



Principio Activo

Boletín Informativo de la Facultad de Medicina - Medellín - Colombia

Encuentro de Reflexión acerca de la reforma al Reglamento Estudiantil



Estudiantes del Componente Flexible Dibujo Anatómico

Del 16 de marzo al 8 de abril, 753 estudiantes de pregrado y 112 profesores de la Facultad participaron en el Encuentro de Reflexión, con el propósito de opinar y argumentar frente a la propuesta de modificación del Reglamento Estudiantil de pregrado de la Universidad.

Los temas tratados fueron: permanencia estudiantil, principios generales, deberes y derechos, y créditos académicos.

Las reflexiones y opiniones de estas jornadas fueron enviadas a la comisión de la Universidad que analiza el tema y pueden ser consultadas por la comunidad en la sección de noticias del portal de la Facultad <http://medicina.udea.edu.co>.

La salud en crisis

Nuestro país enfrenta graves casos de corrupción en el sector de la salud; últimamente se han denunciado situaciones que demuestran la falta de control del Gobierno y amenazan la ya frágil calidad de vida de los colombianos.

Ante este panorama, la Facultad de Medicina ha facilitado espacios para el debate alrededor de esta problemática e invitó a personalidades como el senador Jorge Robledo y a profesionales versados en el tema para que expusieran sus argumentos; siguiendo con este propósito, el Boletín presenta en esta edición las posiciones de algunos de sus profesores.

Vitrina

En esta edición **2 - 3**

- ¿Qué valor le atribuimos a la salud los colombianos, al posibilitar que se siga con un sistema que no busca mejorarla?

Píldoras informativas **4 - 7**

- El Maletín de Urgencias en el canal Zoom
- Otorgamiento de Certificado de calidad por parte del Icontec
- Excelente trabajo de la Unidad de Genética Médica
- Lanzamiento de los Comandos Estudiantiles Antidengue

Desde las dependencias **8 - 24**

- Presentación del Plan Estratégico: Formación integral y excelencia académica, 2009-2016
- Integridad científica en investigación Conferencia central en las IV Jornadas de Investigación
- ¿Salud o enfermedad?
- Foro: ¿Qué está pasando con los derechos a la educación y a la salud en nuestro país?: análisis comparativo y reflexiones para la acción
- Los voceros de la infancia
- Ley 100 de 1993: Ley 100 de 2011. Había una vez...

Del idioma **25**

Los estudiantes escriben **26**

- Tiempo inerte

Los profesores escriben **27 - 30**

- Doctor Álvaro Velásquez Ospina, crónica de un cirujano en un pueblo de Antioquia. I Parte

Corriente de opinión **31**

- ¿Cuál ha sido tu experiencia como paciente en una EPS?

Agenda **32**



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE
MEDICINA

Alberto Uribe Correa
Rector

FACULTAD DE MEDICINA
Élmer Gaviria Rivera
Decano

Carlos Alberto Palacio Acosta
Vicedecano

Comité Editorial
Diego Alejandro Espíndola F.
Érika Cortés Tobar
Gabriel Montoya Montoya
Olga Inés Gómez Zuluaga
Paloma Pérez Sastre

Oficina de Comunicaciones
Ana Lucía Molina Cañas
Alejandra Amézquita Gutiérrez
Diseño
María Alejandra Ríos Meneses

Carrera 51D # 62-29
Teléfono: 219 60 49
Conmutador: 219 60 00
Dirección electrónica:
comunicaciones@medicina.udea.edu.co

Impresión
Imprenta Universidad de Antioquia

Consultar la versión digital del
Boletín en:
<http://medicina.udea.edu.co>

¿Qué valor le atribuimos a la salud los colombianos, al posibilitar que se siga con un sistema que no busca mejorarla?



Elsa María Villegas Múnera
Jefa del Departamento de Medicina Preventiva y
Salud pública

Las representaciones sociales¹ que tienen que ver con los imaginarios, los significados y las vivencias, inciden en las construcciones que hacemos en los colectivos humanos, para dar una respuesta social a las condiciones relacionadas con la calidad de vida. Ellas emergen en la interacción de los distintos actores y van configurando los sentidos que circulan con capacidad de generar realidades.

Sin embargo, la influencia que tienen los actores en esas elaboraciones no tiene el mismo peso. Las relaciones de poder cargan de responsabilidades a algunos de esos actores que logran mayor incidencia con base en el acceso a los medios de comunicación y las distintas formas para modular y configurar las representaciones sociales. Esa capacidad no siempre corresponde con las mejores calidades humanas basadas en la ética y la moral. En muchos casos representa una "lotería social"², que para muchos significa nacer en condiciones que los excluyen desde el inicio de su vida de la participación en el medio social que los condiciona. De otra parte, ese azar le garantiza a unos pocos al nacer, en un determinado medio,

el acceso poderoso a ella. Y no solo se trata de "lotería social", también influye de manera determinante la búsqueda organizada de un modelo de desarrollo en las poblaciones, que se orienta a favorecer o a excluir mayorías, a generar privilegios o a redistribuir la riqueza social. También, se pone en juego la ética y la moral en el impulso a decisiones que promueven aquellos que sustentan liderazgos.

Y en lo que respecta a la salud en Colombia, las representaciones parecen desarrollarse para reconocer el valor de ésta, solo cuando se pierde la salud y emerge la enfermedad como una condición que afecta nuestro bienestar.³ En esa situación, la gestión para su resolución tiende a darse en términos individuales o con alcance familiar y algunas veces con apoyo comunitario. Sin embargo, la visión colectiva que aprecia la importancia de contar con un sistema integral de salud, no logra aún en Colombia configurar una expresión social con la suficiente fuerza, que lleve al respaldo de líderes interesados realmente en representar y promover esa necesidad desde los poderes públicos.

1. Universidad de Antioquia, Vicerrectoría de Docencia, Vicerrectoría de Investigación. Voces y sentidos de las prácticas académicas, N.º 4. Informe final de la investigación *Caracterización y significados de las prácticas académicas*. Grupo Interdisciplinario de Prácticas Académicas. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2011, p. 200.

2. Sobre este término se refieren, citando también a John Rawls, Beauchamp, T. L. y Childress, J. F.: *Principios de Ética Biomédica*. Cuarta Ed. Barcelona, Masson, 1999, p. 228.

3. A esta idea hizo referencia el senador Jorge Robledo en su participación en el evento *¿Qué pasa con la salud en Colombia?*, el día 27 de mayo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Sobre las expresiones sociales en salud, también hay que decir que existen dinámicas importantes en nuestro país, como algunas representaciones minoritarias en los órganos legislativos, el Movimiento Nacional por la Salud Pública y la Seguridad Social, la Mesa de Salud de Antioquia, la Mesa Intersectorial por la Salud, entre otras, que son una esperanza para promover el tema de la salud en Colombia como un bien público. Además, hoy varias de las organizaciones médicas y de otras profesiones de la salud, después de tantos desconocimientos a ellas, se muestran y se expresan en inconformidad con la tendencia actual del Sistema de Salud en Colombia y buscan liderar otra postura.

La inquietud es sobre la influencia popular y mayoritaria que se requiere para que pueda ser posible mejor condición de salud para todos, como lo ha pregonado la Organización Mundial de la Salud, sin lograrlo. Se hace indispensable la gestión activa y la participación social para promover otro sistema en el que la dignidad de los seres humanos y la garantía de sus derechos fundamentales sea el foco principal.

Sobre esas representaciones sociales y su expresión, recordemos que la llamada emergencia social en salud, declarada en diciembre de 2009 y que continuó en los primeros meses de 2010, logró despertar la inconformidad general ante medidas inauditas como las que se proclamaron desde el Ministerio de la Protección Social para ese tiempo. Como la explicación de la mala utilización de los recursos recaía en los médicos y usuarios, de acuerdo con los líderes de dicha emergencia, las medidas se concentraban en ellos con propuestas como la de “permitir” que las cesantías pudieran ser canalizadas en el pago por la salud. O que los bancos hicieran préstamos para ello. Y con los médicos, se trataba de imponerles cuantiosas multas. Así fue la recomendación inicial que luego incluso tuvo que ser transformada por los mismos autores de esa iniciativa.

Sin embargo, esa inconformidad se apacigua luego al caer la emergencia, sin que fuera claro para la gran mayoría que la misma concepción estaba ahora en la llamada Ley 1438 aprobada en enero de 2011. El ropaje que dicha ley logra, al hacer algunas concesiones teóricas como el reconocimiento a la Atención Primaria en Salud (APS), permite que ahora el poder ejecutivo ante la crisis actual, no plantee medidas ajustadas al control de la corrupción tan evidente, sino que configura una salida que deja las cosas sin transformarlas en su esencia.

La Ley 1438 de 2011 es la expresión de una visión que busca continuar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) sin cambios estructurales, en su espíritu de dejar un mercado de servicios en torno a la salud, donde la eficiencia es el valor central para la obtención de mayores utilidades. Además, continúa sin reconocerse el valor de una población saludable

que accede sin distinciones a esa condición del bienestar. Si bien esta norma expresa la importancia de la APS, no es consistente con otra recientemente aprobada, que se prestará para que la sostenibilidad fiscal tenga la mayor fuerza en la toma de decisiones. Esto permitirá poner en entredicho la garantía de los derechos fundamentales como la salud, si los recursos fiscales se convierten en prioridad. Y esta falta de coherencia corresponde con una mentalidad clara pero discriminatoria, que incapaz de sustentar el desconocimiento a estrategias como la APS, la reconoce de una parte, pero busca la forma de esquivarla por otros mecanismos que impiden su desarrollo.

Todos sabemos hoy que ese modelo para el manejo de la salud en Colombia ha evidenciado fallas esenciales, al promover la concentración de los recursos por fuera del abordaje central para tener una población más saludable. Sin embargo, ello no parece garantizar que la evidencia de esa situación conduzca a los cambios pertinentes para superarla. Y lo peor, es que se busca reproducir, actualmente, ese mismo modelo en la educación. ¿A dónde llegaremos de esa forma? ¿Qué más nos tiene que pasar para cambiar? ¿Por qué no logramos una conciencia social que posibilite progresar realmente en nuestra condición colectiva para que todos vivamos mejor?

La inquietud sobre los hechos actuales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, llevó al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública a organizar el evento ¿Qué pasa con la salud en Colombia? Fueron invitados el Ministro de la Protección Social, Mauricio Santamaría, y el Senador Jorge Robledo; sin embargo, no se pudo lograr la asistencia del Ministro. Por otra parte, el Senador acogió la invitación y participó con una exposición acerca del debate actual en el sector salud. Explicó, desde su perspectiva, cómo estudios de la Superintendencia de Industria y Comercio y de la Universidad Nacional mostraron irregularidades que desencadenaron las investigaciones y las actuaciones que en la actualidad se llevan a cabo sobre los recursos de la salud. Esa situación ha llevado a distorsionar la respuesta social en ese campo del bienestar para la población colombiana; en cambio, ha beneficiado intereses ajenos a esta, como aquellos que se señalan, entre otros, en el campo de los medicamentos vendidos en Colombia a precios mucho más altos que en países vecinos. Asimismo, se ilustraron en el evento las situaciones que han generado los recobros y los pagos duplicados por eventos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, que no eran reconocidos y que al pasar a procesos de tutela eran pagados nuevamente, esta vez por cuenta del Fosyga. En las conclusiones, el Senador insistió en la necesidad de una movilización social amplia “lo más pacífica posible”, para tratar de lograr cambios necesarios en el sistema de salud.



Democracia y educación

En la Cátedra Héctor Abad Gómez del 17 de junio, los asistentes escucharon la ponencia sobre educación y democracia de Francisco Cortés Rodas, doctor en Filosofía de la Universidad de Konstanz (Alemania), becario de la Fundación Alexander von Humboldt y profesor titular del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia.

El doctor Cortés comenzó su discurso con una reconstrucción histórica del concepto de democracia y expuso los modelos clásicos de democracia representativa de Hobbes, Locke, Sieyes, Madison y de democracia directa de Rousseau, Paine y Jefferson; y más adelante se concentró en el concepto de democracia constitucional, basado en Ferrajoli.

Sobre el concepto de democracia, el invitado apuntó lo siguiente:

- La democracia no es conversar simplemente, no es tampoco reclamar un espacio para hablar, para que la palabra y la razón imperen.

- Lo primero que hay que decir es que la democracia es un conjunto complicado de argumentos sobre el hombre, la sociedad, la economía, la historia, que no son en sí mismos evidentes, antes bien, han ido plasmándose a medida que el hombre ha luchado por construir un mundo adecuado a sus aspiraciones e intereses.

Después de exponer los modelos clásicos de democracia representativa y democracia directa, Francisco Cortés cuenta cómo estos modelos acabaron por ser exiguos y qué función asumió la democracia constitucional:

“La democracia representativa fue insuficiente políticamente en el siglo XVIII, XIX y de forma extrema en las crisis políticas

que dieron origen al nacionalsocialismo y al fascismo. [...] Los demócratas constitucionales piensan que la democracia representativa y la democracia directa son una caricatura de la aspiración democrática y exigen que el gobierno democrático esté basado en razones y argumentos y no en votos y en poder. [...] Entendida de forma correcta la democracia no es antagonista con la Constitución. La democracia protege los derechos mediante la Constitución. [...] Para que un sistema político sea democrático es necesario que se fijen límites en la Constitución de tal manera que la voluntad de la mayoría no pueda disponer soberanamente de la existencia de los individuos o pueda restringir arbitrariamente sus derechos fundamentales. Y esto lo hacen los demócratas constitucionales a través de límites y vínculos que establecen lo que puede ser denominado el ámbito de acción del individuo, ámbito sustraído a la potestad de cualquier mayoría”.

Para terminar, el invitado se expresó a cerca de la educación, así:

“Una universidad no es una máquina que fabrica académicos, ni puede ser una empresa del conocimiento, ni tampoco un centro de investigación. La enseñanza en la universidad no debe ser mera instrucción. En la universidad se trata de la búsqueda del conocimiento. La universidad no es exclusivamente el lugar de la ciencia, la tecnología, es también el lugar de las humanidades y las artes. [...] La universidad es, además, el espacio de la democracia, entendida no como el mecanismo para la expresión de la voluntad de las mayorías, sino más bien, como el mecanismo institucional que establece límites a las decisiones de la mayoría. La democracia que tendría que darse en la universidad es el tipo de la democracia deliberativa. Ésta combina la responsabilidad política con un alto grado de reflexividad y un compromiso general de dar razones”.

