esa fue posiblemente una forma de adaptación pero que iba más allá de eso, porque iba como parte de una corriente de educación médica que planteaba este tipo de estrategias, que además yo discutía desde esa época porque eso era lo que hacíamos nosotros, es decir nos estaban enseñando a hacer algo que nosotros hacíamos en la enseñanza y era el aprendizaje centrado en la cabecera del enfermo, analizando sus problemas y propiciando que los estudiantes fueran protagonistas.

A manera de cierre, se transcribe la siguiente opinión de alguien egresada de la 11 cohorte. Entre todos los estudiantes entrevistados fue la única opinión positiva que deja una remembranza de buenos aprendizajes con estos cursos, pues en los demás quedaron vacíos e insatisfacciones:

A mí me parece que sí aporta, porque lo guía a uno demasiado, o sea, en cosas que a uno se le pueden pasar, a investigar de pronto factores de riesgo que pueda tener ese adolescente y ayuda mucho en el momento de poner los diagnósticos, porque uno sabe que no se le ha pasado nada, que preguntó si de pronto un factor de riesgo como un suicidio, si era una muchachita que tenía de pronto algún trastorno de la parte de la alimentación, me parece que eso aporta mucho.

Así, con la ilusión de que al fin una institución emblemática de formación médica con gran poder para influenciar y transformar esta función iba a liderar un camino seguro que pusiera en escena con destacado profesionalismo el tema de los DSR de adolescentes terminó replegada a los intereses económicos del proyecto neoliberal. Con la ayuda consciente o inconsciente de quienes realizan la función directa en materia de salud de adolescencia. Al respecto vale la pena mencionar un rol implícito en el marco de la formación médica de regulación de tipo conductista y moral por parte de docentes vinculados que llevan a cabo los cursos de adolescencia descrita por otro docente que comparte con ellos los escenarios de práctica:

[...] esa clasificación esa estratificación social desde el punto de vista de conocimiento y desde el punto de vista del poder se perpetúa con ese tipo de prácticas y otra es que seguimos siendo muy disciplinares, yo tengo mis objeciones a que el manejo médico se haga desde otra disciplina⁷⁴ [...], pues tengo mis objeciones porque he tenido unas experiencias que no me parecen...ese conductismo esa cosa de que las cosas se hacen así, eso es lo que le estamos enseñando a los estudiantes; mira tuvimos la semana pasada una reunión sobre unas cosas que estamos haciendo en el departamento [...] fue a decir que tenía unas objeciones al trabajo nuestro que porque nosotros como salubristas nos quedamos pensando en el metodito, en el verbo para el objetivo y que nosotros prácticamente no salíamos haciendo nada, mejor dicho que había cosas muy aberrantes que nosotros permitíamos, que una de ellas que era que cómo permitían, -no conozco en donde fue, pero debió haber pasado- que una niña se colgó unos carteles que tenían pintado unos genitales⁷⁵ y salió por el colegio haciendo promoción de que iban a trabajar sobre SSR eso, le pareció -desde mi punto de vista moralmente incorrecto su

⁷⁴ Se reemplaza el término original para efectos de protección de confidencialidad.

⁷⁵ Términos modificados para facilitar comprensión del lector del evento.

postura moral personal no puede estar en la parte pedagógica institucional [...] es decir en su institución está bien que hay libertad de cátedra pero tiene que marcar ciertas cosas, como su postura -digamos moral- va a estar dirigiendo la parte pedagógica en una universidad, eso no tiene ninguna presentación.

Mientras tanto, los temas de género, sexualidad, aborto y orientación sexual fueron desapareciendo de la arena política y escena final del nuevo currículo en medio de un silencio ensordecedor (Camargo y Mattos, 2008) por parte de las directivas de una prestigiosa Facultad de Medicina que se mantiene cómoda y convenientemente de espaldas al debate feminista y de la comunidad LGBTI con profundas implicaciones sobre los DSR de adolescentes.

4.6 Códigos ideológicos de los DRS de adolescentes en la formación médica

Cuatro códigos ideológicos emergieron en este capítulo que se reinsertaron y reprodujeron a lo largo del discurso que terminó configurando el campo de la formación médica específica en materia de sexualidad y adolescencia del nuevo currículo. Estos códigos ideológicos ayudan a la conducción y difusión de la práctica discursiva configurada sobre la misma base institucional que dio origen al campo de la MA y que se nutre con la conjugación de las estrategias de medicalización que se expusieron en el segundo capítulo y las estrategias pedagógicas y didácticas descritas en el tercer capítulo. Así, culmina con broche de oro una historia que condujo al florecimiento de unas RRS históricamente configuradas a conveniencia del capitalismo para servir en la actualidad al interés economicista y eficientista del proyecto neoliberal que le terminó imprimiendo dirección a la reforma educativa y a la de salud para ser difundidas e implantadas mediante el fenómeno de la globalización. Así todos estos códigos son parte de la identidad y de las significaciones imaginarias de quienes realizan las rutinas cotidianas de la labor de formación médica en la Facultad de Medicina

de la Universidad de Antioquia en materia de los DSR, sexualidad y salud de adolescencia. Constatando que en la medula del *éthos* médico actual de la mayoría de las instituciones médicas de la región de América Latina ya están ancladas unas significaciones imaginarias influenciadas por las perspectivas predominantes en las políticas públicas de interés economicista propias del modelo neoliberal que pareciera colonizar a Colombia y a la región de Latino América (Montes, 2004). Lo triste es que esto ocurrió en el seno de una institución que se propuso romper con la tradición que la mantiene atada al pasado.

En primer lugar, no hubo una sola voz que se escapara al código ideológico prevaleciente en el discurso del Banco Mundial: “sexo-como-un-riesgo” (Camargo y Mattos, 2008:409). Funciona como un dispositivo que evita que se hilvanen los hilos relacionados con la sexualidad para la confección de una sola narración discursiva que incluya además del discurso médico y del de la economía de la salud los nuevos relatos derivados de enfoques y conceptos de la teoría feminista, las teorías descoloniales y *queer* necesarios para avanzar hacia la idea de una ciudadanía sexual. Estos códigos ya son parte integral de la visión tecnocrática que le imprime el BM a las instituciones que regula y endeuda. En esta perspectiva los principios técnicos y científicos dictan las normas y las prioridades, ya sea en las políticas públicas o en el ámbito de la vida privada. En la base del discurso se mantiene la concepción la salud como la ausencia de enfermedades por encima de cualquier otra visión que ponga en consideración los derechos o el placer. Además se refuerza la legitimidad de la medicalización con la idea de que solo las instituciones especializadas como las de medicina –poder hoy en día solo superado por las de la naciente disciplina de la economía de la salud- son las únicas provistas del conocimiento para definir que es bueno o malo para la gente. De esta manera, instituyen en enfoque regulador que siguen normando bajo una práctica discursiva médica cada vez más desentendida de la relación que tienen la política y la identidad y orientación

sexual con la sexualidad a través de cómodos silencios y vacíos discursivos. Pues este código sigue regulando una práctica médica para vigilar y controlar el riesgo de propagación del contagio de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), del VIH/SIDA, así como la descomposición de las familias por causa de la mortalidad materna y del empobrecimiento por el embarazo adolescente. Hay varios aspectos en el núcleo del código sexo-como-un-riesgo: - la ausencia del diálogo entre disciplinas y sectores, -la defensa de que la educación es la única vía para la prevención, -la medicalización de la actividad sexual, y el VIH/SIDA y paradójicamente el ocultamiento deliberado de la información sin moralismos, científica y laica a los jóvenes y la sexualidad reducida a una serie de prescripciones médicas (Camargo y Mattos, 2008: 409-411).

El segundo código ideológico que emergió muy útil a su vez para expandir la colonización de la práctica discursiva de la medicalización en compañía del código anterior es la “la educación por pares”. En él se cumple el interés colonialista que busca la economía a costa de la explotación del trabajo no remunerado y voluntario de adolescentes en provecho del interés por mejorar la regulación que por siglos han venido cumpliendo unas RRS cómplices con los intereses económicos entregando al proyecto neoliberal en bandeja de plata nuevas estrategias de explotación en el marco de lo que empezó a conocerse como el voluntarismo auto determinado y auto emancipatorio que desde los setenta comenzaron a cuestionar científicos sociales como Gramsci, Beauvoir, Foucault o Derrida entre muchos otros por su poder para fungir como un dispositivo para normalizar la explotación bajo la ilusión inalcanzable de que mediante su reproducción la gente logra su liberación de la opresión y del sometimiento (Hallward, 2009). Sin duda, esta estrategia es el medio convenientemente acertado para cumplir con el fin de regulación y control de los comportamientos “riesgosos” y “desviados” propios de un enfoque que sigue concibiendo a la adolescencia como un sujeto con cuerpo biológico y fisiológico incompleto y una capacidad racional, afectiva y social

inmaduras que precisa de correcciones y controles en un contexto en que la conciencia y resistencia de jóvenes a estas medidas están atravesadas por la lucha política por los DSR.

El tercer código ideológico que en este contexto comenzó a funcionar efectivamente y eficientemente la divulgación de las prácticas discursivas medicalizadoras sin tener que invertir tanto dinero y esfuerzo en un recurso humano mejor preparado para cumplir con la función de vigilar, controlar y regular la vida sexual y social de adolescentes es el de la inter/transdisciplinariedad. Con este código se logró no solo silenciar sino lo que resulta ser más contradictorio “desmedicalizar” y “despolitizar” la práctica de la medicalización. Bajo la misma ideología que alimentan las RRS que justifican el orden social característico de la institución médica que medicaliza como forma de control para la conservación de un orden estipulado por determinados rasgos de acuerdo a cuestiones étnicas, de clase, de género y de disciplinas son automáticamente escenificadas y reproducidas por quienes ejercen la función de formación médica y son provenientes de otras disciplinas. El código se ha impregnado en la piel de todas las personas médicas y no médicas bajo la convicción de que esa es la manera de ampliar su estrecha visión biologicista y biomédica que les dejó el “*reificado*” (Honneth, 1997) modelo *flexneriano*. Lo sorprendente es que el currículo de los programas de posgrado en medicina de esa facultad sigue enmarcados en este modelo curricular y la mayoría de docentes fueron igualmente formados bajo el mismo, -incluida la autora de esta tesis así como todos los directivos y docentes entrevistados.

El último código ideológico que emerge en este capítulo no porque haya sido mencionado por alguno de los actores entrevistados sino por el potencial que ofrece para vencer el silencio y exclusión con que estos temas de género, sexualidad y DSR son mantenidos en la carta curricular. Se espera que esta noción logre al fin hilvanar los hilos sueltos para configurar un discurso que

refleje el respeto y reconocimiento de todas las narrativas que han surgido en torno a estos asuntos. El sueño de la autora es consolidar un campo de MA que reemplace la práctica médica que medicaliza la sexualidad de adolescentes y desconoce sus DSR por otra materialice este nuevo código ideológico: la ciudadanía sexual. Se propone iniciar un camino de diálogo y de aprendizaje que posibilite enriquecer el debate alrededor de los desafíos y rumbos que debe tomar la formación médica y la práctica médica para arribar a este prometedor horizonte en materia de los DSR de adolescentes. La ciudadanía sexual implica el desarrollo de “un conjunto de prácticas (culturales, simbólicas y económicas)” unidas a unos “de derechos y deberes (civiles, políticos y sociales)” con los que las personas “fijan su pertenencia a un cuerpo político” que les posibilita que sean “unas construcciones y recreaciones de significados y prácticas mediante las cuales “las personas se autorizan y materializan su derecho a vivir y actuar sobre sus diversos deseos y placeres sexuales” como un valor social colectivo que garantiza sin exclusiones pleno “ejercicio de los derechos sexuales y/o reproductivos” sosteniendo así un orden social soportado en una idea de democracia personificada en la cotidianidad de cada persona (Amuschategui y Rivas 2008: 59-60). Desde esta perspectiva es posible re-configurar la práctica médica para que deje de reproducir unas RRS que solo sirven para categorizar, definir, patologizar, controlar y regular las experiencias del cuerpo, del amor, de la mente y de la emoción solo para seguir cómplice con un sistema de salud que se desentiende a la hora de valer los derechos de un grupo de personas que por siglos se encuentran en los márgenes de la ciudadanía (García-Becerra, 2009:140).

4.7 Síntesis

En este capítulo se reconstruyó la dinámica sociopolítica que configuró dos estructuras en el nuevo programa curricular que tienen relación directa con las prácticas discursivas instituidas en

materia de la medicalización y los DSR de adolescentes. Dichas estructuras son: la sexualidad ubicada en el tercer semestre desde donde se imparte docencia en torno a los de sexualidad, pero concebido como núcleo transversal del ciclo de fundamentación y el ciclo vital de la adolescencia dentro del componente de profesionalización dividido en dos cursos (Adolescencia I y Adolescencia II) en quinto y sexto semestre respectivamente. Al igual que en el capítulo anterior, el ejercicio analítico conservó el foco de interés en la reconstrucción del proceso de institucionalización de las prácticas discursivas que resultan determinantes para el objeto de estudio de esta tesis a partir de la caracterización de actores involucrados en dicha dinámica así como en los intereses, estrategias y recursos discursivos movilizados, conflictos y confrontaciones surgidas en relación a los puntos de vista y experiencias cotidianas alrededor de la práctica y formación médica en materia de aquellos aspectos que se asocian directamente con el tema de los DSR como son género, sexualidad, SSR, el papel de la familia, el matrimonio, la reproducción, el aborto y orientación sexual. El análisis conserva la perspectiva relacional que caracteriza el enfoque teórico metodológico construido en este estudio para identificar la influencia de ciertos acontecimientos que vienen ocurriendo en contextos más amplios en los ámbitos internacional, regional, nacional y local en torno al debate de género y sexualidad que históricamente ha acompañado el devenir del campo de la MA. Es importante recalcar que la coyuntura para el cambio institucional en materia curricular y DSR de adolescentes que aquí se analizó coincidió con un período de acentuación de este debate sobre género y sexualidad a partir de los noventa del siglo XX cuando fueron asentidos algunos de los avances teóricos y parte sustantiva de los derechos en materia de su sexualidad que agitaban las banderas de lucha de activistas de los movimientos feministas, de mujeres, juveniles y de la comunidad LGBTTI en el nuevo marco político y legislativo que impulsa las Naciones Unidas para regular las políticas sexuales en sus Estados miembros (Girard, 2008: 360). Desde ese momento, además de la fuerza y ganancia de adeptos que fueron cobrando estos activismos merced a la

esperanza suscitada por los recientes triunfos en materia de legalización del aborto y del matrimonio igualitario se han recrudecido las fuerzas opositoras conformadas principalmente por grupos económicamente poderosos aliados con grupos fanáticos religiosos y algunas agremiaciones científicas médica quienes vienen desplegando sus propias estrategias para desprestigiar y desacreditar los argumentos que estos movimientos alternativos han esgrimido en defensa de sus derechos (Parker, et al, 2008). Las tensiones derivadas de este debate siguen constatando el carácter político del sexo como dispositivo para justificar, instituir y legitimar un orden social de la misma manera cómo funcionan los sistemas ideológicos del clasismo, racismo, el etnocentrismo y el chauvinismo religioso (Petchesky, 2008:9). En la institución médica aún generan “pánico moral” (Petchesky, 2008: 11) los asuntos relacionados con los derechos al placer, al erotismo, al goce sexual como aquellos que amenazan con la modificación de las estructuras y el papel de la familia, la legalización y el acceso al aborto y al matrimonio igualitario (Girard, 2008). Todos estos tópicos han sido históricamente considerados por la institución médica y el gremio médico como patologías o desviaciones que alteran el modelo de ciudadanía que fue convenientemente configurado para el sostenimiento del orden social fundamentalmente capitalista y heteronormativo (Foucault, 1976, Hills-Collins, 2000, 2005, Castro-Gómez, 2004, Wittig, 2005 y Curiel, 2010). Rasgos en las prácticas discursivas médicas actuales que siguen arraigadas en unas bases institucionales que fueron inicialmente erigidas sobre una ideología conservadora que jerarquiza a la ciudadanía en función de las mismas categorías sociales emergentes en el colonialismo (Menéndez, 2000, Castro-Gómez, 2004) potenciando las RRS (Smith, 2005) consolidadas durante los procesos de configuración de la autonomía y modernización del país (Mohanty, 2008, Lugones, 2005, Curiel, 2010). Hoy en día, los procesos de reformas de talante neoliberal en medio de la intensificación de la globalización han repotenciado las RRS que siguen determinando un orden social cuya estabilidad la amenazan esos actores que insisten en una reorganización que vindique sus derechos vulnerados

históricamente por esas ideologías que categorizan en función de: género, clase, raza, edad y orientación sexual (Harding, 1995, 2002, Hills-Collins, 2000, 2005, Smith, 2005, Davis, 2005, Crenshaw, 2005, Wittig, 2005, Mohanty, 2008, Lugones, 2005, Curiel, 2010, Cordovi-Nuñez, 2014). De acuerdo a esas RRS el papel de la medicina mediante las medidas de vigilancia, control, restricción y medicalización sigue siendo imprescindible (Foucault 1976, Mitjavila, 1998, Castro-Gómez, 2004, Careaga y Cruz, 2004, Parker, et al, 2008, Cordovi-Nuñez, 2014).

En el análisis relacional de la dinámica sociopolítica de esta reforma curricular en lo que particularmente atañe con los procesos mencionados se descifraron similitudes entre los intereses y puntos de vista de actores involucrados en ella con las perspectivas y enfoques conservadores que aún mantienen su dominio en el contexto conflictivo global y local en que han devenido estas luchas por los DSR (Barquet, 2002, Parker et al, 2008, Girard, 2008) en la región de América Latina (Careaga y Cruz, 2004, Cáceres, Frasca, Pecheny y Terto-Junior, 2004, Citeroni y Cervantes-Carson, 2004, Cáceres, Cueto y Palomino, 2008, Castro 2010) y por supuesto, en Colombia (Wade, Urrea-Giraldo, Viveros, 2000, Curiel, 2010, Morales-Borrero, 2010).

De la misma manera como se demostró en el relato del capítulo anterior, también a lo largo de esta historia que en este capítulo se narra también las diversas voces de las personas nos siguieron remitiendo -consciente o inconscientemente-, a considerar la permanente relación causal con la medicalización y la vulneración de los DSR de adolescentes desde la formación médica que ya no solo obedece a los intereses economicistas del proyecto político neoliberal sino a la persistencia de la institución médica de unas RRS que siguen sujetadas a la perspectiva conservadora que históricamente cumplió los intereses de la iglesia católica en cuanto actor determinante de la configuración de la nación (Castro-Gómez, 2004). Al final, sobrenadaron tres códigos ideológicos

con los cuales se reciclan y potencian los discursos provenientes de las perspectivas que dieron origen a la MA: funcionalistas, higienistas y de salud pública con énfasis en el riesgo para seguir justificando y avalando la expansión de la estrategia de medicalización de la sexualidad a partir de la medicalización de la adolescencia. De esta manera, se pudieron visualizar estrategias y dispositivos discursivos que sirvieron para vigorizar y afianzar las RRS que siguen determinando el papel tradicional de la institución médica y del gremio médico aún en medio de una formación médica que es hoy en día guiada por un currículo y un plan de estudios aparentemente renovados. Corroborando con estos resultados la sospecha de la autora de que aún quedan grandes distancias por vencer para poder cumplir su sueño de contar con una institución médica y un gremio médico más comprometido y transformado con una ideología progresista y laica necesaria para contribuir a la conformación de una sociedad coherente con los principios democráticos, de la promoción, reconocimiento y respeto de los DSR -en especial con uno que se convierte en el cuarto código ideológico que expone este capítulo porque puede convertirse en un referente que guía el camino al cambio: la ciudadanía sexual (Amuschategui y Rivas, 2008). Solo desde esta perspectiva es posible re-configurar una práctica médica que deje de reproducir unas RRS que solo sirven para categorizar, definir, patologizar, controlar y regular las experiencias del cuerpo, del amor, de la mente y de la emoción solo para seguir cómplice con un sistema de salud que se desentiende a la hora de valer los derechos de un grupo de personas que por siglos se encuentran en los márgenes de la ciudadanía (García-Becerra, 2009:140).

Conclusiones

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, una emblemática institución en la historia de la formación médica en la ciudad de Medellín, en el departamento de Antioquia, en Colombia y en la región de América Latina se embarcó desde 1997 en un proceso de reforma curricular para cumplir con las exigencias del proyecto de Estado -nación neoliberal que lograba colonizar la gran mayoría de países de la región gracias a la globalización.

Un médico cirujano egresado de la misma Facultad con un reconocimiento sociopolítico cultivado desde los tiempos de protestas estudiantiles de la década de los sesenta en que se destacó como líder estudiantil activista del movimiento político de izquierda: MOIR –que abandonó en la década de los ochenta–, y una brillante carrera profesional y académica alcanzando los más altos cargos de esa Facultad logró ganar la contienda por la rectoría en el año de 1996. Su gran proyecto fue poder llevar a cabo en la Universidad una reforma para salvarla de la inminente quiebra. La idea era comenzar con una prueba en la Facultad de Medicina para replicar al resto de facultades. Sus dotes de liderazgo y estrategias discursivas jugaron como factores claves para lograr la aceptación con muy poca resistencia de todos los estamentos de la emblemática institución. El éxito con que llevó a cabo este proceso lo catapultaron en su carrera política, en el 2002 año en que renuncia alcanzó una importante votación para el senado por el partido de la U un movimiento constituido para respaldar la reelección y el proyecto político del presidente Álvaro Uribe Vélez. Su proyecto de reforma siguió curso en cabeza de otro médico compañero político en el activismo dentro del MOIR que actualmente aspira a la quinta reelección como rector. La reforma curricular que quedó formulada en el proceso de negociación se aplicó a partir de mayo del 2000 y en el año 2013 comenzó un proceso de autoevaluación que está a portas de salir a la luz.

El proceso de renovación curricular se enmarcó en dos contextos sociopolíticos claves por sus reveladoras repercusiones en la formación médica directamente relacionada con la práctica médica que medicaliza la sexualidad, la SSR y los DSR de adolescentes y con las políticas públicas de sexualidad y juventud configuradas en Colombia. La función de formación médica que directamente repercute en dicha práctica médica se cumple dentro de dos estructuras que fueron novedosamente insertadas en la malla curricular en el proceso de formulación y negociación de la nueva carta política curricular. Estas estructuras son: el curso de sexualidad que se imparte en el tercer semestre del componente de fundamentación y dos cursos de adolescencia (adolescencia I y II) que se imparten en los semestres 6 y 7 del componente de profesionalización.

El primer contexto está atravesado por las reformas de ajuste estructural impuestas por poderosos organismos de la banca internacional como BM y FMI que ha profundizado las desigualdades sociales con serio impacto en las condiciones de salud y los derechos fundamentales de personas y colectivos que históricamente han permanecido al margen de una ciudadanía convenientemente configurada para defender un orden social que sirve a intereses económicos, androcentristas y colonialistas característicos de un modelo de Estado -nación capitalista y patriarcal que fundó las RRS que actualmente siguen coordinando la práctica médica medicalizadora. La dinámica sociopolítica de esta reforma curricular particular permitió descifrar similitudes entre los intereses y puntos de vista de actores involucrados en ella con las perspectivas y enfoques que mantienen el dominio en el contexto conflictivo en que han transcurrido las reformas educativas y de salud de la región de América Latina. A lo largo del relato de esta historia se mantuvo vigente una permanente relación causal del proyecto político neoliberal con la imposición y preeminencia de las perspectivas aliadas con el interés economicista y eficientista que lo impulsa. La Facultad de Medicina de la

Universidad de Antioquia sigue de espaldas a una realidad que abarca cada vez más una creciente proporción de adolescentes y jóvenes en el país y en la región de América Latina que ven esfumados sus sueños de poder abandonar una vida de creciente deterioro en su calidad y en su salud por causa de la omisión que mantiene el nuevo modelo de Estado con la desigualdad, injusticia e inequidad social. Realidad que estas reformas no lograron contener.

El segundo contexto, lo viene acentuando una dura batalla entre las fuerzas conservadoras con fuerte influencia en las élites estatales que deciden políticas para el control demográfico y la regulación de la vida sexual de la ciudadanía hacia una conducta moralmente conveniente y garante de la estabilidad del orden que sostiene el modelo de Estado-nación mencionado y los movimientos feministas, de mujeres, de jóvenes y de identidades y orientaciones sexuales diversas que buscan introducir los cambios conceptuales y legislativos sobre las cuestiones de género, sexualidad, orientación sexual y DSR necesarios para acabar con la discriminación y subordinación que históricamente han padecido por causa del mismo modelo de estado. Las tensiones derivadas de este debate siguen constatando el carácter político del sexo como dispositivo para justificar, instituir y legitimar un orden social de la misma manera cómo funcionan los sistemas ideológicos del clasismo, racismo, etnocentrismo y chauvinismo religioso. En la institución médica actual aún generan “pánico moral” los asuntos relacionados con los derechos al placer, al erotismo, al goce sexual como aquellos que amenazan con la modificación de las estructuras y la carga de trabajo que asume la mujer con la crianza, cuidado y estabilidad de la familia, la legalización y el acceso al aborto y al matrimonio igualitario. Todos estos tópicos han sido históricamente considerados por la institución médica y el gremio médico como patologías o desviaciones que alteran el modelo de ciudadanía que fue convenientemente configurado para el sostenimiento del orden social fundamentalmente capitalista, androcentristas, colonialista y heteronormativo. Rasgos en las prácticas discursivas

médicas actuales que siguen arraigadas en unas bases institucionales que fueron inicialmente erigidas sobre una ideología conservadora que jerarquiza a la ciudadanía en función de las mismas categorías sociales emergentes en el colonialismo potenciando las RRS consolidadas durante los procesos de configuración de la autonomía y modernización del país.

