



Principio Activo

Boletín Informativo de la Facultad de Medicina - Medellín - Colombia

¿Qué está pasando en nuestra Universidad?



Plazoleta Central de la Universidad de Antioquia

No podemos seguir mirando de soslayo la situación de la Universidad, esta nos obliga a detenernos en nuestras actividades diarias y hacer una introspectiva sincera y profunda del conflicto. ¿Qué está pasando en nuestra Universidad? ¿Cuál es la universidad que queremos abrir: para las actividades académicas, culturales e investigativas o para los negocios privados y los actos de violencia? Estas son las preguntas que nos deben ocupar en el momento. Como integrantes comprometidos con los ejes misionales de la Alma Máter, la invitación es a escuchar las diferentes posturas que surgen en el medio para formarnos un criterio respetuoso y sólido sobre la situación actual, y a defender el ideal universitario, dejando de un lado la indiferencia y los intereses particulares. En esta edición, publicamos una mirada de la problemática presente de uno de nuestros profesores y de la Comisión de la Facultad designada para estudiar el tema.

Día de la Raza

A propósito del Día de la Raza —12 de octubre— que conmemora el encuentro de dos culturas, publicamos varios textos en torno al tema de la diversidad étnica. Los autores hacen alusión a la inclusión en la Universidad, la participación de los grupos étnicos y su comportamiento académico en la Facultad y vinculación al sistema de salud del país. (Páginas 8, 13, 23 y 24)

Vitrina

En esta edición

2 - 5

- Los peligros de la polarización del pensamiento.
- Algunas reflexiones frente a la actual situación de la Universidad de Antioquia

Píldoras informativas

6 - 9

- I Seminario de atención prehospitalaria para el personal técnico y tecnólogo
- Jornada de integración
- Línea informativa Bienestar Universitario: 7085
- Nueva Unidad de Trasplante Renal
- *Iatreia* indexada por Redalyc

Desde las dependencias

10 - 21

- Biblioteca Médica
- Observatorio Estudiantil
- Pausas activas en la Facultad
- Cátedras internacionales de Psiquiatría
- La participación comunitaria en salud de los pueblos indígenas
- Residente y profe: ¿Cómo está su posgrado?

Los estudiantes escriben

22 - 25

- Los estudiantes estamos representados
- De etnias
- Medicina tradicional indígena en Colombia

Los profesores escriben

26 - 29

- Crónica sobre la cirugía pediátrica en Medellín
- De médico a facturador

Del idioma

30

Corriente de opinión

31

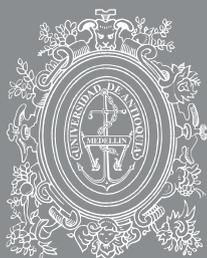
- ¿Qué haces para sentirte bien?

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/>

Algunas reflexiones frente a la actual situación de la Universidad de Antioquia

Facultad de Medicina

La actual crisis en que se encuentra nuestra amada Universidad, y por consiguiente, cada uno de los seres que la conformamos, sería en vano si no la aprovechamos como una oportunidad para repensar cómo es la universidad que queremos y necesitamos, y cuál es la contribución que podemos aportar cada uno de nosotros para su reconstrucción.

En las sociedades actuales que son complejas, inequitativas, en constante cambio y con múltiples concepciones del mundo, la tarea de los académicos no es otra que insistir en los argumentos, la deliberación y el debate. Nuestra capacidad de autonomía, está en lograr consensos y acuerdos mínimos para la convivencia, en medio de la gran diversidad. Y en relación con la magnitud de problemas que son expansión de la sociedad en que estamos inmersos, la misión de la Universidad es pensarlos, reflexionarlos, investigar y hacer propuestas; para ello, en la Facultad de Medicina se han propiciado espacios de encuentro que permitan expresar y compartir los pensamientos de los integrantes de su comunidad sobre esta problemática y buscar soluciones colectivas en las que cada integrante pueda aportar a ellas.

Retomamos las ideas del profesor Paulo Freire acerca del diálogo, por cuanto consideramos que la universidad es el espacio privilegiado para la conversación argumentada "...los hombres no se hacen en el silencio, sino en la palabra, en el trabajo, en la acción, en la reflexión. Precisamente por esto, nadie puede decir la palabra verdadera solo o decirla para los otros, decir la palabra, referida al mundo que se ha de transformar, implica un encuentro de los hombres para esta transformación..."

Si bien en estos espacios de diálogo se han presentado diferentes posturas no sólo sobre el análisis de la problemática que enfrenta la universidad pública y de la coyuntura actual de la Universidad de Antioquia y en consecuencia las propuestas de solución, hay acuerdos fundamentales en los cuales parecen coincidir los diferentes actores.

1. La problemática que enfrenta la Universidad no es específica de la misma, sino el reflejo de los problemas contemporáneos de la sociedad, entre ellos, la expansión y avances del narcotráfico en el país y en América Latina; si bien se reconoce que el escenario de lo público, del cual hace parte la Universidad, le confiere algunas particularidades.

2. La coyuntura que enfrenta la Universidad es también reflejo de lo que viene sucediendo en la ciudad y en el país en donde se han incrementado los enfrentamientos entre bandas y combos al margen de la ley y la lucha por territorios y el control del micro tráfico de sustancias psicoactivas ilegales en la ciudad.

3. Una economía ilegal, como es la de producción y comercialización de sustancias psicoactivas ilegales, enfrenta períodos de exacerbación de formas de violencia, cuando se desestructuran las formas organizativas a su interior y se definen las nuevas jerarquías. Además, cuando el avance de la producción incluye la expansión y búsqueda de nuevos mercados, no sólo para la exportación, sino para el consumo interno en los países productores, caso de Colombia.

4. Lo público debe ser por definición el espacio de lo colectivo y del bien común,

en donde se da ejemplo del cumplimiento de la norma y de ley como garantía del contrato social y de las normas de convivencia en sociedad. Hay acuerdo en que el campus universitario no debe ser escenario de ninguna actividad de tipo ilegal o incumplimiento de las normas institucionales y nacionales. Por lo tanto, la Universidad no debe ser escenario de venta y comercialización de sustancias psicoactivas ilegales, ni de otras formas de comercio ilegal.

5. La Universidad es un patrimonio colectivo que existe como centro de pensamiento y reflexión social, que tiene el deber de formar ciudadanos para un proyecto societario libre y autónomo. Como tal, debe poner su acumulado de saberes y de pensamiento y las herramientas de la investigación, formación e intervención social, al servicio de un proyecto que propenda por la búsqueda de sociedades más justas, equitativas y pertinentes. El horizonte es el bienestar y el desarrollo humano integral y la convivencia pacífica de las especies en el planeta.