Otorgamiento de Certificado de calidad por parte del Icontec

El pasado 25 de mayo de 2011, el Icontec aprobó la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad de la Corporación Académica para el Estudio de las Patologías Tropicales —CAEPT— y del Grupo de Parasitología de la Facultad, bajo la Norma Técnica Colombiana ISO 9001, versión 2008.

La CAEPT es un centro académico de la Universidad de Antioquia que reúne diferentes disciplinas científicas y tiene como misión desarrollar programas de investigación, docencia y extensión en el campo de las enfermedades tropicales y tópicos afines, creada mediante el Acuerdo Superior 116 de 1997.

Parasitología es un grupo comprometido con la docencia, investigación y extensión en el área de las parasitosis humanas y hace parte de la CAEPT desde el año 2001.

La CAEPT es la primera Corporación de la Universidad en recibir certificación en administración de proyectos de investigación y extensión.

El grupo de Parasitología es el primer grupo de la Universidad, en recibir certificación en investigación, además se certificó en la prestación de servicios de laboratorio en parasitología de mediano grado de complejidad.

NO TE PIERDAS LA PRIMERA DOSIS DE

*El Maletín
de Urgencias*

Véanos por

zoom

**A partir del 6 de julio,
todos los miércoles y
domingos a las 3 de la
tarde y 9 de la noche.**

Referencia de capítulo	Fecha Emisión 1
Capítulo 1. Saberes y prácticas	Miércoles, 06 de Julio de 2011
Capítulo 2. La Academia de Medicina de Medellín	Miércoles, 13 de Julio de 2011
Capítulos. 1 y 2	FESTIVO (Miércoles 20 de julio)
Capítulo 3 Carlos de Greiff el primer médico municipal	Miércoles, 27 de Julio de 2011
Capítulo 4 Oficina de accidentes	Miércoles, 03 de Agosto de 2011
Capítulo 5. Creación de la Policlínica Municipal (I)	Miércoles, 10 de Agosto de 2011
Capítulo 6. Creación de la Policlínica Municipal (II)	Miércoles, 17 de Agosto de 2011

Un proyecto audiovisual de la Facultad de Medicina y Universidad de Antioquia Televisión, que narra las prácticas médicas en la ciudad de Medellín entre 1674 y 1937. Cuenta con el apoyo de la Vicerrectoría de Extensión, Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión -BUPPE 2010- y de la Biblioteca Pública Piloto de Medellín para América Latina.

Sintoniza a ZOOM por UNE Canal 76 y TELMEX análogo canal 84, básico canal 65 y avanzado canal 126





¿Cómo vamos con el Diplomado en Pedagogía y Didáctica para la Formación Superior en Salud?

Comisión Pedagógica

Este año inicio con una novedad en cuestión de apoyo pedagógico para los docentes de la Facultad de Medicina. La Comisión pedagógica y el grupo de investigación EDUSALUD ofrecieron un diplomado que permite la capacitación y actualización didáctica que responda al modelo pedagógico y curricular de la Facultad. Su objetivo principal es fortalecer el cuerpo profesoral para garantizar buenas prácticas pedagógicas que contribuyan a los propósitos de formación de los estudiantes de los pregrados de Medicina e Instrumentación Quirúrgica.

Finalizando el primer semestre de este año, hacemos un balance muy positivo sobre la acogida que ha tenido el diplomado. La oferta de talleres, seminarios y eventos desde enero hasta el 14 de junio, la fecha de este reporte, ha reunido 185 personas como participantes. Se han realizado 13 diferentes actividades con diversa intensidad, según la programación del diplomado y está pendiente el VI Encuentro de tutores de ABP para el cual hay registradas 80 personas. Los participantes en todas estas capacitaciones son en su mayoría docentes de la Facultad. También hemos contado con la asistencia de algunos estudiantes, docentes de convenios y de otras facultades. Es muy grato contar con la presencia de diferentes profesores en varios talleres.

La profesora Sandra Isaza, quien se ha capacitado en diversas temáticas, dio su testimonio contestando las preguntas:

1. ¿Por qué cursar el diplomado? ¿Lo recomendaría a los otros profesores?

Cuando opté por estudiar medicina quería ayudar a los seres humanos y para hacerlo sabía que tenía que prepararme para ello, para hacerlo bien, y en mi formación como médico sentí que era imprescindible planear y preparar lo que se va a hacer. Cuando inicié mi ejercicio profesional disfruté de esa planeación y preparación previa a las consultas, así que cuando hice consciente el deseo de ser docente se derivó la necesidad de prepararme en algo que deseo hacer bien. Los cursos del diplomado abrieron esa posibilidad de formación con la flexibilidad de horario y trabajo que requiero para continuar trabajando en lo que me apasiona. Creo que todo docente debe formarse para poder ayudar y ayudarse.

2. ¿Cree usted que el diplomado le ha ayudado para mejorar sus prácticas pedagógicas? ¿Cómo?

Si, haciéndolas conscientes, y si uno sabe qué y cómo debe hacerlo lo logra de la mejor forma posible. Me hice consciente de la necesidad formadora integral en las clases y en cada contacto con el estudiante, así como cada contacto con el paciente es un acto médico con la responsabilidad educadora que indica, cada contacto con el estudiante es un instante de formación integral y en el hacer.

Los invitamos a participar en todos los eventos, talleres y seminarios que se ofrecen en el segundo semestre de este año. Consulte la programación en <http://medicina.udea.edu.co/>.

DIPLOMATURA EN PEDAGOGÍA Y DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN SUPERIOR EN SALUD

La diplomatura está compuesta por seminarios, cursos, talleres, encuentros, conversatorios y asesorías. El participante tiene la opción de desarrollar cada uno de los espacios de formación que seleccione y, si lo decide, puede acumularlos en el proceso de certificación de la diplomatura.

Próximos encuentros

19 de julio

Taller: Los instrumentos de evaluación en el ABP

26, 27 y 28 de julio

Curso de inducción y reinducción docente

27 y 28 de julio

La planeación didáctica desde la formación

Informes e inscripciones:

curriculomedi@gmail.com, teléfono: 219 6918.



Lanzamiento de los Comandos Estudiantiles Antidengue

La Secretaría de Salud del municipio extendió su agradecimiento a la Universidad por su excelente desempeño en la coordinación del Lanzamiento de los Comandos Estudiantiles Antidengue, organizado por la Alcaldía de Medellín.

Desde 2008, el municipio ha integrado a niños y jóvenes que cursan primaria y secundaria de la ciudad en los llamados Comandos Estudiantiles, cuya tarea es contribuir a los cambios de hábitos de la población para prevenir la presencia del dengue en los hogares y reconocer sus síntomas.

Para el lanzamiento de los comandos, la Alcaldía contó con la asesoría académica del Grupo de Entomología de la Facultad, clave para el desarrollo del mismo; igualmente, la logística fue ejecutada por el Centro de Extensión de la Facultad de Comunicaciones.

El evento se efectuó el 24 de mayo en el Coliseo Iván de Bedout de la Unidad Deportiva Atanasio Girardot, y su objetivo fue presentar a los 3.000 niños y jóvenes de 200 instituciones públicas y privadas que tendrán la misión de cuidar la salud en Medellín.

Durante el encuentro la Alcaldía hizo entrega, de forma simbólica, de chalecos y gorras que identifican a los integrantes de los Comandos Estudiantiles Antidengues; además, los asistentes disfrutaron de la intervención de porristas del grupo del Inder y de varias puestas de escena sobre el tema del dengue.



Intervención de porristas del grupo del Inder, en el lanzamiento de los Comandos Estudiantiles Antidengue. Coliseo Iván de Bedout de la Unidad Deportiva Atanasio Girardot, 24 de mayo de 2011

Ceremonia de grados

El día 22 de junio se efectuó en el Teatro Universitario Camilo Torres Restrepo, la ceremonia de graduación de 100 médicos cirujanos, 27 instrumentadores quirúrgicos, 11 especialistas en Enfermedades Infecciosas, Terapia de Familia y Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardiocerebrovasculares y un magíster en Ciencias Clínicas.

Durante la ceremonia, la Facultad reconoció a los siguientes estudiantes por su desempeño en el I semestre de 2011:

Yesica Agudelo Zapata
Mejor Promedio Crédito del Pregrado de Medicina

Luis Guillermo Agudelo Arango
Mejor Relación Médico Paciente del Pregrado de Medicina

Sandra Milena Betancur García
Mejor Promedio Crédito del Pregrado de Instrumentación Quirúrgica

Catherine Andrea López Isaza
Mejor Relación con el Equipo Quirúrgico del Pregrado de Instrumentación Quirúrgica

¡Felicitaciones!

Excelente trabajo de la Unidad de Genética Médica

La Unidad Genética de la Facultad fue evaluada como excelente al obtener un puntaje de 100% en el desempeño técnico, analítico e interpretativo de las actividades que desarrolla; este puntaje lo otorgó el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de la Protección Social encargado del programa de evaluación externa del desempeño de los laboratorios de citogenética del país.



Desde las dependencias

Presentación del Plan Estratégico: Formación integral y excelencia académica, 2009-2016



Jaime Arturo Gómez Correa
Profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

*De tres hermanos, el pequeño partió
por la vereda a descubrir y a fundar.
Y para nunca equivocarse o errar,
una pupila llevaba arriba
y la otra en el andar.
"La fábula de los tres hermanos"
Silvio Rodríguez*

Agradecimientos y excusas

- A los integrantes de la comisión coordinadora, especial énfasis a Luis Fernando Ruiz, asesor. Excusas a algunos de ellos que sufrieron momentos de exasperación producto de la tensión que generan estos compromisos.
- Al Decano por la confianza y el apoyo que prestó para la materialización de este trabajo y, especialmente, por la paciencia y comprensión que tuvo: él esperaba este producto desde principios del año pasado.
- Al equipo de comunicaciones: Ana Lucía Molina, Alejandra Amézquita y María Alejandra Ríos, quienes estuvieron al frente del diseño e impresión de esta publicación.
- A profesores que participaron con conferencias, análisis y comentarios. Especial mención para los integrantes de las comisiones de los temas estratégicos.
- A los docentes que asistieron a las sesiones de trabajo.

1. Reflexión sobre la planeación en la Facultad

La Facultad tiene una larga tradición institucional (en octubre ajusta 140 años); no obstante, en relación con su tiempo de existencia, los procesos institucionales tales como la planeación, la formulación de políticas estructuradas y explícitas, el desarrollo de sistemas de información, el manejo de las tablas de retención documental, su memoria histórica, entre otros aspectos, aún son incipientes, inmaduros.

No es fácil definir los motivos de estas falencias; posiblemente esa es la historia de todas las instituciones; pero también se puede presumir que nuestra formación médica nos ha forjado una mirada que se detiene en el instante, en el detalle, en el individuo, en el caso, y el siguiente caso nos distrae del anterior y así vamos de caso en caso, de día en día, de periodo en periodo, siendo muy productivos, muy destacados, seguramente como consecuencia de la inteligencia y lucidez del líder de turno, pero no producto de una conciencia colectiva, de una historia institucional organizada, analizada, documentada, interiorizada de manera consciente: aún no tenemos una fuente de saber de la que podamos abreviar colectivamente.

Situación similar presentó la Universidad: en sus casi 210 años de existencia, solo hace algo más de 20 años comenzó a consolidar procesos de planeación institucional que trascendieran el momento, la coyuntura del dirigente de turno. Y este esfuerzo que permitió articular periodos entre sí, nos evidencia las grandes potencialidades que ofrece una mirada de mediano plazo: la Universidad de hoy, con las crisis y dificultades que vive, ha presentado un cambio cualitativo radical, podría decirse revolucionario, que la diferencia de la que fue en los años 80: de eso somos testigos quienes como estudiantes o como empleados la conocimos en aquella época. Pienso con convicción que igual podremos decir de nuestra facultad en el transcurso de una o dos décadas: esto se explica por qué los procesos de planeación aminoran, por no decir que desaparecen los bandazos en direcciones aleatorias o los periodos de uno o dos años, casi muertos, de aprendizaje entre periodo y periodo, entre una administración y la siguiente.

2. El contexto y la descripción del Plan Estratégico

Este proyecto se concibe en el año 2006 como una formulación en el Plan de Acción Institucional del periodo 2005-2008, en respuesta a la necesidad de construir una mirada de facultad de mediano plazo que trascendiera las coyunturas de cada decanato. Fue más el producto de un deseo y de una convicción, que el desarrollo natural y lógico de unas condiciones estructurales que para la época no existían: el vicedecano de aquel entonces coordinaba empíricamente la ejecución de los planes de acción, el SISPLAN, la rendición de cuentas, los balances sociales, el diligenciamiento de los indicadores SUE, la elaboración de mapas de riesgo, los informes MECI, etc., además de las funciones que eran propias del cargo. Ello permite inferir, como sucede cuando no hay estructura adecuada para la planeación, que el proyecto a pesar de ser prioritario e importante, en su desarrollo estuvo rodeado de avatares que emergían en el día a día, en la urgencia demandada por falta de planeación y organización de otras dependencias.

No obstante las dificultades que lo rodearon y la falta de recurso humano calificado con dedicación exclusiva a tal labor, se logró desarrollar durante un periodo de casi dos años una convocatoria amplia y activa, que mediante la presentación de temas relevantes ofrecidos por conferencistas nacionales y locales fomentó la discusión sobre el proyecto de Facultad que querían sus estamentos. No sobra recordar, sin pretender ser exhaustivos, la presencia de invitados nacionales como Antanas Mockus, Carlos Augusto Hernández, Lilian Suaza; profesores de nuestra universidad como Luis Alfredo Atehortúa, Elvia María González, Margarita Berrío, Fabio Humberto Giraldo, Álvaro Cadavid, entre otros; de nuestra facultad como Luis Fernando García, Omar Vesga, Elsa Villegas, Carlos Yepes, etc.; además de jefes académico-administrativos que lideraron el desarrollo de las funciones misionales en nuestra facultad. Todas las conferencias presentadas por estos expertos ofrecieron los insumos para enriquecer paneles y conversatorios en que participaron los docentes con una asistencia cercana a 80 o 100 personas por sesión, generando una dinámica de importante valor que, para que no quede en el olvido, se deja registrada en detalle en el capítulo de metodología del libro que hoy estamos presentando a ustedes y esperamos sea de utilidad también para las generaciones de relevo.

El capítulo de *Marco institucional* en que se plasma la misión, visión y valores institucionales es producto precisamente de los talleres y conversatorios relatados, en que los docentes discutimos ampliamente y tomamos opción por el marco institucional que se plasma en este capítulo.