La práctica medicalizadora de la sexualidad y de la adolescencia tuvo su origen con la emergencia de dos campos médicos: la Medicina de los Adolescentes (MA) y la Ginecología *Infanto-Juvenil* (GIJ) entre los siglos XVIII y XIX a partir del proceso de configuración de cuatro disciplinas médicas: Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Puericultura en un orden determinado conforme a las necesidades de intervención médica que iban imponiendo los procesos de modernización en que transcurrían modelos de formación médica impulsados por la colonización de la medicina Europea y Norte Americana en América Latina. En ese proceso de modernización, progreso e intensificación de la globalización en los países colonizados a lo largo del siglo XX se entrelazaron tres instrumentos y estrategias efectivas para cumplir con este propósito y así se fue estructurando la práctica discursiva que mantiene vigente la perspectiva que yace en la base de estos dos campos compuestos por diversos enfoques como: funcionalismo, higienismo, y de salud pública con énfasis en el riesgo para seguir justificando y avalando la expansión de la estrategia de medicalización de la sexualidad a partir de la medicalización de la adolescencia.

La medicalización en estos campos se inició con la identificación de categorías o fenómenos sociales que daban cuenta de daños físicos y morales “inherentes” a las etapas del ciclo vital que antecedían a la adultez. Se sustenta la supervisión de unos expertos dedicados a regular las conductas mediante los cuidados médico-sanitarios en el “tránsito y crecimiento de la niñez a la adultez”. Se describieron dos rasgos comunes a los dos campos relativos a las RRS que normalizaron las

prácticas: la “mentalidad clínica” dirigida a definir y regular la identidad facultativa del médico para lograr competencias peritas para la medicalización, y el enfoque de salud pública con base en la determinación del grado de “riesgo” construido a partir de una óptica del miedo que justifica un ejercicio de arbitraje permanente sobre la destinación de los recursos estatales para asegurar la intervención reguladora en determinados grupos sociales.

Así, con la medicalización se afirmó una sólida alianza entre Estado e institución médica para crear en las facultades de medicina de finales del siglo XIX, espacios de gran poder político con una doble función social: facilitar la tutela y el control sobre la profesión médica que requiere el Estado, y legitimar la autonomía del conocimiento y el arte de la profesión médica para “curar” a la población. Con ello se aumenta la producción, circulación y difusión de textos que colonizan los nuevos territorios expandiendo a muchos otros dominios institucionales y disciplinares del saber médico; especialmente en los sectores de la educación y la salud.

Este proceso de medicalización genera importantes repercusiones políticas no solo en el ejercicio y poder político de la institución médica sino en la formulación de políticas públicas de sexualidad y de jóvenes en el país y la región de América Latina. La coincidencia del momento fundacional de las principales facultades de medicina de Colombia: la Universidad Nacional en la ciudad de Bogotá y la Universidad de Antioquia en la ciudad de Medellín se explica por este proceso modernizador de la medicalización. La relación de poder y saber médico-científico sobre el cuerpo como cómplice del Estado moderno que cimienta unas prácticas discursivas médicas favorece que se sigan reproduciendo a lo largo de toda la formación médica. Las RRS que se recrean y reproducen están ligadas a una ideología de organización social industrial característica del mundo moderno cuyo fin es homogeneizar de forma conveniente para el nuevo orden.

En ese marco histórico, se dio origen al campo de la MA con la apertura de la primera unidad de adolescencia dentro del Hospital San Vicente de Paúl como escenario de práctica del departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en 1968. Unidad que pierde espacio médico y reconocimiento como instancia para la prestación de servicios integrales de salud adolescente como resultado de la reforma del sistema de salud bajo la lógica económica que privilegia el lucro por la venta de servicios sobre los derechos de estos sujetos. Paradójicamente, esta misma instancia conquista un lugar protagónico en la nueva estructura curricular debido a una serie de factores que en el marco de la dinámica sociopolítica lograron poner la balanza del lado del actor que coordina esta unidad. En primer lugar, por el grado de perfeccionamiento de la práctica discursiva medicalizadora que escenifican profesionales de disciplinas diferentes a la medicina como de la psicología, psicoanálisis y trabajo social que hacen parte de la unidad. En segundo lugar, por el escaso desarrollo que ha tenido esta unidad para constituirse como una rama disciplinar de la medicina especializada en la salud de adolescentes tal y como lo han tenido las distintas especializaciones médicas y quirúrgicas que se configuraron en medio de los modelos anatómico-humanista-europeo y técnico-científico-norteamericano: o *flexneriano*, completamente reificado por los actores que lideraron el proceso de renovación curricular.

Estos factores fueron despojando a la unidad de los pediatras con entrenamiento y experiencia en este campo de la MA. En tercer lugar, un factor derivado de estas dos causas anteriores, la disposición del actor que ejerce la coordinación para acatar incondicionalmente todas las directrices emanadas desde el Comité de Currículo para poner en marcha la reforma a la que la estrategia de medicalización tal y como había sido configurada y reproducida en esta unidad le era provechosa

para llevar a cabo los ajustes de los ambientes y estrategias pedagógicas necesarios para satisfacer los intereses de las perspectivas detrás de las reforma educativa y de salud que prevalecieron en la dinámica evidenciando una permanente relación causal del proyecto político neoliberal con la imposición y preeminencia de las perspectivas aliadas con el interés economicista y eficientista que lo impulsa. Se mantuvo la tesis de que las reformas de educación y salud que enmarcaron el proceso local son parte de los procesos de formulación y puesta en práctica de las políticas de ajuste estructural encaminadas a “un cambio cultural y organizacional institucional con renovación de contenidos, prácticas y relaciones entre los actores que se implican en ellas” de manera tal que esta dinámica sea capaz de “amplificarse hacia un proceso social y comunicativo de mayor envergadura” con el fin de normalizar el ajuste en todas las esferas y estructuras sociales.

En contraste con lo acontecido con la unidad de adolescentes, el grupo de sexualidad que lideró las médicas feministas con un producto curricular ampliamente reconocido por el rigor y calidad académica con que se construyó fue convenientemente desarticulado y debilitado hasta la completa marginalidad y exclusión. En su comienzo esta instancia logró convocar y consolidar una ejemplar experiencia soportada en un dialogo interdisciplinar para destapar y ampliar el lente con que la institución médica ha mirado los asuntos de género, sexualidad y DSR con la participación de 17 docentes provenientes de todas las disciplinas posibles que se involucran en este campo de la SSR y los DSR: Psiquiatría, distintas ramas de la Ginecología y Obstetricia, de las Ciencias Básicas Médicas, de diversos campos de las Ciencias Sociales, muchos de ellos con amplio reconocimiento académico, político y social por su compromiso y activismo en las banderas del feminismo. Finalmente la única mujer especialista en GIJ que coordinaba esta instancia, que declaraba y defendía públicamente su aprobación a la despenalización del aborto decidió renunciar a la coordinación a finales del 2014. Postura acompañada valientemente por su lucha contra todas las

barreras institucionales y culturales que impiden el acceso a las adolescentes al procedimiento tal y como lo estipula la normatividad y por la cual ha sido blanco de discriminación y violencias. Así, en medio de un “silencio ensordecer” por parte de las directivas de la Facultad fue des-politizado, des-sexualizado y des-generizado el debate al interior de la misma en torno a estas cuestiones. Lamentablemente, esta Facultad de Medicina en cuanto emblemática y poderosa institución cuya reforma exitosamente aplicada ha sido fuente de inspiración y modelo a seguir por otras instituciones de formación médica en todos los ámbitos sigue de espaldas a un debate que tiene profundas implicaciones en la salud, sexualidad y DSR de adolescentes.

La conclusión es que las RRS configuradas históricamente y repotenciadas con el proyecto neoliberal en medio de la globalización araron un camino abierto por la reforma para su naturalización en una institución que luchó para dejar de ser regulada por fuerzas e intereses externos y por dejar atrás un pasado que le impide responder a los desafíos en materia de salud que impone el mundo hiper-moderno e hiper-globalizado. Con la ayuda de nueve códigos ideológicos que sobrenadaron en la dinámica sociopolítica por su poder de regulación de los discursos y prácticas escenificadas en el mundo cotidiano por las personas cuya labor sigue configurada consciente o inconscientemente por los enfoques que dieron origen a la medicalización de la sexualidad y adolescencia: funcionalistas, higienistas, preventivistas y moralistas que paradójicamente nutren, robustecen y fortifican esas RRS. Algo revelador de estos códigos que emergieron en este relato es encontrar una coincidencia de estos códigos con los que predominan en el discurso oficial del BM, actor clave que fija los destinos de países, instituciones y personas tanto en la esfera global como en los más recónditos intersticios sociales de la vida cotidiana de cada localidad. Los códigos ideológicos identificados son:

1. La familia como la base estructural que protege y ofrece bienestar a los seres humanos más dependientes y necesitados de una sociedad que vehiculiza la técnica de la Puericultura. Este código vehiculiza la más poderosa plataforma institucional de este campo por ser emergente de la Pediatría y de la Puericultura: la familia. Al fin y al cabo este código refuerza la idea de que la garantía de una nación sin peligros se da al poder contar con niñas, niños y adolescentes suficientemente aptos para que puedan asumir la debida competencia ciudadana.
2. La adolescencia como un cuerpo biológico y fisiológico incompleto y urgido de una intervención profesional para su normativización. Código que alimenta al discurso técnico-biomédico que fija el rumbo hacia el funcionamiento fisiológico normal de todos los órganos y sistemas del cuerpo del adolescente. Con un interés particular de poder conocer y predecir la normalidad de la función de reproducción biológica y mental.
3. El modelo *flexneriano* como culpable de la crisis que enfrentan la institución médica y el gremio médico actualmente. Este código ideológico que desprestigia y reifica este modelo logró hábilmente desviar la atención sobre la necesidad de eliminarlo despolitizando y descontextualizando el debate sobre la pertinencia y las implicaciones de la reforma educativa.
4. El modelo pedagógico como la única fuente de donde emanarán alternativas de solución a la crisis estructural de la educación superior y la formación médica. Los retos que les depara a la educación superior junto con la formación médica derivan de un contexto globalizado con:
- recrudescimiento del desempleo, revolución cultural con proliferación de comunicaciones, estandarización del modelo de educación hacia una competencia internacional y atribución a este sector de la culpa del fracaso de la economía y de sus desarrollos por no ser capaz de proporcionar las habilidades relevantes para superar las crisis. Reforzando aún más la labor de coordinación que hace el código que desprecia y califica de perverso el modelo *flexneriano*

que debe ser des configurado y reemplazado por un modelo de formación médica constructivista.

5. El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Sin duda, con este código se materializaron las RRS que coordinan las labores cotidianas de la gente inmersa en los sectores de educación y salud para suplir los intereses económicos del mercado regulado por un exacerbado capitalismo que intensifica y expande la globalización con afianzamiento del proyecto de Estado neoliberal deviniendo en las reformas estructurales que están recrudeciendo la crisis en el país y en gran parte de los países de la región de América Latina. Un programa curricular que se base fundamentalmente en este tipo de estrategias contribuye a la reducción de costos y superación de las dificultades que para el modelo neoliberal representan las condiciones laborales de garantía del bienestar con reconocimiento al grado de cualificación y experticia del maestro que conquistaron a punta de sangre movimientos activistas de los DDHH pero que hoy en día chocan con los intereses de las instituciones de los dos sectores que ya se enmarcan en la lógica empresarial neoliberal.
6. El “sexo-como-un-riesgo” que funciona como un dispositivo para evitar que se hilvanen los hilos relacionados con la sexualidad para la confección de una sola narración discursiva que incluya adicionalmente al discurso médico y al de la economía de la salud los nuevos relatos derivados de enfoques y conceptos de la teoría feminista y *queer* al ser necesarios para poder al fin avanzar hacia el horizonte de un nuevo orden social de paz y de diversidad por respeto a la ciudadanía sexual. Estos códigos ya son parte integral de la visión tecnocrática que le imprime el Banco a las instituciones que regula. Además afirma y acrecienta la legitimidad de la medicalización con la idea de que; -solo las instituciones especializadas que la han adaptado funcionalmente como lo hicieron todas las disciplinas médicas y la naciente disciplina de la economía de la salud- son las únicas provistas del conocimiento idóneo para

determinar qué es bueno o malo para la gente que habita el planeta. De forma paralela se alinea con la regulación social que reproduce una práctica médica efectiva para vigilar y controlar el riesgo de propagación del contagio de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), del VIH/SIDA, así como evitar la desestabilización de las familias por causa de la mortalidad materna y del empobrecimiento que causa el embarazo adolescente. Se visibilizan las RRS que nacieron en medio de la policía médica y el higienismo durante la colonización.

7. La “educación por pares” alimenta el interés colonialista que busca la economía a costa de la explotación del trabajo no remunerado y voluntario de adolescentes y jóvenes en provecho del interés por mejorar el resultado de la regulación social históricamente configurada. Apela a la idea del voluntarismo auto determinado y auto emancipatorio que paradójicamente funciona como un dispositivo discursivo para justificar la explotación bajo la ilusión inalcanzable de que solo con su reproducción es que la gente logra ser liberada de la opresión y del sometimiento. Se convierte en un medio conveniente para el cumplimiento de la regulación y el control más acertado de los comportamientos “riesgosos” y “desviados” propios de un enfoque que sigue concibiendo a la adolescencia como un sujeto con cuerpo biológico y fisiológico incompleto con capacidad racional, afectiva y social inmaduras que precisa de las correcciones y controles médicos en un contexto en que la consciencia y resistencia de jóvenes a estas medidas están atravesadas por la lucha política por los DSR.
8. El código inter/transdisciplinariedad que logra silenciar, “desmedicalizar” y “despolitizar” la práctica de la medicalización. Bajo la misma ideología que alimentan las RRS que justifican el orden social característico de la institución médica que medicaliza como forma de control efectivo para la conservación de un orden estipulado por determinados rasgos de acuerdo a cuestiones étnicas, de clase, de género y de disciplinas son automáticamente escenificadas y reproducidas por quienes ejercen la función de formación médica pero que son formados y

provenientes de otras disciplinas. El código se ha impregnado en la piel de todas las personas médicas y no médicas bajo la convicción de que esa es la mejor manera de superar la estrecha visión biologicista y biomédica de los estudiantes de medicina y médicos tradicionales que les dejó el “reificado” modelo *flexneriano*.

9. Otro código surge por la idealización de la adolescencia como la puerta que abre un camino hacia la libertad o como una vía de escape o resistencia a un orden social bastante desprestigiado por ser excesivamente autoritario, injusto y moralmente hipócrita. Este código es un fuerte detonador de pánico moral en estos países y en esta institución médica que no cuenta con profesionales suficientemente formados para acompañar al adolescente hacia esa libertad. Por esta razón este código se mantiene atado al papel que desempeña el estado que tiene como única opción la fuerza militar y paramilitar para reprimir la rebeldía juvenil con brotes de protesta social y de contracultura que protagonizan adolescentes y jóvenes inconformes y contestatarios. A diferencia de los países del norte en donde el estado cuenta con servicios de atención integral a adolescentes que ofrecen profesionales debidamente entrenados, supervisados y regulados desde programas de especialización instituidos en Facultades de Medicina altamente acreditadas.

La “ciudadanía sexual” puede convertirse en un referente que guía el camino al cambio. Un concepto en proceso de construcción por parte del movimiento feminista y de la comunidad LGBTTI como medida para garantizar el cumplimiento de los marcos normativos que exigen pleno reconocimiento de los DSR de estas personas y de todas las demás. Solo desde esta perspectiva va a ser posible re-configurar una práctica médica para que deje de reproducir unas RRS que solo sirven para categorizar, definir, patologizar, controlar y regular las experiencias del cuerpo, del amor, de la mente y de la emoción manteniendo una complicidad con un sistema de salud que se desentiende

a la hora de valer los derechos de un grupo de personas que por siglos se encuentran en los márgenes de la ciudadanía. La experiencia de la autora le ha demostrado grandes ventajas y resultados positivos en los y las adolescentes y sus familias de una consulta médica especializada que se caracteriza por un diálogo respetuoso, intercambio de saberes y de aprendizaje mutuo entre las dos personas involucradas en ese encuentro que aunque sea en medio de un espacio clínico al final culmina con un plan concertado para mejorar las situaciones problematizadas por el o la adolescente con total respeto con sus opiniones y decisiones.

En cuanto al enfoque teórico metodológico que se construyó para evacuar las preguntas de investigación acreditó su inmenso potencial no solo para cumplir los objetivos propuestos por la autora sino como herramienta de guía hacia la develación de las RRS que regulan su diario acontecer como médica-pediatra-especialista en MA y docente de la unidad de adolescentes del Departamento de Pediatría y Puericultura de esta facultad. Camino que irremediamente conduce a una nueva consciencia política y social que no solo da sentido y significado a su labor sino que ha sido agujoneada con nuevas desazones para continuar en su sueño. Sueño que ya rebasó las expectativas que dieron origen a esta investigación. La aspiración trascendió, porque para la autora no será suficiente incorporar al campo de la formación médica un enfoque más novedoso para orientar las prácticas discursivas médicas con adolescentes como: *la ciudadanía sexual*, sino que se encamina hacia el diseño e institucionalización de un campo de desarrollo dentro de las líneas de formación médica, investigación y extensión que propulse la re-configuración de la práctica médica hacia una que promueva alternativas para resistir la fuerza de las RRS que siguen obstaculizando el reconocimiento, respeto y ejercicio de los DSR.

El enfoque presentó algunas limitantes. Ciertas dificultades se lograron superar sin desviar el propósito o el camino inicialmente pensado para responder las preguntas de investigación. La primera tiene que ver con la limitada difusión en el medio científico y académico de la obra de Dorothy Smith, situación que hace sospechar de la relación causal con los mismos intereses y fuerzas conservadoras que se oponen a todo esfuerzo académico por ayudar a generar una postura crítica plenamente conscientes de la función reguladora de estas RRS. En segundo lugar, y de manera coherente con el interés y las perspectivas histórica hermenéuticas y crítico sociales que yacen detrás del enfoque hay momentos de aterradores bloqueos que surgen de la constante crisis que le genera a quien investiga la revelación de una realidad completamente ignorada hasta ese momento. En general es un enfoque que permitió analizar la complejidad del objeto de estudio de manera articulada con los contextos, las aristas y categorías imbricadas en él.

Finalmente, en lo referente a las posibles aplicaciones este enfoque abre un horizonte infinito de preguntas en la vía de descifrar mejor las RRS que regulan las prácticas discursivas institucionales que se deseen modificar. Una lista de preguntas salió a relucir para alentar el camino que esta investigación inició. ¿Cómo se comportan las RRS que configuran la discriminación de los profesionales de medicina de identidad y orientación sexual diversa? ¿Cómo son y cómo son agenciadas estas RRS que regulan prácticas medicalizadoras en adolescentes beneficiarios de las intervenciones de la Facultad de Medicina? ¿Cuáles RRS son las que están operando para eliminar y debilitar la producción y circulación de conocimiento científico-académico en torno a estas cuestiones en la Universidad, y en las otras facultades? ¿Cómo está la regulación en el estudiantado? ¿Qué tan colonizadas están las demás facultades de la universidad con estas prácticas de medicalización de la sexualidad y vida social de adolescentes y jóvenes? ¿Cómo operan las RRS en la atención en salud de adolescentes víctimas de violencias de género? ¿Cómo operan las RRS que

regulan la objeción de conciencia por parte del gremio médico? ¿Cómo se están configurando las RRS en las instituciones de los países que están indicando un camino alternativo de las reformas de corte neoliberal? Es decir en aquellos países o instituciones en donde están llevando a cabo cambios políticos desde las otras perspectivas que son críticas y resistentes de las reformas y la globalización distintas a las que siguen la regulación economicista, de inserción imperativa e hiperglobal. Como por ejemplo, la mundialización alternativa, la humanista, la normativa crítica, la analítica crítica, escéptica.

En fin, así las cosas, la conclusión es que estos procesos de reformas de talante neoliberal en medio de la intensificación de la globalización han repotenciado las RRS que siguen determinando un orden social cuya estabilidad la amenazan esos actores que insisten en una reorganización que vindique sus derechos vulnerados históricamente por esas ideologías que categorizan en función de: género, clase, raza, edad y orientación sexual.

De acuerdo a esas RRS el papel de la medicina mediante las medidas de vigilancia, control, restricción y medicalización sigue siendo imprescindible. Corroborando con estos resultados la sospecha de la autora de que aún quedan grandes distancias por vencer para poder cumplir su sueño de contar con una institución médica y un gremio médico más comprometido y transformado con una ideología progresista y laica necesaria para contribuir a la conformación de una sociedad coherente con los principios democráticos, de la promoción, reconocimiento y respeto de los DSR. Mientras tanto la idea de consolidar un campo de profesionalización en MA que sirva como ventana de oportunidad para ventilar estos temas al interior de la institución médica de cara a poder impulsar una profunda transformación de los enfoques conservadores y tradicionales así como de las prácticas médicas medicalizadoras sigue sin ver la luz.

Anexos

Lista de anexos

Anexo A: Plan de análisis

Anexo B: Acta de aprobación del Comité de Bioética del Instituto de Investigación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Anexo C: Consentimiento informado

Anexo D: Perfil de personas entrevistadas

Anexo E: Guía para las entrevistas y grupos focales

Anexo F: Matriz de vaciado de información y análisis de fuentes secundarias

Anexo G: Matriz de vaciado de información y análisis de fuentes primarias

Anexo H: Tabla de Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores del “Texto de Medicina Adolescente” (McAnarney, Kreipe, Orr y Comerci 1992).

Anexo I: Tabla de Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores del libro “El Adolescente” (Dulanto Gutiérrez E 2000)

Anexo J Collage de figuras ilustrativas de la construcción, fundamentos conceptuales y metodológicos del nuevo modelo pedagógico que configuró el nuevo currículo

Anexo K. Contraste de planes de estudios: El tradicional con los componentes central y flexible del nuevo currículo

Anexo L: Situación del aborto a nivel mundial

Anexo M: Situación mundial del matrimonio igualitario

Anexo N: Formato de Historia Clínica del Adolescente de la Unidad de Adolescencia, Departamento de Pediatría y Puericultura, U de A

Lista de Cuadros, gráfico y tablas

Cuadro 3: Matriz del marco teórico-metodológico.

Tabla 1: Comparación de Tasas: Fecundidad Específica (TFE). Aborto y Mortalidad Materna (MM) en mujeres adolescentes.

Tabla 2: Tasa de Embarazo y Fecundidad Específicas de Adolescentes por género (sub-región andina).

Figura 1: Los objetos ópticos centrales y el triángulo reflector del caleidoscopio: El objeto de estudio y delimitación del campo de investigación.

Figura 2: Los referentes teóricos, metodológicos y de contexto que magnifican las imágenes ópticas del caleidoscopio: Los múltiples campos y relaciones que rodean y moldean el objeto de estudio

Figura 3: La concurrencia de enfoques que forman el tubo del caleidoscopio

Figura 4: Ensamblaje del enfoque teórico-metodológico.

Figura 5: El caleidoscopio: Un enfoque novedoso que incorpora perspectivas de género, complejidad y multiplicidad en el contexto sociopolítico.

Referencias

- Acosta-Franco M (2014) “Jóvenes de Medellín, nuevos actores sociales: 1960-1970” en *Pensar Historia* 4/enero-junio: p. 21-36 en <http://www.aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/pensarh/article/.../17447> (recuperado el 12 de noviembre, 2014)
- Alcoff L (1989) “Feminismo cultural vs. Post-estructuralismo: la crisis de identidad de la teoría feminista”. *Revista Debates* No. 76: 1-26 disponible en <http://www.148.202.18.157/sitios/catedrasnacionales/material/2010a/cristina.../2.pdf> (Recuperado 7/12/2011).
- Alejo R MA, Palacio V ML, (1995) “Manuel de Hebiatría: adolescencia y salud”, Editorial Litografía Luz, Calarcá, Quindío, Colombia.
- Almeida EC, Arouca S (2012) “*Health Sector Reform, Geopolitics and Civil Society*” en [http://www.medanthro.net/research/cagh/insurancstatements/Almeida%20\(Civil%20Society\).pdf](http://www.medanthro.net/research/cagh/insurancstatements/Almeida%20(Civil%20Society).pdf) (recuperado, 01/ 23/2014).
- Almeida C, Báscolo E (2006) “*Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature*” *Cad. Saúde Pública* vol.22 suppl. 0 Rio de Janeiro Jan. P. 507-519. Disponible en http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006001300002&script=sci_arttext (recuperado 01/ 23/ 2014).
- Amaya Afanador A (2008) “¿Hablar de currículo y reforma curricular es lo mismo que cambiar el plan de estudios? *Univ. Med. Bogotá* (Colombia), Abril-Junio, 49 (2): 243-248 disponible en med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n2/9-HABLAR.pdf (recuperado 2014/10/1)
- Amorós C, De Miguel A. (eds.), (2005) *Teoría Feminista: De la Ilustración a la globalización. De la Ilustración al segundo sexo*. Minerva, Madrid, Volumen 1.