6. La Universidad es patrimonio, centro de pensamiento y saber de los antioqueños, fruto del esfuerzo y la inversión de muchas generaciones. Es nuestra responsabilidad cuidarla y engrandecerla, para que cada día cumpla mejor la misión que dicha sociedad le encomendó.

7. Frente al lenguaje de las armas se opone siempre la voz humana con la argumentación y el diálogo como mecanismos esenciales y civilizados de resolución de los conflictos, en defensa del interés colectivo.

8. No es una universidad cerrada la que cumple con la misión encomendada por la sociedad. Es una universidad autónoma, abierta, pública, crítica, centro de saber y cultura, la que necesita la ciudad, el departamento y la nación. No hay duda para todos que esta universidad es la que queremos para los antioqueños.

9. Seríamos irresponsables de querer participar en los grandes debates nacionales, sino no nos acompaña la idoneidad moral para realizar propuestas ante un problema como el que nos aqueja. Ello nos obliga a una reflexión interna, un mirarnos a nosotros mismos como comunidad universitaria, para implementar un plan de acción de corto, mediano y largo plazo.

10. Reconocemos que la autonomía universitaria no invalida que otros actores del Estado cumplan con su deber de hacerse cargo de la seguridad y protección de los bienes públicos, entre ellos el más preciado, la vida e integridad de los ciudadanos. La seguridad es un problema de todos, pero las responsabilidades son esencialmente del Estado.

11. No se entiende como los servicios de inteligencia y las fuerzas de policía y ejército, que en el país muestran cada vez un balance más exitoso en su lucha contra las formas de ilegalidad, no muestren iguales éxitos ante una situación de menor envergadura que la del orden nacional.

12. Nunca en una sociedad que se precie de ser democrática, se puede esperar que la fuerza pueda sustituir la argumentación y el debate. Puede que la fuerza tenga resultados y éxitos inmediatos, pero en el largo plazo se deterioran los procesos relacionados con el debate. Además, las cicatrices que dejan estos cierres y el predominio de la represión, hacen más difícil la recuperación de los desarrollos académicos que se esperan de una institución universitaria.

13. Hay problemas que se antepone por su gravedad a los que se plantean en la coyuntura actual, como los que tienen que ver con los altos niveles de pobreza y la falta de oportunidades. Si la Universidad es fuente de ascenso y esperanza para muchas familias, este cierre crea desesperanza y frustración que hacen correr mayores riesgos, que aquellos que falsamente se creen controlar al tener cerrada la Universidad.

En consecuencia con estas reflexiones, se expresan algunas propuestas que aporten a las soluciones de un problema complejo, las cuales son responsabilidad tanto de las directivas, como de cada uno de los integrantes de la comunidad universitaria.

1. La apertura de una Mesa Nacional liderada por las universidades donde se debata ampliamente el problema del narcotráfico y propuestas de solución. Tal vez es hora de enfrentar la necesidad de la legalización y de que esta pueda conllevar menor daño social que mantener un estado de cosas que abona el terreno para la circulación de dinero, violencia, poder y corrupción. La legalidad no significa una vacuna contra lo anterior, pero provee las herramientas necesarias para que la sociedad pueda tener elementos de control.

2. Los más recientes avances en los enfoques frente al tema del narcotráfico, defienden la necesidad que se adhiriera un enfoque de salud pública, para que al mismo tiempo que se avanza en los mecanismos de control de la oferta, se fortalezcan los programas de promoción y prevención. Los psicoactivos han existido y seguirán como parte de la historia de la humanidad. Es la relación entre el sujeto y la sustancia, que hace que esta última sea parte de la búsqueda de placer inherente a la condición humana o sea una relación que provea un enorme daño personal y social. Esto implica un debate amplio acerca del tema con consumidores y no consumidores y del principio de autonomía.



En esta edición

3. Se debe establecer como gran prioridad la formación de líderes que entiendan su sociedad; que de manera crítica, autónoma y al mismo tiempo interdisciplinar, propongan proyectos universitarios, que además de promover el desarrollo individual tengan como propósito dar respuesta a las necesidades y problemas de nuestro entorno social. La Universidad de Antioquia tiene el capital fundamental para lograrlo, los mejores estudiantes de la ciudad y la región. Por tanto, representa la oportunidad para que un proyecto institucional orientado a la formación integral para el liderazgo académico, político y social, se conviertan en una cultura y un deber para el futuro del país.

4. La Universidad debe estructurar en sus currículos un programa básico donde se debatan temas como la democracia, la participación y construcción de ciudadanía. Se debe integrar a la formación el valor de lo público, lo ético y la legalidad en los cuales participen todos los miembros de la comunidad universitaria.

5. Es necesario que se abran las aulas de clase, escenario privilegiado para el encuentro con los otros, en un ejercicio político de tomar posturas y acordar consensos éticos que consideren la pluralidad, como esencial para alcanzar mejores comprensiones del mundo.

6. Para que exista una verdadera relación pedagógica se requiere de la articulación de la triada, estudiante-profesor-saberes. Éstos últimos serían planeados intencionalmente por los equipos docentes, para que se conviertan en pretextos que consolidan un "texto", en el cual se procure encontrar caminos posibles y deseables desde la apertura, la escucha receptiva, el respeto por la opinión. De esta manera, se convocan a los estudiantes a que ocupen su lugar en las aulas, sean recibidos por sus profesores y una vez allí, se les propongan actividades de reflexión-acción-reflexión; éstas pensadas intencionalmente por el equipo de profesores. Así, se provoca la presentación de la problemática tal y como se observa desde las diferentes perspectivas, sin desconocer ninguna postura, sino permitiendo que sean analizadas a profundidad y se construyan propuestas concertadas.

7. Se deben ofrecer programas de atención inicial por parte de Bienestar Universitario, orientados a quienes tienen problemas de consumo o adicción, buscando cooperación y articulación con otras instituciones del Sistema de Salud.

8. Los espacios se habitan y cambian sus usos históricamente. Es posible con la Facultad de Artes, Planeación Municipal y otros sectores del ente territorial municipal y departamental, pensar en una ocupación y nuevos usos del sector deportivo (hoy centro de micro-tráfico y consumo de sustancias psicoactivas) que se constituyan en control social del espacio. La ciudad tiene experiencia en desarrollos urbanísticos que logran este cometido y proponen una transformación de lo urbano para el fomento de la convivencia, el arte, la cultura y la recreación.