El análisis de situación se construyó a partir de la revisión de la bibliografía existente sobre tendencias de la educación superior en los ámbitos internacional, nacional y local; el análisis de esta información permitió identificar amenazas y oportunidades que se derivan del entorno. También se plasma la historia de la Facultad y su situación actual, describiendo en detalle cada uno de los recursos con que cuenta, con especial énfasis en la descripción de los estamentos estudiantil y docente en el periodo 2005-2010. Contiene además el análisis interno, elaborado a partir de documentos universitarios y el aporte de los integrantes de la comisión coordinadora de este proyecto, que permite identificar debilidades y oportunidades.

En el capítulo *Temas estratégicos*, se desarrollan los objetivos estratégicos, metas y estrategias para cada una de las áreas misionales y de apoyo que conforman el quehacer de nuestra facultad: Docencia, Investigación, Extensión, Bienestar y Administración. Los objetivos estratégicos acá expuestos

se encuentran en diálogo con los objetivos de contribución definidos por nuestra dependencia para responder al PAI de la Rectoría, periodo 2009-2012; ello se puede apreciar en las notas de pie de página donde se indica la relación existente entre un objetivo estratégico de este Plan con un objetivo de contribución del PAI. Es de resaltar que este componente fue desarrollado por comisiones conformadas por profesores de la Facultad con amplio conocimiento y experiencia en cada una de estas temáticas, liderados por los jefes y directores de los temas estratégicos objeto de análisis. Por último, se ofrecen unos breves comentarios, pero no por ello menos importantes, del proceso de evaluación que debe acompañar la ejecución de este Plan Estratégico.

3. Alcance e impacto del Plan Estratégico

Es preciso aclarar que en términos reglamentarios este plan no es de obligatorio cumplimiento: el Acuerdo Superior 255 de 2003 que reglamenta el Sistema de Planeación de la Universidad solo considera planes de desarrollo de la Universidad a 10 años, planes de acción institucional de Rector y de decanos, articulados y en diálogo unos con otros.

Dicho lo anterior cabría entonces preguntarse por su utilidad, a lo cual respondemos que para sintonizarnos con un plan de desarrollo a 10 años, que hace formulaciones genéricas y comunes a todas sus dependencias y que por tanto no reconoce particularidades y dinámicas propias de cada una de ellas, es necesario hacer el ejercicio de una mirada de facultad de mediano plazo que reconociendo su singularidad permita unificar horizontes de futuro entre la Universidad y la dependencia.

Reconociendo entonces su no obligatoriedad, es necesario afirmar que tenemos la confianza, que la calidad y la importancia de los análisis y de la información acá contenida lo harán de obligatoria consulta para todo docente de la Facultad interesado en el pasado, presente y futuro de nuestra dependencia: confiamos que la obligatoriedad de su consulta y discusión devienen de la riqueza que contiene y de las necesidades potenciales que seguramente va a satisfacer.

Aunque muchos de los impactos del texto se evidenciarán a futuro, este plan ya puede mostrar impactos presentes, pues aunque solo hoy se hace su presentación pública a todos los estamentos de la Facultad, está iluminando el devenir institucional durante el periodo 2009-2011.



Desde las dependencias

Por ejemplo los proyectos de investigación evaluativa del currículo, la actualización curricular de los posgrados, el desarrollo de diplomas en pedagogía por módulos, la creación de la unidad de relaciones internacionales y convenios, la publicación del portafolio de servicios, la construcción del Parque de la Vida, el avance en la normalización en la prestación de servicios de extensión, la creación del observatorio estudiantil, el proyecto de recuperación de la historia de la medicina antioqueña, el plan de planta física y la adecuación administrativa de la facultad, son proyectos culminados o en desarrollo que constituyen metas o estrategias del Plan Estratégico; es más, la disposición actual de

equipos de trabajo con dedicación prácticamente exclusiva a la ejecución de proyectos y el disponer de recurso humano calificado para los procesos de planeación y administración, son en cierta forma resultado de este esfuerzo que lentamente ha mostrado la importancia de la planeación de nuestra dependencia. Por todo esto se puede afirmar que este producto que les entrega la Facultad a sus estamentos, a otras dependencias de la Universidad y a la sociedad, no solo promete frutos futuros, sino que viene cargado de ellos, muchos ya en avanzado proceso de maduración.

Plan Estratégico a 2016

Formación Integral y Excelencia Académica
Una estrategia pública en la búsqueda de la equidad



Reclámalo

Edificio Manuel Uribe Ángel,
Oficina de Comunicaciones - 203

Cronograma de reuniones Consejo de Facultad 2011-II

Miércoles 7:00 a. m.

La documentación para tratar en Consejo de Facultad se recibirá hasta las 12:00 m., del día miércoles anterior a la reunión, para ser estudiada en Preconsejo

27 de julio	5 de octubre
10 de agosto	19 de octubre
24 de agosto	2 de noviembre
7 de septiembre	16 de noviembre
21 de septiembre	30 de noviembre
	14 de diciembre

Biblioteca Médica



Olga Inés Gómez Zuluaga
Coordinadora Biblioteca Médica

Un nuevo servicio

Ahora nuestros usuarios pueden visualizar la información nueva que ingresa a nuestra base de datos por área, entrando desde la página principal del OPAC. Este nuevo servicio presenta la información dividida por cada una de nuestras Bibliotecas; con un clic en la biblioteca que quieras consultar se generan listados de los nuevos títulos ingresados a la base de datos bibliográfica del Sistema de Bibliotecas. Esta información se actualiza diaria y automáticamente, carga directamente en el catálogo, con las mismas funcionalidades de una búsqueda bibliográfica, permite saber inmediatamente si el material está disponible, generar la bibliografía en formato ISBD, y enviarla por correo electrónico.

Nueva versión de SciVerse

Entre las primeras novedades, ofrece una galería de aplicaciones tales como: resultados sin duplicaciones y con íconos de tipos de documentos fáciles de identificar en *SciVerse Hub*; acceso de la comunidad de usuarios de *ScienceDirect*; más facilidad y rapidez para encontrar información y evaluarla en *Scopus*; *Hub*, funciona como un metabuscador de todas las herramientas.

Con las nuevas opciones de investigación y refinamiento de *SciVerse Hub* y de *SciVerse Scopus*, resulta mucho más rápido y fácil encontrar y evaluar la información. Ahora es posible refinar los resultados por página a través de los nombres de autores, además de especificar la selección por fecha.

En *Scopus*, el nuevo filtro de resultados, permite ver resúmenes, citas, marcadores bibliométricos y opciones adicionales para un análisis más preciso.

SciVerse Scopus y *SciVerse Hub* permiten personalizar cada vez más el proceso de investigación con alertas, consulta de expertos, marcador favorito, artículos en texto completo, bajar referencias con gestores como el *reference managemnet*, *Procite*, *Ednote* y ofrece, además, 2.500 revistas y 11.000 libros, en promedio casi medio millón de adiciones cada año, incluye versiones digitalizadas de años anteriores a 1995, contenido de revistas como *The Lancet*.

Exposición "Historia del Medicamento" en la Sala de Historia de la Medicina durante el mes de julio

Resumen Histórico. *Historia del Medicamento*, es una obra que además de tener una riqueza metafórica por su lenguaje poético, explica su valor histórico y basa su discurso en el mito de Prometeo, por medio del cual se le dio al hombre el dominio de las técnicas. De esta manera, por largos años el hombre en busca de mayor bienestar utilizó productos de origen vegetal, mineral y animal para producir sustancias y brebajes buscando la inmortalidad. Con el propósito de recrear los procesos de transformación en la historia del medicamento y más concretamente en la Farmacología, la Biblioteca Médica pone a disposición de nuestro usuarios la exposición bibliográfica *Historia del Medicamento*, basada en el libro de Diego García Guillen, Agustín Albarracín y otros. De esta manera, es necesario comenzar diciendo que la historia de la Farmacología desde sus inicios y hasta la incipiente modernidad no es más que "...la historia de farmacólogos de tantos siglos que intentaron convertir una *flora abigarrada* en una obra de arte"¹. Es así, y siguiendo la mitología griega de Prometeo con la técnica al servicio del hombre, como éste pasó de ser el modesto servidor de la naturaleza a ser un incipiente gobernador suyo. Esta obra se divide en nueve capítulos, que relatan desde la época primitiva, hasta llegar a la Farmacología o terapéutica contemporánea; y es en nuestra exposición donde serán mostradas dichas fases para ver precisamente la evolución que ha tenido la industria de la Farmacología, siendo en el siglo XIX donde se desarrolló toda una nueva farmacología desconocida por la naturaleza con la aparición de productos activos tales como la morfina, estricnina, la cafeína entre otros. Es lo que se considera como el paso del farmacólogo como una figura de siervo a señor de la naturaleza. **Bibliografía.** Diego Gracia, Guillen; Albarracín, Agustín; Arquiola, Elvira; Erill, Sergio; Montiel, Sergio; et al. *Historia del medicamento*. España: Doyma, 1987, p. 255, QV11.1/H5-87.

Recomendado

Vista la página del Centro de Medicina Basada en Evidencia del Tecnológico de Monterrey —<http://www.cmbe.net/>—, que tiene como misión fomentar en el profesional de la salud, el compromiso con el diario autoaprendizaje, el sano escepticismo y con la crítica de la literatura médica para una práctica ética, profesional, humana y congruente con las demandas de la actualidad en México y Latinoamérica, estableciendo como prioridad el bienestar del paciente en armonía con el uso adecuado de recursos y la evidencia científica.

Visita nuestro blog: <http://historiamedicinaudea.blogspot.com>.

1. García Guillen, Diego; Albarracín, Agustín y otros. *Historia del Medicamento*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1984



Integridad científica en investigación. Conferencia central en las IV Jornadas de Investigación

Nota. Publicamos algunos apartes de la conferencia *Integridad científica en investigación* del doctor Eduardo Rodríguez, asesor de la OPS en asuntos éticos en biomedicina, consultor del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, y coordinador del Programa Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial; invitado central de las IV Jornadas de Investigación. Investigación en salud: un asunto ético, pelético y peludo, efectuadas los días 2 y 3 de junio de 2011.

Integridad científica en investigación

La integridad se define como el compromiso incondicional a los estándares éticos y morales establecidos por cada disciplina profesional o por la comunidad.

¿Qué hace que una investigación sea ética?

- Los requerimientos responden a valores y principios que son reconocidos universalmente.
- Las discusiones respecto a un protocolo se refieren a la aplicación práctica de los principios y no a los principios en sí mismos.
- Su cumplimiento requiere tener regulaciones y comités de ética capaces de aplicarlas.
- Su análisis requiere distintas experticias y saberes (ética, científica, legal, social, cultural).

Investigación y responsabilidad social

- No atropellar el interés de los sujetos de estudio.
- No atentar contra los intereses de instituciones participantes.
- No atentar contra los intereses de la sociedad.
- Normativas: comités de protección de sujetos humanos en la investigación
- Relación con la industria, comunidad y sociedad.
- Protección ambiental.

Valores de la conducta responsable de la investigación

- Honestidad. Proporcionar información verdadera y reconocer los compromisos contraídos.
- Exactitud. Informar de los hallazgos con precisión, tener cuidado en cometer errores, usar recursos inteligentemente y evitar el desperdicio.
- Objetividad. Dejar que los hechos hablen por sí mismos y evitar sesgos impropios.

Criterios axiológicos de la investigación científica

- Los resultados de la actividad científica deben ser públicos, no solo privados.
- Los resultados de la actividad científica deben ser comunicables y enseñables.



Gabriel Jaime Montoya Montoya, psiquiatra y sexólogo; Luz Marina Restrepo Múnera, directora del Instituto de Investigaciones Médicas; y Eduardo Rodríguez, consultor del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, en las IV Jornadas de Investigación, 2011

- El saber científico debe ser accesible a cualquier humano, previa educación.
- La objetividad prima sobre la subjetividad. La ciencia debe ser objetiva.
- En la medida de sus posibilidades, los científicos deben tratar de mejorar sus predecesores.

Faltas en la conducta de investigación

- Fabricación. Consiste en inventar datos o resultados o informarlos.
- Falsificación. Es manipular los materiales de investigación, equipo o procesos, o cambiar u omitir datos o resultados de forma que la investigación no sea representada con exactitud en el registro de investigación.
- Plagio. Es la apropiación de las ideas, procesos, resultados o palabras de otra persona sin darle crédito apropiado.
- Lo que no es: errores honestos o diferencias de opinión.
- Las prácticas de engaño en autoría son el origen más grande de corrupción en las ciencias.
- Ignorar exigencias de respeto a sujetos de investigación.
- No revelar financiadores o patrocinadores de la investigación.
- Uso no autorizado de información confidencial.
- No presentar datos que contradicen los resultados propios de investigación.

- Cambio de diseño, metodología o resultados por presiones de la empresa financiadora.
- No asignar crédito de autoría apropiadamente.
- Ocultar detalles de la metodología o resultados.
- Usar diseños de investigación inadecuados.
- Mantenimiento de registros inadecuados.
- Presentar datos alterados (redondear, cambiar valores para adaptarlos a los del estudio).
- Omitir datos o documentos de fuente registrados.
- Presentar datos estimados más que los actualmente obtenidos.
- Datos transcritos o registrados inadecuadamente.
- Falsificar firmas de consentimientos informados.
- No obtener consentimiento informado.

Factores que distorsionan la objetividad (sesgos)

- Deseo de validar una teoría preferida.
- Confianza excesiva en un concepto particular.
- Aceptación excesiva de una creencia mantenida por un grupo favorecido.
- Presiones, tanto internas como externas, para producir un resultado específico.
- Cualquiera de estos sesgos o presiones puede conducir a lo que los sociólogos denominan "falta de atención selectiva".

Sesgos

- Sesgo de selección. Diferencia sistemática entre los sujetos seleccionados para un estudio y los que no son seleccionados.
- Sesgo de desgaste. Se produce cuando los sujetos que abandonan un estudio son sistemáticamente diferentes de los que lo finalizan (ejemplo: los que presentan mayores complicaciones o efectos secundarios).
- Sesgo de respuesta. Sesgo de selección en cuestionarios.
- Sesgo de medición. Ocurre cuando los métodos de medición o de obtención de información son sistemáticamente distintos en grupos diferentes de pacientes o sujetos.

Consecuencias de la recolección inapropiada de datos

- Hallazgos distorsionados que resultan en recursos malgastados.
- Desviar a otros investigadores a seguir pistas de investigación sin fruto.
- Comprometer decisiones sobre políticas públicas o privadas.
- Imposibilidad de responder con exactitud preguntas de investigación.
- Imposibilidad de repetir y validar el estudio.
- Dañar a sujetos humanos o animales participantes.