Amuchástegui A, Rivas M (2008) “Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: genero, heteronormatividad y ética” en Szasz O. y Salas G, (comp) “Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía” Colegio de México: 57-133

Apráez G (2010a) “La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz” en Polis 27 disponible en <http://www.polis.revues.org/pdf/958> (recuperado junio 12, 2014).

_____ (2010b) “En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda” en Univ. Odont. Jul-Dic; 29(63):29-35 disponible en <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontológica> (recuperado junio 12, 2014).

Bach, AM (2010) “Las voces de la experiencia. El viraje de la filosofía feminista” (Revisión de libro) Buenos Aires: Editorial Biblios.

Barbosa G (2007) “Historia de las publicaciones médicas y de los eventos académicos que facilitaron el desarrollo de la Ginecología pediátrica y adolescente”. En *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [vol. 58: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=195214327010>. ISSN 0034-7434. (extraído en 2012-01-18)

Barquet M (2002) “Reflexiones sobre Teorías de Género, hoy” en *Género*: 9-38

Bartra E (2002) “Reflexiones metodológicas” en Bartra Eli (compiladora) Debates en torno a una metodología feminista. Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. 2da ed. México: 141-158.

Bernstein B (1988) “Poder, Educación y Conciencia. Sociología de la transmisión cultural”, CIDE, Santiago, Chile.

Bohórquez F, Gutiérrez EF (2004) “Modelos pedagógicos y cambios curriculares en medicina: una mirada crítica” en *Revista Facultad de Ciencias de la Salud* - Universidad del Cauca; 6:24-33.

- Bourdieu P (2002). "Lección sobre lección". Anagrama, Barcelona: 7-61
- _____ (2007) "El sentido práctico". Siglo XXI editores, Argentina: 51-217
- _____ (2008) "Homo academicus" 1 ed. Editoriales siglo XXI, Buenos Aires, Argentina: 35-208.
- Bourdieu P, Passeron JC (1996) "La reproducción" Distribuciones Fontamara, México, 2da edición: 39-227.
- Boyer A (2012) "Biopolítica y filosofía feminista" en *Revista de Estudios Sociales* No. 43: 131-138.
- Breihl J (2011) "Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud" - UAM-Xochimilco y ALAMES: Octubre: 2011:28-49; (extraído en 2013/07/11) www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf
- Butler J (2007) "El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad" Editorial Paidós, México. (Revisión de libro)
- Cabanis PJJ (1826) "Relaciones de lo físico y moral del hombre" Tomo primero, versión de la traducción al Español disponible para lectura online en <http://www.filosofia.org/hem/dep/cen/sura061.htm> (consultado noviembre 18 del 2014).
- Caballero-Hoyos R (2003) "Revistas científicas especializadas en adolescencia y juventud" en páginas de salud pública de México volumen (45) suplemento 1:171-77
- Cáceres C, Cueto M, Palomino N (2008) "Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas" en Parker, Petchesky y Sember (eds) Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente. *Sexuality Policy Watch (SPW)*, Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual. México: 139-183.
- Camargo K, Mattos R (2008) "Buscando sexo en los lugares equivocados: el silenciamiento de la sexualidad en el discurso público del Banco Mundial" en Parker, Petchesky y Sember (eds)

- Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente. Sexuality Policy Watch (SPW), Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual. México: 399-423
- Campbell M, Gregor F (2004) “*Mapping Social Relations. A Primer in Doing Institutional Ethnography*” Altamira Press. Aurora, Ontario. (Revisión de libro)
- Cardaci D (2004) “Salud, Género y Programas de estudios de la Mujer en México”. Programa Universitario de Estudios de Género. UNAM, Universidad Autónoma de Metropolitana-Xochimilco. OPS/OMS. México: 9-400.
- Cardinal de M, C (2005) “Perspectivas históricas de la educación sexual en América Latina” en su libro “Educación Sexual: un proyecto humano de múltiples facetas” Siglo del hombre editores, Bogotá, p. 65-80.
- Careaga G, Cruz S (2004) “Sexualidades diversas. Aproximaciones para su análisis”. Introducción. PUEG. Cámara de Diputados LIX legislatura: 13-18.
- Carrizosa-Moog J (2014) “Eugenesia y discriminación en Colombia: el papel de la medicina y la Psiquiatría en la política inmigratoria a principios del siglo XX” en Revista Colombiana de Psiquiatría 43 (1) p 58-63
- Casa de la Mujer, Mujeres que Crean, Ruta Pacífica, Vamos Mujer (2008) Informe sobre violencia sexual y feminicidios en Colombia” (consultado, 2013/07/13) <http://www.verdadabierta.com/.../25-violencia-contra-mujeres?...342%3Ainfor>
- Casilda Béja R (2004) “América Latina y el Consenso de Washington” en *Boletín Económico de ICE* N° 2803 38 del 26 de abril al 2 de mayo: 19-38 http://www.biblioteca2012.hegoa.efaber.net/system/ebooks/14120/original/America_Latina_y_el_consenso_de_Washington.pdf
- Castillo-García JR (2007) “La configuración de la ciudadanía en estudiantes universitarios y universitarias de pregrado en Manizales, Colombia” en *Revista Latinoamericana de Ciencias*

- Sociales, Niñez y Juventud*, julio-diciembre, año/vol. 5, número 002, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia, p 755-809
- Castillo Guzmán E, Caicedo Ortiz JA (2008) “La educación intercultural: el caso colombiano” en colección libros FLAPE (Foro Latinoamericano de Políticas Educativas) No. 22. Buenos Aires, Argentina disponible en http://www.foro-latino.org/apc-aa-files/.../22_colombia_eib.pdf
- Castorina JA (2007) “La configuración de los procesos civilizatorios, la “*mentalidad histórica*” y las “*representaciones sociales*”: Algunas convergencias y diferencias” memorias del X *Simposio Internacional de civilización*.
- Castro R (2010) “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo, médico y los derechos a la salud reproductiva en México” en Castro R, Gómez A, (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Universidad de la República, Uruguay, 50-72.
- Cataño G (2000) “La Educación y formas de dominación en Max Weber” en *Revista Colombiana de Educación*, Centro de investigaciones Universidad Pedagógica Nacional (CIUP), No. 40-41 Plaza y Janés Editores, Bogotá, Colombia; p 77-85
- CEPAL (2010) “América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009” Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2010/Publicaciones/GBV_cdbookletA_NDmanual_SP_FA_FINAL.pdf (extraído, 2013/03/15).
- Charry JC (2011) “Los intelectuales colombianos y el dilema de la construcción de la identidad nacional (1850-1930)” en *European Review of Latin American and Caribbean Studies*” No. 90 abril. p. 55-70 en www.cedla.uva.nl/50_publications/.../90-CHARRY-ISSN-0924-0608.pdf (recuperado en agosto 10, 2014)

Citeroni T, Cervantes-Carson A (2004) "Protección, afirmación y sexualidad sin poder: Un proyecto político y normativo para la construcción de los derechos sexuales" en *Estudios Demográficos y Urbanos*: volumen 19, número 3 (57): 687-715. Disponible en www.libertadeslaicas.org.mx/sec_art/leconsulte.php?sec. (recuperado 2/2/2010).

Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes (2010) "Barreras de acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud: propuesta para su identificación y superación". Documento regional.

Cook R (1996) "Feminismo y los cuatro principios éticos" en Careaga G., Figueroa JG., Mejía MC, "Ética y Salud Reproductiva", Coordinación de Humanidades, Programa de Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud (PUIS), UNAM, México: 173-208.

Córdoba-Palacio R (2008) "Génesis y Esencia de la Medicina" en *Revista Persona y Bioética* Vol. 12 No. (2) p.1-5 <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/963/1304> (recuperado julio, 12, 2014)

Corte Constitucional de Colombia (2006) "Sentencia C-366 del 2006" en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm> (consultado julio, 13, 2014).

Cortés Rodas F (1997) "El conflicto de las facultades a la luz del decreto presidencial 1444 de 1992" en revista *LECTIVA* No. 1: 11-16.

Crenshaw K (1994), "*Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*". In: Martha Albertson Fineman, Rixanne Mykitiuk, Eds. *The Public Nature of Private Violence*. Routledge. New York: 93-118.

Cubides H (2010) "Participación política y organización de jóvenes en Colombia vista desde la tensión "plan de organización-plan de consistencia" en Alvarado SV, Vommaro PA,

- compiladores: “Jóvenes, cultura y política en América Latina: algunos trayectos de sus relaciones, experiencias y lecturas (1960-2000), CLACSO, Rosario, Homo Sapiens Ediciones, (series Estudios Latino Americanos) capítulo 4: 113-136 (recuperado, 2013(04/8) <http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/jovenes.pdf>
- Curiel O (2010) “La heterosexualidad y la nación”. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. (Documento en medio magnético facilitado por la autora).
- Davis YÁ (2005) “El legado de la esclavitud: modelos para una nueva feminidad” en Davis YÁ. *Mujeres, raza y clase*, Madrid: Akal: 11-37.
- _____ (2005) “Racismo, control de la natalidad y derechos reproductivos” en Davis YÁ. *Mujeres, raza y clase*, Madrid: Akal: 203-219.
- Daza J (2010) “Renovación curricular en programas de ciencias de la salud y su impacto en las prácticas pedagógicas de los profesores”. En *Revista Ciencias Salud* 2010; 8 (1): 69-83.
- de las Heras Aguilera S (2009) “Una aproximación a las teorías feministas”. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, nº 9, enero: 45-82.
- de Barbieri T (1991) “Mujeres, Iglesia y Aborto”, en *Debate feminista*, año 1, vol. 1 marzo, México: 336-340. Disponible en http://www.debatefeminista.com/descargas.php?archivo=mujere315.pdf&id_articulo=315 (recuperado, agosto, 2, 2015).
- de Lauretis T (1989) “La esencia del triángulo, o tomarse en serio el riesgo del esencialismo: teoría feminista en Italia, los E.U.A. y Gran Bretaña” *Revista Difference*. Vol 1 No. 2: 77-115 disponible en <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/laesen329.pdf> (recuperado, 7/12/2011).
- Delfino A (2012) “La noción de marginalidad en la teoría social latinoamericana: surgimiento y

- Actualidad” *universitas humanística* no.74 julio-diciembre, Bogotá - Colombia: 17-34 disponible en www.scielo.org.co/pdf/unih/n74/n74a02.pdf (consultado 12 de agosto, 2015)
- Delgado A, Saletti-Cuesta L (2011) “Feminización de la medicina y el tiempo de trabajo” en *Feminismo/s* diciembre: 323-331 disponible en http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/SKMBT_C25012110813530.pdf (recuperado 3/12/2014).
- Díaz D (2010) “La evaluación de la docencia como un componente fundamental en la evaluación del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia” en *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, Volumen 3, Número 1e: 159-171 http://www.rinace.net/riee/numeros/vol3-num1_e/art12.pdf(extraído en 2013/01/8)
- Di Cesare M (2006) “Estudio sobre Patrones Emergentes en la Fecundidad y la Salud Sexual y Reproductiva y sus Vínculos con la Reducción de la pobreza en América Latina” <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/27255/DiCesare.pdf> (extraído, 2009/10/6)
- Dorfman RI, Greulich WW, Solomon CI, (1937) “The excretion of androgenic substances in the urine of children” in *Endocrinology* 21: 741-745
- Dryfoos J (1990) “*Adolescents at Risk*”, (revisión de libro) Oxford, University Press, Washington, D.C.
- Duarte A (1988) “Ginecología de la niña y la adolescente”, Salvat Editores, Colombia,
- Dulanto G E (2000) “El adolescente” McGraw-Hill / Interamericana de México, México D.F.
- Duque A (1997) “Reflexión sobre currículo y valores o asincronía artesanal” ponencia en el Cuarto Congreso Nacional de Profesores Universitarios, la universidad pública que queremos para el siglo XVI. En *LECTIVA* no. 1: 17-28
- Elster AB, Kuznets NJ (1994) “AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS) Recommendations and rationale”. (Revisión de libro) Baltimore: Williams and Williams.

- ENDS, (2010): Profamilia-Ministerio de Salud, República de Colombia: ENDS (encuesta de demografía y salud) 1995-2010: 121-124.
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf> (Extraído 2013/04/12)
- Escobar MR (2006) “La investigación sobre juventud en Colombia: construcción de los sujetos desde los discursos especializados” en *Revista Actualidades Pedagógicas* Vol. 2 No 1 / Enero - junio (48): 9-16
- Espinel-Vallejo M (2011) “Bases sociales, institucionales y tecnológicas del control de la salud y enfermedad en las sociedades modernas” en <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento28747.pdf> (recuperado, 07/11, 2013)
- Espinosa Y, Gómez D, Lugones M y Ochoa K (2013) “Reflexiones pedagógicas en torno al feminismo descolonial: Una conversa en cuatro voces” en Walsh C ed (2013) “Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir”. Serie Pensamiento Decolonial, Ediciones Abya-Yala-1era. Edición, Quito, Ecuador Tomo I: 403-441
- Facultad de Medicina-Universidad de Antioquia (2005) “Informe del proceso de autoevaluación para la reacreditación del programa de medicina”, diciembre.
- Facundo A, Brigueiro M, cords. (2014) “Sexualidad, Ciencia y Profesión en Colombia” serie colección de documentos del Centro Latino-Americano en Sexualidad y Distritos Humanos (CLAM)-Instituto de Medicina Social (IMS), Rio de Janeiro; CEPESC p. 17-144 en www.clam.org.br/uploads/.../Sexualidad_ciencia_profesion_Colombia (recuperad en Julio 11, 2014)
- Fajardo-Valderrama S (2007) “Del miedo a la esperanza” informe de gestión de su alcaldía: 2004-2007. Disponible en

www.reddebibliotecas.org.co/.../Del%20miedo%20a%20la%20esperanza...(recuperado en 1/10/2015)

Fandiño-Parra YJ (2011), “Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos”, en *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, México, ISSUE-UNAM/Universia, vol. II, núm. 4, <http://www.ries.universia.net/index.php/ries/article/view/42> (consulta: 2013/05/15)

Fernández-Moreno SY (1996) “La salud reproductiva en México una reflexión teórico-metodológica” Tesis para optar al título de Maestría en estudios de población, El colegio de la Frontera Norte, San Antonio del Mar.

_____ (2007) “La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: Afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud” *Gerencia y políticas en salud*, enero-junio, año/vol 6, No. 012, Universidad Javeriana. Colombia: 59-76

Fernández-Pujana I (2014) “Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda? Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad” *Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria-Gasteiz*

Figuroa JG (1996) “Comportamiento Reproductivo y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios” en Careaga G., Figuroa JG., Mejía MC., *Ética y Salud Reproductiva*, Coordinación de Humanidades, Programa de Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud (PUIS), UNAM, México ; 289-311

Fleury S (2004). “Modelos de reforma de la salud en América Latina”. En Pinelli, H. (compilador). *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial: 171-199

Flores-Domínguez C (2012) “Feminización en medicina: liderazgo y academia” *Educ. méd.* vol.15 no.4 Barcelona: 191-195 disponible en <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132012000400003&script> (recuperado, 3/23/2014)

Flórez CE, Soto VE (2007) “Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia”. En *Notas de Población* No. 83, CEPAL; 42-72 disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P2.pdf>. (recuperado, 5/23/2009).

Flórez CE (2010) “Fecundidad adolescente: diferenciales sociales y geográficos 2005” en *Revista de la Información Básica (IB)*, Edición 8, volumen 4, No.2 disponible en http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo1.html (recuperado en enero, 15, 2013)

Fonseca-Socha CP (2005) “La vida de Cecilia Cardinal de Martin” en Cardinal de M, C: “Educación Sexual: un proyecto humano de múltiples facetas” Siglo del hombre editores, Bogotá. P 17-53

Forero-Caballero H (2009) “Momentos históricos de la medicina colombiana”. Universidad Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/#sthash.YvoGRRWx.dpuf> (recuperado junio 13, 2014)

Foucault M (1976) “Historia de la Sexualidad, I La voluntad de saber”. Siglo XXI. Editores. 18 ed.:9-49.

_____ (1986) “El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica”. La 11ª edición de siglo XXI editores.

_____ (2007) “Nacimiento de la biopolítica” Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.

Franco S (2009) “Determinación bionatural y social de la salud y atención primaria en salud: reflexiones y sugerencias” ponencia en VI Congreso Internacional de Salud Pública Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez Universidad de Antioquia Medellín, junio 13: (recuperado en enero, 2013) <http://www.guajiros.udea.edu.co/...%20social%20e%20intersectorial/Determinacion>.

Fuentes- Belgrave L (2006) “Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua” en Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 32: 97-138

Gadamer HG (1977) “Verdad y Método I”. edit. Sígueme; capítulo 10 (378-413)

_____ (1992) “Verdad y Método II” edit. Sígueme, capítulos 11 (93-100), 13 (251-260) y 22 (257-274).

Gajardo M (1999) “Reformas educativas en América Latina: Balance de una década” Número 15 del Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL), Partnership for Educational Revitalization in the Américas en http://www.opech.cl/.../Reformas_educativas_balance_de_decada_PREAL.pdf (recuperado en 2014/9/22).

Galeano D, Trotta L, Spinelli H (2011) “Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida” en *Salud colectiva* vol.7 no.3 Lanús sep./dic. 2011, 285-315 (recuperado, 2013/01/11) http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000400002

García-Becerra A (2009) “Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sex-género” en *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 45 (1) enero-junio: 120-146

García Canclini N (1995) “Consumidores y Ciudadanos: Conflictos multiculturales de la globalización, Editorial Grijalbo, México, disponible en <https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/garcia-canclini-n-1995-consumidores-y-ciudadanos.pdf>, (recuperado el 2 de octubre del 2015)

Genta-Mesa G (2006) “Anotaciones para una historia de la Pediatría y la Puericultura” en IATREIA Vol. 19 No. 3. Septiembre: 296-304.

Giraldo de Londoño A (1999) “Documento Introdutorio: el proceso de sistematización curricular” en serie “proceso de Sistematización Curricular” Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Comité de Currículo cuadernillo introductorio: 1-30

_____ “La visión curricular los propósitos de formación la propuesta pedagógica: aspectos conceptuales” en serie “proceso de Sistematización Curricular” Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Comité de Currículo cuadernillo No. 3: 3-55

Girard F (2008) “Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la ONU” en Parker, Petchesky y Sember (eds) Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente. *Sexuality Policy Watch (SPW)*, Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual. México: 347-398.

Goicolea I (2010) “*Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: - a rights and gender approach to girls’ sexual and reproductive health*”. En *Umeå University Medical Dissertations. New Series* No 1294. Epidemiology and Global Health, Department of Public Health and Clinical Medicine Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Sciences, Umeå University, Umeå, Sweden

Gómez JF, Gómez JA, Lugo LE, Olaya E, Duque A (1998) “Hacia un marco teórico para la renovación curricular: Referentes contextuales” en serie “Proceso de Sistematización Curricular” Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Comité de Currículo cuadernillo No. 2: 3-65

Gómez JA, Patiño P, Toro JM, Vélez HN, Duque A (2000) “El proceso salud-enfermedad y la educación médica: referentes contextuales” en serie “Proceso de Sistematización Curricular” Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Comité de Currículo cuadernillo No. 2: 3-30

- Gómez García JG (2004) “La (crisis) de la universidad colombiana” en *Colombia en la coyuntura de 2003* Nieto López JR (Compilador), Departamento de Sociología, Universidad de Antioquia. Medellín: 91-100.
- Gómez Valencia A (2012) “Los cinco votos que reeligieron a Alberto Uribe en la U. de Antioquia” *El Colombiano*, disponible en www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/article-299856.htm (recuperado, 2014/12/12)
- González de León-Aguirre D, Billings DL y Ramírez-Sánchez R (2008) “El aborto y la educación médica en México”, En: *Salud Pública de México*, México D.F Vol. 50, No. 3: 258-267.
- González-Gil T, Cano-Arana A (2010) “Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II)” en *Nure Investigación*, nº 45, Marzo – Abril 10
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf (consultado 2013/03/7)
- González-Vélez AC (2005) “La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad” *FORUM. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 21(2):624-628 disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/30.pdf> (recuperado, 5/7/2014).
- Gorostiaga JM, Tello CG (2011) “Globalización y reforma educativa en América Latina: un análisis inter-textual” en *Revista Brasileira de Educação* v. 16 n. 47 maio-ago. 363- 388 Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a06.pdf> (recuperado en agosto, 12, 2014).
- Greydanus DE, Strasburge VC (2006) “*Adolescent Medicine: preface*” in *Primary Care Clinical Office Practice*, (33); xiii–xviii
- Greydanus DE, Fonseca H (2007) “*Sexuality in the Child, Teen, and Young Adult: Concepts for the Clinician*”, *Prim Care Clin Office Pract.* 34: p. 275–292

- Grisales H, Arbeláez MP (2008) “Metodología para el diseño de un índice de condiciones de vida para los adolescentes jóvenes”. En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 26(2): 178-195.
- Grulich WW, Dorfman RI, Carchpol HR, et al. (1942) “*Somatic and endocrine studies of puberal and adolescent boys*”, Monogr Soc Child Dev; 7: (1) 33 p 10-83.
- Gual A, Núñez-Cortés J M, Palés-Argullós J y Oriol-Bosch A (2013) “Declaración de Edimburgo, 25 años” Editorial en FEM (Ed. impresa) vol.16 no.4 Barcelona: 1-2. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000600001> (Recuperado 2014/5/4).
- Guerrero-González PG (1996) “Mujer y sexualidad: Entrevista con la Médica Cecilia Cardinal de Martin” en *Revista Colombiana Psiquiatría*, vol XXV, No. 4, p. 249-258 en psiquiatria.org.co/web/wp-content/.../mujer%20y%20sexualidad.pdf (accesado en 2014/8/ 6)
- Guzmán C (2005) “Reformas educativas en américa latina: un análisis crítico” en *Revista Iberoamericana de Educación*; Número 36/8; Pedagogías high tech Septiembre-Diciembre: 1-11. Disponible en www.rieoei.org/rie_contenedor.php?numero=882Guzman&titulo=Reformas...(recuperado en 2013/5/ 7).
- Habermas J (1997) “Conocimiento e Interés”, Ediciones Taurus: 315-324
- Hall SG (1904) “Adolescencia: Su sicología y su relación con Fisiología, Antropología, Sociología, Sexo, Crimen, Religión y Educación” (revisión de libro) Nueva York.
- _____, (1905) "Adolescence: The Need of a New Field of Medical Practice." *The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine*, n.s., 8: 242.
- Hallward P (2009) “la voluntad del pueblo: notas para un voluntarismo dialéctico” *Nómadas*, Núm. 31, octubre. Universidad Central: 92-111 disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1051/105112061007.pdf> (recuperado 3/8/2014).

Harding S (1995) “*Strong Objectivity: A response to the New Objectivity Question*”, *Synthese*, 104/3: 331-349.

_____ (2002) ¿Existe un método feminista? en Bartra Eli (compiladora). *Debates en torno a una metodología feminista*. Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. 2da ed. México: 9-34.

Hayes CD (1987) “*Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing*”, Washington, 1987, ch: 5-7: 123-230.

Heald F (1992) “*History of adolescent medicine: a personal perspective*”. In: Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK, eds. *Comprehensive Adolescent Health Care*. 1st ed. St. Louis, Mo: Quality Medical Publishing; XV-XVIII

Hernández CA, (2000) “Aproximación a un estado del arte de la enseñanza de las ciencias en Colombia” en Henao Wilches M, Castro JO, (compiladores) *Estados del arte de la investigación en educación y pedagogía en Colombia II*, ICFES: 9-91

Hernández-Álvarez M (2000). “El derecho a la salud en Colombia; obstáculos estructurales para su realización”. En Currea, V., Hernández, M., y Paredes, N. *La salud está grave: Una visión desde los derechos humanos. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo*. Santafé de Bogotá, Colombia: Reproducido con fines docentes de: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud49/colabora.htm>.

_____ (2009). “El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en la América Latina”. En Rojas, O. y Márquez, M. (Compiladores). *Alames en la memoria: Selección de lecturas 25 aniversario* (pp. 490-507). La Habana, Cuba: Editorial Caminos

Hernández de Tubert R (2001) “Los modelos médico y educativo en el campo de la salud reproductiva”, En Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern, coordinadores: *Encuentros y*

desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales. El Colegio de México. México. D.F., segunda parte, pp. 169 - 174

Herrera CM (2010) “De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México” en Castro R, López-Gómez eds “*Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*” Facultad de Psicología-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, p: 73-99: 77 en http://www.academia.edu/373815/Poder_m%25C3%25A9dico_y_ciudadan%25C3%25ADa_El_conflicto_so... (recuperado en 2011/5/14)

Herrera MC, Infante Acevedo R (2004) “Las políticas públicas y su impacto en el sistema educativo colombiano. Una mirada desde los planes de desarrollo 1970-2002” en *Nómadas (Col)* No. 20 Universidad Central de Colombia, p: 76-84 disponible en www.redalyc.org/articulo.oa?id=105117734008 (recuperado en 2014/8/14).