9. Se necesita una propuesta comunicacional potente que cambie el imaginario colectivo que privilegie el posicionamiento de la Universidad como centro de conocimiento y cultura, sabia y respetada, descrita bellamente como el oráculo al que finalmente la sociedad consulta en los momentos de mayor crisis.

10. Es fundamental, una forma organizativa que permita el encuentro y las propuestas por parte de los distintos estamentos de la comunidad universitaria y de la sociedad civil.

11. Se debe construir una propuesta documentada que realice un análisis exhaustivo del problema, recabe información de diagnóstico e interpretación de la coyuntura y que esté en un contexto nacional y global. Por otra parte, se debe hacer un plan de trabajo de corto, mediano y largo plazo con objetivos y metas, responsables y recursos necesarios, con el fin de aunar esfuerzos de diferentes organizaciones para su diseño implementación y evaluación. Este es el deber ser de la Universidad como ámbito de saber: transmitir, producir y evaluar conocimiento socialmente útil para la transformación social.

Finalmente, insistimos que si se reanudan las actividades académicas, éstas no podrán continuar en el punto en que quedaron porque esto sería desconocer que estamos frente a una situación que merece ser abordada con cautela, pero sin temor. Recordemos que dentro de nuestra función educadora debemos tutelar los ideales que se van gestando en el otro para que en la medida en que se cultive y se ilustre, se vuelva libre y autónomo. Así, podrá declarar su voz y su palabra y no encubrirse en la de los demás.

Tengamos presente que las ideas son apuestas, por lo tanto factibles de ser refutadas; justamente esta posición es la que nos tranquiliza, que como maestros no pontificamos desde púlpitos para ganar adeptos, sino para liberarnos nosotros mismos de estas ideas. Se trata de discutir las con los otros, en busca de mejores opciones de habitar el mundo y sus múltiples realidades con despliegue de la imaginación del pensamiento y del espíritu universitario, que siempre permanece fiel a los ideales de humanismo, a las virtudes del espíritu y a las verdades de la ciencia. Por eso es imposible cohabitar con el miedo, con la violencia y con la desesperanza aprendida de que todo está ya claudicado. Siempre existirá una luz y un optimismo pedagógico anclado en el corazón de la institución educativa, capaz de repensarse y de construirse permanentemente.

Nota. Este texto fue escrito por la Comisión delegada por el decano, doctor Élmer Gaviria Rivera, la cual está conformada por Luz María Agudelo Suárez, Pablo Patiño Grajales, Juan Guillermo Londoño Cardona, Elsa María Villegas Múnera, Leonor Galindo Cárdenas y Diana Díaz Hernández.

Los peligros de la polarización del pensamiento



Jaime Arturo Gómez Correa
Profesor Asociado

Luego de escuchar las posturas de los docentes que se expresaron en las reuniones convocadas por el Rector y el Decano de Medicina el viernes y lunes respectivamente, se evidencia un acuerdo general sobre la existencia de un problema real y grave para la vida universitaria, constituido por la confluencia en el campus universitario de fenómenos sociales de gran importancia: tráfico de sustancias psicoactivas, ventas informales (muchas de ellas ilegales por desconocer derechos de autor –“piratería”) y formas de expresión política que fundan su acción en la violencia y la generación de miedo.

También parece haber acuerdo en torno a la necesidad de establecer medidas de control y seguridad para garantizar el desarrollo normal de la vida universitaria. No obstante, se evidencia un desacuerdo que casi llega a la polarización entre las posturas, sobre los medios e instrumentos que deben desplegarse para intervenir la problemática en cuestión. El uso de la tarjeta integrada personal —TIP— como mecanismo de control ha sido avalado por el estamento profesoral, a la vez que se ha convertido en el “florero de Llorente” del actual conflicto; ello evidencia que de alguna manera se constituye en un instrumento útil para controlar la expresión de algunas de las dimensiones de la problemática actual, pero advirtiendo algunas voces que no puede convertirse en el fetiche invocado para exorcizar los males que nos aquejan: ella “per se” no es la panacea a nuestros males.

El uso de la fuerza y la acción policial han sido los elementos que sin duda

han polarizado las posiciones entre los estamentos; aprecio en tal polarización una grave amenaza a la esencia de la universidad, pues puede ser origen de una visión maniquea en la Universidad: solo existe el bien o el mal, lo blanco y lo negro, lo cual rápidamente conduce a pensar que el que está en desacuerdo, el que crítica, el diferente, está contra la institución, es subversivo... (no deja de asemejarse a la situación vivida en el país en el último año: el que no estaba con Uribe era enemigo de la patria y por allí se abrió el boquete a la violación de la vida privada de los magistrados de las altas cortes); he ahí la vía expedita a la supresión de la función crítica de la Universidad, esencia misma de su quehacer, pues como bien lo dice Juan Luis Mejía, rector de EAFIT, en el artículo “Culto al avisgado” publicado en el portal de nuestra universidad, “...el arte y la ciencia nacen de la inconformidad. Aquel que está insatisfecho con el mundo decide reinterpretarlo o recrearlo. El espíritu crítico permite que la humanidad avance. Por eso la Universidad no puede perder jamás el espíritu de indagación”.

Extraña que en un país donde las fuerzas de seguridad han asestado duros golpes a los más hábiles y poderosos narcotraficantes y a las organizaciones guerrilleras mediante acciones fundadas en la inteligencia, estas mismas fuerzas sean incapaces de individualizar y judicializar a algunos peones del micro-tráfico fácilmente identificables en un campus universitario.

Aunque creo desmesurado afirmar, como algunos lo dicen, que estamos en ciernes del cierre de la Universidad por esta problemática, ya que sobre instituciones de

mayor importancia y aquejada de más graves males como el Congreso, cooptada esa sí por narcotraficantes y paramilitares, no parece correr tal riesgo, si es necesario afirmar que la acción cultural, educadora sobre la ciudadanía en general corre peligro, si decide cerrarse sobre sí misma y convertirse en una torre de cristal; se deben establecer mecanismos efectivos que permitan el ingreso de la comunidad a los espacios universitarios, tal como la vemos en semana cuando niños y jóvenes escolares deambulan por nuestros predios visitando el museo, la biblioteca o como en fines de semana se colma de niños y familias en actividades recreativas o en cualquier día cuando la comunidad se beneficia de sus programas de educación no formal.