Mediciones en investigación

- La fiabilidad en la medición significa que un investigador que repite la prueba usando el mismo método, debe obtener los mismos resultados.

- La validez significa que la medición deberá representar en realidad lo que tiene intención de cuantificar (generalmente se compara con un valor de referencia).

Fiabilidad

Para asegurar la fiabilidad o reproducibilidad de los resultados, deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Las mediciones efectuadas no deberán variar en un mismo observador ni entre varios observadores (consistencia intraobservador e interobservador).
- Deberá tenerse en cuenta la variabilidad de los instrumentos o de los laboratorios.
- Deberá tenerse en cuenta la variabilidad entre los pacientes si las mediciones varían según el momento en que se efectúan, por ejemplo, en ayunas o después de las comidas, la hora del día o el día del ciclo menstrual.

Integridad de la información

- Se refiere a la fiabilidad de la información.
- Postula que los datos no han sido modificados de manera inapropiada, sea accidental o deliberadamente.
- Incluye el que los datos fueron realmente generados a partir de la fuente original.
- Incluye el que la persona o entidad en cuestión entró la información correcta, que refleja las circunstancias reales ("validez"), por lo que bajo las mismas circunstancias se generarán datos idénticos ("fiabilidad").



Taller sobre ética por Eduardo Rodríguez, invitado central de las IV Jornadas de Investigación, 2011



Desde las dependencias

Plagio¹

- El plagio incluye el robo o la apropiación indebida de propiedad intelectual y la copia de textos de otra persona sin darle crédito apropiado.
- Incluye el uso no autorizado de ideas o métodos obtenidos por comunicación privilegiada, como la revisión de manuscritos.

Ejemplos de plagio

- Investigadores que durante el proceso de evaluación por pares toman ideas de otras propuestas o artículos y las incluyen en sus propias publicaciones.
- Estudiantes que toman material literal de internet, sin atribuirlo al autor original al escribir datos de su investigación (existen sitios de internet con ensayos para múltiples propósitos sin autoría).
- Académicos que toman materiales de la disertación de tesis de estudiantes y las incluyen en publicaciones sin darles el debido crédito.

Autoría

Criterios para ser autor del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas:

- Contribuciones sustanciales a la concepción y diseño, o adquisición de datos, o análisis e interpretación de datos; escribir el artículo o revisarlo críticamente en su contenido intelectual importante; y aprobación final de la versión para ser publicada.
- Los autores debieran participar en las tres condiciones anteriores.
- Los autores son responsables de garantizar la integridad y calidad de su investigación reportada.
- La adquisición de financiamiento, recolección de datos o supervisión de un grupo de investigación, por sí solo, no justifica la autoría.
- Evitar autoplagio. Se pueden infringir leyes de propiedad intelectual. "La Publicación redundante (o duplicada) es la publicación de un artículo que solapa sustancialmente con uno ya publicado en imprenta o en medio electrónico" (ICMJE).
- Evitar fragmentación. Dividir los resultados para publicar varios artículos.
- Se acepta que un patrocinador privado o público del estudio tenga el derecho de examinar un manuscrito por un tiempo definido antes de la publicación para permitir, si se exige, el archivo de protección de patentes.
- Sin embargo, el patrocinador no debe imponer ningún impedimento directo o indirecto, para la publicación posterior de los resultados completos del estudio.
- No se considera éticamente aceptable que los investigadores lancen al público, a los medios de comunicación sus resultados antes de hacerlo a sus compañeros en publicaciones o en reuniones científicas a no ser que sea por motivo de urgencia de salud pública.

Acuerdos previos sobre autoría en investigación colaborativa

- Criterios aceptables para contribuir como autor.
- Estándares de aceptabilidad respecto al formato y contenido de

diseminación de resultados.

- Cómo se dispondrá el crédito específico por hallazgos de investigación (posición de autoría).
- Cómo se asignarán responsabilidades específicas para escribir.

Conducta responsable de investigación²

- Honestidad intelectual en la propuesta, el desarrollo y la publicación de la investigación.
- Precisión en la presentación de las contribuciones de la propuesta de investigación y las publicaciones.
- Justicia en la evaluación de pares.
- Demostrar un espíritu de colaboración en las interacciones científicas, incluyendo la comunicación y la diseminación de recursos.
- Transparencia en los conflictos de interés o en los posibles conflictos de interés.
- Protección de los sujetos humanos en el desarrollo de la investigación.
- Trato humanitario a los animales en el desarrollo de investigación.
- Adherencia a las responsabilidades mutuas entre los investigadores y sus equipos de investigación.

Presiones sobre conducta profesional

- Conseguir financiación; promoción de carrera; publicación de resultados en revistas; ambición de prestigio; resultados exigidos a nivel académico; poca supervisión; inseguridad de trabajo; problemas de relaciones; ambiente de trabajo negativo; y miedo de fracasar.



De ronda por los pósteres, actividad de las IV Jornadas de Investigación, 2011



Exposición en las IV Jornadas de Investigación, 2011

- Preferir un tipo de investigación sobre otra de mayor interés social y científico por recibir mejores pagos.
- Conflicto con el rol de médico al recibir subvenciones de investigador.

Recomendaciones para evitar conflictos de intereses

- Contratos que especifiquen las funciones y responsabilidades de las partes y algún mecanismo de supervisión durante el tiempo que se desarrolle la investigación.
- Las empresas deberían sólo apoyar y no financiar totalmente los proyectos de investigación.
- Acuerdos respecto a la forma en que se utilizarán los resultados de la investigación, particularmente en lo que se refiere a las patentes y a la publicación de los resultados.



De ronda por los pósteres, actividad de las IV Jornadas de Investigación, 2011

¿Qué es un conflicto de interés?

- Situación en que consideraciones personales o financieras tienen el potencial de comprometer o sesgar el juicio y la objetividad profesional.
- Situación en la cual el interés secundario prevalece sobre el primario comprometiendo la conducta moral del investigador en la realización del proyecto o el informe del estudio.
- Intereses primarios: conocimiento, servicio, docencia, investigación, promoción de la salud, bienestar de los sujetos.
- Intereses secundarios: dinero, prestigio, cuidado de la familia, ascenso social, viajar, religión.

Conflictos de interés versus faltas en la conducta en investigación

"Un conflicto de interés no se identifica con un acto de mala conducta plagio o fraude. Así, mientras que el conflicto de interés constituye un riesgo para la integridad de la investigación, el fraude o la mala conducta se presentan como hechos directos que comprometen la integridad de la investigación".³

Riesgos que pueden generar los conflictos de interés

- Lesión o daño para un participante en un estudio por no poner en primer lugar la protección de los sujetos.
- Erosionar o destruir la confianza en la empresa de investigación.
- Servir a intereses comerciales más que al avance del conocimiento científico (restringir la publicación, no comunicar eventos adversos o efectos secundarios).
- Influir el diseño y conducta de investigación afectando la validez de los resultados.

1. DHHS Office of Research Integrity

2. Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. (2002)

Integrity in Scientific Research: Creating an Environment That Promotes Responsible Conduct.

3. Kassirer JP, Angell M. Financial conflicts of interest in Biomedical Research. *N. England J Med*, 1993; 329:579



¿Salud o enfermedad?



Luis Casasbuenas Duarte¹

Asesor del Centro Nacer Salud Sexual y Reproductiva
lcasasbuenas@gmail.com

La Entidad Promotora de Salud —EPS—, por excelencia, debe ser el propio Estado.

Voy a escribir lo que pienso y siento como médico y como usuario de servicios de salud, que he sido —y soy— en varios sitios y circunstancias. Cuando le preguntaron a un investigador qué pasa cuando un médico se enferma, contestó: hay que preguntarse para qué sirve el conocimiento. Y eso es lo que yo pretendo ahora: aprovechar esta doble posición para describir una atención en salud para mí, igual a la que yo quisiera darles a mis propios pacientes.

Se da por sentado que la atención en salud es un derecho del ciudadano, consagrado tanto en la Carta de Naciones Unidas, como en nuestra propia Constitución de 1991. Y sin embargo, cada día es más difícil recibir esta atención y su calidad no es precisamente la mejor.

Los profesionales de la salud no están satisfechos con la atención que les prestan a los usuarios, y éstos no están satisfechos con la atención que reciben. Y como la relación entre ellos está basada en la satisfacción y la confianza, se ha perdido la armonía, la amistad que entre ellos un buen día existió.

Si el que presta el servicio no está conforme con la calidad de su labor y el que recibe el servicio tampoco está satisfecho con lo que recibe, no queda ninguna duda: la falla está en la forma en que esta actividad se realiza, es decir, la falla está en el sistema. Posiblemente hay ruidos e interferencias producidos por personas, ideas, actividades o instituciones ajenas a la esencia misma de esa atención. Es decir, por intermediarios que alteran la directa relación entre los dos protagonistas, que por muchos años se entendieron así, directamente.

El denominado agente de salud y el usuario no necesitan intermediación alguna: ellos tienen una relación social implícita, por el simple hecho de ser ciudadanos. Es la relación que tenemos todos los que componemos una comunidad dada, relación que está basada en que, en cualquier momento, por cualquier motivo, uno de los dos necesite la ayuda del otro, en cualquier campo de la actividad humana. Y uno de esos campos es la salud; recordemos que cada vez que alguien necesita la ayuda de otro se genera una relación.

Otra cosa es que para realizar esa atención y recibir sus beneficios sea necesaria la actividad administrativa, la gestión financiera, los reglamentos, las normas. Pero todo ello está encaminado exclusivamente a *facilitar* que unos realicen la actividad que otros necesitan. Pero facilitar, no estorbar ni competir.

Y es que debe quedar muy claro: el centro, el protagonista, el único porqué de todo este entramado, es la persona que necesita la ayuda, el más débil en ese momento, el que siente disminuido su bienestar. Y los demás debemos estar ahí para servirle, aunque mañana podamos ser nosotros los necesitados.

El protagonista allí no es el agente de salud con todos sus conocimientos y experiencia, con todos los grandes avances que la ciencia ha logrado para beneficio del ciudadano; ni tampoco lo es el gestor que maneja unos dineros que aporta el Estado o el propio usuario del servicio, dineros que es preciso manejar con prudencia y mesura pero sin poner en riesgo el objetivo de la misión de todos: prevenir la enfermedad o tratarla para que, en lo posible, ese ciudadano recupere el lugar que tiene en la sociedad.

Por lo tanto, el Estado no puede delegar en terceros una responsabilidad que es suya por ley. Bienvenida la empresa privada que preste sus servicios bajo la atenta mirada del Estado, y tanto ésta como las empresas del propio Estado, deben quedar bajo el control de las autoridades y de los ciudadanos.

1. Médico y doctor en Ciencias de la Comunicación.

Desde las dependencias

No se entiende cómo se pretende organizar la prestación de un servicio de salud sin que tomen parte activa los que prestan el servicio y los usuarios de ese servicio, que finalmente somos todos. Y tomar parte activa significa hacerlo en la planeación, ejecución y evaluación de lo que se hace y se recibe. Lo cual implica profesionales colegiados y asociaciones de usuarios.


Esa es una labor que tenemos pendiente: asociarnos, agruparnos, colegiarnos en instituciones que lideren integralmente actividades académicas, laborales, gremiales, de bienestar, y de remuneración, entre otras. Los médicos hemos sido muy dados a jugar al Llanero Solitario; pero esos tiempos ya pasaron. Ahora se impone el trabajo en grupo y las actividades con otras disciplinas para poder entender este complejo y delicado campo de la salud y de la enfermedad, partiendo del concepto de *persona* que englobe a unos y a otros.

Y las asociaciones de usuarios también deben contar con nuestro apoyo para su conformación y funcionamiento, ya que unos somos la razón de ser de los otros. Así como nosotros aprendemos a hacer consulta, ellos deben aprender a ir a esa consulta, y obtener de esa entrevista el mejor resultado. Porque seguramente algún día tendremos que quitarnos la bata blanca y sentarnos en el otro lado de la mesa.

Negra, estoy de acuerdo con su decisión. Y además me gusta mucho la palabra tan nuestra y tan descriptiva de la situación: "guachafita" que significa alboroto, vocerío, falta de seriedad, orden o eficiencia. (*Diccionario de la Lengua Española*, 22.ª ed., Madrid, Espasa Calpe, S. A. 2001: 1162).



Imagen tomada del periódico el Espectador. Sección de Opinión. 11 Junio de 2011



CONVERSATORIOS
PENSANDO EL CURRÍCULO DE POSGRADO
HACIA LA MODERNIZACIÓN

Evaluación en los Posgrados

Jueves 14 de julio de 2011	Edificio Manuel Uribe Ángel Aula 101	7:00 a 9:00 a.m.
----------------------------	---	------------------



Desde las dependencias

Foro: ¿Qué está pasando con los derechos a la educación y a la salud en nuestro país?: análisis comparativo y reflexiones para la acción

Las áreas de la salud de la Universidad, con el apoyo de la Asociación de Profesores, organizaron el pasado 1.º de junio este foro para analizar con detenimiento lo que está sucediendo con los derechos de la salud y la educación en Colombia.

Los ponentes fueron los profesores Mario Hernández —representante profesoral ante el Consejo Superior Universitario, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá— y Fabio Giraldo —director de posgrados y delegado del Consejo Académico de la Universidad de Antioquia—. El boletín presenta a sus lectores los apartes más importantes de este encuentro.



Profesores Fabio Giraldo y Mario Hernández en el Foro: ¿Qué está pasando con los derechos a la educación y a la salud en nuestro país? Auditorio Principal de la Facultad, 1.º de junio

nos muestra la dificultad de realizar efectivamente el mandato completo de estos derechos; por tanto, es necesario “subsanan” —ojo al término— esa deficiencia real, no garantizando los derechos sino las prestaciones. Se eleva así a categoría jurídica una realidad de hecho, con el resultado paradójico de que se ignora la realidad y se asume como real lo jurídico. Se trata de que siendo divergentes: la normatividad y la efectividad, se termine tomando como real la normatividad. Y terminamos discutiendo sobre la normatividad mientras la realidad queda intocada.