Herrera MC, Pinilla Díaz A, Infante Acevedo R (2001) “Conflicto educativo y cultura política en Colombia” en *Nómadas (Col)* No. 15, Universidad Central de Colombia, p: 40-49 disponible en www.ucentral.edu.co/images/editorial/.../nomadas_15_3_educacion.PDF (recuperado 2014/9/18).

Hevia F (2009) “De Progresista a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el gobierno de Vicente Fox” en *Sociológica*, año 24, número 70, mayo-agosto, pp. 43-81

Hicks S (2009) “Sexuality the ‘Relations of Ruling’: Using Institutional Ethnography to Research Lesbian and Gay Foster Care and Adoption ” in *Social Work & Society*, Volume 7, Issue 2,ISSN 1613-8953 disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0009-11-24624:234-245> (recuperado 3/13/2011).

Hill Collins, P. (1992). "Transforming the Inner Circle: Dorothy Smith's Challenge to Sociological Theory" *Sociological Theory*, Vol. 10, No. 1: 73-80.

_____ (2000) "The social Construction of Black feminist thought". in Hills Collins P, *Black feminist thought: Knowledge, consciousness and the politics of empowerment* (2nd Ed.) Routledge New York: 1-21

_____ (2005) "Prisons for our bodies, closets for our minds: Racism, Heterosexism and black sexuality" in "Black sexual politics, african americans, gender, and the new racism". Routledge. Nueva York & London: 87-118.

Hobsbawm E (1998). "El Mundo Burgués" en La Era del Capital. Critica, Grijalbo Mondadori S A, Barcelona, Capítulo 13: 239-259

Jaggar A (1994) "Feminist ethics" in L. Becker and C. Becker (eds). *Encyclopedia of Ethics*, New York: Garland Press: 363-364.

Jarillo E (1999) "La Educación Médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas", en *Nueva Época/Salud Problema* /Año 4 numero 7, México: 45-54

Jelin E (1994) ¿Ante, de, en, y? Mujeres, derechos humanos en América Latina Hoy número 9, noviembre, Universidad de Salamanca: 7-23 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30800901>, (consultado el 10 de agosto de 2015).

Kett JF (1971) "Adolescence and Youth in Nineteenth-Century America" in *The Journal of Interdisciplinary History*, Vol. 2, No. 2, The History of the Family (Autumn), 283-298, Published by: The MIT Press, Article Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/202846>

_____ (1993) "Descubrimiento e Invención en la Historia de la Adolescencia", *Journal of Adolescent Health* vol. 14 (8), 664-672.

_____ (2002) "Teaching Sex: The Shaping of Adolescence in the 20th Century (review)" from: *Journal of Social History* Volume 35, Number 3, spring: 708-710

- Lagarde, M (1997) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Lahera E (2004) “Políticas Sociales” en *CEPAL: División de Desarrollo Social*; serie No. 95 Santiago de Chile, agosto de 2004 <http://tramites.jalisco.gob.mx/images/politicaspUBLICAS.pdf>
- La mesa por la vida y la salud de las mujeres (2013) “Boletín febrero” (consultado en 2013/07/4) www.despenalizaciondelaborto.org.co
- Langille DB (2007) “*Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician’s role*” in *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, May 22; 176(11): 1601–1602
- Langland V (2008) “*Birth Control Pills and Molotov Cocktails: Reading sex and revolution in 1968 Brazil*” en Joseph GM, Spencer D, eds. “In from the Cold: Latin America’s New Encounter with the cold war”. Duke University Press, Durham, NC: p. 308-349.
- López-Arellano O, Escudero JC, Carmona LD (2008) “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud”, *ALAMES*, medicina social: 323-335
- Lozano Flores D (2008) “La evaluación de docentes en Colombia: una práctica instrumental y burocrática” *Revista Actualidades Pedagógicas* N° 51: 133-148 / Enero - junio revistas.lasalle.edu.co/index.php/ap/article/view/1356 (recuperado, 2014/11/10).
- Lugones M (2005) “Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color” (Traducción de Joaquín Rodríguez Feo) *Binghamton University, RIFP* / 25: 61-75 (documento en pdf facilitado por organizadores del Grupo de investigación en Género, Subjetividad y Sociedad – Coordinación de Extensión Instituto de Estudios Regionales INER, Universidad de Antioquia., septiembre/2011).
- Mann M (1984) “El poder autónomo del Estado: sus orígenes, mecanismos y resultados” en (2006) “*Revista Académica de Relaciones Internacionales*”, Núm. 5 Noviembre, UAM-AEDRI: 1-43,

- (a partir de la traducción al castellano de Pablo Sánchez León (1991) en “revista Zona Abierta: 15-58. en <http://www.relacionesinternacionales.info> (extraído en 2013/2/7)
- Martinic S (2000) “La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina” en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 18, Octubre. Caracas: 1-13, disponible en www.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma...(recuperado el 3 de mayo de 2013).
- _____ (2001) “Conflictos políticos e interacciones comunicativas en las reformas educativas en América Latina” en *Revista Iberoamericana de Educación*, septiembre-noviembre, No. 027, Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura (OEI), 17-33 disponible en www.redalyc.org/pdf/800/80002702.pdf (recuperado 3 de mayo de 2013)
- McAnarney E, et al, (1978) “*Obstetric, neonatal and psychosocial outcome of pregnant adolescents*” In *Pediatrics*. 61/2:199-205.
- McAnarney E, Hendee W (1989) “*Adolescent pregnancy and its consequences*”. In *JAMA*, 262/1; 74-81.
- McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP and Comerci GD (1992) “*Textbook of Adolescent Medicine*” WB Saunder Co.Philadelphia
- MEN-ICFES (2001) “Bases para una Política de Estado en Materia de Educación Superior”.
- Menéndez E (1990) “Modelo Médico Hegemónico. Estructura, Función y Crisis” en *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Alianza Editorial Mexicana, México DF: 83-117
- Ministerio de Salud, República de Colombia: (1993) “Atención Integral en Salud al Adolescente: Manual de Normas técnico administrativas”, Dirección General Técnica, Subdirección de Control de Factores de Riesgo Biológicos y de Comportamientos, División de Desarrollo, Bogotá, junio.

Mohanty C (2008) “Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discursos coloniales” en Liliana Suárez Navas y Rosalía Aída Hernández (eds.). *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*. Madrid Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la mujer: 407-438.

_____ (2008) “De vuelta a ‘Bajo los ojos de Occidente’: la solidaridad feminista a través de las luchas anticapitalistas” en Liliana Suárez Navas y Rosalía Aída Hernández (eds.). *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*. Madrid Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la mujer: 439-463.

Montero A (2011) “Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia” en *Rev Med Chile*; 139: 1249-1252

Montes V (2004) “Éthos Médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México”. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Morales-Borrero MC (2010) “Jóvenes, sexualidad y políticas: salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005)” Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Facultad de Odontología.

Morin E (1995) “Sociología” Tecnos Madrid: 330-403.

Muñoz López OL (2002) “Jaime Restrepo Cuartas: Un rector que marcó hitos” en periódico El Pulso, Año 5, No. 47, Agosto. Disponible en <http://www.periodicoelpulso.com/html/ago02/general/general-10.htm> (recuperado el 2014/4/24).

Oficina Panamericana de la Salud (OPS) (1988) “Declaración de Edimburgo” disponible en <files.sld.cu/sccs/files/2010/04/1-edimburgo-1988.pdf> (recuperado en 2014/5/21)

Organismo Regional Andino de Salud-Convenio (2008) Hipólito UNANUE: Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes:(2008) “El Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina” marzo.

Ospina JM, Manrique-Abril FG, Martínez-Martina AF (2012) “La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia” en *Revista Colombiana de Anestesiología*, Vol. 40/No.2: 124-126

Pacheco CI (2011) “Bogotá: gestión del conocimiento para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente” en *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos: experiencias de gestión del conocimiento*. Convenio 698 Secretaría de Salud Distrital (SDS)- Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá D.C.26-54.

Parada y cols (2011) “Prácticas Institucionales en el Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes: Etnografía Institucional”, oficina de comunicaciones Unicef, Santo Domingo

Parker R, Petchesky R, Sember R (2008). “Políticas sobre Sexualidad: Reportes desde las líneas del frente”. *Sexuality Policy Watch (SPW)* y Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual, México: 5-454.

Pedraza-Gómez S (2009) “En clave corporal: conocimiento, experiencia y condición humana” en *Revista Colombiana de Antropología*, vol 45 (1) enero-junio. P: 147-168

Peñuela Contreras DM (2010) “La cuestión docente en Colombia: Reforma educativa, función docente y salud laboral” ponencia presentada en Congreso Iberoamericano de Educación: Metas 2021” 13-15 de Septiembre, Buenos Aires, Argentina: 1-15, disponible en www.chubut.edu.ar/descargas/.../DOCENTES/R2024_Penuela.pdf (recuperado 2014/9/23).

Perea CM, (2006) “Comunidad y resistencia: poder en lo local urbano” en *Revista Colombia Internacional* No 63, Enero – Junio 2006, Paginas: 148-173

<http://www.colombiainternacional.uniandes.edu.co/view.php/286/index=1.php?action=edit&id=286#1> (recuperado en 2012/12/18)

Pierson P, Skocpol T (2008) “El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea” en *Rev. Urug. Cienc. Polít.* vol.17 no.1 Montevideo diciembre: p 7- 37

Pineda-Cañar CA (2014) “Formación y medicina: la transición del modelo anatómico-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia” en *IATREIA* Vol 27(3): 255-266, julio-septiembre.

Prescott HM (2000) “*History of adolescent medicine in the 20th century: from Hall to Elkind*” in *Adolescent Medicine* 11:1–11

Prieto-Quezada MT (2012) “Jóvenes: sujetos olvidados en las políticas neoliberales” en *Alegatos*, Num 81/mayo-agosto: 495-506. Disponible en <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/alegatos/pdfs/74/81-08.pdf>(extraído 2013/04/34)

Pulido Chaves O, Heredia MI, Ángel C (2010) “Las desigualdades educativas en Colombia” en “Las desigualdades educativas en América Latina” / Foro Latinoamericano de Políticas Educativas (FLAPE) en el período 2009 – 2010, Serie Ensayos e Investigaciones Buenos Aires, Argentina No. 1 Agosto disponible en Academia.edu (recuperado, 2014/9/21)

Restrepo O (1997) “Situación de la violencia juvenil en Cali” compilación de ponencias presentadas en el Taller de prevención de violencias de los adolescentes y pandillas (maras) juveniles., Programa de Protección y Promoción de la Salud (HPP), OPS, San Salvador, Mayo 7-9: 64-71.

Reyes-Sánchez GL (2009) “El cuerpo como unidad biológica y social: una premisa para la salud sexual y reproductiva” en *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 45 (1) enero-junio. P: 203-223

- Rieder J, Alderman EM and Cohen MI (2005) “*Medicine & Society; Adolescent Medicine: Emergence of a New Specialty*” in *Ethics Journal of the American Medical Association* March, Volume 7, Number 3, 1-4
- Rincón LJ (2007) “Desencuentros estructurantes - estructuras desencontradas: los Derechos Sexuales y Reproductivos de los y las adolescentes en el discurso institucional” en *Carnaval de los Desencuentros: La Construcción de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos en Adolescentes*, Colección Textos de Ciencias de la Salud, Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, p 160-212.
- Reina-Rodríguez CA (2012) “Historia de los jóvenes en Colombia, 1903-1991” Universidad Nacional, <http://www.bdigital.unal.edu.co/8891/1/carlosarturoreinarodriguez.2012.pdf>(extraído, julio 22, 2013)
- Rodríguez R (2004) “la medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza” Tesis de grado. Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina
- Sáez J (2005) “La profesionalización de los educadores sociales: construcción de un modelo teórico para su estudio” en *Revista de Educación*, (336):29-139
- Salazar A (1990) “No nacimos pa’ semilla. La cultura de las bandas juveniles de Medellín”. Editorial CINEP, Bogotá.
- Salas M (2004) “¿Androcentrismo en el sistema biomédico? algunos datos, algunas hipótesis” en Pérez S y Ravelo P (cords). *Voces disidentes: debates contemporáneos en los estudios de género en México*. México: Cámara de Diputados, CIESAS Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Grupo editorial Miguel Porrúa: 3010-324.

Sánchez YVC (2010) “Caracterización de los estudiantes de pregrado de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia cohortes 2005-I-2009-II” Trabajo de grado para optar el título de profesional en gerencia de sistemas de información en salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. disponible en: www.alfaguia.org/alfaguia/files/1322019116_2777.pdf (recuperado 12/1/2014).

Santelli JS, Brener ND, Lowry R, Bhatt A and Zabin L (1998) “*Multiple Sexual Partners Among U.S. Adolescents and Young Adults*” in *Family Planning Perspectives* Volume 30, Number 6, November/December 1998 *Family Planning Perspectives*, 30(6):271–275

Sarlé P (2005). El análisis cualitativo: un ejemplo de empleo del MCC (método comparativo constante) <http://www.infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/PDF/010.pdf> (consultado en 2013/01/13)

Segato RL (2014) “La perspectiva de la colonialidad del poder” en Palermo Z, Quintero P, comps “Anibal Quijano Textos de Fundación”. Colección El Desprendimiento, Ediciones El Signo, Buenos Aires, Argentina: 15-43

Shearin RB (1977) “*Adolescent Medicine in the United States - Past, Present and Future*” in *Pediatrics Digest* 1977, 19:13-7

Sierra-Merlano R (2010) “De la enseñanza de la Medicina a la formación integral de médicos” Editorial en *Revista Colombiana de Reumatología*, volumen 17/ No. 1 en [http://www.revistacolombianadereumatologia.org/Portals/0/Descargas/17-\(extraído](http://www.revistacolombianadereumatologia.org/Portals/0/Descargas/17-(extraído) en 8/6/2013)

Silber TJ (1997) “Medicina de la Adolescencia: una nueva subespecialidad de la Pediatría y la Medicina Interna en la América del Norte” in *Adolesc. Latinoam.*, abr./jun. 1997, volumen 1, no.1, 11-15. ISSN 1414-7130.

- Skocpol T (1995) “El Estado regresa al primer plano: Estrategias de análisis en la investigación actual” En: Grompone, Romeo (editor), Adrianzén, Alberto; Cotler, Julio; López, Sinesio (Compiladores). *Instituciones políticas y sociedad*. Lecturas introductorias. IEP Lima, 1995. p. 92-129. <http://www.i3xp6.w.incapsula.net/modulo/upload/Skocpol.pdf>(recuperado mayo, 5, 2013)
- Smith DE (2005) “*Institutional Ethnography. A Sociology for People.*” Toronto: Altamira Press.
- _____ (2006a) “*Introduction*”. En D. Smith (Ed.), in *Institutional Ethnography as Practice* Lanham: Rowman and Littlefield Publishers. 1-11.
- _____ (2006b) “*Incorporating Texts into Ethnographic Practice*”. En D. Smith (Ed.), *Institutional Ethnography as Practice* Lanham: Rowman and Littlefield Publishers 65-88.
- Suarez y López Guazo L (2005) “Eugenesia y racismo en México” Facultad de Medicina, UNAM, México.
- Tanner JM (1962) “*Growth at adolescence*”, 2nd edition Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Tirado Mejía A (2014) “Los años sesenta: Una revolución en la cultura” Primera edición, *Penguin Random House* Grupo Editorial S.A.S, Bogotá, Colombia
- Tong R (1998) “*Feminist thought: a comprehensive introduction*” 2nd edition routledge, Abingdon, Oxon.
- UN (1965) “Declaración sobre el fomento entre la juventud de los ideales de paz, respeto mutuo y comprensión entre los pueblos (7 de diciembre de 1965)”. A/RES/2037 (XX) disponible en [http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/2037 \(XX\)](http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/2037 (XX)), (recuperado 2014/8/7).
- UN (1994) Resumen de IV Conferencia de población y desarrollo Cairo, capítulo VII, numeral E. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm> (recuperado 2012/02/06)

- UN (1995) Informe sobre la cuarta conferencia mundial de la mujer Beijing, disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>, (recuperado 2012/02/06)
- UN (2014) “Resolución histórica en defensa de los homosexuales” disponible en <http://www.hrw.org/es/news/2014/09/26/onu-resolucion-historica-en-defensa-de-los-homosexual...>(recuperado, 12/12/2014).
- UNESCO (1998) Conferencia Mundial sobre Educación Superior: La educación superior en el siglo XXI” Informe Final, 5-9 de Octubre: 3-11, 45-60 disponible en unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116345s.pdf (recuperado, 2014/4/24).
- Universidad de Antioquia-Facultad de Medicina (2005) “Informe del proceso de autoevaluación para la re acreditación del pregrado medicina 1999 – 2005 Diciembre de 2005
- Uribe-Merino, JF (2006) “Anorexia: los factores socioculturales de riesgo” Editorial Universidad de Antioquia.
- Valenzuela C (2009) “Entrevista: Dr. Ramiro Molina, creador del concepto de sexualidad adolescente en Chile” en Rev Chil Salud Pública, Vol 13 (2) 112-113 en www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/.../645/543 (recuperado 2014/11/22).
- Vals-Llobet C (2009) “Mujeres, salud y poder”. EDICIONES CÁTEDRA, Universitat de Valencia Instituto de la mujer, España.
- Vanegas G, Rozental EE, Restrepo OL (1996) “Proyecto JOVIAL: Jóvenes Viviendo Investigando, Actuando y Luchando por la Salud en contra de la Violencia”: documento institucional del Instituto CISALVA (Universidad del Valle) como proyecto desarrollado en el marco del proyecto multinacional de la F. Kellogg “Iniciativa Adolescente Sano”, disponible en el banco de proyectos de CISALVA, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

- Vargas TE, Jaramillo SIC, Trujillo MEM (2012) “Médicos y Derechos: el papel de la formación médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos”, Editorial Uniandes, Bogotá, Colombia.
- Vasco, C E 81985) “Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales”. Santafé de Bogotá Universidad Nacional de Colombia
- Vega-Vargas M, Eslava-Castañeda JC, Arrubla-Sánchez D, Hernández-Álvarez M (2012) “La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico” en *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), julio-diciembre: 11 (23)/ p. 58-84,
- Vélez HN, Duque A y Giraldo de Londoño A (1999) “Documento Introdutorio: El proceso de sistematización curricular” en Serie “proceso de Sistematización Curricular” Comité de Currículo, Facultad de Medicina, editorial Universidad de Antioquia, documento No. 1 Mayo 1998 a Septiembre 1999.
- Villareal MI (2001) “Adolescentes y Pediatras: ¿Quién le teme a Quien? CCAP Módulo 1 curso pre-congreso de Sociedad Colombiana de Pediatría. Octubre p. 49-54 en www.scp.com.co/precop/precop_files/.../CAPADOLESCENTES.pdf (recuperado en 11/10/2014).
- Villareal MN (1994) “Movimientos de mujeres y participación política en Colombia, 1930-1991” en Luna y Villareal “Historia, género y política. Movimiento de mujeres y participación política en Colombia 1930-1991.” Edición del Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad, Barcelona: 61-78. Disponible en <http://www.ub.edu/SIMS/pdf/HistoriaGenero/HistoriaGenero-04.pdf> (recuperado en 12/13/2014).

- Villegas EM, Múnera AM, Arango R, Aguirre C, Muñoz Z (2007) “La renovación curricular en el programa de Medicina de la Universidad de Antioquia” en *IATREIA* / Vol. 20/No. 4 / Diciembre / 422-440
- Wade P, Urrea Giraldo F, Viveros M, eds. (2000) “Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina” Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia p. 565
- Walby K (2007) “On the Social Relations of Research: A Critical Assessment of Institutional Ethnography” en *Qualitative Inquiry* vol. 13: 1008-1030; <http://www.qix.sagepub.com/content/13/7/1008> (recuperado en 2013/01/10)
- Walsh C (2013) “Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir”. Serie Pensamiento Decolonial, Ediciones Abya-Yala-1era. Edición, Quito, Ecuador Tomo I: 23-67
- Wappenstein S (2010) “Sobre ciudadanía(s)” *Revista de Ciencias Sociales ÍCONOS* Vol. (36) Quito: 109-111.
- Weber M (2000) “Los tipos sociológicos de la educación” en *Revista Colombiana de Educación, Centro de investigaciones* Universidad Pedagógica Nacional (CIUP), No. 40-41, Plaza y Janés Editores, Bogotá, Colombia; p 84-85. (Resumen de artículos de Weber M (1984) “Ensayos sobre sociología de la religión” Vol I, p 333-334 y (1972) “Ensayos de sociología contemporánea”, Barcelona, Martínez Roca, p. 519-520
- Wittig, M (2006).”El pensamiento heterosexual y otros ensayos”. Barcelona. Egales.
- Yañez S (2011) “Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje de lo social” en *diálogos - Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas* Vol. 2 /Nro. 1 /Febrero/p. 111-126
- Yordan EE, Yordan RA (1997) “*The early historical roots of pediatric and adolescent gynecology*” *J Pediatr Adolesc Gynecol* Nov. 10(4):183-91

Zurbriggen C (2006) “El institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas” en *Revista de ciencia política* / volumen 26 / No. 1/ p. 67-83

Anexos

Anexo A: Plan de análisis

Objetivo general: Comprender las relaciones sociales de regulación encubiertas en la dinámica del proceso sociopolítico para la renovación curricular del pregrado de medicina que transcurrió en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre 1997 y 2013 que median la reproducción en la formación médica de unas prácticas discursivas médicas configuradas históricamente bajo el interés de normar las conductas sexuales de adolescentes y medicalizar la adolescencia				
Objetivo específico	Preguntas	Supuestos	Conceptos marco Categorías y subcategorías	Nivel de ubicación, Fuentes, Instrumentos
Analizar la dinámica sociopolítica que dio lugar a un cambio curricular en materia de DSR de adolescentes.	<p>¿Qué originó la necesidad de incorporar estos núcleos temáticos en el nuevo currículo?</p> <p>¿Cuáles fueron las propuestas oficiales y alternativas planteadas para incorporar estos campos?</p> <p>¿Qué legitimó el cambio?</p> <p>¿Qué eventos y procesos en torno a estos asuntos influenciaron el cambio?</p> <p>¿Qué papel jugaron en los cambios las políticas públicas de sexualidad y juventud a nivel internacional, nacional y local en este proceso?</p>	<p>La universidad refleja las mismas dinámicas sociopolíticas que configuraron el Estado colombiano moderno y dentro de él la preponderancia de dos proyectos políticos: el corporativo autoritario y el neoliberal caracterizados por la reformas estructurales.</p> <p>El proceso obedece a los desafíos que los proyecto políticos preponderantes corporativo autoritario y neoliberal imponen a los sectores de la salud y educación</p> <p>El debate y las luchas reivindicatorias de mujeres, jóvenes y población diversa intenta permear el proceso de cambio</p>	<p>Institucionalismo histórico</p> <p>Dinámica sociopolítica</p> <p>Políticas</p> <p>Movimientos y luchas reivindicatorias de mujeres, feministas, jóvenes, LGBTTI</p>	<p>De Local a Macro: Facultad de Medicina, Universidad, local, regional , nacional e internacional</p> <p>Secundarias:</p> <p>Publicaciones y artículos sobre el reformas y debates</p> <p>Guías⁷⁶ de E, GF y análisis de FP</p> <p>Matriz de análisis de fuentes primarias y secundarias</p>

⁷⁶ Guías de Entrevistas, Grupos Focales y de análisis de Fuentes Primarias

<p>Caracterizar aquellos actores involucrados en dicha dinámica así como los intereses, recursos discursivos movilizados, conflictos y confrontaciones en relación con puntos de vista y experiencias cotidianas que se dan en la formación médica dentro del campo específico del saber y la práctica médica frente a la sexualidad de la adolescencia.</p>	<p>¿Quiénes proponen la necesidad de un cambio curricular? ¿Cuáles fueron los argumentos esgrimidos por ellos? ¿Quiénes y cómo impulsaron el proyecto de un cambio? ¿Quiénes y por qué razones se adhirieron al proceso de formulación de un cambio curricular ¿Quiénes y por qué razones se opusieron al cambio? ¿Qué argumentos y estrategias funcionaron usadas por los actores impulsores de la iniciativa? ¿Cuáles fueron los argumentos y recursos de los actores que se opusieron a la iniciativa? ¿Qué recursos y estrategias desplegados convencieron para el cambio? ¿Qué conflictos y tensiones surgieron durante el proceso de FM? ¿Hubo cambios en el mapa político de la facultad?</p>	<p>La universidad replica y reproduce la configuración del doble papel que juega el Estado moderno en las dinámicas de poder económico y político nacional e internacional. Los intereses detrás del proceso de cambio curricular difieren entre los distintos actores y sectores de la institución Los procesos de participación y negociación que lidera el gobierno institucional para impulsar el cambio cumpliendo con las reglas democráticas, los actores históricamente marginados participan con pocas probabilidades de lograr los cambios que han querido introducir Quiénes se interesan en introducir cambios para transformar la “carta institucional” a favor de los DSR, adolescentes y mujeres con posiciones simpatizantes con las luchas feministas y juveniles van siendo replegados En el proceso hay cambios de poderes pero al final lo más probable es que vuelven a recuperar el poder las mismas elites que han ostentado el poder tradicionalmente</p>	<p>Institucionalismo histórico Dinámica sociopolítica Mapa político, actores, intereses, tensiones, conflictos, recursos, alianzas y rupturas, predomios y cambios Políticas públicas</p>	<p>Meso a Macro: Facultad de Medicina, Universidad, local, regional, nacional e internacional Primarias (Entrevistas y Grupos focales a activistas y opositores) (Archivos, Actas, comunicados y documentos de la rectoría de la universidad) Guías de E, GF y análisis de FP Secundarias: Publicaciones y artículos Matriz de análisis de textos y fuentes secundarias</p>
--	---	--	--	---