Percibo que en términos generales los diferentes estamentos están de acuerdo sobre los fines (no a la venta de estupefacientes, no a la cooptación de los espacios universitarios para el beneficio privado, no a la expresión política violenta) mas no sobre los medios para lograrlos. El uso de la fuerza y la polarización del conflicto no son la vía para su solución.

Considero que esta crisis es la oportunidad para establecer un diálogo franco entre los grupos en conflicto en la perspectiva de construir unos acuerdos de convivencia que se funden en el respeto de la diferencia y la defensa de lo público para preservar la esencia universitaria: el cultivo del “...espíritu crítico el cual permite que la humanidad avance”.



Reunión informativa: maestría y doctorado en Ingeniería Biomédica

El día jueves 28 de octubre a las 8:00 a. m. en el Auditorio Principal de la Facultad, el programa de Bioingeniería — propuesta de las facultades de Ingeniería y Medicina— y sus grupos de investigación GIBIC —Bioelectrónica e Ingeniería Clínica— y BIOMAT —Grupo de Investigación en Biomateriales—, presentarán a la comunidad académica y científica de la Facultad de Medicina sus líneas de investigación y su propuesta de posgrados en ingeniería biomédica. Esta propuesta de maestría y doctorado busca consolidarse como una alternativa de formación en posgrado para médicos, biólogos, químicos, físicos, matemáticos e ingenieros.

Jornada “Bienestar en tu dependencia”

Del 19 al 22 de octubre de 2010

Una semana para que estudiantes de pregrado, posgrado y empleados de la Facultad se pongan al día con su cuerpo.

Programación general

— Martes 19 de octubre

Valoración visual y auditiva

— Miércoles 20 de octubre

Actividades formativas de nutrición y tiroides

Jornada de psicoorientación

— Jueves 21 de octubre

Toma de muestra para anemia, VIH, colesterol y tiroides

Actividades formativas sobre examen de mama

Valoración integral de la condición física

— Viernes 22 de octubre

Toma de muestra para anemia, VIH, colesterol y tiroides

Actividades formativas sobre sexualidad masculina

Organiza: Dirección de Bienestar Universitario y Asuntos Estudiantiles de La facultad

Nota. Es indispensable que los estudiantes presenten constancia de matrícula al momento de participar en las actividades.

Consultar la programación completa en <http://medicina.udea.edu.co>.

Jornada de integración 2010

Conforme al compromiso con la formación integral de los estudiantes, la Administración de la Facultad de Medicina, ofrece y promueve espacios para la recreación; en concordancia con esto, se ha dedicado un día para el encuentro amistoso de todos los miembros de la comunidad de la Facultad: estudiantes, profesores y empleados.

Dado que cualquier acto universitario debe guardar coherencia con la misión formativa y el reglamento de la Universidad, este año desde el Comité Cultural se escogió un espacio urbano que a la vez ofreciera la posibilidad de disfrutar escenarios ciudadanos y brindar condiciones amables de encuentro y recreación para una convocatoria más incluyente. Por tales razones, la invitación es a pasar un día, en el que la alegría del juego y la compañía sean protagonistas, en un espacio cuyas posibilidades de diversión y encuentro se verán aumentadas, pues el Aeroparque Juan Pablo II pone a nuestra disposición sus instalaciones.

El artículo más citado

Un artículo del PECET que presenta los resultados de los estudios de la vacuna contra la leishmaniosis desarrollados por este grupo, ha sido reconocido como el más citado en la literatura científica en su campo, de acuerdo con la notificación recibida de BioMedLib™, motor de búsqueda de artículos biomédicos de la National Library of Medicine's MEDLINE quien publicó recientemente el “top ten” de los artículos publicados sobre el mismo tema desde 2005.

El artículo publicado en la “Revista Royal Society of Tropical Medicine and Higiene, tiene como título: Failure of a killed Leishmania amazonensis vaccine against American cutaneous leishmaniosis in Colombia”, y los autores son: Vélez ID, Gilchrist K, Arbeláez MP, Rojas CA, Puerta JA, Antunes CM, Zicker F, Modabber F.

Ceremonia de grados de posgrado

El pasado 9 de septiembre en el Teatro Universitario Camilo Torres, se llevó a cabo la ceremonia colectiva de grado, en la cual la Facultad concedió los títulos de Especialistas y Magíster en Ciencias Clínicas.

Se graduaron 109 estudiantes en los programas de posgrado: Anestesiología y Reanimación, Cirugía General, Cirugía Infantil, Cirugía Plástica Maxilofacial y de la Mano, Cirugía Vasculat, Dermatología, Medicina Interna, Medicina Física y Rehabilitación, Nefrología, Neurocirugía, Neurología, Ginecología y Obstetricia, Radiología de Trauma y Urgencias, Oftalmología, Radiología Intervencionista, Ortopedia y Traumatología, Imagen Corporal, Patología, Neurorradiología, Pediatría, Radiología, Reumatología, Psiquiatría, Urología, Medicina Aplicada a la Actividad Física y al Deporte, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Enfermedades Infecciosas, Toxicología Clínica, Nefrología Pediátrica, Medicina de Urgencia, Neurología Infantil, Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, Alergología Clínica, Endocrinología y Metabolismo, Medicina Vasculat, Endocrinología Pediátrica, Hepatología Clínica, Neonatología; y ocho estudiantes recibieron el título de Magíster en Ciencias Clínicas.

¡Felicitaciones!



Graduandos después de recibir el título de especialistas

I Seminario de atención prehospitalaria para el personal técnico y tecnólogo

El 26 y 27 de agosto se llevó a cabo en las instalaciones del SENA y de la Universidad de Antioquia —Ciudadela Robledo— el *I Seminario de Atención Prehospitalaria* —APH—. *Una atención adecuada puede ser la diferencia entre la vida y la muerte*, con énfasis en la atención a víctimas del conflicto armado y dirigido al personal técnico y tecnólogo de esta área.

El Seminario contó con la presencia de expertos en diferentes especialidades y que estaban al tanto de la situación actual en Colombia y del manejo de pacientes a nivel prehospitalario cuando se encuentran en zonas alejadas. En las mañanas, la jornada se desarrolló en compañía de los diferentes expositores; y en las tardes, las actividades se efectuaron en las Aulas Móviles del SENA y de la Universidad —dos aulas de MAP/MUSE/AEI, una de Primer Respondiente, una de Transporte Asistencial, una de Accesos y Operaciones en Emergencia y una de APH—, en las cuales se montaron diferentes escenarios simultáneos en donde los profesionales y estudiantes del área prehospitalaria pudieron poner en práctica muchas de las destrezas necesarias para el momento de salvarle la vida a una persona.