Primera intervención, por Fabio Giraldo

Los derechos sociales son derechos a las prestaciones públicas positivas: trabajo, salud, educación, salario justo, subsistencia y seguridad social; pero hay quienes con sutileza interesada recomiendan considerar a estos, no como derechos, sino como servicios sociales, y, en consecuencia, como prestaciones asistenciales ofrecidas discrecionalmente por el sistema político y justificada por una exigencia sistémica de igualación e integración social, de legitimación política y de orden público, es decir, por razones de orden superior. La justificación de dicha propuesta se encuentra, regularmente, entre aquellos que consideran que como el mundo es así, no podría ser de otra manera, y deducen de ello que la desigualdad y la pobreza son una especie de leyes naturales inmutables, para las cuales las leyes del mercado — otra especie de leyes naturales del orden de la ciencia— serían el único procedimiento para evitar las consecuencias de las posibles catástrofes producidas por la desigualdad y la pobreza.

Siguiendo la lógica de esta ideología, es imposible formalizar y ritualizar las prestaciones públicas y los procedimientos de prestación que estos derechos deben satisfacer, porque la realidad

Los problemas suscitados por los derechos sociales son de carácter económico y político, porque tienen costo elevado, aunque no debe ser mayor que el de su tutela en las formas paternalistas o en las formas clientelistas. La realidad nos muestra que han terminado siendo costosos también porque se han confiado a sistemas de estado de bienestar mediante una onerosa y compleja mediación política y burocrática que por sus enormes espacios de discrecionalidad constituyen la fuente de despilfarros, ineficacias, corrupciones e “ibuprofenizaciones”.

Los ejemplos de corrupción que padecemos son una prueba del valor a un mismo tiempo jurídico, económico y político, de un principio de carácter general, según el cual un derecho social puede ser garantizado de manera mucho más completa, sencilla y eficaz desde el punto de vista jurídico, menos costosa desde el punto de vista económico, más distante de la discrecionalidad político-administrativa, y, por tanto, más alejada de la selectividad y posible corrupción que esta alimenta; cuanto más reducida sea la intermediación burocrática necesaria para su satisfacción, y más aun, en caso de que llegara a ser eliminada por medio de una garantía igual para todos, ex lege, con independencia del grado de necesidad y de los complicados e ineficaces procedimientos para su determinación.

Hay que desmitificar conceptos muy caros en la política como el interés general, la gobernabilidad y el equilibrio social como fines a los cuales deben atender los derechos. En nombre de ellos se ha justificado todo.

Para comenzar hay que entender el derecho fundamental como un derecho ante el legislador con primacía o prevalencia, lo cual implica considerarlo como un derecho subjetivo; su aplicabilidad o eficacia inmediata y por tanto su justicialidad directa, para diferenciarlos de aquellos otros "derechos" o "principios". Es decir, que los derechos fundamentales y libertades públicas reconocidos en la Constitución son de aplicación directa sin que sea necesario para su efectividad un desarrollo legislativo. Se trata de derechos preexistentes a la ley porque son creados por la Constitución. No pueden ser desfigurados por la ley sin incurrir en inconstitucionalidad que sería como la conculcación de su contenido esencial. El derecho fundamental es un derecho anterior lógicamente no cronológicamente, al momento de la intervención legislativa. Podrán ser presentados ante los tribunales no solo de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen sino también en contra de esa legalidad o incluso en ausencia de normas de ley. Se trata de la integridad del derecho frente a la ley.

No sería posible presentar el derecho fundamental como el no necesitado de definición legislativas tras su declaración constitucional, pero sí cabe afirmar que lo propio de los derechos fundamentales no es otra cosa que su resistencia frente a una intervención legislativa llevada a cabo en exclusiva, según consideraciones de utilidad social o de interés general: los derechos preexisten a la legislación. Es un derecho "contramayoritario". No es "relativizable". Por ejemplo, el alegato de que la inviolabilidad del domicilio debe ceder ante las exigencias de un fin social de rango superior conduce ineludiblemente al entero sacrificio de todos los derechos fundamentales de la persona y de todas las libertades públicas a los fines sociales.

Naturalmente que legislar sobre los derechos fundamentales, dotados de contenido esencial, supone siempre integrar o equilibrar imperativos de orden comunitario e intereses a cuyo servicio el derecho existe. Lo que hay que garantizar es que ese equilibrio se mantenga y para ello existe el test de proporcionalidad. Y que ese equilibrio no sea el simple ejercicio de la valoración legislativa sobre lo que resulte apropiado para la preservación del llamado interés general.

En resumen, el concepto de derecho fundamental debe ser resistente en su contenido esencial a la acción legislativa. Solo por eso merecen el calificativo de fundamentales. No se pueden considerar ni siquiera derechos constitucionales, porque preceden a la Constitución. Sin ellos, no debería existir la Constitución; precisamente, para ellos se hace la Constitución,

por eso la preceden. Pero no son naturales o providenciales. No se trata del reconocimiento al hecho de que a lo largo de la historia de la civilización política hayan llegado a ser considerados como esa clase de derechos sin los cuales ninguna vida es digna de ser vivida.

Dado lo anterior, se puede decir:

1. Un derecho fundamental no es derecho porque sea constitucional; es un derecho para garantizar el vivir dignamente: un derecho fundamental es un derecho preconstitucional y antelegislador.
2. Los derechos fundamentales son de aplicación directa sin necesidad de intervención jurídica.
3. El contenido esencial de un derecho fundamental es indisponible porque se trata de que muchas veces va en contra de la legislación.
4. Los derechos fundamentales son providenciales e históricos.
5. Y todo ello con la intención de que el contenido esencial no sea "ibuprofenizado".

Vinculación de todos los poderes públicos es una prescripción general en alcance y en contenido. General en alcance porque incluye a todos los entes que tienen imperio derivado de la soberanía del Estado que les ha delegado funciones específicas, como la prestación del servicio de salud y, por tanto, están obligadas a respetar a rajatabla el contenido esencial y su identidad. Incluye por supuesto entidades privadas que han recibido ese imperio. No son directrices de acción, sino prescripciones absolutas.

Y es general en contenido, es decir no se trata de la prohibición de transgredir para lo cual los legisladores se cuidan estratégicamente de no hacer nada, sino de respetar el derecho fundamental. O sea el concepto jurídico de vinculación no solo implica deberes negativos de no transgresión sino deberes positivos de respeto y promoción adecuada. Que es lo que le da sentido, por ejemplo, a la salud o a la canasta familiar. Vinculación quiere decir que se puede pecar por comisión pero también por omisión. Es decir por ineptitud. En el legislador pesa la doble tarea de cumplir con los derechos fundamentales en vida comunitaria, para lo cual no solo promoverá más garantías de su defensa sino, también, las políticas públicas de promoción de condiciones y medios para el efectivo derecho del disfrute; en últimas, debe buscar proteger los derechos fundamentales de las agresiones de quienes no son poderes públicos, es un categoría fundamental de las políticas públicas.



Desde las dependencias

Pero la vida de los derechos se garantiza no en las normas sino en su ejercicio y defensa concretos. Porque conviene aclarar algunos asuntos sobre los modos en que los derechos fundamentales quedan definidos por la Constitución o por las leyes. Para poder saber qué es lo que vincula a los poderes públicos, qué es lo que el juez define como derecho fundamental en sus providencias y qué es lo que el legislador discute, se trata de la limitación y delimitación. No es lo mismo limitación que delimitación. La primera puede entenderse como definir los contornos y confines pero también para referirse a constricciones, excepciones o privaciones. Delimitación es definición de un derecho no solo contenido en la norma misma que enuncia el derecho sino por otras normas constitucionales o por normas legales llamadas por la Constitución para tal fin.

Segunda intervención, por Mario Hernández

La problemática que han suscitado los derechos de la salud y la educación en Colombia nos debe alarmar; estamos frente a una situación realmente preocupante de la que hemos hecho poca conciencia en el país, incluso dentro de la academia. Y aunque las cuestiones que nos ocupan actualmente se basan principalmente en conceptos filosóficos, el enfoque de este análisis es histórico; puesto que la suma de los factores que convergen hasta hoy, son un resultado histórico bastante complejo. Por eso vale la pena hacer una reflexión de este tipo: ¿Qué ha sucedido con los derechos a la salud y a la educación en Colombia?

Nos ubicamos entonces, para iniciar, en el debate de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991. Porque en este debate público se dialogó acerca del direccionamiento que tendría Colombia; aunque con muy poca legitimidad por la suma de fuerzas que integró y la forma como se llegó a ella. Allí existían dos fuerzas en un sentido de aparente confluencia; por un lado, el país venía de un proceso de paz que pretendía vincular a los grupos armados más beligerantes, y por otro lado, hubo necesidad de reformar el Estado hacia un modelo aperturista, neoliberal y de modernización encaminado por el gobierno de César Gaviria.

Estas dos fuerzas se expresaron conjuntamente con todas las voces que hicieron parte de este proceso, para crear mediante acuerdos tácitos y otros más explícitos una estructura constitucional "bifronte"; apelativo que surge a razón de las contradicciones fundamentales acerca de las garantías, los derechos, el papel del Estado y los instrumentos por los cuales el Estado iba a garantizar tales derechos. Porque incluso en las expresiones de esos derechos fueron cercenadas palabras clave, como es ejemplo el estudio de la comisión 5.^a sobre los derechos sociales, donde obviaron la palabra "derecho" en el texto final del artículo 49; acotando los servicios de salud y saneamiento como servicios públicos a cargo del Estado que podrían prestar particulares, para luego aclararnos el lugar correspondiente de

cada partícipe, y así concluir con el modelo que finalmente se desarrolla en la Ley 100.

E igualmente sucede para la educación con los artículos 68 y 69, los cuales demarcan un límite al fijar dicho derecho hasta noveno grado. El artículo 69 sentencia que la educación superior es un servicio público que el Estado financiará a su modo, para que los aptos puedan acceder a ella; y también les otorga autonomía y sostenibilidad financiera a las universidades públicas. Lo cual es contradictorio.

De esta manera se convierten en derechos ambivalentes, que nos han conducido los últimos 20 años a entender de cierta forma qué es derecho a la salud y a la educación. Porque si vemos, por ejemplo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional en el desarrollo de la tutela en los temas de salud y educación, se apega a una idea de derechos fundamentales, de derechos a la dignidad de las personas; lo cual va más allá de lo que contempla la Constitución. Pero el legislador contrario a la jurisprudencia optó por una visión más bien mixta; una retirada progresiva del Estado, una participación más amplia del mercado y una posición de Estado-regulador que hace subsidio a la demanda de los pobres. Así las leyes 30, 100 y 115 incluyeron de facto una manera de entender salud y educación ligadas a las corrientes neoclásicas y neoinstitucionales; que por sus grandes similitudes están relacionadas estrechamente con el neoliberalismo. Vemos entonces un proceso más desarrollado de este proyecto en salud, el cual asume tácitamente el derecho como un bien privado que se compra y se vende. Y el resto puede funcionar con las reglas del mercado, aparte de los bienes públicos que afectan a muchas personas; los cuales deben ser proporcionados directamente por el Estado.

Lo que se acepta es que en salud hay una gran imperfección del sistema, por las asimetrías de información entre agentes racionales económicos del mercado; que son paciente y proveedor de servicios o personal de la salud. El desperfecto es que a este sistema no se llega con la misma lógica del consumidor racional sino con un deseo de ser curado, lo que se traduce en una asimetría de información. Y de allí resulta una teoría de agenciar la defensa del consumidor, de donde se deriva el concepto de intermediario entre prestador y consumidor. Pero esto no implicaba un retiro del Estado en cuanto a las funciones que iba a garantizar; sin embargo el Estado colombiano sí lo decidió así, se retiraba y se convertía en un agente comprador de un paquete de servicios a un intermediario llamado asegurador a cambio de una póliza UPC (Unidad de Pago por Capitación). Y nos ilusionaron pretendiendo que la competencia del mercado iba a producir eficiencia, calidad y menor precio; pero está más que claro que la forma de regulación actual otorga los mecanismos para que capturen renta estos intermediarios. Y el esfuerzo social queda atrapado en una serie de cajas negras; todo propiciado por

la misma norma, para que los intermediarios se queden con esos recursos. Así son las reglas. Y además, cuando el Ministerio les pide información sobre sus manejos financieros a los intermediarios para ver si se aumenta la UPC, los estimulan a que demuestren que se gastaron toda la plata. Y encima los estimulan a que hagan integración vertical con medicamentos, insumos y prestación de servicios. Es un mecanismo perverso que incentiva el sobrecosto y la acumulación de riqueza en todos los nichos de la prestación. Se demuestra pues que es un sistema costoso, inequitativo e ineficiente; el cual, sostiene la diferencia entre quien paga y quien no paga, sostiene la inequidad estructural.

Lo inquietante ahora es que lo implementado en salud, se ha venido incorporando cada vez más a la educación. Sobre todo en educación superior, pues desde hace 20 años instancias como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional han dicho que la educación no puede verse como un derecho porque tiene las más altas tasas de retribución, de beneficio individual, y por esta razón la persona tiene que pagar por ese beneficio, pues es el máximo bien privado que existe; uno entra sin nada, recibe una capacitación y sale al mercado con un potencial mayor al de entrada.

Por eso, la manera como se planteó el proyecto de Ley 30 el año pasado propuso que lo único que se necesitaba era un cambio en el esquema de financiamiento para avanzar en el subsidio a la demanda enfocado hacia los pobres, abrir la gama con crédito educativo para aquel que pudiese pagar, y mantenerles un financiamiento a las universidades públicas mientras eran capaces de competir.

Pero con el gobierno Santos se pretende renunciar totalmente por parte del Estado a garantizar el derecho a la educación superior; con el proyecto de acto legislativo que está circulando en su octavo debate acerca de la sostenibilidad fiscal, criterio constitucional que en todo caso es superior a los derechos individuales porque en este caso es de carácter colectivo. Y con lo cual se llegaría a argumentar que no hay más dinero, para que quien pueda pagar, pague.

Lo que se plantea es un esquema donde los recursos del Estado se concentran en dos grandes frentes; uno de subsidio a la oferta (a todas las instituciones) y otro de subsidio a la demanda que se concentraría en personas pobres, ofreciéndoles créditos condonables (beca-crédito) ligados a su ingreso. Entonces, con esos focos de financiamiento se abriría el mercado, constituido por instituciones públicas, mixtas, privadas con ánimo de lucro y sin él para que compitan, dirigido hacia dos grandes estrategias: la internacionalización y la garantía de la calidad.

Esta es la manera de entender los derechos, y no es que haya un vacío, porque son derechos ligados a la propiedad de las personas y a su capacidad de pago. Y pesar de ver la debacle en la situación de la salud, este es el norte que se propone para la educación. Por eso no es convincente que definir la esencia de los derechos sea una buena alternativa, pues es justamente lo que está pasando con la ley estatutaria en salud. Por ese motivo, hay que aclarar el contenido del derecho, porque, por ejemplo, la ley estatutaria en salud formula una lectura de la jurisprudencia de la Corte Constitucional en clave utilitarista, neoliberal y neoclásica muy bien argumentada. Por lo que además de denunciarlo, hay que disputarlo.