<p>Puntualizar el proceso de apropiación del cuerpo y la vida sexual de mujeres y adolescentes por el saber y campo médico así como las resistencias a partir de la reconstrucción histórica de las teorías feministas.</p>	<p>¿Cómo ha sido la historia y relación del movimiento y teoría feminista en relación con la SSR?</p> <p>¿Cómo ha sido la historia y relación del movimiento feminista y teoría feminista con el campo de la medicina?</p> <p>¿Cómo ha sido la apropiación del cuerpo de las mujeres y adolescentes por parte del saber y campo médico?</p> <p>¿Cuáles son las causas y razones de esa necesidad de apropiación del cuerpo de mujeres?</p> <p>¿Qué influencia ha tenido la teoría feminista con el cambio curricular?</p> <p>¿Existe vínculo de la historia del movimiento feminista con la práctica discursiva de medicalización de la sexualidad y adolescencia?</p> <p>¿Existe relación de la historia del movimiento y teoría feminista con las perspectivas y enfoques que predominaron en la reforma?</p>	<p>Aunque la lucha política feminista y la producción de conocimiento científico por parte del movimiento feminista ha estado históricamente excluido del estamento institucional de formación médica, el debate penetró con fuerza en las fases de negociación y formulación de la nueva política gracias al protagonismo que tuvieron unas actoras feministas</p> <p>Es posible que el movimiento y la teoría feminista despierte rechazo y temor de la mayoría de los actores en la dinámica al interior de la universidad y la institución médica</p>	<p>Institucionalismo Histórico</p> <p>Etnografía Institucional</p> <p>Enfoques y perspectivas</p> <p>Prácticas discursivas</p> <p>Medicalización</p> <p>Regulación</p> <p>Resistencia</p>	<p>De macro, meso a local:</p> <p>Publicaciones y artículos sobre la historia y producción teórica del feminismo y debates</p> <p>Universidad, local, regional, nacional e internacional</p> <p>Primarias (Entrevistas y Grupos focales a activistas y opositores) (Archivos, Actas, comunicados y documentos de la rectoría de la universidad)</p> <p>Guías⁷⁷ de E, GF y análisis de FP</p> <p>Matriz de análisis de fuentes primarias y secundarias</p>
<p>Revelar las relaciones sociales que regulan y coordinan intereses, prácticas discursivas y códigos ideológicos, dentro de la función de formación médica con las actividades académicas específicas en el área de sexualidad y adolescencia.</p>	<p>¿Cuáles son las relaciones sociales que regulan y coordinan PD en la formación médica a pesar del cambio curricular?</p> <p>¿Cuáles relaciones sociales coordinan la función de formación médica con implicaciones en DSR de adolescentes?</p> <p>¿Qué cambios en las RRS operaron durante los procesos de formulación e implementación de la reforma curricular?</p> <p>¿Cómo coordinan las relaciones de regulación las actividades de formación rutinarias?</p> <p>¿Cuáles obstáculos hay que dificultan la puesta en marcha de cambios propuestos en materia de formación médica en materia de sexualidad y adolescencia?</p> <p>¿Surgieron cambios que no fueron anticipados?</p>	<p>Las relaciones sociales de regulación que determinan las PD y CI sobre DSR de adolescentes en la labor cotidiana de formación médica de la institución médica, son las mismas configuradas que soportan, vigorizan y perpetúan los proyectos políticos que imperan en Colombia y la región de LAC, autoritario corporativo y neoliberal.</p> <p>A pesar de las pugnas de actores y sectores excluidos el proyecto democrático de inclusión de DSR de jóvenes encuentra grandes obstáculos. Los campos de MA y GIJ no compaginan con intereses de rentabilidad económica de los proyectos políticos predominantes (quizás efectivos socialmente) pero la efectividad pueda amenazar un orden social que sigue concediendo privilegio del poder masculino.</p> <p>Por lo tanto estos campos requieren contextos realmente democráticos</p>	<p>Etnografía Institucional</p> <p>Relaciones sociales de regulación</p>	<p>Articulación desde el nivel micro local al trans-local</p> <p>Matriz de análisis de "textos" fuentes primarias y secundarias</p>
<p>Identificar los "textos" emblemáticos de la coordinación y regulación de las prácticas discursivas</p>	<p>¿Cuáles son los textos que comúnmente circulan en el marco de la función de formación médica en materia de DSR de adolescentes?</p>	<p>A causa de un exceso de burocratización y teatralización de esta función institucional de formación médica, el ejercicio de identificación será dispendioso. Pues de acuerdo a la opinión de</p>	<p>Etnografía Institucional</p> <p>Procesos operativos de funcionamiento específico de la formación médica en</p>	<p>Micro y Meso</p> <p>Matriz de análisis de "textos" fuentes primarias y secundarias</p>

⁷⁷ Guías de Entrevistas, Grupos Focales y de análisis de Fuentes Primarias

y códigos ideológicos en materia de los DSR de adolescentes.	¿Cuáles prácticas discursivas y códigos ideológicos en torno a DSR de adolescentes comparten? ¿Es posible identificar en ellos unas construcciones sociales sobre género, sexualidad, DSR y adolescentes y jóvenes que escenifican quienes cumplen actividades rutinarias de la formación médica, reflejando una mirada y acción médica característica?	Smith, esta es una estrategia efectiva de alienación. Se hará un análisis a textos que ha de diligenciar quienes como la investigadora de este estudio mientras ejerce su tarea cotidiana de docencia en el campo de la salud integral adolescente: estos son los formatos de histórica clínica y los “sílabos” de los cursos	temas de SSR y DSR adolescente	
Reconocer las prácticas discursivas y códigos ideológicos sobre DSR de adolescentes que predominaron a lo largo del periodo de renovación curricular.	¿Cuáles son construcciones sociales sobre género, DSR y adolescentes que caracterizan la mirada y acción médica? ¿Cómo se fueron transformando las PD en los procesos de F e I? ¿Qué referentes, fuentes y recursos fueron introducidos para respaldar el cambio de CS? ¿Cómo se fueron transformando las CS y PD en los procesos de F e I? ¿Qué nuevos referentes, fuentes y recursos fueron introducidos para respaldar el cambio de PD? ¿Cuáles son las prácticas discursivas que convergen en los campos médicos que tienen relación con los DSR y la SSR de adolescentes? ¿Qué similitud tienen las posturas y enfoques que despliegan quienes coordinan y operan las actividades de formación médica en estos núcleos temáticos con los que dieron origen a los campos de Medicina de Adolescentes (MA)? ¿Cuáles actividades rutinarias cambiaron? ¿Qué cambios reportan estos actores? ¿Cuáles fueron las razones esgrimidas para impulsar esos cambios? ¿Hay congruencia entre los cambios surgidos a partir de la renovación curricular con intereses, propósitos, expectativas, enfoques y prácticas discursivas en relación a los DSR y SSR de adolescentes en la institución? ¿Qué obstáculos dificultan la puesta en marcha de los cambios propuestos? ¿Surgieron cambios que no fueron anticipados?	El enfoque de género en el campo médico continúa marginado y se asume generalmente como una variable más de esos “factores sociales” dependientes de la biología y fisiopatología No adquiere un nivel preponderante como categoría de análisis de la configuración de la institución médica y el modelo de ejercicio profesional médico preponderantes en LAC y Colombia. La cultura hegemónica masculina prevalece en el campo médico con pocos cambios respecto a la de la época histórica de constitución de los campos médicos para intervenir y regular la SSR de adolescentes Las construcciones teóricas derivadas de enfoques de las Ciencias Sociales, y teorías feministas y de género no se consideran saberes necesarios en la formación médica Los enfoques que dieron origen a los dos campos médicos que miran la SSR de adolescentes a comienzos del siglo XX prevalecen en los contextos actuales de formación médica. Las especializaciones médicas que abarcan los asuntos de la SSR, DSR y salud integral de adolescentes en países en vías de desarrollo (periféricos) distan del nivel de desarrollo académico y político que éstas alcanzaron en sus países de origen (norte o desarrollados) La exclusión de estos conocimientos en la formación médica ayuda a la persistencia de enfoques moralistas y tradicionales que reproducen barreras culturales e ideológicas para superar el tabú con que profesionales de la medicina hablan de estos asuntos sexualidades con adolescentes	Etnografía Institucional Teoría feminista Punto de vista	Micro-Meso Matriz de análisis de “textos” fuentes primarias y secundarias
Levantar un mapa social que muestre el orden de la configuración de discursos y códigos ideológicos de los DSR de adolescentes	¿Cuáles son las prácticas discursivas que convergen en la función de formación médica relacionadas con campos médicos que tienen relación con los DSR y la SSR de adolescentes?	Quienes han sido excluidos del poder social y político en la institución médica encuentran una oportunidad de hacer parte del modelo médico hegemónico.	Perfiles de actores que realizan la tarea cotidiana de formación médica en relación a campos médicos	Micro (núcleo temático, área y departamentos) Primarias (Entrevistas y Grupos focales) (documentos de programas de currículos del nivel

<p>que regulan la orientación hacia la medicalización en procesos de formación médica</p>	<p>¿Qué similitud tienen las posturas y enfoques que despliegan quienes coordinan y operan las actividades de formación médica en estos núcleos temáticos con los que dieron origen al campo de Medicina de Adolescentes (MA) y Ginecología <i>Intanto-Juvenil</i> (GIJ)?</p> <p>¿Hay otros escenarios y funciones institucionales con características estandarizadas?</p> <p>¿Dónde se ubican en el orden institucional quienes realizan actividades rutinarias de formación médica en estas temáticas?</p> <p>¿Hay congruencia entre los cambios surgidos a partir de la renovación curricular con intereses, propósitos, expectativas, enfoques y prácticas discursivas en relación a los DSR y SSR de adolescentes en los distintos escenarios y procesos de función de formación médica en esta institución?</p>	<p>Su lugar se conserva mientras mantengan prácticas discursivas defensoras de los enfoques tradicionales que dieron origen a los dos campos médicos que miran la SSR de adolescentes a comienzos del siglo XX se les conceden un lugar prevalecen en los contextos actuales de formación médica.</p> <p>Las especializaciones médicas que abarcan los asuntos de la SSR, DSR y salud integral de adolescentes en países en vías de desarrollo (periféricos) distan del nivel de desarrollo académico y político que éstas alcanzaron en sus países de origen (norte o desarrollados)</p> <p>La exclusión de estos conocimientos en la formación médica ayuda a la persistencia de enfoques moralistas y tradicionales que reproducen barreras culturales e ideológicas para superar el tabú con que profesionales de la medicina hablan de estos asuntos sexualidades con adolescentes</p>	<p>de MA, GIJ y temáticas de SSR y DSR adolescente</p> <p>Lugar de los DSR de adolescentes en el discurso médico en la función de formación médica en pregrado</p> <p>Enfoques Biológico, Higienista, preventivista, tradicional, moralista, Liberal, progresista, humanista, laico:</p> <p>Textos emblemáticos</p> <p>Rutinas</p>	<p>micro de núcleos temáticos de sexualidad, adolescencia y SSR (Syllabus) y meso de áreas de fundamentación, Pediatría y Puericultura y Ginecología y Obstetricia y macro de la facultad: cartillas, autoevaluación)</p> <p>Secundarias:</p> <p>Publicaciones y artículos sobre el proceso de RC</p> <p>Guías de E, GF y análisis de FP</p> <p>Matriz de análisis de textos y fuentes secundarias</p>
---	---	---	--	--

Anexo B: Acta de aprobación del Comité de Bioética del Instituto de Investigación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

	ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	FACULTAD DE MEDICINA
		CÓDIGO BE-IIM
		VERSIÓN 01

Acta de aprobación No. 005

Nombre del proyecto: Análisis sociopolítico de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) adolescentes en el plan curricular del pregrado de Medicina en la Universidad de Antioquia: 1994-2013

Investigadora Principal: **Olga Lucia Restrepo Espinosa**

Versión No. 1


Enmienda revisada: No aplica

Fecha de aprobación: **4 de Abril de 2013**

El comité de ética del Instituto de investigaciones médicas se constituyó mediante resolución del Consejo de Facultad de fecha 30 de mayo 2008, acta 177 y está regido por los principios éticos vigentes en la Resolución 003480 del 4 de octubre de 1993, la Declaración de Helsinki de 2008, la Asamblea Médica mundial y el Departamento de Salud y servicios humanos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica Resolución 2378 del 2008. En ellos se delinear las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos.

El Instituto de Investigaciones médicas certifica que:


1. Se revisaron los siguientes documentos en el presente proyecto:
 - a. Resumen del proyecto (NO)
 - b. Protocolo de investigación (SI)
 - c. Formato de recolección de datos (SI)
 - d. Formato de consentimiento informado (SI)
 - e. Manual del investigador (NO)
 - f. Evaluaciones de otros comités de ética (NO)
2. El proyecto fue aprobado por los siguientes miembros: Dra. Elsa María Villegas Múnera, Dra. Luz Marina Restrepo Múnera, Dra. María Eulalia Tamayo, Dr José Antonio García P., Dr. Gabriel Jaime Montoya Montoya, Bioestadístico Daniel Camilo Aguirre, Dr. Julio Cesar Bueno, Dra. Sonia del Pilar Agudelo y Sra. Claudia Isabel Calderón, representante de la Comunidad.

	ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	FACULTAD DE MEDICINA	
		CÓDIGO	BE-IIM
		VERSIÓN	01

3. El comité considera que el proyecto no contiene tensiones éticas que vulnere los derechos y el bienestar de los participantes. El riesgo involucrado en el estudio es:
 - a) Sin riesgo ()
 - b) Riesgo mínimo (X)
 - c) Riesgo mayor que el mínimo ()
4. El comité considera que tanto la forma de obtención del consentimiento cuando aplica como las medidas tomadas para proteger el bienestar y los derechos de los participantes son adecuadas. No aplica
5. El comité se reserva el derecho de hacer nuevas revisiones del proyecto a solicitud de alguno o algunos de sus miembros o de las directivas institucionales con el fin de revisar lo relacionado con el bienestar y los derechos de los participantes en la investigación.
6. El comité deberá informar a las directivas institucionales correspondientes cualquier evento tocante con faltas de cumplimiento de las obligaciones del investigador en el desarrollo del proyecto, de las solicitudes del comité o suspensiones del proyecto por razones de tipo ético.
7. Se informara a la dirección del Instituto de Investigaciones sobre situaciones como: 1) efectos dañinos que se ocasionen a los participantes de esta investigación; 2) situaciones que signifiquen riesgos para los participantes o para personas independientes; 3) cambios ocurridos en el proyecto que fueran aprobados por el comité; y 4) situaciones distintas que de alguna manera puedan influenciar negativamente el buen desarrollo de la investigación.
8. La aprobación de este proyecto tendrá una duración de un año a partir de la fecha de aprobación; si se debe continuar por más tiempo, deberá someterse a aprobaciones anuales hasta la finalización del mismo. El investigador deberá anexar la documentación pertinente para cada nueva revisión del proyecto por parte del comité.

El investigador deberá informar al comité y al Instituto sobre los siguientes eventos:

- a. Cambios que se realicen en el proyecto, los cuales deberán ser aprobados en una nueva sesión del comité.
- b. Situaciones imprevistas que puedan implicar riesgos para los participantes.
- c. Efectos adversos que ocurran en los participantes, en las 24 horas siguientes a su ocurrencia.
- d. Alteraciones del rumbo de la investigación que alteren la adecuada proporción entre riesgos y beneficios.

	ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	FACULTAD DE MEDICINA	
		CÓDIGO	BE-IIM
		VERSIÓN	01

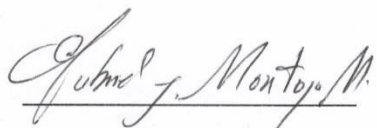
- e. Las decisiones tomadas por comités de ética de otras instituciones que participen en el proyecto.
- f. Los informes parciales, finales o de suspensión temporal o permanente del proyecto, con las debidas razones que los justifiquen.

El investigador deberá presentar informes parciales del estudio cada (6) meses.

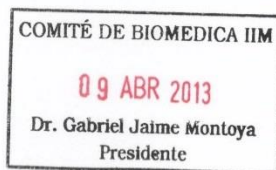
En este proyecto no se encontraron conflictos de interés por parte de los investigadores.

Sugerencias y comentarios: El investigador se acogió a las recomendaciones del evaluador.

Nota: Para efectos de la investigación sólo podrá utilizarse el Consentimiento Informado avalado, con el sello del Comité de Bioética.



GABRIEL JAIME MONTOYA MONTOYA
 Presidente
 Comité de Bioética



Anexo C: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cordial saludo,

Como parte de la tesis doctoral sobre los “Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes en la formulación e implementación de la reforma curricular del programa de pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia entre 1997-2013” que viene realizando Olga Lucía Restrepo Espinosa, se solicita atentamente su consentimiento para participar a través de grupos focales y/o entrevistas en esta investigación.

Olga Restrepo, pediatra, especialista en medicina de adolescente y adulto joven, y trabaja actualmente como profesora del departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia, cuenta con un equipo para esta investigación. La directora de la investigación, Carolina Morales B, profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia, el asistente de investigación Juan Guillermo Arias Taborda estudiante de maestría en estudios políticos latino americanos de la Universidad Nacional.

Su participación en esta investigación es muy importante pues se busca, en primer lugar, aportar a la solución de las problemáticas sobre la salud y sexualidad de adolescentes y de jóvenes en Antioquia, a partir de distintos puntos de vista. En segundo lugar se pretende conocer la opinión de los médicos sobre asuntos como las altas tasas de embarazo adolescente, la violencia y abuso sexual, las infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH/SIDA), y sobre la formación dentro de las facultades de medicina en temas afines. En tercer lugar, dado que la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia es la única del país que comenzó a formar médicos con competencia para atender necesidades específicas de los adolescentes, es muy importante entender por qué y cómo se ha realizado esta labor. Por otro lado, se conoce la experiencia de países desarrollados que cuentan con programas de especialización en Medicina de Adolescentes y Adulto Joven y en Ginecología *infanto juvenil* que muestran resultados exitosos en la prevención de estas problemáticas. En Colombia no se cuenta con estos desarrollos y la acción médica muchas veces deja de lado los avances en materia de derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Todo esto hace necesario profundizar sobre el origen y desarrollo del plan curricular de pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia y específicamente en sus avances y dificultades sobre la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes. Finalmente, es importante entender los desarrollos de las especializaciones en medicina adolescente y Ginecología *infanto juvenil* en contraste con la experiencia de otros países del continente.

Se invitara a participar a directivas, expertos y asesores, docentes, investigadores, y empleados de la Universidad de Antioquia, a padres de familia y estudiantes que vivieron los procesos de formulación e implementación del currículo. Nos interesa profundizar sobre la actividad docente en las unidades académicas y escenarios de práctica relacionados con Sexualidad I (tercer semestre), Adolescentes I y II (6 y 7 semestre) y Adultez: SSR (10 semestre).

Si usted consiente tomar parte en la investigación con gusto se responde con antelación a todas sus inquietudes sobre la investigación, los riesgos y beneficios, y cualquier duda que se considere por parte de usted.

La información que suministre(n) es muy valiosa para la investigación pues no solo se conocerá más acerca de cómo se puede mejorar el proceso de formación médica en torno a la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, sino también sobre las fallas y aspectos poco debatidos sobre el tema en la Universidad de Antioquia.

El propósito de este consentimiento es darle (s) toda la información que usted(es) necesita(n) para decidir si quiere(n) o no ser parte de esta investigación. Usted(es) puede(n) hacer preguntas acerca del propósito de la investigación, los posibles riesgos y beneficios, y cualquier cosa que no considere(n) clara.

La razón para invitar (les) a participar en el estudio es porque usted(es) participaron o están participando en los procesos de formulación o implementación o en las cátedras o programas mencionados. En ese sentido, la información que suministre(n), es muy valiosa para la investigación y servirá para conocer más de cerca cómo está siendo y cómo puede mejorar el proceso de formación médica en torno a la SSR y DSR de la población adolescente.

Procedimientos Relacionados con el Estudio

Si acepta(n) participar en esta investigación, le(s) invitamos a participar en grupo focal o en

entrevista que tendrá una duración de una o dos horas. En caso de que sus opiniones y aportes requieran ser discutidos en mayor profundidad se acordará con usted una entrevista personal, que tendrá una duración entre 60 y 90 minutos. Durante los grupos focales y la entrevista le preguntaremos acerca de su opinión personal y la forma como cree que se logró la incorporación y cómo se manejó y se maneja en la actualidad los asuntos alrededor de la sexualidad, la SSR y los DSR de adolescentes y jóvenes en el nuevo plan curricular. Igualmente se hablará acerca de su opinión sobre quienes jugaron papeles importantes en estos asuntos para lograr estos cambios y qué cosas dificultaron que esos temas fueran incorporados. La participación en este estudio es completamente voluntaria y usted(es) puede(n) libremente decidir responder o no las preguntas. Así como dar por terminada las sesiones en cualquier momento.

Si usted está de acuerdo en participar, se concertará con usted(es) el horario y el lugar para el grupo focal y la entrevista que sean convenientes para usted(es).

Como parte del estudio es necesario grabar en audio (grabadora) los grupos focales y la entrevista para facilitar el proceso de análisis y escritura de lo dicho por usted(es). Su(s) nombre(s) no será(n) mencionado(s) y la información que entreguen se maneja de manera confidencial en los documentos. Las publicaciones o discusiones públicas acerca de los resultados de esta investigación no contendrán ninguna información que permitan la identificación de las personas que participaron. Las cintas grabadas y todas las grabaciones del equipo de investigación serán colocadas en archivos cerrados y en un computador protegido con una clave, y sólo estarán disponibles para el equipo investigador. Igualmente las transcripciones de los contenidos de grupos focales y entrevistas las hace la investigadora y estarán disponibles para su revisión y aprobación de lo transcrito. De nuevo se aclara que puede(n) decidir no participar en el estudio sin ningún prejuicio posterior.

Riesgos:

Dado el carácter íntimo de los temas que en este estudio se quieren indagar es posible que las personas se pueden sentir atemorizadas o incómodas al responder algunas preguntas acerca de sus percepciones sobre la dinámica que surgió para incorporar en la formulación e implementación del nuevo plan curricular los temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes. En particular, si para usted (es) es molesto hablar de aborto, anticoncepción, violencia sexual, homosexualidad o identidades y orientaciones sexuales diversas esto serán asuntos que requieren ser manejados con total respeto y confidencialidad.

Beneficios: No habrá beneficios directos para las personas que participarán en el estudio. No se recibirá ningún pago por participar en los grupos focales o en las entrevistas. Las opiniones e información que nos suministrará serán utilizadas para proponer mejoras al proceso de formación médica y a futuro a quienes formulan políticas para mejoras en los servicios de atención y los programas de prevención de la SSR adolescente así como en la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Información adicional: Toda la información que nos suministre(n) será estrictamente confidencial. No será divulgada, sino analizada como parte de la investigación y solamente se utilizará en informes técnicos o publicaciones académicas, donde nunca su identificación será mencionada. Los datos serán guardados de una forma segura. Para toda la información que usted(es) nos suministre (n), se utilizará un sistema especial de codificación para el análisis, *no* se usará ninguna identificación personal.

Si acepta (n) participar en el presente estudio el consentimiento informado será mantenido separado de los datos recolectados durante los grupos focales y la entrevista, y estos datos no podrán ser asociados de ninguna manera.

Toda la información que usted nos suministre será confidencial.