Asistieron 220 personas, entre ellas estudiantes de APH, tecnólogos y profesionales de otras áreas de la salud. Agradecemos a todas las personas, directivas, docentes, personal administrativo del SENA y de la Universidad por el apoyo brindado.

Por: Clara Múnera Betancur, coordinadora académica del Programa Técnico Profesional en Atención Prehospitalaria



Premio de investigación

El Grupo de Rehabilitación en Salud, bajo la coordinación de Luz Helena Lugo, obtuvo el Primer Premio al mejor trabajo de investigación en la modalidad de Presentación oral en el XXIV Congreso de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación —AMLAR— 2010.

Al Congreso asistieron 1.060 personas, 63 conferencistas internacionales y 40 nacionales, entre ellos, cinco pertenecían a la Universidad de Antioquia. El grupo participó con tres proyectos de investigación, dos en la modalidad de presentaciones orales y uno como póster.

El trabajo de investigación reconocido se denomina: "Evaluación de la intervención temprana con carbamezapina en la prevención del dolor neuropático en pacientes con lesión medular", presentado por los profesores Fabio Salinas D., Luz Helena Lugo A., Héctor Iván García G., Lina María Mejía y Alejandro Londoño.

¡Felicitaciones!

Línea informativa Bienestar Universitario: 7085

A partir del mes de septiembre, se cuenta con una nueva herramienta de trabajo que servirá de apoyo en la información de los servicios de bienestar estudiantil. Invitamos a los estudiantes a utilizar la nueva línea informativa para consultar los servicios de Bienestar y la forma de cómo acceder a ellos; por ahora están disponibles los siguientes servicios:

1. Tiquete para bus
2. Metro Alcaldía
3. Servicio de alimentación a estudiantes de pregrado
4. Apoyo económico FONDO EPM
5. Corresponsabilidad social

Mención de honor de los premios Alejandro Ángel Escobar, 2010

El trabajo del profesor de la Facultad, David Pineda Salazar, denominado: "Una variante común de la latrofilina 3, LPHN3, confiere susceptibilidad para el trastorno de atención-hiperactividad y predice la efectividad de la medicación psicoestimulante 1", fue premiado con la Mención de Honor 2010 en Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de los premios de la Fundación Alejandro Ángel Escobar.

Este trabajo fue realizado en conjunto con el investigador de la National Human Genome Research Institute, doctor Mauricio Arcos Burgos. La ceremonia de premiación se llevará a cabo el miércoles 27 de octubre a las 6:30 p. m. en la Biblioteca Luis Ángel Arango de la ciudad de Bogotá.

Breve reseña de los autores: David Antonio Pineda Salazar

Médico de la Universidad de Cartagena, Máster en Neuropsicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, y actual profesor titular de Neurología y Neurociencias del Grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad de Antioquia, Medellín.

Mauricio Arcos Burgos

Médico de la Universidad del Cauca, Máster en Biología de la Universidad de Antioquia, Doctor en Genética de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Doctor en Clinical Genetics program, Metropolitan Washington, Estados Unidos, Postdoctoral Visiting Fellow, National Human Genome Research Institute, (NHGRI), Bethesda, Maryland, Estados Unidos, y actual investigador asociado de esta misma Institución.

La Facultad de Medicina felicita y resalta la labor investigativa de sus docentes bajo el propósito de mejorar las condiciones de salud de la sociedad.

Cirugía Pediátrica celebró sus 50 años

El Programa de Cirugía Pediátrica de la Universidad conmemoró sus 50 años de trayectoria, el pasado 17 de septiembre con un acto protocolario, seguido de un evento académico sobre esa especialidad y una cena para sus egresados y directivas.

Al acto de conmemoración, asistieron los doctores Martiniano Jaime Contreras, Vicerrector General de la Universidad, Élmer Gaviria Rivera, Decano de la Facultad de Medicina, y Jorge Luis Jiménez Ramírez, Secretario General del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, quienes presidieron la mesa principal.

Así mismo, estuvieron presentes el doctor Enrique Villamizar Zapata, presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía Pediátrica; algunos egresados del Programa; el doctor Jorge Alberto Martínez Montoya, jefe del Programa; miembros del Consejo Académico y del Comité Rectoral de la Universidad de Antioquia; miembros del Comité de Dirección del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y representantes de las Universidades del País.

Durante el acto, el Programa de Cirugía Pediátrica recibió varios reconocimientos —por su trayectoria y servicio al país— de la Facultad de Medicina, del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de la Universidad de Antioquia y de la Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica.

Además, la Facultad de Medicina hizo entrega de reconocimientos a los doctores Bernardo Ochoa Arismendy y Fernando Garcés Samudio, por la creación del Programa y su ardua labor en la docencia respectivamente.



Los doctores Jorge Alberto Martínez Montoya y Bernardo Ochoa Arismendy en la conmemoración de los 50 años del Programa de Cirugía Pediátrica

Nueva Unidad de Trasplante Renal

La IPS Universitaria —Clínica León XIII— abrió desde el mes de septiembre la nueva Unidad de Trasplante Renal, en donde se atenderá un promedio de 120 pacientes en diálisis todos los días; con esta nueva adquisición, la IPS Universitaria entra a formar parte de la red de trasplantes de la ciudad junto con el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y el Hospital Pablo Tobón Uribe.

El propósito de la Unidad es ofrecer más oportunidades de vida a los cientos de pacientes renales que esperan ansiosos la donación de un órgano para evitar la conexión a las máquinas de hemodiálisis, tres veces por semana.

La Unidad de Trasplante Renal, liderada por el nefrólogo José Nelson Carvajal y los cirujanos Fermín Canal y Luis Oviedo, contó con el acompañamiento de los doctores Francisco Gómez, jefe de la Sección de Anestesiología, y Mario Gutiérrez, docente de la misma especialidad, de la Universidad de Antioquia; además, también participaron el cirujano vascular Carlos Santos y el Laboratorio de Inmunología de la Sede de Investigación Universitaria —SIU— a cargo del doctor Luis Fernando García

latreia indexada por Redalyc

El sistema de Información Científica *Redalyc* —Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal— reconoció que *latreia*, revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, cumple satisfactoriamente los criterios de calidad editorial considerados en la metodología *Redalyc*, por lo cual los integrantes del Comité Científico aprobaron por unanimidad su indexación. Esta ratificación fue expedida en septiembre del presente año y tiene una validez de tres años.