Porque la lógica de esta nueva ley estatutaria, según la Corte Constitucional, es que el contenido esencial del derecho es delimitable, entonces dicha ley va a delimitar ese contenido igualándolo al concepto de POS (plan de beneficios) costo-efectivo de equilibrio financiero de la UPC, con sostenibilidad fiscal y con corresponsabilidad del sujeto ciudadano enfermo.

Surge entonces la pregunta de qué hacer, respuesta que se dirige hacia plantear cambios desde la misma sociedad. Porque los políticos elegidos cada periodo están bastante comprometidos con reproducir el modelo de gobierno anterior, por eso los gobernantes difícilmente propondrán una transformación. Por eso la propuesta que se venido construyendo desde la academia se fundamenta en tres puntos clave: a) disputa ideológica y conceptual sobre los términos y los contenidos de esos términos; porque si se analiza la propuesta de la reforma a la educación, se otorgaría la educación como derecho, como bien público; además de proponer una forma de ayuda financiera por parte del Estado, control y regulación. Pero es la significación de los derechos de lo que tenemos que ser conscientes, porque estas propuestas tan bien formuladas distan de lo que entendemos nosotros por derecho. b) Organización, para congregarse a todos los ciudadanos que se sientan afectados, y así encontrar mecanismos o formas de organización enfocados en generar una expresión política clara. c) Movilización de cara a la sociedad para que el común de la gente sienta indignación frente a los escándalos que suceden en estas esferas, y así generarles a las personas una conciencia de que las cosas podrían ser de otra manera.

No podemos aceptar la resignación de "sálvese quien pueda" característica de la sociedad colombiana. Debemos propiciar una reflexión diferente con lo que está sucediendo en este país y hacerle frente con las posibilidades que tenemos para transformarla.



Desde las dependencias

Los voceros de la infamia



Hermes Osorio
Psicólogo y lingüista
Docente del Área de Comunicación

En varias ocasiones nos vemos sorprendidos al presenciar que por vías diferentes, y sin ninguna conexión entre ellas, llegamos a los mismos resultados. Este tal vez sea uno más de esos sucesos que sorprenden y llevan a pensar, a los más supersticiosos, en una voluntad externa que mueve los hilos.

En el mes de abril, en la ya habitual y particular celebración del idioma en nuestra Facultad —*La Semánala de la Lénguala*—, uno de los grupos a mi cargo presentó un ejercicio teatral que denominaron: *Alicia en el país de las EPS*. Su intención era utilizar el ambiente y los personajes del clásico de Lewis Carroll para mostrar lo absurdo e incomprensible de nuestro sistema de salud. Representaron escenas habituales en nuestro medio: amenazas al personal de salud, falta de recursos para la atención, la negligencia de los funcionarios, la escasez de medicamentos, el paseo de la muerte, entre otras; con un toque de humor, pero sin dejar de resaltar lo insano de la situación. Mientras pasan las escenas, Alicia, instruida por el Conejo, observa desconcertada lo “maravilloso” de un mundo al revés, donde el derecho a la vida y a la salud es un residuo de los intereses económicos.

El pasado viernes 27 de mayo visitó la Facultad el senador Jorge Robledo, uno de los pocos personajes que todavía hacen creer que la política es un arte noble. Con un lenguaje más técnico, con cifras y evidencias claras contó cómo las empresas administradoras de la salud en Colombia —específicamente el caso del grupo Saludcoop, aclarando que no es la única— desangran el patrimonio de la nación, extrayendo astronómicas ganancias bajo el principio de todo para ellas, lo mínimo para los pacientes.

Si hubiese querido escribir en números las cifras del desfalco en mi libreta, una página no era suficiente; creo que tardaríamos semanas para llegar a dicha cifra empezando desde cero. Decirla es una invocación a la infamia. Desde arriba o desde abajo, el diagnóstico está claro.

Luego de describir los síntomas, la conferencia del senador Robledo continuó con las causas, aunque sería más preciso hablar en singular. La Ley 100, advierte el Senador, es una disposición perversa que convierte a la salud en un servicio, quedando

expedito el campo para convertirse en un lucrativo negocio; y estimula el delito, al obviar los controles y la fiscalización del Estado a las EPS. Es como si en la eterna contienda entre la liebre y la tortuga, le diéramos ventaja a la primera y, además, le prestáramos patines; todo esto dentro de un sistema democrático, ya que a la tortuga no se le impidió correr.

Entre los personajes de la obra estaba, como no, la Reina Roja, que para los fines del guión era nada más que la Ley 100. La que tiene intimidados a todos en su reino, haciendo que médicos y pacientes peleen entre sí, sin ver el problema de fondo. En un arranque de humor, pero a la vez de justicia terrenal, la Reina cae enferma, tiene que asistir a una de sus EPS y allí padece los efectos de su propio invento. Al quejarse del servicio, le recuerdan que el sistema lo diseñó ella misma... La literatura nos encanta, recuerda Borges, no porque muestre el mundo como es, sino como debería ser.

Como tratamiento, el Senador propone derogar la Ley 100, cambiar las EPS por otro sistema que garantice la transparencia. Agrega que esto solo se lograría con la movilización ciudadana: “hay que salir a las calles”. Los asistentes no quedaron muy convencidos con la propuesta, en la plenaria una y otra vez imprecaban al Senador para que presentara algo concreto.

En el cierre de la obra, la Reina, indignada por lo que le pasó, sale con Jota, su asistente personal, de la EPS, al cabo tropieza, cae y pierde el sentido, una voz en *off* anuncia que se cayó el sistema. Y luego al unísono todos gritan de júbilo, como cuando los estudiantes de secundaria (y algunos universitarios) celebran que no habrá clases. Si el tratamiento también está claro, ¿por qué no se hace algo? Al parecer, el interrogante sigue quedando del lado del cómo.

De la conferencia del senador Robledo hay que matizar algunos de sus juicios. No comparto su menosprecio por la Constitución de 1991. De seguro son muchos los vacíos que tiene, pero desconocer que fue el avance más significativo que se ha dado en el país para alcanzar la equidad social en nombre de que fue hecha por Gaviria a imagen de la de Washington es partidista y sectario. Creo que no es el momento de una sofisticada retórica,

desestimar un argumento por la única razón de que viene del opositor (esta vía la llevó tan lejos que hasta insinuó que Uribe era bueno comparándolo con Santos). Tampoco comparto que haya aprovechado la ocasión para ondear las banderas de un partido (que literalmente así está) que no tiene cómo salirse de la misma colada que pretende denunciar.

Por otro lado, considero que su invitación a la movilización no es banal y que el sentido de la misma debería trascender el simple desfilar por unas calles exhibiendo carteles o gritando arengas. Movilizar puede abarcar el hablar, escribir, chatear, gritar, soñar, debatir, cantar... no permitir que el pensamiento se petrifique y pierda la fuerza de trascender el miedo y, lo que tal vez es peor,

la comodidad. Cuando la chispa se encienda en cada uno, no restará más que correr y contar lo que no queremos soportar más.

¿Qué tan grave puede ser el problema?, para algunos nada tan delicado que llegue a preocupar a quienes trabajamos o estudiamos en la mejor facultad de Medicina del país. Este reconocimiento nos llena de orgullo a quienes hacemos parte de la Facultad, pero quedará solo en eso (un reconocimiento, mención o distinción, solo espuma) si cada uno no hace lo mejor en su labor. ¿Buscar soluciones para el crónico problema del sistema de salud del país no es quizá la labor más inmediata, significativa e imperiosa que nos atañe?

Ley 100 de 1993: Ley 100 de 2011. Había una vez...



Alexander Rodríguez Bustamante¹

Profesor del Componente Flexible Salud Familiar
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
alexrobu11@hotmail.com

Había una vez un cuento cuyo título era "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", para la época tenía 21 años y en mi vida este asunto era tan poco importante como lo fue muy seguramente para algunos de ustedes los lectores de este boletín informativo; antes de la ley todo era "caos", podrían afirmar algunos, pero finalmente cuando requeríamos algún servicio médico muy seguramente éramos atendidos en el centro de salud adonde pertenecíamos según nuestro lugar geográfico; y es aquí donde empezaba realmente el "momento de verdad" descrito por teorías del servicios por el que muy rara vez asisten quienes deberían asistir para no caer en la trampa maldita de la muletilla que todos han escuchado por esa época y que hoy aparece también en los pasillos de nuestras instituciones prestadoras del servicio: "...el siguiente, o el que tenga el ficho 55—", cuando menos.

Había una vez un médico que se preocupaba por la salud de nuestro papá y nuestra mamá (antes de la ley) y siempre era nombrado en las celebraciones especiales de nuestros hogares

como "—él, que curó a doña Tránsito la del altico, es que el doctor... como es de bueno...", y así sucesivamente por nombrar algunos recuerdos que me vienen a la mente.

En ese cuento había buenos y malos, y todos los ingredientes que tienen los cuentos fantásticos; efectivamente contábamos con las interminables "colas" para pedir el ficho desde el día anterior y era posible que al llegar a la repartición nos encontráramos con una voz ronca y gritona: "—Se acabaron los fichos ¡vuelva mañana!—" ¿Qué de distinto tiene esta expresión a lo que ocurre hoy después de la ley? Todo sigue igual; es probable que las "colas" desaparecieran, pero en este cuento aparece un antagonista que en caso de estar "de buenas" si le contestan obtendrá una "bendita cita" para "—Mi mamá que tiene un dolor de piernas desde hace 12 horas que ya no aguanta más...—"; "—Sí señor estamos para servirle digite uno para citas—", pasan dos minutos y contestan para la asignación: "—Su cita fue asignada para dentro de ocho días, no olvide presentar su identificación, el valor de la cuota respectiva y llegar con diez o quince minutos de anticipación, le recordamos que una urgencia es...—". No hay remedio y aquí hay que tomar dos caminos: esperar la cita o de manera particular acudir a la consulta (ambos desacertados).

1. Profesional en Desarrollo Familiar – Funlam, especialista en Docencia Investigativa Universitaria – Funlam y magister (E) en Educación y Desarrollo Humano - Universidad de Manizales/CINDE.



Desde las dependencias

A esta altura del cuento me siento aburrido porque estoy cayendo en la misma lógica que hemos caído todos los que conocemos los tránsitos y las cartografías de la Ley 100 y que aun conociendo sus aciertos y desaciertos no hemos contribuido (y me incluyo) en la reflexión-acción que deberíamos hacer para que esa ley se convierta en una posibilidad para los seres humanos que la habitan, mejor aún, que la habitamos. Las últimas críticas que han aparecido en los periódicos, revistas, boletines, cables de prensa, noticieros de televisión y demás medios de comunicación, apuntan no sólo al descalabro que sería una reforma SIN INTENCIÓN y que atente contra los más de cuarenta y cinco millones de colombianos que habitamos este suelo.

Hoy más que nunca la figura del enfoque de salud familiar en este cuento ridículo de la historia inicial que he propuesto a manera de escrito, me lleva a pensar necesariamente que estamos "pasando por los gloriosos" como lo diría mi abuela que en paz descanse; no me imagino qué nuevas disposiciones y reglamentaciones se irán a inventar para destrabar, desentravar, o descuadrularizar (ya no sé lo que viene... qué locura...), para que nuestras familias puedan acceder a la salud como la Constitución lo ordena. El tiempo de la tutela y de los derechos de petición pulula cada vez más en las recepciones de las EPS e instituciones que acompañan a los usuarios en este camino tortuoso e incomprensible frente a un derecho que de por sí es adquirido por el solo hecho de SER en el mundo y existir para una sociedad. En esta perspectiva valdría la pena recordar:

La salud familiar puede considerarse en términos de funcionamiento efectivo de la familia, como la dinámica interna relacional, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el desarrollo y crecimiento individual según las exigencias de cada etapa de la vida. (Ortiz y otros, 2000, p. 12)

Y para que esas etapas de la vida puedan transcurrir de la mejor manera posible como lo propone el texto, el camino no debe ser otro que el de la "redimensionalización" de la Ley 100 en términos que requieran las personas que acuden a todo tipo de atención médica en nuestra geografía colombiana.

Sería injusto no darle un final a este cuento, que aunque no lo parezca, y pese a la incertidumbre que pudiese velarse en estas líneas, valdría la pena preguntarse la función que ha cumplido la academia y la misma sociedad, frente a lo que ocurrió antes de la Ley 100 de 1993 y lo que está pasando con la ley hoy, para que no tengamos que leer nuevamente otro cuento tan malo como el que ustedes acaban de leer.

Había una vez...

Referencia

María T. Ortiz y otros. Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método. En: revista Cubana Salud Pública. 2000, vol.26, n.1, pp. 12-16. [online, recuperado el 15 de Junio de 2011]. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_1_00/spu02100.pdf.

CONCURSO DE CUENTO

Facultad de Medicina, 2011

Categorías:

- A. Estudiantes de pre- y posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- B. Egresados y empleados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Presenta tu cuento hasta el **15 de septiembre de 2011, 4:00 p. m.**

Lugar de entrega:

Oficina de Asuntos Estudiantiles, de 2:00 a 4:00 p. m.

Premiación: en las Jornadas Universitarias.

Consulta las bases y condiciones del Concurso en:

<http://medicina.udea.edu.co>



Federico Díaz González
 Editor de *latreia*
www.notasdelidioma.blogspot.com

Eventual y eventualmente

Probablemente porque se hacen traducciones literales del inglés al español, se usan con frecuencia, sin necesidad o incorrectamente, el adjetivo **eventual** y el adverbio **eventualmente**.

Veamos sus significados (*DRAE*): *eventual* significa 'sujeto a cualquier evento o contingencia'. Y el significado de *eventualmente* es 'incierto o casualmente'.

Con esta información analicemos cinco frases tomadas de artículos sometidos a consideración de *latreia* en las que se usaron esas palabras:

"Inicialmente se presentaron algunas dudas con respecto a su utilidad, ante el riesgo *eventual* de exacerbar un proceso de coagulación difusa".

"Notó la aparición de trombosis diseminadas en un enfermo con cáncer avanzado y propuso que la *eventual* producción de sustancias por parte del tumor podría explicarlas".

"El primer paso para llegar a un diagnóstico debe ser la búsqueda de *eventuales* situaciones predisponentes".

Nótese que si se prescinde del término *eventual* en estas tres frases no se menoscaba la claridad de las respectivas ideas, lo que permite concluir que es innecesario en ellas.