Nombre del investigador/a Firma Fecha

Declaración de aceptación a participar

El equipo de investigación descrito antes me ha explicado y Yo voluntariamente he decidido participar en el estudio. He tenido oportunidad de realizar preguntas, y entiendo que los investigadores me responderán las inquietudes que tenga acerca de la investigación.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomó en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente

Nombre de la Participante Firma Fecha

TESTIGO/A

Nombre del testigo/a

Firma

Fecha

TESTIGO/A

Nombre del testigo/a

Firma

Fecha

Usted podrá contar con una copia de este consentimiento tan pronto lo firme. Si usted tiene más preguntas o quiere saber acerca de sus derechos como participante de esta investigación, por favor contácteme:

Olga Lucía Restrepo Espinosa

Estudiante de la primera cohorte del doctorado en Ciencias Sociales de la FCSH, Universidad de Antioquia

Profesora unidad adolescentes

Departamento de Pediatría y Puericultura

Investigadora Principal

Email: olucres23@gmail.com; olucres23@hotmail.com

Teléfono celular: 3155736179

Anexo D: Perfil de personas entrevistadas

Orden fecha	Perfil: Género, Disciplinas y Profesión	Cargo (s) y rol (es) desempeñados durante el período de estudio: 1997-2013 ⁷⁸	Fecha (s) y lugar de entrevista
1	Hombre. Oftalmología	Jefe Oficina de Educación Médica (2011-2013)	25 de abril 2013 oficina Facultad de Medicina
2	Mujer. Pedagogía	Integrante del grupo de pedagogía (2010-2013)	24 de abril 2013 oficina Facultad de Medicina
3	Hombre. Psiquiatría y Epidemiología	Vicedecano (2011-2014). Actualmente decano desde 2014.	7 de mayo 2013 oficina Facultad de Medicina
4	Hombre. Medicina Preventiva	Integrante del Comité Curricular (1999-2001) Vicedecano (2006-2009) Jefe Medicina Preventiva (2011-2013)	Agosto 22, 2013 oficina Facultad de Medicina
5	Mujer. Medicina Física y Rehabilitación y Educación Médica	Líder y facilitadora del cambio, (1997-2001) Dirigente del Comité Curricular (1999-2001)	Agosto 30, 2013 SIU
6	Hombre. Bioingeniería Médica	Integrante del Comité Curricular en representación de egresado; (2001-2013)	Septiembre, 6, 2013 Parque de la Vida
7	Hombre. Pediatría y Puericultura	Líder y asesor del Comité Curricular (1997- 2002). Candidato a la decanatura derrocado en 2002.	Septiembre 9, 2013, 5 piso HISVF
8	Hombre. Ginecología y Obstetricia y Epidemiología	Profesor líder en proceso de formulación (1997-2000) Coordinador de área de SSR(2000-2010) jefe de departamento (2010-2013)	Septiembre 9, 2013, oficina Nacer
9	Hombre. Ginecología y Obstetricia	Vicedecano y miembro del Comité Curricular (1997-2002), Decano en implementación (2002-2006)	Septiembre 9, 2013, oficina HSVF
10	Mujer. <i>Ginecología Infante Juvenil</i>	Profesora de unidad de adolescentes (2005-2008), Coordinadora área de sexualidad (2008-2013)	Septiembre 9, 2013 oficina Facultad de Medicina
11	Mujer. Fisiología y Ciencias Básicas	Líder y facilitadora del cambio (1997-2001) Vicedecana directora del Comité de Currículo (1999-2000). Se retiró en 2002	Septiembre 12, 2013 Biblioteca Fundación Universitaria San Martín
12	Mujer. Ginecología y Obstetricia y Sexología	Profesora feminista, líder de SSR durante formulación (1999- 2005)	Septiembre 12, 2013 casa de investigadora
13	Hombre. Dermatología	Decano fase formulación (1994-2002), Rector implementación (2002-2015)	Octubre 8, 2013 oficina U de A
14	Mujer. Medicina Preventiva y Bioética	Líder, integrante del Comité de Currículo (1999-2003) Vicedecana (2005-2006)	Octubre 11, 2013 oficina Facultad de Medicina
15	Mujer. Medicina Preventiva	Profesora de Salud y Sociedad coequipera de curso de Cuidado Integral Adolescente en semestre sexto. (2000-2013)	Octubre, 15, 2013 Facultad de Medicina
16	Hombre. Pediatría y Puericultura y Hemato-Oncología Pediátrica	Líder profesoral (1997-2002).	Octubre 28, 2013 casa de la investigadora
17	Hombre. Cirugía de Trasplantes	Líder, ideólogo y Rector (1994-2002)	Noviembre 30, 2013 Café Juan Valdés, CC San Fernando Plaza
18	Hombre. Ginecología y Obstetricia	Docente líder de oposición (1997-2008)	Diciembre 5 (casa de la investigadora) y 12 (consultorio particular), 2013
19	Hombre. Ginecología y Obstetricia	Docente líder de oposición (1997-2008)	Diciembre 13, 2013 su casa
20	Hombre. Pediatría y Medicina de Adolescentes	Docente líder de unidad de adolescentes (1999-2008)	Diciembre 18, 2013, Hospital RUU Envigado
21	Hombre. Neurología Infantil y Epidemiología	Líder de oposición (1999-2013)	Diciembre 18, 2013, casa de investigadora
22	Hombre. Pedagogía	Asesor del Comité Curricular (1997-2002)	Julio 3, 2014, su casa
GRUPO FOCAL			
23	Mujer, estudiante de posgrado en Pediatría y Puericultura. Segundo año	Estudiante de promoción que inicia la puesta en marcha del nuevo currículo. Cohorte 2006	Octubre 12, 2013 en salón quinto piso de HISVF
24	Mujer, estudiante de posgrado en Pediatría y Puericultura. Segundo año.	Estudiante de promoción que inicia la puesta en marcha del nuevo currículo. Cohorte 2006	
25	Mujer, estudiante de posgrado en Pediatría y Puericultura. Tercer año.	Cohorte 2009.	
26	Mujer, estudiante de posgrado en Pediatría y Puericultura. Tercer año	Cohorte 2010	
27	Mujer, estudiante de posgrado en Pediatría y Puericultura. Primer año	Cohorte 2011	
28	Mujer, estudiante de posgrado en Pediatría y Puericultura. Primer año.	Cohorte 2012	

⁷⁸ Se aclara que las fechas no representan el período total del cargo desempeñado, sino de los años dentro del marco del período analizado en que ocupó el cargo o el rol que se especifica.

Anexo E: Guía para las entrevistas y grupos focales

Previa lectura, aclaración, aprobación y firma de consentimiento informado.

Se inicia la sesión con presentación general del estudio y sus propósitos para luego dar lugar a las preguntas provocadoras:

Proceso de FORMULACIÓN:

General:

Que Sabe(n) de la reforma curricular del programa de pregrado de medicina?

Participó (aron)?

Cómo participó (aron) rol, estudiante profe, directivo otro,

Me puede (n) indicar en qué fechas ocurrió este proceso? Cuando comenzó y cuando terminó?

Que estaba haciendo en esa época

Por qué cree usted que se necesitó una reforma?

Por qué no?

Qué papel jugó (aron) los directivos?

Los docentes, Los estudiantes, otros actores quiénes?

Hubo alguien más involucrado quien (es) que hizo (ieron) o que papel jugaron?

Por qué se hizo esta reforma? Qué razones condujeron a ella?

En qué cosas estuvo (ieron) de acuerdo y en cuáles no?

Cree que este proceso de cambio tiene relación con otros procesos en la ciudad? En este caso con cuáles? En el país? En la región latino americana? En el mundo? En este caso con cuáles?

Para usted (es) quienes jugaron papeles protagónicos? Y por qué?

Para usted (es) quienes se opusieron? Y por qué?

Hubo diferentes posturas y enfoques? Cuáles predominaron? Por parte de quien

Sobre RS y Prácticas discursivas:

Qué es para usted? DSR, SSR, adolescentes

Nos puede contar qué ventajas de formación en ese campo para usted y que desventajas

Participó (aron) en estos temas? Como que rol

Que hacia

Por qué lo hizo (ieron)? O Por qué no?

Cómo participó (aron)

Qué papel jugó (aron)?

Por qué se trataron e incorporan estos temas y asuntos en esta reforma? Qué razones condujeron a ello?

En qué cosas estuvo (ieron) de acuerdo y en cuáles no?

Cree que este proceso de cambio e incorporación de estos temas tiene relación con otros procesos en la ciudad? Por ejemplo un cambio en la universidad de rector, de decano de presidente etc,

En el país? En la región latino americana? En el mundo? En este caso con cuáles?

Para usted (es) quienes jugaron papeles protagónicos? Y por qué?

Para usted (es) quienes decidieron no participar

Hubo jugaron como opositores? Y por qué?

Hubo aspectos alrededor de esto que considera (n) se quedaron por fuera?

Hubo actores o instituciones que se quedaron por fuera? Y por qué?

Hubo diferentes posturas y enfoques? Cuáles predominaron?

Está (n) a gusto con el resultado? Si no por qué?

Conoce (n) de otras experiencias similares? En dónde? Que paso comente

Proceso de IMPLEMENTACIÓN:

General:

Sabe(n) de la reforma curricular del programa de pregrado de medicina?

Me puede (n) indicar en qué fechas ocurrió este proceso? Cuando comenzó?

Participó (aron)?

Cómo participó (aron)

Por qué lo hizo (ieron)? O Por qué no?

Qué papel jugó (aron)?

Por qué se hizo esta reforma? Qué razones condujeron a ella?

En qué cosas estuvo (ieron) de acuerdo y en cuáles no?

Cree que este proceso de cambio tiene relación con otros procesos en la ciudad? En el país? En la región latino americana? En el mundo? En este caso con cuáles?

Para usted (es) quienes jugaron y están jugando papeles protagónicos? Y por qué?

Para usted (es) quienes jugaron o juegan como opositores? Y por qué?

Hubo diferentes posturas y enfoques? Cuáles predominaron? Eso se mantiene igual o ha habido cambios con los propuestos y acordados?

DSR, SSR, adolescentes

Participó (aron) en estos temas?

Cómo participó (aron)

Por qué lo hizo (ieron)? O Por qué no?

Qué papel jugó (aron)?

Por qué se trataron e incorporan estos temas y asuntos en esta reforma? Qué razones condujeron a ello?

En qué cosas estuvo (ieron) de acuerdo y en cuáles no?

Cree que este proceso de cambio e incorporación de estos temas tiene relación con otros procesos en la ciudad? En el país? En la región latino americana? En el mundo? En este caso con cuáles?

Para usted (es) quienes jugaron papeles protagónicos? Y por qué?

Para usted (es) quienes jugaron como opositores? Y por qué?

Hubo aspectos alrededor de esto que considera (n) se quedaron por fuera?

Hubo actores o instituciones que se quedaron por fuera? Y por qué?

Hubo diferentes posturas y enfoques? Cuáles predominaron?

Está (n) a gusto con el resultado? Si no por qué?

Cómo se incorporaron estos temas en el nuevo currículo?

En donde se tratan y abordan?

Conoce (n) de otras experiencias similares? En dónde?

Anexo F: Matriz de vaciado de información y análisis de fuentes secundarias

GLOBAL Jóvenes y Adolescentes DSR y SSR Formación médica (a la luz del contexto global de reformas educativas y de salud y los debates de género)	Título, año, ubicación y URL	Autores	Tipo de documento	Donde fue escrito y donde fue realizado	Objetivo y síntesis de documento	Conclusiones	Comentarios al documento relacionados con las preguntas de investigación
	Ontología A quienes se refiere Qué sujetos	Epistemología Desde qué corriente Qué postura Qué se dice y por qué se dice eso	Metodológico Cómo lo hacen Por qué lo hacen así y no de otra manera Cuál es el aporte desde las Ciencias Sociales	Político Que se busca con qué intencionalidad Para qué Para quienes	Práctico Quienes están involucrados Quienes participan Cómo y por qué participan Qué intereses juegan n el tema	Actores Quienes y qué papel ejercen (resistencia, promotores, impulsores, liderazgo, etc)	Relaciones de regulación y dinámica sociopolítica En términos de las contradicciones, del respaldo, de las alianzas y conflictos entre actores y fuentes de poder político, económico, militar, Las hegemonías y la colonización del saber
LOCAL Reforma curricular Jóvenes y Adolescentes DSR y SSR Formación médica Prácticas discursivas Construcciones sociales (a la luz del contexto de reformas educativas y de salud y los debates de género)	Título, año, ubicación y URL	Autores	Tipo de documento	Donde fue escrito y donde fue realizado	Objetivo y síntesis de documento	Conclusiones	Comentarios al documento relacionados con las preguntas de investigación
	Ontología A quienes se refiere Qué sujetos	Epistemología Desde qué corriente Qué postura Qué se dice y por qué se dice eso	Metodológico Cómo lo hacen Por qué lo hacen así y no de otra manera Cuál es el aporte desde las Ciencias Sociales	Político Que se busca Con qué intencionalidad Para qué Para quienes	Práctico Quienes están involucrados Quienes participan Cómo y por qué participan Qué intereses juegan n el tema	Actores Quienes y qué papel ejercen (resistencia, promotores, impulsores, liderazgo, etc)	Relaciones de regulación y dinámica sociopolítica En términos de las contradicciones, del respaldo, de las alianzas y conflictos entre actores y fuentes de poder político, económico, militar, Las hegemonías y la colonización del saber

Anexo G: Matriz de vaciado de información y análisis de fuentes primarias

Fuente: Actor / tipo de documento Cargo Género Fecha y lugar	Perspectiva Punto de vista frente a la Reforma Educativa Salud	Perspectiva Punto de vista de vista globalización	Punto de vista Formulación Aplicación Renovación curricular	Punto de vista Género Sexualidad DSR Oportunidad de cambio y justificación de su incorporación	Punto de vista MA Salud Adolescente Oportunidad de cambio y justificación de su incorporación	Prácticas discursivas en relación con DSR Recurrentes Comunes Disímiles	<u>CONCLUSIONES</u>
ROL Alianza Oposición	Justificación de las reformas	Modelos de reforma a seguir	Actores claves Estrategias Conflictos Tensiones Desenlace	Actores claves Estrategias Conflictos Tensiones Desenlace	Actores claves Estrategias Conflictos Tensiones Desenlace	<u>CODIGOS</u> <u>IDEOLÓGICOS</u>	Comentarios relacionados con las preguntas de investigación
Eco Ámbito global, internacional y regional	Tipo de documento Título, año, ubicación y URL Actores/autores Posturas y perspectivas Síntesis Conclusiones						
Eco Ámbito institucional y local	Tipo de documento Título, año, ubicación y URL Actores/autores Posturas y perspectivas Síntesis Conclusiones						

Anexo H: Tabla de Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores del “Texto de Medicina Adolescente” (McAnarney, Kreipe, Orr y Comerci 1992).

<p>Texto de Medicina Adolescente (McAnarney et al. 1992) Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores</p>
<p>C 1: La historia de la Medicina Adolescente (Heald FP)</p> <p>BASES CIENTÍFICAS DE LA MEDICINA ADOLESCENTE</p> <p>SECCIÓN I</p> <p><u>PERFIL DEMOGRÁFICO</u></p> <p>C 2: Perfil de Estados Unidos (Brindis CD, Irwin CE Jr, Millstein SG)</p> <p>C 3: Perfil Internacional (Blum RW y Xiangdong M)</p> <p>SECCIÓN II</p> <p><u>ASPECTOS BIOLÓGICOS</u></p> <p>C 4: Regulación neuroendocrina de la pubertad (Kejter EO y Kijlin HE)</p> <p>C 5: Crecimiento y desarrollo somático normal de adolescente (Kreipe RE)</p> <p>C 6: Crecimiento y Nutrición (Forber GB)</p>
<p>C 7: Requerimientos nutricionales durante la adolescencia (Story M)</p> <p>SECCIÓN III</p> <p><u>ASPECTOS COMPORTAMENTALES</u></p> <p>C 8: Normalidad durante la adolescencia (Weiner IB)</p> <p>C 9: Desarrollo psicológico y social (Ingersoll GM)</p> <p>C 10: Neurociencia cognitiva y desarrollo adolescente (Watkins JM y Williams ME)</p> <p>C 11: Estructura y desarrollo de la personalidad (Svaric DM y Cloninger CR)</p> <p>SECCIÓN IV</p> <p><u>BIOLOGÍA Y COMPORTAMIENTO: INTERFACE</u></p> <p>C 12: Neurotransmisores, estrés y depresión (Altemus M, Black B y Gold PW)</p> <p>C 13: Hormonas y comportamiento (Susman EJ y Petersen AC)</p> <p>C 14: Estrés y sistema inmune (Snyder B)</p> <p>C 15: Modelos de primates del cambio comportamental y fisiológico en adolescencia (Sijomi SJ, Rasmussen KLR y Higley JD)</p> <p>C 16: Dolor en adolescencia (Anderson CTM, Fanurik D y Zeltzer LK)</p> <p>ENFOQUE CLINICO A ADOLESCENTES</p> <p>SECCIÓN V</p> <p><u>ESCENARIOS DE PRÁCTICA CLÍNICA</u></p> <p>C 17: Práctica en consultorio (Yancy WS)</p> <p>C 18: Escenarios no tradicionales (Jenkins RR y Anglin TM)</p> <p>C 19: Unidad de hospitalización de adolescencia general (McAnarney ER)</p> <p>SECCIÓN VI</p> <p><u>PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA</u></p> <p>C 20: Aspectos legales del cuidado (English A)</p> <p>C 21: Financiamiento del cuidado médico del adolescente (Sanders JM Jr y Flint SS)</p> <p>SECCIÓN VII</p> <p><u>APLICACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA</u></p> <p>C 22: Entrevista (Hodgam CH y Jack MS)</p>

- C 23: Cuidado médico que involucra a la familia (McDaniel SH, Seaburn DB y Campbell T)
C 24: vínculo y consulta (Simmons JQ III y Beck DC)
C 25: Cuidado del adolescente sano (Marks A)
C 26: Adherencia y cumplimiento (Jay MS y Durant RH)
C 27: Equipos interdisciplinarios (D´Angelo LJ y Silber TJ)

SECCIÓN VIII

JÓVENES CON NECESIDADES DE CUIDADO ESPECIAL

- C 28: Juventud y trans o multi culturalidad (Felice ME y Jenkins RR)
C 29: Jóvenes en el campo militar (Schydlower M y Imali WK)
C 30: Joven con enfermedad crónica (Blum RW y Geber G)
C 31: Joven con retraso mental (Rauh JL)
C 32: Jóvenes gais y lesbianas (Bidwell RJ y Deisher RW)
C 33: Jóvenes a riesgo (MacKenzie RG)
C 34: Jóvenes encarcelados (Brown RC)
C 35: Jóvenes en tránsito hacia el cuidado de salud adulta (Slap GB)

SECCIÓN IX

ASPECTOS DE PREVENCIÓN

- C 36: Promoción de la salud (Elster AB)
C 37: Prevención del uso de alcohol y otras drogas (Adger HJr)
C 38: Tabaquismo (Shisslak CM y Crago M)

CONDICIONES MÉDICAS

SECCIÓN X

DESORDENES DE LA PIEL, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y BOCA

- C 39: Desordenes de la piel (Vernon HK y Lane AT)
C 40: Desordenes de ojos, oídos, nariz y boca (Biro FM)
C 41: Condiciones orales (Adair SM)

SECCIÓN XI

CONDICIONES PULMONARES

- C 42: Maduración del sistema respiratorio en la pubertad y consideraciones relacionadas con el sistema respiratorio (Montgomery G y Eigen H)
C 43: Enfermedades del pulmón (Millard SL y Lemen RJ)
C 44: Condiciones ambientales, consumo de tabajo y condiciones ocupacionales (Lebowitz MD)

SECCIÓN XII

CONDICIONES CARDIOVASCULARES

- C 45: Un repaso general a la evaluación de la función cardiovascular (Clark EB)
 Examen cardiaco
 Estrategias para identificar enfermedad cardiovascular letal
C 46: Alteraciones de la conducción y ritmo cardiaco (Woodrow BJr)
C 47: Defectos cardiovasculares estructurales (Zahka KG)
C 48: Hipertensión arterial en adolescentes (Clark EB)
C 49: Factores de riesgos cardiovasculares y su prevención (Rocchini AP)
C 50: Aspectos cardiovasculares de enfermedad sistémica (Harris JP y Washington RL)

SECCIÓN XIII

CONDICIONES HEMATO-ONCOLÓGICAS

- C 51: Visión general del desarrollo hemato-oncológico (Seeler RA)
C 52: Desórdenes hematológicos

Desórdenes del eritrocito (Russo CL y Glader BE)
Desórdenes del leucocito polimorfonuclear (Boxer LA)
Desórdenes de la homeostasis (Corrigan JJ Jr)

C 53: Desórdenes oncológicos

Revisión general (Hutter JJ)
Leucemias aguda y crónica (Lampkin BC, DeLaat CY y George BA)
Neoplasia musculoesquelética (Rosen G y Mirra J)
Linfomas (McGuire WA)
Linfomas No-Hodkin (Bunin NJ)
Neoplasias cerebrales (Finlay JL y Walker R)
Tumores de células madre (Rogers PC)

C 54: Falla de médula ósea y trasplantes (Duerst RE)

SECCIÓN XIV

CONDICIONES ENDOCRINOLÓGICAS Y DE CRECIMIENTO

C 55: Condiciones endocrinológicas (Voorhess ML)
C 56: Desórdenes del crecimiento (Cohen P y Rosenfeld RG)
C 57: Retardo en el desarrollo puberal (Kulin HE y Reiter EO)
C 58: Pubertad Precoz (Hardin DS y Pescovits OH)
C 59: Diabetes Mellitus (Golden MP y Gray DL)
C 60: Condiciones nutricionales
Anorexia Nerviosa (Nussbaum MP)
Bulimia Nerviosa (Shenker IR y Bunnell DW)
Obesidad (Arden MR)
Hiperlipidemia (Jacobson MS)

Sección XV

CONDICIONES GASTROINTESTINALES

C 61: Enfermedad ácido péptica (Markowitz JF y Daum F)
C 62: Enfermedades del hígado y páncreas durante la adolescencia (Udall JN Jr)
C 63: Enfermedad Intestinal Inflamatoria (Markowitz JF y Daum F)
C 64: Constipación crónica (Brown MR)

SECCIÓN XVI

CONDICIONES RENALES Y UROLÓGICAS

C 65: Condiciones renales (Bergstein JM)
C 66: Condiciones urológicas (Rink RC, Keating MA y Adams MC)
C 67: Hipertensión (Gruskin AB y Darbaligh S)

SECCIÓN XVII

CONDICIONES REPRODUCTIVAS(Emans SJ)

C 68: Sexualidad normal (Grace E y Strasburger V)
C 69: Cuidado de salud reproductiva en el consultorio, métodos de tamizaje (Biro FM)
C 70: Condiciones del ciclo menstrual
Desarrollo del sistema reproductivo normal y amenorrea (Mansfield MJ)
Hemorragia Uterina Disfuncional (Wenning JB)
Dismenorrea (Wenning JB)
Síndrome premenstrual (Wenning JB)
C 71: Quistes y tumores del tracto genital (Wenning JB)
C 72: Dolor pélvico crónico (Wenning JB)

- C 73: Contracepción (Greydanus DE y Patel DR)
C 74: Embarazo Adolescente (Stevens-Simon C y McAnarney ER)
C 75: Síndromes por enfermedades de transmisión sexual (Shafer MA)
C 76: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y síndromes relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (Kipke MD y Hein K)
C 77: Desórdenes del tejido mamario (Beach RK)
C 78: Condiciones del sistema reproductivo del varón (Demetriou E)

SECCIÓN XVIII

CONDICIONES MUSCULO ESQUELÉTICAS

- C 79: Condiciones ortopédicas (DeRosa GP)
C 80: Lesiones deportivas y las osteocondrosis (Garrick JG)
C 81: Medicina del deporte (Pendergrast RA Jr y Strong WB)
C 82: Manejo de las lesiones deportivas comunes (Hergenroeder AC)

SECCIÓN XIX

CONDICIONES NEUROLÓGICAS

- C 83: Desórdenes convulsivos y epilepsia (Erba G y Ziegler RG)
C 84: Cefalea (Ziegler DK)
C 85: Síncope y mareo (Ziegler DK)
C 86: Trastornos del sueño (Satran R)
C 87: Condiciones inflamatorias que afectan el sistema nervioso central y periférico (Bale JF Jr)
C 88: Esclerosis Múltiple (Goodman AD)
C 89: Marcadores bioquímicos y moleculares (Hyser CL)

SECCIÓN XX

CONDICIONES REUMATOLÓGICAS

- C 90: Desórdenes colágeno vasculares (Siegel DM)

SECCIÓN XXI

CONDICIONES INFECCIOSAS

- C 91: Visión del desarrollo (Fulginti VA)
C 92: Aspectos inmunológicos de la adolescencia (Roberts RL y Stiehm LR)
C 93: Infecciones virales
 Sarampión, rubeola y otras exantemáticas (Radetsky M)
 Infecciones del virus de Epstein-Barr (Jones JF)
 Fatiga crónica (Buchwald D y Scott Smith M)
 Infecciones de Influenza (Breese Hall C)
C 94: Infecciones bacterianas
 Infección estafilocócica (síndrome del choque tóxico) (Todd JK)
 Infecciones por estreptococo (Pichichero ME)
 Infecciones por *Mycoplasma Pneumoniae* (McMillan JA y Weiner LB)
 Infecciones por *Haemophilus Influenza* (Caserta MT y Pichichero ME)
 Infección por *Bordetella Pertussis* y síndromes pertúsicos (Kays MA y Pichichero ME)
 Rickettsia *Rickettsii* (Fiebre manchada de la montaña rocosa) (Janal HK, Stutmana HR y Marks MI)
C 95: Infecciones por *Giardia Lamblia* (Duncan B)
C 96: Selección de agentes antimicrobianos (Powell KR)