Desde las dependencias

Observatorio Estudiantil



Érika Cortés Tobar
Asistente del Decano
para Asuntos Estudiantiles



Yury Viviana Caro Sánchez
Auxiliar del Observatorio Estudiantil

Entre sus funciones se encuentra proponer a los órganos de gobierno de la Universidad la adopción de políticas, planes, estrategias y programas que, respetando los principios institucionales, favorezcan el acceso, permanencia y promoción de las personas de los grupos diversos.

Damos a conocer algunos datos relacionados con la participación de estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad cultural, matriculados en los pregrados de Medicina e Instrumentación Quirúrgica de la Facultad y su comportamiento académico entre los semestres 2004-II y 2010-II.

Entre los semestres anteriormente mencionados, han sido admitidos a los pregrados de la Facultad 90 estudiantes pertenecientes a grupos indígenas y negritudes (gráfico 1).

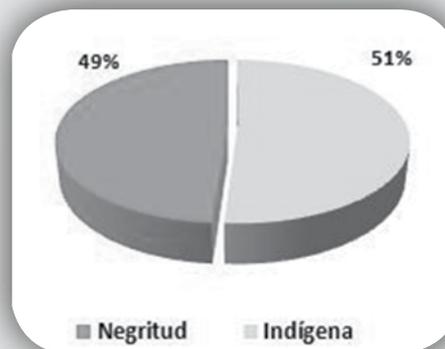


Gráfico 1. Distribución porcentual de los estudiantes según grupo de diversidad cultural. Facultad de Medicina 2004-II a 2010-II

Como se puede observar en el gráfico 1, la distribución de esta población estudiantil es muy similar; de los 46 estudiantes pertenecientes a comunidades indígenas 25 son de Medicina y 21 de Instrumentación Quirúrgica; en cuanto a negritudes se distribuyen igual para ambos pregrados (gráfico 2).

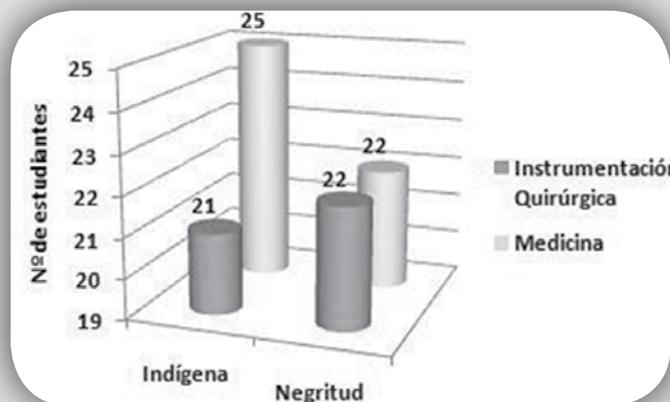


Gráfico 2. Distribución absoluta de estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad cultural según pregrado. Facultad de Medicina 2004-II a 2010-II

Sistema de Bienestar Universitario e Inclusión¹

El Sistema de Bienestar de la Universidad de Antioquia, desde el reconocimiento de la dinámica y complejidad de la comunidad universitaria y de la comprensión de la existencia de grupos diversos al interior de la misma, ha contribuido en diferentes espacios institucionales con el desarrollo de estrategias de inclusión que permitan liderar políticas para el logro del proyecto formativo de la población estudiantil. Es así como, entre otras acciones, desde el año 2004 hasta el año 2007 integró la Comisión de Inclusión liderada por la Vicerrectoría de Docencia, cuyos miembros, a su vez, crearon el Comité de Inclusión —aprobado por el Acuerdo del Consejo Superior 315 de 6 de diciembre de 2007—, del cual el Sistema de Bienestar hace parte.

El propósito de este comité es fomentar la inclusión y permanencia de las personas que presentan habilidades personales o condiciones culturales diferentes al promedio de la población, y en razón de las cuales corren el riesgo de ser excluidos del sistema de educación superior, de su participación activa en la vida económica, social, política y cultural de nuestras comunidades.

Desde las dependencias

El semestre con mayor aceptación de estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad cultural fue 2005-I con un total de 11, seguido por los semestres 2005-II, 2007-II, 2008-II y 2010-II con 8 estudiantes cada uno (tabla 1).

Semestre	Indígena	Negritud	Total general
2004-2	1	2	3
2005-1	5	6	11
2005-2	4	4	8
2006-1	4	3	7
2006-2	3	4	7
2007-1	3	4	7
2007-2	4	4	8
2008-1	4	3	7
2008-2	4	4	8
2009-1	3	2	5
2009-2	4	2	6
2010-1	4	4	8
2010-2	3	2	5
Total general	46	44	90

Tabla 1. Distribución absoluta de los estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad cultural según cohorte de aceptación. Facultad de Medicina 2004-II a 2010-II

De los 90 estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad cultural, 69 continúan activos en la Facultad, 12 han desertado (dos por cambio de programa a Derecho y 10 por promedio insuficiente), 7 se han graduado y 2 han cancelado semestre (gráfico 3).

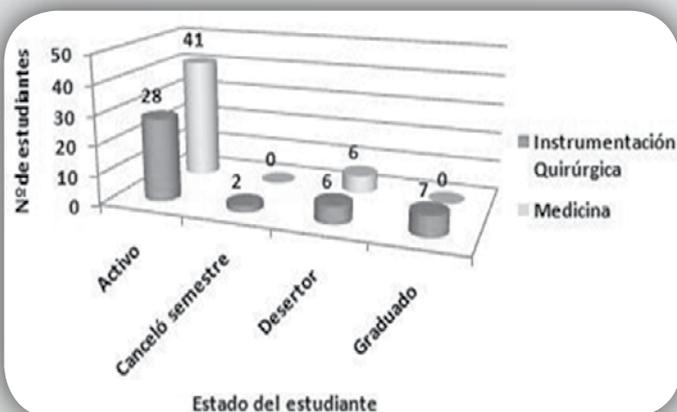


Gráfico 3. Distribución absoluta de los estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad cultural según pregrado y estado del estudiante en la Universidad. Facultad de Medicina 2004-II a 2010-II

De los estudiantes que siguen activos en la Facultad, 48 de ellos tienen un rango normal, se destaca que 13 son sobresalientes, 3 están en período de prueba. Los 5 estudiantes que aparecen con el rango sin calcular, es porque están cursando el primer semestre (gráfico 4).