Ahora veamos dos frases con *eventualmente*:

"El sarcoma granulocítico hace parte del conjunto de manifestaciones de pacientes con leucemia mieloide aguda, aunque *eventualmente* es la primera manifestación de dicha enfermedad".

"[...] por lo que puede *eventualmente* haber dificultades para diferenciar entre [...]".

A la luz del significado del adverbio *eventualmente* ('incierto o casualmente') este no tiene nada que hacer en estas dos frases pero en ellas sí hace falta un adverbio o locución adverbial para indicar que no siempre ocurre lo que se afirma; puede ser *ocasionalmente* en *ocasiones* o *a veces*.

CODA ETIMOLÓGICA

La palabra *trombosis* se derivó del término griego *thrombos* que significa 'coágulo, grumo'. Su segundo elemento compositivo es *-osis*, proveniente del griego a través del latín; es una terminación de sustantivos femeninos que significa 'proceso, condición, enfermedad'. La hallamos muy frecuentemente en términos médicos: tuberculosis, neurosis, artrosis, dermatosis.

¿Qué hay de nuevo en... **nuevo**

Dermatología?

Viernes, 29 de julio de 2011

Auditorio Principal, Facultad de Medicina

Inscripción: www.udea.edu.co/reune

Entrada libre

Se expedirán certificados



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1955

Organiza:
Facultad de Medicina
Departamento de Educación Médica
Centro de Extensión



Tiempo inerte



Sara Elizabeth Ceren Velásquez
Estudiante de Medicina, nivel IV
secv5@hotmail.com

El suicidio sería el primer, y por tanto el único de los placeres que experimentaría si pudiera moverme. Cumplo hoy 8 años de estar acá, 96 meses, 2.976 días, 71.424 largos minutos de estar acá. Postrado, soportando sin más la indiferencia; atrapado en una armazón inútil, condenado a cumplir una función que no se ajusta, en lo más mínimo, a mis estándares de pensamiento.

Envidio profundamente a aquellos que tienen la oportunidad de hacer. Soy un médico a cuartos, les he transmitido conocimiento a varias de las generaciones de los ineptos que en este momento se ocupan de la salud de Colombia, no tengo voz propia. Han pasado por mi lado toda clase de personas, mentes brillantes y... ¡mentes!

Con tanto conocimiento que he acumulado puedo imaginar diversas formas de asesinar, formas creativas que sorprenderían al más astuto de los criminales... no piensen mal de mí, soy el producto de la frustración acumulada, pensamientos así son bastantes comunes entre los que nos vestimos de invisibilidad. Soy literalmente escupido a diario, existo para hacer brillar a otros, a esos arrogantes que no se escapan de cometer errores, y que, no sé por qué, se olvidan a ratos de que son solo seres humanos.

Sé que no soy el único imposibilitado para expresarse; lo veo en las caras cansadas, aburridas, humilladas, estresadas y pisoteadas de algunos de los estudiantes que ocupan a menudo las aulas de clase de esta facultad.

En la noche, el silencio se apodera de todo. Se adentra en cada uno de mis poros y siento miedo, siento miedo de que ese silencio se perpetúe y mi existencia se reduzca a muchísimo menos de lo que es ahora. No sé por qué le temen tanto a la muerte, para mí, sería una bendición... la medida necesaria para acabar con mi calvario.

Como dije antes, tengo miedo a lo que pase mañana, oculto con el mayor esmero posible las carrasperas producto del cansancio, oculto la dificultad que he empezado a desarrollar para compenetrarme con el cable. Lo sé, el fin está cerca, mis días de trabajo en la Facultad de Medicina están contados, y no me malinterpreten, no intento demostrar ni el más mínimo agrado por lo que hago... la pasión es algo con lo que simplemente no me fabricaron, solo sé que lo que viene es peor.

Pasaron 3 meses, 90 días, 2.160 minutos para que se dieran cuenta de que él ya no se desempeñaba igual, de que el sonido que emitía se contaminaba con los agonizantes quejidos de la armazón inútil en la que estaba atrapado por el resto de la eternidad. No pudo ocultar más el paso del tiempo, su utilidad se hizo evidente y recibió su condena...

Paciente masculino.

Edad: 9 años, 111 meses, 3.441 días, 82.584 horas, 4.955.040 minutos.

Lugar de nacimiento: Panasonic.

Ocupación: trabajó hasta hace poco como micrófono de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Enfermedad actual: el paciente demuestra incapacidad para reproducir voces ajenas.

Conducta terapéutica: exilio permanente, imposición de silencio total y condena a conservar su carácter pensante pese a su condición de objeto inerte desechado.

Doctor Álvaro Velásquez Ospina, crónica de un cirujano en un pueblo de Antioquia



Jorge Iván Gutiérrez Montoya, MD
Profesor del Departamento de Cirugía General

I Parte

—Allá viene, allá viene, muchachas apuren. Si no encuentra el paciente listo seguro que entra, da la vuelta y sin decir nada vuelve y se va— dijo alguien.

Era un sábado cualquiera de mayo de 1990, un poco antes de las siete de la mañana y la neblina aún se recostaba sobre el techo de las últimas casas del pueblo y del hospital. Yo recién graduado de médico había llegado hacía dos semanas a hacer mi año rural. Inexperto y tímido miraba cómo las cosas funcionaban en ese pequeño hospital de pueblo, un pueblo metido en las montañas de Antioquia, casi en los límites con Caldas.

En el quirófano una vieja máquina de anestesia, una lámpara de techo de luz amarilla intensa y una camilla de quirófano de esas que eran también para atender partos, eran el rudimentario equipo de cirugía. Dos auxiliares de enfermería, una enfermera recién graduada, de cachetes colorados y piel blanca; Mary Franco, la instrumentadora, María Victoria, la médica y directora del hospital haciendo de anesthesióloga, y yo procurábamos dormir el paciente, quien acostado desnudo y cubierto solo por una delgada sabana verde, con las marcas del Hospital Gabriel Peláez Montoya, temblaba de miedo o de frío. La enfermera cogió la bandeja de acero inoxidable con dos o tres jeringas e inyectó en el paciente, previa orden de la doctora Restrepo, 8 o 10 centímetros de pentobarbital y luego abrió una solución de Tukurin ya conectado al antebrazo izquierdo del paciente a goteo lento. La doctora Restrepo introdujo a través de la boca el laringoscopio de luz pálida, mientras yo miraba atento a cada uno de los pasos y luego le introdujo al paciente un tubo endotraqueal número 7, que fijó con esparadrapo a ambos lados de la cara.

—¡Laven, laven rápido!— dijo la anesthesióloga.

El pecho y el abdomen del paciente fueron estregados por Teresa Tito, la auxiliar de enfermería, con Isodine desde la línea donde se encuentran las tetillas hasta el pubis. Mary Franco a un lado del paciente había vestido dos mesas y sobre ellas había regado la ropa estéril, las gasas, las suturas, ligaduras y el instrumental quirúrgico, casi todo de uso exclusivo del doctor Velásquez.

Él apareció en la puerta del quirófano ya lavado desde los dedos hasta los codos, entró, estiró la mano y cogió una gasa estéril de la mesa. Mary solo lo miró pero no dijo nada. —Buenos días Álvaro —dijo María Victoria. —Es para una colecistectomía —añadió. Nadie respondió y el silencio se hizo más profundo en ese quirófano de Jardín. Mary vistió el paciente y organizó el electrobisturí. —¿Va a usar aspirador? —preguntó Mary Franco. Nadie respondió.

Mary le alargó el bisturí y él con una facilidad espantosa realizó una incisión de 7 a 8 centímetros a nivel subcostal derecho. Tomó el electrobisturí y con una rapidez descomunal entró a la cavidad peritoneal, colocó dos tetras que Mary ya le tenía listas entre el colon y el hígado, dejando ver la vesícula biliar. Realizó una disección de arteria y conducto cístico, hizo control, cortó y ligó y con el electrobisturí sacó la vesícula en un dos por tres. Retiró las tetras y suturó las fascias y la piel, tiró los guantes en el balde y salió.

Yo atónito miraba desde un lado. La cirugía duró solo 10 minutos. Nunca lo había visto antes, pero causó en mí un terror ver ese rostro perfecto, de ojos azules. Terror que me acompañaría por muchos años más.



Los profesores escriben

Ese día realizó 18 cirugías, entre amigdalectomías, colecistectomías, tiroidectomías, prostatectomías, histerectomías, cesáreas, hernias umbilicales e inguinales, descompresión de túneles del carpo y resección de gangliones, corrección de varicoceles, quistes del cordón y ligadura de trompas. No escribió una sola palabra ni dio una orden y así como llegó se marchó al final de la tarde. Eran casi las cinco de la tarde cuando salió. A través de la ventana pude verlo subir caminando por la verja que encerraba el Hospital hacia el parque principal del pueblo.

A esa hora no habíamos almorzado aún. Solo un café con arepa y huevos era lo que yo había probado ese día como a las 8 de la mañana. Terminé de escribir y salí a reunirme con Javier, mi compañero de rural, juntos revisamos los pacientes que aun quedaban en recuperación y los hospitalizados y subí al pueblo para buscar algo para comer. Al pasar por el parque lo vi sentado donde Pacho Mesa, en el bar Ganadero, recostado a la pared, recién bañado, fresco y rozagante, ya colorado por los aguardientes que se había tomado. Pasé por su lado pero ni me miró siquiera cuando dije buenas tardes. Pensé sentarme a su lado, pero ante ello seguí hacia arriba sin rumbo, confuso, porque mi saludo no fue correspondido y con un vacío en mi pecho, sabiendo que ese era el cirujano al que yo había acompañado todo ese día en cirugía. Esto se repitió cada 8 o 15 días durante todo mi año de rural.

Un sábado en que no hubo programa de cirugía ambulatoria, cuando terminé mis actividades de consulta y ronda, subí y almorcé y luego me senté donde Pacho Mesa a tomarme unos aguardientes. Yo creía que nadie sabía que yo bebía, pues sentado en un taburete, recostado a la pared en dos patas y con un pocillo con aromática, pensaba que nadie sospechaba, porque yo entraba al orinal y don Pacho o uno de sus hijos o Ligia su hija o Luis, el esposo de ella, me estiraban un guaro que yo medio escondido me tomaba sin respirar. Sentado ahí disfrutaba del movimiento del parque. Vi que el doctor Velásquez bajaba por la mitad de la calle sin mirar a ningún lado, sin saludar a nadie. Pasó frente a mí y siguió hasta el final del parque donde giró y se devolvió hacia arriba. Pasó de nuevo frente a mí y me miró pero no dijo nada, me paré y lo invité a sentarse. Dudó. Insistí y al final lo convencí.

—¿Qué desea tomar? yo invito —le dije, —una aromática — contestó él, —no doctor, tómese un guaro —insistí yo, —hoy no quiero beber, —me respondió.

Tal vez pensó que yo tomaba aromática, pues en la mesa había un pocillo con agua de panela y una bolsita de no sé qué adentro. Se tomó dos aromáticas y pidió la tercera. —Cabezón no la traiga —le dije yo al mesero, —traiga por favor media de guaro, —a mí tráigame la aromática —repitió él, —traiga la de guaro también

—repetí yo, —y con dos copas por favor. Serví las copas y me tomé uno. Él seguía con su aromática. Me tomé otro en mi copa y en la de él seguía servido un aguardiente. No recuerdo cuándo, pero sí sé que se tomó su aguardiente y así seguimos todo el resto de la tarde y casi hasta el amanecer. Su personalidad cambió y en su rostro se notaba la alegría y el encanto de un ser especial.

Conocí esa noche todos los rasgos de un campesino simple, alegre, inteligente, necio y burletero, cuenta chistes y mamagallista.

Tomamos hasta más no poder, acompañados por una veintena de personas entre hombres y mujeres del pueblo que fueron llegando toda la noche, incluida María Victoria Restrepo, su esposa Alejandro Vélez, el doctor Rodrigo Díaz y Javier Cifuentes mi compañero de rural.

Yo caminé a mi apartamento de lado a lado de la calle o lo intenté como a las tres de la mañana, pues ese día domingo debía trabajar. Ellos, casi todos, terminaron la fiesta en el apartamento de él como a las nueve de la mañana.

Al final de la tarde del domingo me lo encontré de frente en el parque y no me saludo. Qué extraño, sería que no me vio, pensé. Siempre sería así, aun cuando trabajé con él muchos años en el Hospital San Vicente en Medellín.

Muchas veces compartimos en Jardín, tanto en cirugía como en el parque. Recuerdo que una vez, sería un martes o un miércoles, me llamó desde Medellín para que le leyera los pacientes que estaban apuntados en el cuaderno de cirugía, esperando ser operados en el programa de cirugía ambulatoria. Le leí los pacientes y le pregunté cuántos quería que le programara. Él me indicó cuales. En total serían como 15 a 20 pacientes. Operando el sábado siguiente y viendo que el listado de los pacientes era muy grande, dijo: ¿a qué "guevo" se le habrá ocurrido programar todo este montón de pacientes? Yo quien ya actuaba como su anestesiólogo y a su vez de ayudante de cirugía, solo escuché en silencio.

Muchas veces poníamos dos mesas de cirugía en el quirófano. María Victoria, antes de jubilarse, o yo, dormíamos los dos pacientes y dos auxiliares les monitorizaban la presión y el pulso con estetoscopios y manómetros manuales, mientras él y yo operábamos. Mary, como una santa, a nuestro lado, nos instrumentaba en las cirugías, sin hacer caso a las palabras sueltas de él. —¿Qué es esto Mary? ¿No vas aprender nunca?— Algunas veces se enfurecía, zapateaba al piso y tosía en señal de que algo que hacía el ayudante o Mary no le gustaba, porque el paciente se despertaba o porque un bisturí o unas tijeras no cortaban, entonces iba entrando en cólera y tiraba lejos una pinza, unas tijeras o un bisturí.