SECCIÓN XXII

CONDICIONES DE EMERGENCIA

- C 97: Condiciones de emergencia en adolescentes (Ludwig S, Selbst SM y Lavelle J)

C 98: Abordaje del adolescente con síntomas psicológicos (Hodgman CH)

C 99: Evaluación psicológica de adolescentes (Lawlor RJ)

SECCIÓN XXIV

DESÓRDENES DEL ÁNIMO Y DEL AFECTO

C 100: Depresión: unipolar y bipolar (Ryan ND)

C 101: Suicidio y comportamientos suicidas (Shaffer D y Hicks R)

C 102: Miedos y fobias (Melamed BG)

C 103: Ansiedad relacionada con el colegio y condiciones asociadas (Koplewicz HS y Gallagher R)

C 104: Síndrome de estrés postraumático (Pynoos RS y Nader K)

C 105: Desórdenes obsesivo-compulsivo (Black B)

SECCIÓN XXV

ALTERACIONES DEL DESARROLLO, APRENDIZAJE Y DEL PENSAMIENTO

C 106: Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención (Anthony BJ y Phillips S)

C 107: Pobre desempeño escolar y dificultad del aprendizaje (Silver LB)

C 108: Desórdenes de conducta y delincuencia (Otnow-Lewis D)

C 109: Trastornos de la personalidad (Svrakic DM y Cloninger R)

C 110: Esquizofrenia (Szatmari P, Sandord M y Munroe-Blum H)

C 111: Uso y abuso de PSA (Schonberg SK)

SECCIÓN XXVI

CONDICIONES PSICOSOMÁTICAS

C 112: Somatización, conversión y desórdenes relacionados (Livingston R)

C 113: Condiciones de dolor psicogénico (McGrath PJ y Goodwin J)

SECCIÓN XXVII

CONDICIONES NO PSIQUIÁTRICAS CON IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

C 114: Adopción (Hofmann AD)

C 115: Divorcio (Kalter N)

C 116: Duelo y aflicción (Sahler OJZ)

C 117: Violencia (Prothrow-Stith D y Spivak HR)

C 118: Abuso físico y emocional (Richardson AC)

C 119: Abuso sexual (Hibbard RA)

C 120: Orientación sexual (Ehrhardt AA y Remien RH)

C 121: Enfermedad crónica y salud psicológica (Fritz GK)

C 122: Cuidado psicológico de adolescentes que están viviendo trasplantes (Stuber ML)

SECCIÓN XXVIII

ENFOQUES TERAPÉUTICOS

C 123: Terapia familiar (McDaniel SH y Landau-Stanton L)

C 124: Terapia conductiva (Bowen AM y Spirito A)

C 125: Tratamiento con drogas psicotrópicas (Cantwell Dp)

C 126: Perlas desde la experiencia clínica (Hodgman CH)

Anexo I: Tabla de Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores del libro “El Adolescente” (Dulanto Gutiérrez E 2000)

<p>Texto El Adolescente (Dulanto Gutiérrez E 2000) Contenido: sesiones, capítulos con respectivos autores</p> <p>SECCIÓN I PUBERTAD, CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO C 1: Mecanismos de control de la pubertad (Dulanto Gutiérrez E) C 2: Crecimiento y desarrollo en la pubertad (Dulanto Gutiérrez E) C 3: Ginecomastia pubescente (Dulanto Gutiérrez E) C 4: Fisiología del ciclo de la menstruación (Rubio Lotvin B) C 5: Trastornos de la menstruación (de la Parra I) C 6: Trastornos menstruales por entrenamiento físico excesivo (de la Parra I) C 7: Higiene de la menstruación (Coll A) C 8: Pubertad precoz (Esteves PE, Blanco A) C 9: Retraso de la pubertad (Esteves PE) C 10: Imagen corporal en el desarrollo psicosocial (Rodríguez Pérez E)</p> <p>SECCIÓN II NUTRICIÓN C 11: Alimentación (Dulanto Gutiérrez E) C 12: Riesgo nutricional (Sileo E) C 13: Anemia por deficiencia de hierro (Sileo E) C 14: Alimentación durante el embarazo (Dulanto Gutiérrez E) C 15: Aterosclerosis (Heller Rouassant S, Cárdenas Tirado HM) C 16: Obesidad (Dulanto Gutiérrez E) C 17: Hacer dieta ¿será la solución? (La cultura como un factor indispensable el origen de los trastornos de la alimentación) (Rodríguez Pérez E) C 18: Bulimia (Dulanto Gutiérrez E) C 19: Anorexia nerviosa (Silber TJ)</p> <p>SECCIÓN III ADOLESCENCIA C 20: La adolescencia como etapa existencial (Dulanto Gutiérrez E) C 21: Desarrollo psicosocial normal (Dulanto Gutiérrez E) C 22: Desarrollo de la identidad (Amara Pace J) C 23: Desarrollo psicosexual (Isafas López M) C 24: Desarrollo de la personalidad (Rodríguez Pérez E) C 25: Desarrollo intelectual (Mariela Marino M) C 26: Desarrollo de la conciencia desde el enfoque de la psicología transpersonal (González Garza AM) C 27: Desarrollo afectivo (Dulanto Gutiérrez E) C 28: El adolescente y sus pares (Martínez Sánchez JL) C 29: Psicogénesis de los valores morales (Lafarga J)</p>

C 30: Mitos acerca de la adolescencia (Silber TJ)

SECCIÓN IV

ADOLESCENCIA Y FAMILIA

C 31: Familia y adolescencia (Dulanto Gutiérrez E)

C 32: Familia cambiante. Naturaleza, pluralidad y prospectiva del fenómeno familiar (Leñero Otero L)

C 33: Sugerencias para lograr una buena formación de valores familiares durante la adolescencia (Dulanto Gutiérrez E)

C 34: Los hijos ante el divorcio de los padres. Conflictos y alternativas de solución (Gómez Fonseca ME)

C 35: El niño y el joven sin familia y sin sociedad propia (Consideraciones sociológicas sobre niños y jóvenes de la calle y perspectivas de intervención social) (Leñero Otero L)

C 36: Psicoterapia familiar y el adolescente (Experiencia con familias inmigrantes en Canadá) (Chagoya Beltrán L)

SECCIÓN V

ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD

C 37: La juventud como fenómeno juvenil (Pistas teóricas para comprender el periodo juvenil en Perú) (Cortázar V JC)

C 38: Fenómeno juvenil en situación crítica (Problemática de la juventud en México) (Leñera Otero L)

C 39: Subculturas adolescentes en América Latina (Salazar Rojas D)

C 40: Situación socioeconómica y expectativas generacionales de adolescentes y jóvenes ecuatorianos (Guijarro S, Barreto D et al)

C 41: El adolescente posmoderno (Narváez R)

C 42: La inserción laboral de los jóvenes (Salazar Rojas D)

C 43: Principios éticos en la atención del adolescente (Córdoba Palacio R)

C 44: Adolescencia, ética y autonomía (Fernández Mouján O)

C 45: Ética en la relación médico-paciente (Silber TJ)

SECCIÓN VI

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

C 46: Algunos conceptos acerca de la sexualidad humana (Córdoba Palacio R)

C 47: Estudio de la sexualidad en México: una búsqueda necesaria para abordar problemas de salud reproductiva

C 48: Cambios y permanencias en los significados de la sexualidad femenina. Una visión trigeracional (Rivas Zivy M)

C 49: Sexualidad juvenil (Relato etnográfico de una comunidad rural) (Rodríguez G)

C 50: Problemática sexual de la época actual (Lutz E)

C 51: Sexualidad y educación (Gomensoro A)

C 52: Desarrollo psicosexual adolescente en la posmodernidad (Fernández Mouján F)

C 53: Factores que modelan la iniciación sexual (Dulanto Gutiérrez E)

C 54: Orientación sexual (Steves PE)

C 55: Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia (Una aproximación conceptual y bioética) (Cerruti Basso E)

SECCIÓN VII

GINECOLOGÍA

C 56: Semiología ginecológica de adolescentes (Pellegrino J, Méndez Ribas JM)

C 57: Trastornos del ciclo menstrual en la pubertad (Méndez Ribas JM)

C 58: Amenorrea secundaria grave (Méndez Ribas JM)

C 59: Algomenorrea (Méndez Ribas JM)

C 60: Síndrome de tensión premenstrual (Méndez Ribas JM)

C 61: Hirsutismo (Méndez Ribas JM)

C 62: Tumores más frecuentes del aparato reproductor femenino (Méndez Ribas JM)

C 63: Malformaciones genitales (Méndez Ribas JM, Gómez Vaccaro L)

C 64: Enfermedades de mama (Méndez Ribas JM)

C 65: Infecciones vitales genitales en adolescentes con actividad sexual (Méndez Ribas JM, Wittis S D)

C 66: Enfermedad inflamatoria pélvica (Méndez Ribas JM)

- C 67: Amenorrea por trastornos de la conducta alimentaria (Frega V, Ukaski M et al)
C 68: Métodos auxiliares de diagnóstico (Estudios de imágenes y laboratorio) (Coll A)
C 69: Ser mujer adolescente (Rubarth GH)

SECCIÓN VIII

EMBARAZO

- C 70: Embarazo (Dulanto Gutiérrez E)
C 71: Diagnóstico del embarazo (Coll A, Dulanto Gutiérrez E)
C 72: Consecuencias psicosociales del embarazo en adolescentes solteras (Dulanto Gutiérrez E)
C 73: Atención a la adolescente embarazada (Coll A, Dulanto Gutiérrez E)
C 74: El parto (Coll A)
C 75: El vínculo madre-hijo (de Castellarín CMM)
C 76: Infecciones más frecuentes durante el embarazo y el puerperio (Coll A)
C 77: Embarazo y farmacodependencia (Dulanto Gutiérrez E)
C 78: Aborto (Silber TJ)
C 79: Aborto inducido ¿Quién decide? (Consideraciones éticas) (Lafarga J)
C 80: Anticoncepción (Méndez Ribas JM, Siemazsko K)
C 81: Salud reproductiva (Coll A)
C 82: Los varones ante la planificación familiar (Leñero Otero L)
C 83: Anticoncepción como solicitud de ayuda (de Trumper EC, Tropp A)
C 84: La maternidad y ser madre (Rubarth GH)
C 85: Factores psicológicos de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y aborto (Chagoya Beltrán L)
C 86: De la adolescente embarazada a la salud reproductiva del adolescente (Experiencia chilena) (Mijlina Cartes R, González E)
Capítulo 87: La salud de los adolescentes: un pilar de la salud reproductiva (Pérez Palacios G, Beltrán Aguirre F)

SECCIÓN IX

PRÁCTICA MÉDICA EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

- C 88: Situación social de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica (Maddaleno M, Suárez Ojeda EN)
C 89: Adolescencia, cultura y salud (Salazar Rojas D)
C 90: Un modelo conceptual de salud del adolescente (Blum RW)
C 91: Interdisciplina en los equipos de salud (Korín D)
C 92: Comportamientos de riesgo durante la adolescencia (Dulanto Gutiérrez E, Girard GA)
C 93: Entrevista clínica (Dulanto Gutiérrez E, Girard GA)
C 94: Historia clínica (Dulanto Gutiérrez E, Maddaleno M)
C 95: Intervención médica en procesos de crisis (Dulanto Gutiérrez E, Maddaleno M)
C 96: Valoración de la dinámica familiar en el consultorio médico (Rodríguez Pérez E)
C 97: Valoración psiquiátrica del adolescente en el consultorio médico

SECCIÓN X

SINDROMES QUE CAUSAN CONSULTA FRECUENTE

- C 98 Síndrome de dolor (Dulanto Gutiérrez E)
C 99: Cefaleas (Dulanto Gutiérrez E)
C 100: Dolor abdominal recurrente no ginecológico (Sileo E)
C 101: Dolor psicógeno (Romano Vázquez PE)
C 102: Síncope y vértigo (Dulanto Gutiérrez E)
C 103: Trastornos del sueño (Dulanto Gutiérrez E)

SECCIÓN XI

INFECTOLOGÍA

Parte A Infecciones virales

- C 104: Mononucleosis infecciosa (Maldonado Velázquez MdR)
- C 105: Rubéola (Carreño Manjarrez R)
- C 106: Varicela (Infección por virus varicela-zoster) (Zamora Chávez A)
- C 107: Sarampión (Zamora Chávez A)
- C 108: Eritema infeccioso (Infección por parvovirus B19) (Zamora Chávez A)
- C 109: Hepatitis viral aguda (Gamboa Marrufo JD, Carreño Manjarrez R, et al)

Parte B Infecciones bacterianas

- C 110: Tuberculosis (Gamboa Marrufo JD, Carreño Manjarrez R, et al)
- C 111: Fiebre tifoidea (Gómez Barreto D, Jiménez Velázquez A)
- C 112: Diarrea infecciosa (Miranda Novales MG, Games Eternod J)
- C 113: Enfermedades infecciosas estreptocócicas y no estreptocócicas (Dulanto Gutiérrez E)
- C 114: Neumonías (Rosales Uribe RE, Granja Bermúdez VM)

Parte C Trastornos médicos frecuentes de vías respiratorias altas y oído

- C 115: Faringitis (Dulanto Gutiérrez E)
- C 116: Sinusitis y otitis (Ávila Lozada A)

Parte D Enfermedades de transmisión sexual

- C 117: Enfermedades de transmisión sexual y por el virus de la inmunodeficiencia humana (Silber TJ)
- C 118: Síndrome de úlcera genital (Silber TJ)
- C 119: Historia de Valeria (Hiebra MdC)
- C 120: Enfermedades de transmisión sexual y embarazo (Dulanto Gutiérrez E, et al)
- C 121: Diagnóstico de laboratorio de infecciones de transmisión sexual y no sexual (Parras LT)
- C 122: Vacunación (Gamboa Marrufo JD, Maldonado Velázquez MdR, et al)
- C 123: Selección de antibióticos (Gamboa Marrufo JD, Maldonado Velázquez MdR, et al)

Parte E Parasitosis

- C 124: Amibiasis y giardiasis (Jiménez Cardoso E)
- C 125: Cisticercosis (Maldonado Velázquez MdR)

Parte F Micosis

- C 126: Micosis (Díaz Ponce H, Solórzano Santas F)

SECCIÓN XII

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

- C 127: Lupus eritematoso sistémico (Rodríguez Suárez R)

SECCIÓN XIII

ENDOCRINOLOGÍA

- C 128: Talla baja (Dorantes Álvarez LM, Mejía Zapata L, et al)
- C 129: Trastornos de la glándula tiroidea (Garibay Nieto NG, s Miguel Dorantes Álvarez LM, et al)
- C 130: Hipogonadismo (Rivero Escalante HR, García Morales LM et al)
- C 131: Diabetes mellitus (Blanco A)

SECCIÓN XIV

ASMA

- C 132: Asma (Sierra Monge JJJ, Baeza Bacab MA)

SECCIÓN XV

DERMATOLOGÍA

- C 133: Dermatología (Mena Cedillos CA, Arroyo Pineda AI)

SECCIÓN XVI

GASTROENTEROLOGÍA

C 134: Síndrome acidopéptico, estreñimiento crónico y enfermedad intestinal inflamatoria (Dulanto Gutiérrez E)

C 135: Enfermedades del páncreas (Dulanto Gutiérrez E)

C 136: Enfermedad de Wilson (Degeneración hepatolenticular) (García Delgado C)

C 137: Fibrosis quística (García Delgado C)

SECCION XVII**CARDIOLOGÍA**

C 138: Enfermedades cardíacas (Arévalo Salas LA)

SECCIÓN XVIII**HEMATOLOGIA**

C 139: Anemias (Bello González SA, Rueda Vela LM)

C 140: Pruebas de laboratorio como factores determinantes en el diagnóstico del adolescente anémico

C 141: Trastornos de la hemostasia (Bello González SA)

C 142: Púrpuras trombocitopénicas (Pizzuto Chávez J, Gutiérrez Espíndola G)

C 143: Trombosis y embolias (Dulanto Gutiérrez E)

C 144: Leucemias agudas (Ruiz Argüelles GJ, Gómez Almaguer D)

C 145: Enfermedad hematológica desde el punto de vista emocional (Sánchez Guerrero O)

SECCION XIX**ONCOLOGÍA**

C 146: Sarcomas de partes blandas (Martínez Avalos A)

C 147: Sarcomas óseos (Martínez Avalos A)

C 148: Sarcoma de Ewing y tumor neuroectodérmico primitivo periférico (Martínez Avalos A)

C 149: Tumores germinales (Martínez Avalos A)

C 150: Linfomas (Martínez Avalos A)

C 151: Tumores del sistema nervioso central (Martínez Avalos A)

C 152: Leucemias crónicas (Martínez Avalos A)

SECCION XX**ENFERMEDADES DE VÍAS GENITOURINARIAS**

C 153: Enfermedades urológicas frecuentes (Dulanto Gutiérrez E)

SECCIÓN XXI**ENFERMEDADES CRÓNICAS**

C 154: Adolescentes discapacitados (Amate EA)

C 155: Tratamiento médico del adolescente con enfermedad crónica (Dulanto Gutiérrez E)

C 156: Calidad de vida (Arias Gómez J, Cárdenas Navarrete R, et al)

SECCIÓN XXII**OFTALMOLOGÍA**

C 157: Trastornos oftalmológicos frecuentes (Salazar León JA)

SECCIÓN XXIII**EPILEPSIA**

C 158: Epilepsia (de Alba Moncayo E)

SECCION XXIV**URGENCIAS**

C 159: Urgencias clínicas (Silber TJ)

C 160: Urgencias quirúrgicas (Silber TJ)

C 161: Urgencia por calor excesivo (Golpe de calor) (Maddaleno M)

- C 162: Toxicología (López Martin G, Andrade Padilla MA, et al)
- C 163: Traumatismo craneoencefálico (Castro Sánchez A, Véliz Pintos R, et al)

SECCIÓN XXV

PSIQUIATRIA

- C 164: Psicoterapia (Amara Pace J)
- C 165: Importancia de la valoración en el tratamiento psicológico (Rodríguez Pérez E)
- C 166: Ansiedad y angustia (Corona Sosa MA)
- C 167: Adolescencia, cuerpo y síntoma (Yunes RA)
- C 168: Trastorno por déficit de, atención-hiperactividad en niños, adolescentes y adultos jóvenes (Arce E)
- C 169: Trastornos psicósomáticos (Dulanto Gutiérrez E)
- C 170: Dependencia y adicción a drogas, fármacos y alcohol (Roldán C)
- C 171: Consumo de sustancias psicoactivas (Silber TJ, Munist M)
- C 172: Violencia (Novales Castro XJ)
- C 173: La violencia en la vida de los adolescentes en Río de Janeiro (Ruzany ME)
- C 174: Abuso sexual (Romano Vázquez PE)
- C 175: Efecto emocional del abuso sexual (Girard GA, Mila T)
- C 176: Homosexualidad (Romano Vázquez PE)
- C 177: Fobia escolar (Solano C)
- C 178: Trastorno obsesivo-compulsivo (Mendoza López A)
- C 179: Depresión (Dallal y Castillo E)
- C 180: Intento suicida (Sánchez Guerrero O)
- C 181: Suicidio en Latinoamérica (Mirta Serfaty M)
- C 182: Cirugía plástica reconstructiva y estética (Vinageras Guarneros E)

Anexo J: Collage de figuras ilustrativas de la construcción, fundamentos conceptuales y metodológicos del nuevo modelo pedagógico que configuró el nuevo currículo⁷⁹

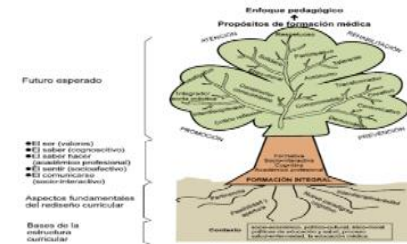
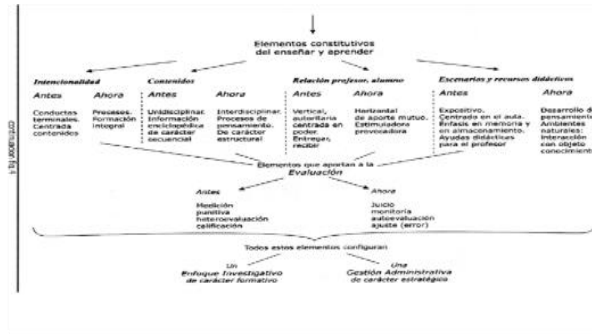


Propuesta pedagógica para el nuevo currículo de la Facultad de Medicina. Fig. 4

este documento se incluye en seguida. Figura 2.



Hacia un marco teórico para la renovación curricular. Referentes Contextuales. Fig. 2



Síntesis gráfica del proceso de conceptualización para la renovación curricular. Fig. 1

Figura 3.

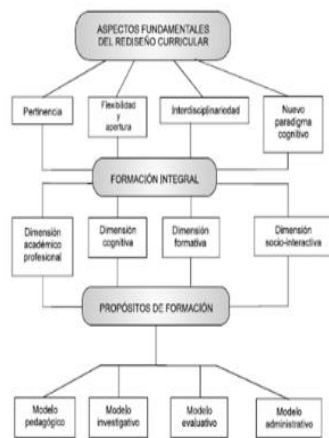


Proceso salud - enfermedad y la educación médica. Fig. 3

⁷⁹ Fuentes: Giraldo de L (1998) "La visión curricular, los propósitos de formación y la propuesta pedagógica" en Serie de sistematización curricular. Cuadernillo No. 3, U de A: 52-53.

Gómez, et al (1998) "Hacia un marco teórico para la renovación curricular. Referentes contextuales" en Serie de sistematización curricular. Cuadernillo No.1, U de A: 7-8.

Giraldo de L (1998) "Las estructuras curriculares para la renovación curricular. Aspectos conceptuales y metodológicos" en Serie de sistematización curricular. Cuadernillo No. 4, U de A: 8, 15, 19-22, 40-41.



Propósitos de formación y propuesta pedagógica. Fig. 4

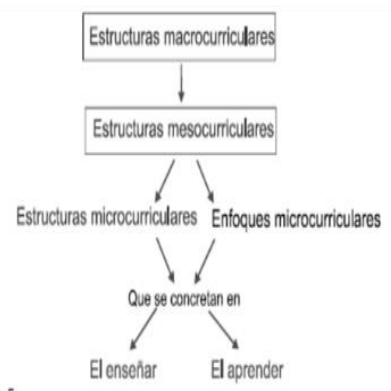
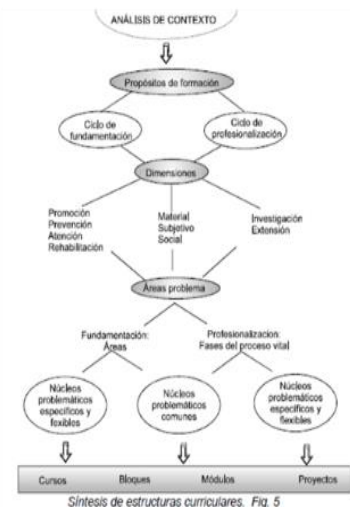
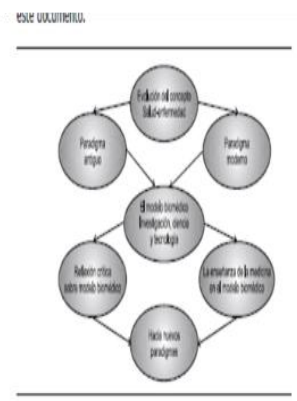


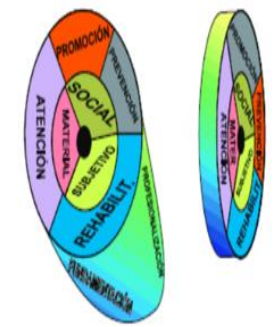
Figura 5.



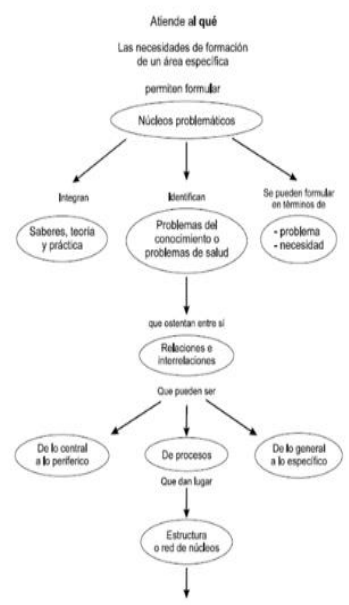
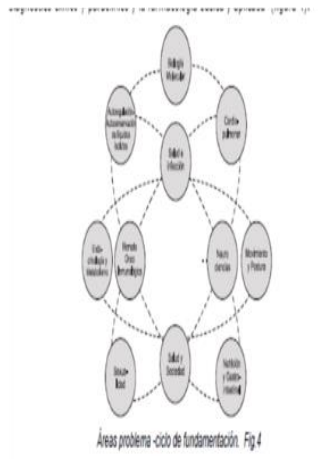
Propuesta conceptual sobre el Microcurrículo. Fig. 6



ese documento.