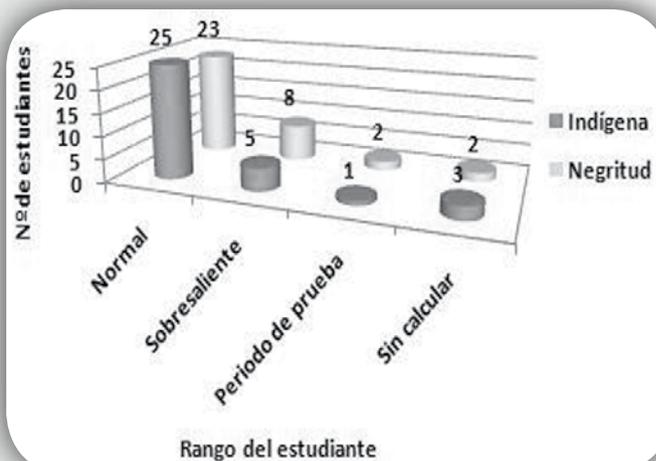


Gráfico 4. Distribución absoluta de los estudiantes que pertenecen a grupos de diversidad cultural según rango. Facultad de Medicina 2004-II a 2010-II

Bajo el enfoque de una "educación para todos", la Facultad de Medicina posibilita espacios para la civilidad y el mutuo respeto entre los integrantes de nuestra dependencia académica. Resaltamos que la educación dirigida a la población de diversidad cultural es una oportunidad de aprendizaje institucional.

¹ Sistema de Bienestar Universitario e inclusión. Universidad de Antioquia. [Sitio en internet] Disponible en: http://inclusion.udea.edu.co/estrategias/permanencia/bienestar_cultura/bienestar/index.html. Consultado: 31 de agosto de 2010.



Desde las dependencias



Biblioteca Médica



Olga Inés Gómez Zuluaga
Coordinadora Biblioteca Médica

A partir del 28 de agosto, *ScienceDirect*, *Scopus* y el contenido web de *Scirus* quedarán integrados en una sola plataforma: *SciVerse*.

ScienceDirect, *Scopus* y *Scirus* son tres bases de datos bibliográficas de Elsevier de información técnica y científica. Nuestro Sistema de Bibliotecas tiene suscritas los dos primeros. *Scirus* es un directorio de sitios electrónicos de acceso libre, que también tenemos relacionado en nuestro portal web, en el "Directorio de Enlaces Electrónicos".

Desde hace unos días *Elsevier* integró el acceso a estos tres recursos electrónicos a través de una sola interfaz llamada *SciVerse*, lo que aumenta las opciones de acceso a la información científica producida por *Elsevier*.

Para acceder conjuntamente a estos tres recursos podemos hacerlo por www.sciverse.com. Sin embargo, en nuestro portal web estas tres bases de datos bibliográficas siguen apareciendo separadamente, para atender las necesidades de información particulares de nuestros usuarios, según las áreas del conocimiento.

Así las cosas, la página principal de *SciVerse* es el nuevo punto central de acceso a:

- Resultados de búsquedas en *ScienceDirect*, *Scopus* y contenido web científico, clasificado por su importancia y sin duplicados.
- Tres aplicaciones gratuitas que mejorarán la investigación y los descubrimientos de los investigadores, permitiéndoles buscar sólo las secciones de métodos y procedimientos experimentales de los artículos de *ScienceDirect*.
- Ver los resultados de búsquedas en frases completas, para ayudarles a encontrar el concepto correcto más rápidamente.

— Y ver una lista de los autores más prolíficos en cada área de investigación.

Para obtener más información sobre *SciVerse* (incluidas las respuestas de las preguntas más frecuentes), y las nuevas versiones de *ScienceDirect* y *Scopus*, podemos consultar el sitio www.info.sciverse.com.

Los invitamos a sacar el mayor provecho de este recurso.

Exposición

La Sala de Historia de la Medicina invita a la exposición sobre fotografías de la Universidad de Antioquia en sus 207 años (1803-2010), del 1.º al 30 de octubre.

Reseña histórica. El cabildo y el provincial de los franciscanos, aquel alto cuerpo compró a Manuel de Yepes y Manuel María Hernández el 5 de julio de 1803 el terreno que había pertenecido a Gaspar de Rodas y que es el mismo en donde hoy se hallan la Paraninfo de la Universidad de Antioquia, el Colegio de San Ignacio y el Templo de San Francisco. La Plazuela de Félix de Restrepo pertenecía también al colegio. La primera piedra de la construcción fue colocada el 2 de agosto de 1803, la construcción comenzó en firme dos meses después, siguiendo los planos trazados por fray Luis Gutiérrez. **Bibliografía:** Universidad de Antioquia (1953). Universidad de Antioquia. *Año del sesquicentenario, 1803-1953*. Medellín: Universidad de Antioquia. WZ23/A5.



Paraninfo de la Universidad de Antioquia. Año del sesquicentenario, 1803-1953. Medellín.

Pausas activas en la Facultad



Empleados de la Facultad durante la pausa activa

actividad, utilizar de forma correcta el tiempo de descanso y realizar ejercicios de estiramiento y relajación (Ministerio de la Protección social, 2007), para evitar enfermedades y síndromes músculo-esqueléticos y desbalances funcionales que se pueden manifestar con estrés, reducción del rendimiento físico y mental, con consecuentes efectos adversos sobre la salud y el desempeño laboral.

Invitamos a los empleados de la Facultad a asumir las pausas activas con responsabilidad y seriedad, a tomarse el tiempo para llevarlas a cabo y hacerlas con cuidado y dedicación, pues está en riesgo la salud y el bienestar de todos.

Con el propósito de fomentar en los empleados administrativos y profesores hábitos saludables para mejorar su desempeño en los aspectos laborales, personales y físicos, la Universidad desde hace unos meses ha implementado en las oficinas de sus dependencias una estrategia denominada Pausas Activas Saludables (Baena, 2009) — a través del Departamento de Seguridad Social con el Programa de Salud al Trabajo— tendiente a controlar las condiciones desfavorables del ambiente laboral que puedan relacionarse con alteraciones de la salud y el trabajo.