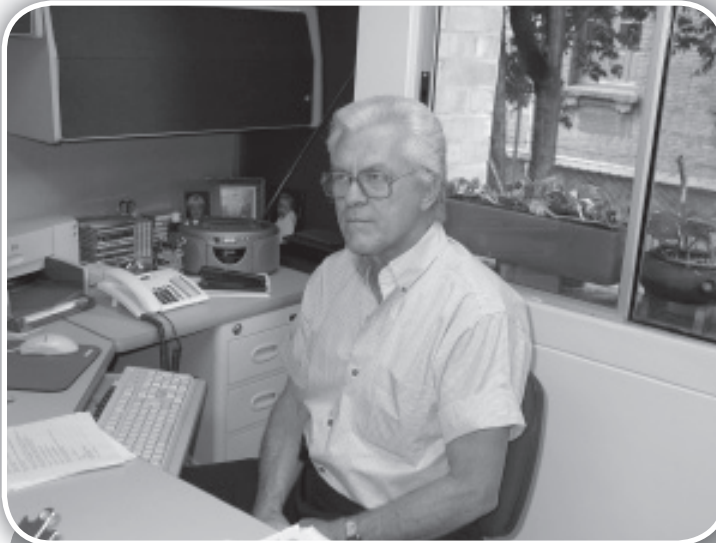
—Mary, movete, pues. Cómo creés que yo puedo operar con esto. No me cambiés las cosas. ¿No vas a aprender nunca? —le decía, pero ella inmutable seguía tranquila con su trabajo. El silencio se hacía más profundo en el quirófano.

—Ve María Victoria, cerrá la puerta que se va a ir el paciente —y la auxiliar corrió a cerrar la puerta del quirófano, —¡Esta si es mucha troila, qué duerman al paciente, no ven que se va a ir! —Y siguió tosiendo y zapateando mientras sostenía al paciente del tórax y del abdomen para evitar que se levantara.

En otra cirugía, Mary le pasaba de nuevo las mismas tijeras o pinzas, que él usaba callado, sin decir nada, —¿Y vos donde tenías escondidas estas tijeras Mary? —ella y yo nos mirábamos y sonreíamos.

Ese temor con el tiempo se convirtió en respeto, en cariño, en solidaridad, luego que ambos pasábamos 24 y hasta 36 horas en cirugía, haciendo trasplantes, yendo a una extracción de órganos a Manizales o a cualquier hospital en Medellín y luego viniendo a hacer los trasplantes de riñón y, después de 2000, de hígado. ¡Qué duras jornadas! La vida del maestro repetida en su discípulo, con familias partidas, viviendo solos, entregados a un hospital donde las directivas nos partían cada día. Al principio por amor al arte o a la patria y al final, gracias a Dios, por una remuneración justa.

Mis compañeros de rural o yo evaluábamos los pacientes para el programa de cirugía del sábado. El doctor Velásquez se enteró de que había un paciente para una prostatectomía suprapúbica y me pidió por teléfono que le confirmara quién era. Como yo era nuevo en el pueblo, no sabía quién era. Llegó a la consulta, luego de ser llamado a su casa por la promotora, un señor como de 75 u 80 años. Me dijo que era muy pobre, que por favor lo incluyera en el programa del sábado siguiente. Así lo hice y lo programé. Cuando le dije el nombre al doctor Velásquez me dijo: —dígame que ese programa es pa' los pobres, que él tiene plata y que si se quiere operar en Jardín, vale tres millones de pesos—. Hice llamar al señor, quien regresó al Hospital y le conté lo que el doctor Velásquez había dicho. Se enojó y se fue. Dijo



Álvaro Velásquez Ospina, cirujano plástico de la Universidad de Antioquia

que entonces no se iba a hacer operar. Al rato regresó con dos de sus hijas, quienes le decían: —papa mire, opérese acá, para qué se va a ir a Medellín, con esa carretera tan mala, ese viaje tan largo y allá no conocemos a nadie. Además mire que lo va a operar el doctor Velásquez.

Ir de Medellín a Jardín demoraba 8 o más horas. La carretera era destapada, llena de huecos y de derrumbes. Desde las partidas para ciudad Bolívar empezaba el calvario, muchas veces sin paso por un derrumbe grande y llegar a Hispania podía tomar hasta dos o tres horas. De Hispania

hasta las partidas para Betania era igual. Muchas veces había que hacer trasbordo y otras muchas terminar el viaje a pie si ya estábamos cerca a Jardín. Al final las hijas lograron convencer al señor y se operó el sábado siguiente.

Me enteré luego de que ese campesino de tabaco en mano, de carriel, descalzo, era uno de los hombres más ricos del Suroeste antioqueño.

A Jardín a operarse venían pacientes desde Ciudad Bolívar, Hispania, Betania, Andes, Salgar, Jericó, Titiribí, Fredonia, Riosucio y hasta de Medellín y Manizales, buscando ser operados por él.

Muchas veces mientras él estaba en la finca, sentado en el pueblo o durmiendo en las frías noches jardineñas, y necesitábamos su ayuda para una cesárea difícil o para un paciente urgente con abdomen agudo o trauma abdominal, torácico o de otro tipo, mandábamos a Héctor, conductor del hospital, o a don Víctor, celador, a buscarlo urgente. Llegaba presuroso, siempre acompañado de Mary Franco y con maestría y destreza realizaba la cirugía rápidamente.

Fueron muy pocos los pacientes que debimos remitir en ese año. Tal vez pacientes con patologías que él no podía resolver.

Una noche de fin semana fui llamado al Hospital para evaluar un paciente con un cuerpo extraño en un ojo. Era un señor joven, de ojos azules, bien parecido, conocido por mí, a quien había conocido en la discoteca del pueblo, donde él era el administrador. Su hija Susana, había sido nuestra paciente hacía



Los profesores escriben

unos cuantos meses por una meningitis. Yo la había tratado allá, sin necesidad de remitirla. Para ello había llamado al doctor Jorge Holguín, distinguido neurólogo y profesor de la Universidad de Antioquia.

Lo encontré acostado en una camilla en la sala de urgencias, mientras se cubría su ojo derecho con un pañuelo. Entré y mientras me lavaba las manos le pregunté: —¿qué pasó Jorge?, —me cayó un sucio en el ojo doctor —me dijo, —¿y dónde fue? —volví a preguntarle, —yo estaba sentado en el parque tomándome una aromática con algunos amigos y lo había visto en una mesa un poco más arriba de la mía, acompañado por su esposa. Iba hacia la casa y al voltear en la esquina de la Caja Agraria choqué con una saliente de la ventana —dijo, —¿cómo así? No te entiendo —le dije, mientras me acercaba hacia él y me calzaba un par de guantes estériles. Retiré el pañuelo y vi una mirada perdida, vidriosa, acompañada de un material mucoso, que se escurría por el parpado inferior hacia la mejilla.

—¿Es grave doctor? —preguntó él. Su esposa a un lado de la camilla nos observaba en silencio. —Me temo que sí Jorge y lo peor es que creo que se te estalló el ojo —mientras decía esto recorrí la sala de urgencias y tomé una linterna de un armario. Regresé a su lado para revisar de nuevo su ojo, solo para confirmar lo que ya sabía.

—¡Don Víctor! —grité. Él apareció casi inmediatamente en la puerta de la sala. —¿Qué quiere doctor? —gimió desde la puerta, mientras tomaba su tabaco con la mano derecha, —búsqueme a Héctor urgente por favor. Dígale que lo necesito para que se vaya a Medellín.

—Doctor pero yo no puedo irme y menos por un sucio que me cayó en un ojo —dijo Jorge. Su mujer seguía en silencio. Dos o tres lágrimas rodaron por la mejilla izquierda de él. —Acá no puedo hacer nada Jorge —dijo suave, solo para que él alcanzara a oírme. —¿Y el doctor Velásquez no puede hacer algo? Él está en el pueblo. ¿Por qué no lo llama? O tal vez el doctor Díaz pueda hacer algo doctor —suplicó Jorge tratando de evitar ser remitido a Medellín. —No Jorge, usted necesita ser evaluado por un oftalmólogo y es posible que deba ser operado —volví a decir.

Parece que mientras Jorge departía en el parque con su esposa, una amiga le hacía caritas desde otra mesa. La esposa notó cómo se hacían señas y en un momento de ira se paró de la mesa y empezó a caminar afanosamente hacia su casa. Jorge se paró y la siguió. Ambos cruzaron el parque discutiendo ruidosamente. Ella cruzó primero en la esquina de la Caja Agraria mientras él la seguía atrás. Ella se agachó y se quitó el tacón de su pie derecho, volteó y con fuerza se lo lanzó.

Esa misma noche Jorge fue trasladado a Medellín. Allí fue operado y en su ojo derecho le fue colocada una prótesis.

DAC
DEBATES EN ALERGOLOGÍA CLÍNICA
2011

4, 5 y 6 de agosto

Con participación de ponentes nacionales e internacionales de:

Colombia - Perú - México - Ecuador
España - Argentina - Chile

Lugar:

Diez Hotel - Medellín
Calle 10 A N° 34 - 11

Inscripciones:

www.udea.edu.co/reune



Corriente de opinión

¿Cuál ha sido su experiencia como paciente en una EPS?

La experiencia que he tenido digamos que ha sido buena. Al comienzo era muy bueno el servicio que teníamos en la IPS Universitaria, pero creo que ha venido en decadencia a medida que le están prestando el servicio a otras EPS y esto ha dificultado la parte de citas y especialistas; creo que ha desmejorado mucho para nosotras las personas que hacemos parte de la IPS Universitaria.

Yeison Torres, Audiovisuales

Bien, pues al principio si era muy maluco, porque como yo no era de acá entonces eso era puro recobros, pero cuando ya hice la transferencia acá a Medellín ya me atienden cuando es, pues no he tenido ninguna limitación para el acceso a los servicios.

Estudiante de Medicina, nivel III

Mi experiencia como paciente o como familiar de paciente beneficiarios de la EPS Universidad de Antioquia ha sido bastante positiva, se ha trabajado bastante la parte de promoción y prevención con visitas domiciliarias y con unos visitadores y unos reportes bastante positivos, bastante constantes. Y en la atención médica de consulta ha sido muy buena, de pronto una experiencia negativa con una consulta de urgencias en la Clínica las Vegas, donde la atención fue bastante regular, había que esperar aproximadamente dos horas supuestamente para poder acceder al

servicio de urgencias y entonces en ese caso decidí ir a otra parte ya por medios particulares porque era demorada la atención ahí, pero supongo que pues eso es más o menos como funciona el sistema. Por lo demás en la atención de oftalmología y optometría ha sido muy buena la atención.

Germaín Campo Acosta, profesor de Instrumentación Quirúrgica

Pertenezco al régimen subsidiado y creo que ahí es donde más falencias del sistema se identifican, tales como: la demora para la asignación de citas, tiempo de espera para la atención, autorización de medicamentos y procedimientos quirúrgicos.

Estudiante de Instrumentación Quirúrgica, nivel II

Mi EPS es el programa de salud de la Universidad de Antioquia, tengo que decir que es excelente, que ha sido muy grata la experiencia que he tenido, en pocas palabras buenísimo el programa de salud.

Paula Andrea Jaramillo Marín, coordinadora Académica de Instrumentación Quirúrgica

La experiencia con mi EPS ha sido en general muy buena, son cumplidos con las citas y en urgencias la atención también es excelente.

Mónica Arango, estudiante de Medicina nivel III

Como paciente he podido identificar que la atención en la EPS es buena, ya que personalmente me ha ido bien, sin embargo puedo recalcar que no tiene mucho compromiso social ya que cuando se compromete la salud de un grupo vulnerable como lo son los niños no se les presta la atención necesaria.

Olga María Arango, empleada de Aseo y Sostenimiento

En cuanto a la asignación de citas, prestan un excelente servicio. Pero al momento de necesitar medicamentos no son cubiertos en su totalidad, aspecto que cabe mencionar ya que si se realiza periódica y cumplidamente la cotización se deberían cubrir totalmente el servicio de farmacia para todos los cotizantes y beneficiarios.

Yuri Martínez, guarda de seguridad

Actualmente tengo medicina prepagada junto con mi grupo familiar, y soy asociada a la misma entidad, no me puedo quejar de la atención prestada ya que me han brindado un excelente servicio a mí y a mi familia.

Patricia Pimienta Zea, secretaria del Pregrado de Instrumentación Quirúrgica



Agenda

julio

1.º al 30 de julio

Exposición: Historia del Medicamento

Lugar: Sala de Historia de la Biblioteca Médica

Organiza: Biblioteca Médica

Curso de inducción a estudiantes nuevos, 2011-2

11 al 22 de julio

Pregrados de Medicina e Instrumentación Quirúrgica

13 al 15 de julio

Posgrados

21 y 22 de julio

Programa Técnico en Atención Prehospitalaria

14 de julio

Conversatorios de posgrado

Evaluación en los posgrados

Lugar: Edificio Manuel Uribe Ángel, aula 101

Hora: 7:00 a 9:00 a. m.

Entrada libre

18 de julio al 30 de agosto

Exposición: Mi cuerpo, mi prisión

Lugar: Sala Cultural de la Biblioteca Médica

Organiza: Comité Cultural

Diplomatura en Pedagogía y Didáctica, para la formación superior en salud Próximos encuentros

19 de julio

Taller: Los instrumentos de evaluación en el ABP

27 y 28 de julio

La planeación didáctica desde la formación

Inscripciones hasta el 9 de junio en la página

web: www.udea.edu.co/reune

Informes: teléfono 219 69 18

22 de julio

**Cátedra Héctor Abad Gómez
Barbaros y civilizados**

Invitado: Beethoven Zuleta Ruiz

Doctor en Antropología Social y Etnología de la Escuela de
Altos Estudios en Ciencias Sociales-EHESS de París

Lugar: Auditorio de la Facultad Nacional de Salud Pública

Héctor Abad Gómez

Hora: 11:00 a. m.

26, 27 y 28 de julio

Curso de inducción y reinducción

Dirigido a: los profesores de vinculación reciente a la
Facultad

Lugar: auditorio 3 de la Sede de Investigación
Universitaria, SIU

Hora: 8:00 a. m. a 12:00 m.

Nota: si algún docente no lo ha hecho y desea participar
en el curso, puede inscribirse al correo electrónico
curriculomedi@gmail.com

29 de julio

¿Qué hay de nuevo en dermatología?

Hora: 2:00 p. m.

Lugar: Auditorio Principal

Inscripciones: www.udea.edu.co/reune

Entrada libre

4, 5 y 6 de agosto

Debates en Alergología Clínica

Lugar: Diez Hotel, Medellín

Inscripciones: www.udea.edu.co/reune

Informes: (57-4) 444 21 54

Invitamos a la comunidad de la Facultad:
estudiantes, profesores y empleados administrativos.

Presentación

Día:
Miércoles, 27 de julio de 2011

Hora:
7:00 a 9:00 a.m.

Lugar:
Auditorio Principal

Informe

2005 - 2011

Gestión del Decano de
la Facultad de Medicina,
Élmer Gaviria Rivera
y su equipo administrativo

Para más información de los eventos de la Facultad, consulte el portal
<http://medicina.udea.edu.co> - Inscripciones en www.udea.edu.co/reune