Núcleo problemático. Fig. 6



Anexo K: Contraste de planes de estudios: El tradicional con los componentes central y flexible del nuevo currículo⁸⁰

Tabla N° 1
UNIVERSIDAD DE ANTOQUIA
PLAN DE ESTUDIOS DE MEDICINA EN EL CURRÍCULO TRADICIONAL

Semestre	Cursos	Horas lectivas semanales	Créditos (1)
I	Biología Médica	6	5
	Introducción a la Biología	4	3
	Química	4	4
	Introducción a la Sociología	4	4
	Ingles (Escritura)	4	0
II	Primeros Auxilios	5	2
	Genética Médica	5	4
	Física Médica	8	5
	Anatomía General	4	4
	Ingles (Escritura II)	4	0
III	Seminario de Medicina, Historia y Sociedad I	7	1
	Física Médica I	7	1
	Mediología Humana	21	17
	Lógica Médica	8	2
	Formación Ciudadana y Construcción	1	0
IV	Ingles (Escritura II)	4	0
	Patología y Laboratorio	24	9
	Biología y Laboratorio	9	7
	Semiotología Médica	6	4
	Microbiología y Parasitología	12	12
V	Farmacología Básica y Laboratorio	9	5
	Patología Médica	3	2
	Semiotología Clínica	12	11
	Patología Básica	4	3
	Farmacología Aplicada	5	5
VI	Física Médica II	1	1
	Seminario de Medicina, Historia y Sociedad II	4	2
	Medicina Interna	29	12
	Patología por Sistemas	2	2
	Farmacología	4	3
VII	Stroptología	5	4
	Medicina Preventiva y Salud Pública	13	11
	Neurología Clínica	8	6
	Psiquiatría	7	6
	Podiatría	30	19
VIII	Ortopedia	24	22
	Medicina Legal	9	5
	Oftalmología y Otorrinolaringología	22	22
	Neurología Clínica	5	4
	Ortopedia General	75	5
IX	Podiatría A	75	5
	Oftalmología y Otorrinolaringología A	75	5
	Medicina Interna I	75	5
	Anestesiología	75	4
	Ortopedia	75	4
X	Angiología y Alergia	75	3
	Cardiología	75	3
	Medicina Interna II	75	4
	Podiatría B	75	4
	Oftalmología y Otorrinolaringología B	75	4
XI	Higiene Social	75	5

(1) Los créditos entendidos como la unidad de trabajo académico del estudiante, se definen así: 15 horas lectivas aportan 1 crédito y 45 a 60 horas prácticas equivalen a 1 crédito. En el cuadro, las horas lectivas suman las horas lectivas y las prácticas.

Tabla N° 2
UNIVERSIDAD DE ANTOQUIA, FACULTAD DE MEDICINA
CURSOS DEL COMPONENTE CENTRAL EN EL NUEVO CURRÍCULO

Sem	Módulo	Horas lectivas semanales	Créditos
I	Biología de la Célula I	14	10
	Salud y Sociedad I	13	7
	Primeros Auxilios	7	2
	Comunicación I	6	4
	Informática Médica I	1	2
II	Neurociencia	8	8
	Endocrinología y Metabolismo I	6	5
	Asesoramiento y Asesoramiento I	6	5
	Biología de la Célula II	5	3
	Comunicación II	4	4
III	Cardiopatología	11	8
	Salud y Sociedad II	3	3
	Intervención y Planes	3	3
	Legislación	2	2
	Neurología	4	3
IV	Gerontología y Nutrición	10	3
	Immunología	4	4
	Salud e Infección I	10	8
	Biología de la Célula II	5	3
	Análisis Médico	20	18
V	Salud e Infección II	4	3
	Informática Médica I	3	2
	Epistemología Clínica I	3	2
	Endocrinología y Metabolismo I	5	5
	Ética	6	3
VI	Alimentación	25	14
	Ética I	6	4
	Abilitación I	6	4
	Epistemología Clínica II	3	2
	Adolescencia: Problemas Médicos de la Adolescencia	25	12
VII	Adolescencia: Salud Mental	11	6
	Adolescencia: Salud Sexual y Reproductiva	36	18
	Adolescencia: Salud Sexual y Reproductiva	38	20
	Adolescencia: Responsabilidad del Adolescente y el Adulto	10	7
	Ética	9	6
VIII	Ética	10	5
	Medicina Interna	65	3
	Asesoramiento y Asesoramiento	65	3
	Práctica	65	3
	Ética	65	3
IX	Asesoramiento y Asesoramiento (2)	65	3
	Asesoramiento y Asesoramiento	65	3
	Ortopedia	65	3
	Ortopedia	65	3
	Ortopedia	65	3

(1) La deficiencia del crédito académico en esta versión del nuevo currículo continuada de selecciones con respecto a la versión anterior del plan de estudios nuevo, al momento de su implementación, el estudiante debe 4 raciones adicionales las horas de clase o en proyectos de investigación, que deben tener como mínimo 14 créditos.

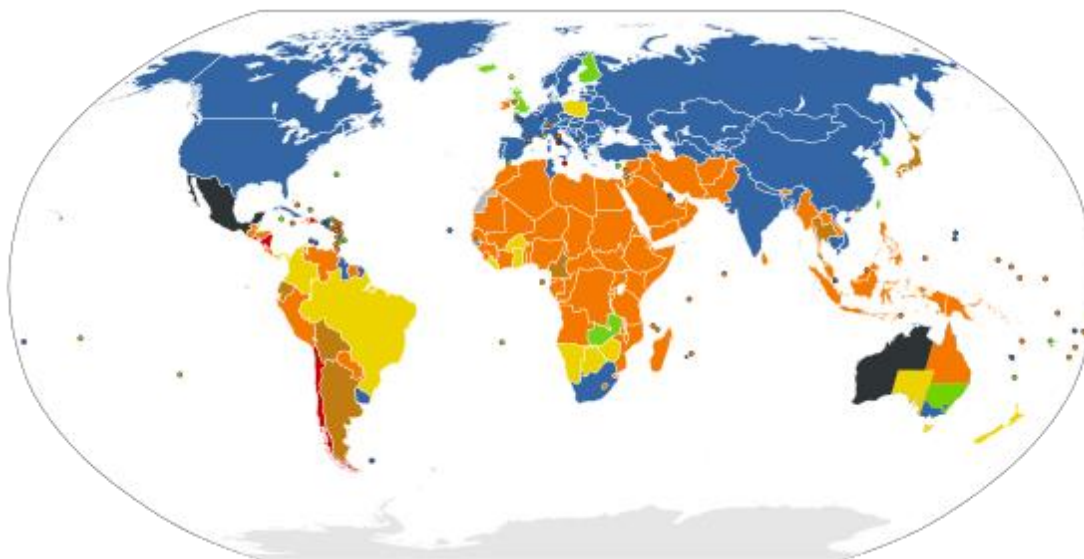
En la Universidad de Antioquia es requisito para el grado que el estudiante certifique la competencia lectora en una segunda lengua y la realización de un curso en formación ciudadana que incluye el estudio de la Constitución vigente en Colombia.

Tabla N° 3
UNIVERSIDAD DE ANTOQUIA FACULTAD DE MEDICINA
CURSOS DEL COMPONENTE FLEXIBLE EN EL NUEVO CURRÍCULO

Cursos de Profesionalización	Cursos de Especialización
Parasitología Humana	Asesoría profesional
Introducción de transición sexual	El efecto de estado letal
Neurociencia	Formación profesional
Diagnóstico de cáncer por agentes infecciosos	Importancia del laboratorio en el diagnóstico de patologías
Planear el crecimiento reproductivo	Neuroanatomía, Técnicas morfológicas
Patología	Neuropatología
Las estrategias en la salud humana	Ortopedia y traumatología
Condición de la fisiología reproductiva	Ortopedia y traumatología
Uso racional de medicamentos	Ortopedia y traumatología
Medicina del deporte	Ortopedia y traumatología
Salud familiar	Consulta de seguridad social integral
Asesoramiento a los neurólogos	Imaginología
Prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares	Manejo del paciente urgente en cirugía general
Salud mental del escolar	Genética humana
Genética médica	Equilibrio ácido base
Cursos de especialización	
Asesoría y educación en el área de mortuaria	Exploración de la mente y del inconsciente
Cáncer pediátrico	La relación médico-paciente
Teoría e historia	Comunicación y medicina emocional
Introducción a la medicina complementaria	Reacción mente-cuerpo
Prevención a la medicina	Reacción mente-cuerpo
Introducción a la medicina tradicional china	Medicina Tradicional China
Cursos de especialización	
Arbitraje básico	Emprendimiento empresarial
Ámbito I: Urgencia	Valor de evidencia, prueba y ley
Ámbito II: Salud Sexual y Reproductiva	Valor de diagnóstico
Ámbito III: Responsabilidad del Adolescente y el Adulto	Valor de diagnóstico
Ética	Secuestro
Ética	Valor de evidencia, prueba y ley
Medicina Interna	Valor de evidencia, prueba y ley
Asesoramiento y Asesoramiento	Valor de evidencia, prueba y ley
Práctica	Valor de evidencia, prueba y ley
Ética	Valor de evidencia, prueba y ley
Asesoramiento y Asesoramiento (2)	Valor de evidencia, prueba y ley
Asesoramiento y Asesoramiento	Valor de evidencia, prueba y ley
Ortopedia	Valor de evidencia, prueba y ley
Ortopedia	Valor de evidencia, prueba y ley
Ortopedia	Valor de evidencia, prueba y ley

⁸⁰ Fuente: Villegas EM, Múnera AM, Arango R, Aguirre C, Muñoz Z (2007) “La renovación curricular en el programa de Medicina de la Universidad de Antioquia” en IATREIA / Vol. 20/No. 4 / Diciembre / 425, 428, 429.

Anexo L: Situación del aborto a nivel mundial⁸¹



Situación jurídica del aborto en distintos países del mundo.

Legal bajo cualquier circunstancia dentro de plazos establecidos

Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental, violación, inviabilidad fetal y factores socioeconómicos.

Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental, violación e inviabilidad fetal.

Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental y violación.

Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental

Illegal sin excepciones.

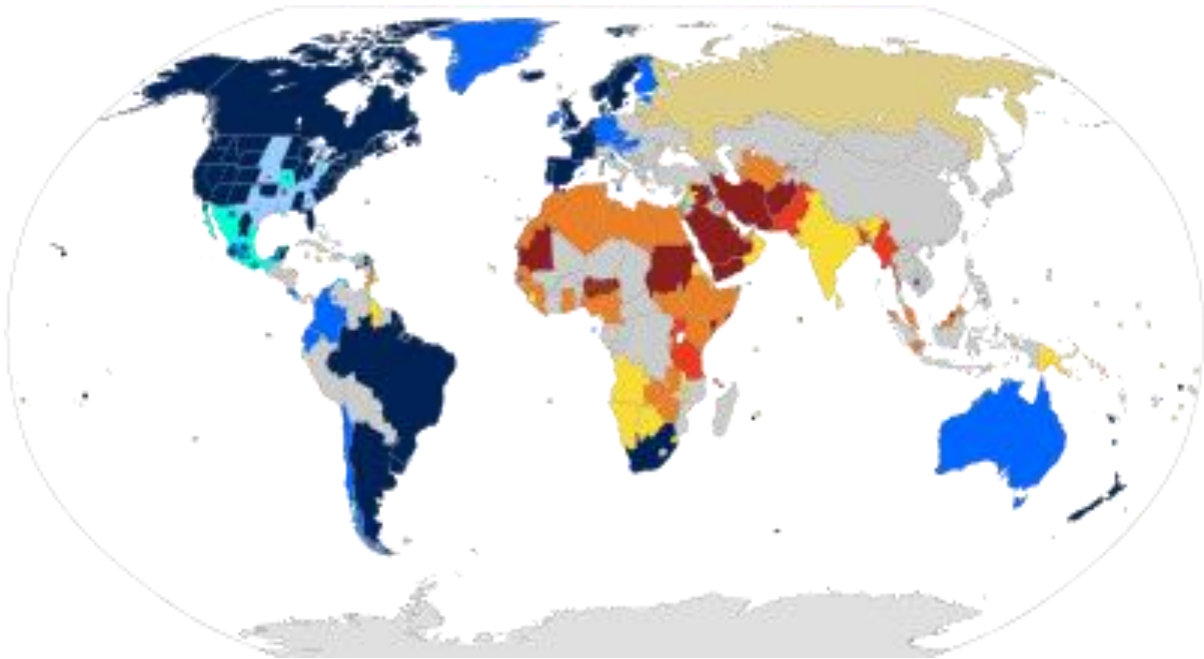
Varía por región

No hay información.

Nota: En la mayoría de los países y supuestos citados, la intervención ha de efectuarse antes de plazos establecidos.

⁸¹ Fuente página web de UN: «Legislación sobre el aborto en el mundo».

Anexo M: Situación mundial del matrimonio igualitario⁸²



Matrimonio homosexual

Uniones civiles

Reconocimiento de matrimonios homosexuales realizados en otros países

Sin uniones civiles

Práctica homosexual ilegal/restringida

Restricciones a la libertad de expresión y asociación

Penalidad de jure, mas no aplicada de facto

Pena de cárcel

Cadena perpetua

Pena de muerte

⁸²Fuente:

[Matrimonio_entre_personas_del_mismo_sexo#mediaviewer/File:World_laws_pertaining_to_homosexual_relationships_and_expression.svg](#)

**Anexo N: Formato de Historia Clínica del Adolescente de la Unidad de Adolescencia,
Departamento de Pediatría y Puericultura, U de A**

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
UNIDAD DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE



HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO INICIAL

IDENTIFICACIÓN:	FECHA CONSULTA: Día Mes Año □□ □□ □□□□	Historia Clínica N°	□□□□□□□□
	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Barrio: _____	EDAD Años Meses □□ □□	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año □□ □□ □□□□
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ TIPO: <input checked="" type="checkbox"/> TI OTRO: _____	ASEGURADOR: _____ TIPO DE AFILIACIÓN: _____		
ESTUDIO: GRADO: _____ INSTITUCIÓN: _____			
NOMBRE DEL PADRE: _____		NOMBRE DE LA MADRE: _____	
ACOMPañANTE DEL MENOR: _____			
Responsable: _____		Teléfono: _____	
Relación o parentesco con el paciente: _____			
ESTADO CIVIL : Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Estable <input type="checkbox"/>			
MOTIVO DE CONSULTA ADOLESCENTE:			
	1	_____	□□□□
	2	_____	□□□□
	3	_____	□□□□

ENFERMEDAD ACTUAL:

N: Normal / A: Anormal

Revisión por sistemas	Comentarios	N	A
Crecimiento y desarrollo			
Cambios en peso			
Cabeza y Cuello			
Ojos			
Oídos / audición			
Nariz y Garganta			
Dientes			
Respiratorio			
Cardiovascular			
Mamas			
Gastrointestinal			
Genitourinario			
Dermatológico			
Músculo esquelético			
Hematológico			
Neurológico			

ANTECEDENTES PERSONALES

NACIMIENTO (Problemas en el parto, Neonatal, Postnatal):

PERINATAL NORMAL: SI NO NS

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CRECIMIENTO NORMAL: SI NO NS
 DESARROLLO NORMAL: SI NO NS

VACUNAS	Serie Inicial	Refuerzos
DPT	_____	_____
Td	_____	_____
Polio	_____	_____
MMR	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Hepatitis B	_____	_____
BCG	_____	_____

Otras:

Presenta carne: SI NO

Todas las vacunas: SI NO NS

ENFERMEDADES PREVIAS (Crónicas y/o infecto-contagiosas):

Describe

Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
Enfermedad infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS

ACCIDENTES / INTOXICACIONES / LESIONES:

Describe

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES:

Describe

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

FARMACOTERAPIA (Uso de medicina / sustancias):

Describe

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

PSICOLÓGICOS (Inclusive trastornos psicológicos):

Describe

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

MALTRATO

Describe

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

JUDICIALES

Describe

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

ALERGIAS / OTROS:

Describe

Alergias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS
Otros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA (Diabetes, Obesidad, Cardiovasculares, Alergias, Infecciones y ETS, Psicológicos, Alcohol y Drogas, Violencia, Madre Adolescente, Judiciales, Otros):

Describe

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Diabetes
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Obesidad
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Cardiovascular (HTA-Cardiopatía)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Alergias
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Infecciones (TBC, VIH, ETS)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Trastornos Psicológicos
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Alcohol y Drogas
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Violencia Intra familiar
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Judiciales
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Cáncer
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS	Otros

HISTORIA PSICOSOCIAL

FAMILIA (Enfatizar sobre relaciones y comunicación con padres, hermanos y otros. Percepción de la vida familiar. Trabajo de los padres)

Características generales y funcionalidad familiar:		Famillograma (Incluya edades, vínculos, relaciones y unidad habitacional)																																																																														
CONVIVE CON: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MADRE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PADRE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MADRASTRA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PADRASTRO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HERMANOS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PAREJA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIJO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CUALES _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO		MADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MADRASTRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PADRASTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAREJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUALES _____				VIVE: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;">EN LA CASA</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>EN INSTITUCIÓN</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>OTROS</td> </tr> </table> CUALES <hr/> PERCEPCIÓN FAMILIAR <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;">BUENA</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>REGULAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>MALA</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	EN LA CASA		<input checked="" type="checkbox"/>	EN INSTITUCIÓN		<input type="checkbox"/>	OTROS		<input type="checkbox"/>	BUENA		<input type="checkbox"/>	REGULAR		<input checked="" type="checkbox"/>	MALA	TIPO DE TRABAJO ACTUAL <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>PADRE O SUSTITUTO</td> <td></td> <td>NINGUNO</td> <td>MADRE O SUSTITUTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>NO ESTABLE</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>ESTABLE</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Ocupación madre o sustituto: <hr/> Ocupación padre o sustituto: <hr/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		PADRE O SUSTITUTO		NINGUNO	MADRE O SUSTITUTO			<input type="checkbox"/>	NO ESTABLE		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ESTABLE		<input type="checkbox"/>
	SI	NO																																																																														
MADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
PADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
MADRASTRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
PADRASTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
PAREJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
HIJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
CUALES _____																																																																																
	<input type="checkbox"/>	EN LA CASA																																																																														
	<input checked="" type="checkbox"/>	EN INSTITUCIÓN																																																																														
	<input type="checkbox"/>	OTROS																																																																														
	<input type="checkbox"/>	BUENA																																																																														
	<input type="checkbox"/>	REGULAR																																																																														
	<input checked="" type="checkbox"/>	MALA																																																																														
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																													
PADRE O SUSTITUTO		NINGUNO	MADRE O SUSTITUTO																																																																													
	<input type="checkbox"/>	NO ESTABLE		<input type="checkbox"/>																																																																												
	<input type="checkbox"/>	ESTABLE		<input type="checkbox"/>																																																																												

VIDA ESCOLAR: (Tiene problemas. Repetición de años. Percepción de la vida escolar)

AÑOS REPETIDOS: <input type="checkbox"/> CAUSA _____	PROBLEMAS ESCOLARES <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> SI</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PERCEPCIÓN DE LA VIDA ESCOLAR <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> BUENA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> REGULAR</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> MALA</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> MALA
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> MALA					

VIDA SOCIAL (Tiene amistades, novio(a). Participa en actividades grupales. Practica deportes. Horas de T.V/día. Otras actividades. Cómo percibe su vida social):

SE SIENTE PRIMORDIALMENTE <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> No sabe		NOVIORA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACTIVIDADES EXTRACLASE		AMIGOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACTIVIDAD FÍSICA y/o DEPORTE <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS/ SEMANA	T.V y COMPUTADOR (Videojuegos-Redes sociales) <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS/ DIA	OTRAS ACTIVIDADES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuáles? _____
		PERCEPCIÓN DE SU VIDA SOCIAL <input type="checkbox"/> BUENA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALA

TRABAJO (Trabaja, desde cuando, en qué, cuántas horas/semana):

TRABAJA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BUSCA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EDAD INICIO TRABAJO <input type="text"/> años	HORAS POR SEMANA <input type="text"/> <input type="text"/>	TIPO DE TRABAJO: _____
---	---	---	--	------------------------

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y SUEÑO (Evaluar calidad de la dieta. ¿Hay problemas del comer o de los hábitos alimentarios? En mujeres: consumo de calcio en la dieta (mg/día). ¿Hay problemas del dormir o de los hábitos de sueño?):

SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALIMENTACION ADECUADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COMIDAS POR DIA <input type="text"/>
--	---	--------------------------------------

HABITOS DE CONSUMO DE TABACO / ALCOHOL / PSICOACTIVOS (Consumo o no, desde cuando, ¿Qué piensa el adolescente de estos consumos, en él o en otros? Si consume: ¿Tiene conciencia de problema? ¿Ha buscado ayuda? Si no consume: ¿Cuáles son sus razones para no hacerlo?):

FUMA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TABACO <input type="text"/> Cigarrillos por día	EDAD INICIO TABACO <input type="text"/> Años	INGESTA DE ALCOHOL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EDAD INICIO ALCOHOL <input type="text"/> Años	OTRO PSICOACTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
					CUAL
¿EL JOVEN PERCIPE QUE ALGUNO DE LOS HABITOS QUE REPORTA SON PROBLEMA PARA SU VIDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO					CUAL

SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL (Cómo se siente con su imagen corporal. Cómo se percibe a sí mismo. Adulto de más confianza. Planes y metas de vida):

IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Preocupa <input type="checkbox"/> Dificulta relaciones	EN GENERAL EL JOVEN SE PERCIBE <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Muy tímido <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Nervioso <input type="checkbox"/> Otro	ADULTO DE MÁS CONFIANZA <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro fam. <input type="checkbox"/> Otro no fam. <input type="checkbox"/> Ninguno	PLANES Y METAS DE VIDA Claros <input type="checkbox"/> Confusos <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
---	---	---	---

SUICIDIO (ideas, gestos o intentos. Si reporta algo, caracterizar):

SUICIDIO: IDEAS GESTOS INTENTOS NO

GINECO - UROLÓGICO

Menarca/Espemarca sí no (Edad de aparición en meses y años): _____

Menstruaciones: Fecha Último Período Menstrual Normal: DD ____ MM ____ AA ____

Duración de los ciclos: Ciclos Regulares? sí no N/C no

Duración del sangrado: Dismenorrea sí no N/C (Grado 0-III):

Dolor o sangrado entre periodos? sí no N/C _____

Flujo Vaginal / Secreción Peneana: sí no N/C _____

I.T.S. sí no (¿Cual? _____ ¿Recibió Tratamiento?): sí no N/C

SEXUALIDAD (¿Cuál es la actitud y el comportamiento del adolescente frente al ejercicio de la sexualidad, en él y/o en otros? – Evaluar la calidad y precisión de la información sexual del adolescente)

ABUSO SEXUAL <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	RELACIONES SEXUALES hetero homo ambas no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PAREJA <input type="checkbox"/> UNICA <input type="checkbox"/> VARIAS <input type="checkbox"/> N/C	EDAD INICIO REL. SEX. <input type="text"/> <input type="text"/> Años	ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> N/C Cual: _____	NECESITA INFORMACION <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
--	---	--	---	---	--

FECUNDIDAD MUJERES (Anotar número de)
 Embarazos ____ Hijos ____ Abortos ____

FECUNDIDAD HOMBRES (Anotar en números)
 Ha embarazado ____ Hijos ____ Pareja ha abortado ____

EXAMEN FISICO:

Edad Decimal: _____

Talla _____ (Centil)

Pulso:

Temperatura:

Peso _____ (Centil)

FR:

Presión Arterial:

IMC _____ (Centil)

Agudeza Visual: OD: / Ot: /

Agudeza Auditiva: (Normal / Anormal)

0= No se examinó	√ = Normal	Anormal	Comentarios (Anotar frente al ítem correspondiente)
Aspecto General			
Cabello			
Piel y faneras			
Ganglios Linfáticos			
Cabeza			
Ojos			
Oídos			
Nariz			
Garganta			
Boca, dientes y encías			
Cuello y Tiroides			
Tórax			
Mamas			
Cardio-Pulmonar			
Pulsos			
Abdomen			
Extremidades			
Espalda y Columna (Escoliosis)			
Musculoesquelético			
Neurológico			

Pares craneanos			
Motor			
Sensitivo			
Coordinación			
Reflejos			
Otros			

TANNER Y GENITO-URINARIO

<i>Hombre</i>			Comentarios
Vello Axilar			Genito-Urinario Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Tanner evaluado por: Examen físico () – Autoevaluación ()
Tanner: V.P	I II III IV V		
Genitales	I II III IV V		
Pene			
Volumen Testicular	TD:	Tl:	
Hernias			
Recto			
<i>Mujer</i>			Comentarios
Vello Axilar			Genito-Urinario Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Tanner evaluado por: Examen físico () – Autoevaluación ()
Tanner: V.P	I II III IV V		
Mamas	I II III IV V		
Genitales externos			
Vagina			
Cervix			
Utero			
Anexos			
Recto			
Directo/KOH			

Impresión Diagnóstica Integral:

De acuerdo con esto, enumere los diagnósticos en orden de importancia

1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento e indicaciones (Tratamientos médicos y recomendaciones –incluidas las relacionadas con promoción y prevención-):

Conducta a seguir (Remisiones – Revaluaciones y seguimiento):

Observaciones: (Opiniones sobre aspectos relevantes, no consignadas en otro lugar de la Historia Clínica)

Responsables