La mayoría de los trabajadores pasan la mayor parte del día en sus sitios laborales, frente a un computador, realizando la misma actividad por horas o manejando grandes niveles de tensión; con el tiempo, si estas condiciones laborales no son bien manejadas, pueden desencadenar problemas físicos, psicológicos, cognitivos y de interacción social.

Por ejemplo “en la población laboral de la universidad de Antioquia (para el periodo enero-diciembre 2008) se registró como segunda causa de “ausentismo laboral certificado” (Salazar Barrientos, 2009) las enfermedades del aparato locomotor con el 14.9% generando 2.538 días de incapacidades laborales. Siendo, a su vez, las enfermedades de la columna vertebral y la espalda y las enfermedades de los tejidos blandos, las causas más significativas de dicho grupo con 636 y 961 días de incapacidades laborales respectivamente”. (Proyecto *Pausas Activas Saludables*, Departamento de Seguridad Social, Programa de Salud al Trabajo, Universidad de Antioquia).

Los objetivos de las pausas activas son producir cambios de posición, mejorar el proceso de los grupos musculares afectados por la

Las pausas activas, tradicionalmente llamadas gimnasia laboral, son aquellos períodos de recuperación que siguen a los períodos de tensión de carácter fisiológico y psicológico generados por el trabajo.

Beneficios

Incrementa significativamente la amplitud de movimiento

Reduce la tensión muscular

Favorece la relajación muscular y orgánica

Incrementa la extensión de movimientos

Desarrolla la expresión corporal

Mejora la circulación sanguínea

Favorece la coordinación, permitiendo movimientos más libres

Reduce la tensión muscular

Favorece el sistema circulatorio

Predispone el cuerpo para la actividad

Activa el sistema nervioso

Fuente bibliográfica: Proyecto Pausas Activas Saludables, Departamento de Seguridad Social, Programa de Salud al Trabajo, Universidad de Antioquia



Cátedras internacionales de Psiquiatría

Juliana Gómez Franco
Jorge Ospina Duque
Carlos López Jaramillo
Profesores del Departamento de Psiquiatría

Con rotundo éxito se llevaron a cabo las jornadas académicas de las cátedras internacionales de psiquiatría *Profesor Germán Berríos* y *Profesor Javier Escobar* los pasados 2 y 3 de septiembre. La creación de estas cátedras está enmarcada como elemento fundamental en el Plan de Desarrollo Estratégico del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia.

Durante los últimos años, el Departamento de Psiquiatría se encuentra en una etapa de su desarrollo que podría denominarse “doctrinal”, en el sentido de definir una serie de fundamentos y principios teóricos, teórico-prácticos y éticos encaminados a definir una identidad propia como escuela, pero sin dejar de lado el contacto amplio con la comunidad psiquiátrica en su escenario internacional. Es así como se han definido unos pilares o elementos fundamentales sobre los cuales está anclado el accionar del Departamento, pilares que constituyen una guía para su desarrollo futuro. Estos fundamentos son:

- El estudio de los aspectos conceptuales de la psiquiatría y la ética como fuente de las ideas acerca de la psiquiatría, sus límites y alcances, sus relaciones con los pacientes y la sociedad.
- El estudio de la clínica y la psicopatología como lenguajes que al ser correctamente utilizados permiten el avance de la investigación y la actividad médico-psiquiátrica.
- El estudio de la epidemiología clínica como fundamento para la producción y utilización de la información proveniente de la investigación, de manera crítica y útil.
- El estudio de los elementos que favorezcan procesos de intercambio de conocimientos y de enseñanza-aprendizaje actualizados y fructíferos para los alumnos de pre- y posgrado que asisten al Departamento y los docentes que interactúan con ellos.
- El estudio de los factores psicosociales y políticos para poder cumplir nuestro compromiso con la comunidad a través de la salud como derecho fundamental e inalienable, ligado al bienestar y al desarrollo de los seres humanos.

Es en el marco de estas iniciativas, que el Departamento de Psiquiatría de la Universidad, propuso la creación de la “Cátedra Internacional de Salud Global Javier I. Escobar” como reconocimiento público a las

contribuciones que ha hecho el profesor Escobar a lo largo de su vida académica para el avance de nuestra especialidad. Al igual que la Cátedra del profesor Germán Berríos, la Cátedra Javier Escobar es en primera medida un acto de gratitud y la gratitud hacia los maestros es uno de los valores centrales de la medicina. Pero es, también, la oportunidad de seguir allanando el camino para avanzar en pos de los principios anteriormente enunciados. Es una forma de “hermanar” grupos, departamentos, universidades tanto desde el punto de vista académico como social. Esperamos que alrededor de la Cátedra florezcan una serie de actividades académicas, sociales, investigativas, que fomenten el avance de la disciplina. Se propone que esta cátedra se convierta en un conjunto dinámico de actividades que permita a lo largo del tiempo alcanzar los siguientes objetivos principales:

- Dar reconocimiento al profesor Javier I. Escobar en los ámbitos nacional y regional (Latinoamérica-Iberoamérica).
- Promover el estudio profundo (en los ámbitos nacional y regional) de la epidemiología como uno de los ejes fundamentales de la formación y la actividad de la psiquiatría en tanto que del adecuado ejercicio de esta disciplina se derivan las decisiones diagnósticas, terapéuticas e incluso sociales y éticas que determinan en últimas lo que es la práctica psiquiátrica.
- Promover el estudio y desarrollo de la vertiente comunitaria de la psiquiatría, con el fin de avanzar en la meta de una adecuada salud mental para nuestra sociedad.
- Promover la investigación en estas áreas en los ámbitos local, nacional e internacional.
- Generar espacios de encuentro entre el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia y profesores e investigadores de otras universidades, alrededor de actividades académicas relacionadas con la epidemiología, la psiquiatría comunitaria y los aspectos psicosociales y políticos de la psiquiatría y la salud mental.
- Reconocer con el título de *Profesor Invitado a la Cátedra* a aquellos colegas nacionales y extranjeros que a través de la investigación, producción académica y de su liderazgo personal hayan contribuido de manera notoria al estudio y avance en estas áreas.

La participación comunitaria en salud de los pueblos indígenas



Marcela Garcés, MD, MSPH
Coordinadora de Convenios y Relaciones Internacionales
Departamento de Educación Médica

América Latina sobresale por ser una región pluricultural y pluriétnica. En la actualidad hay más de 671 pueblos indígenas reconocidos, de los cuales más de la mitad de ellos se ubican en zonas de bosques tropicales. Actualmente, estos pueblos presentan una marcada diversidad en cuanto a aspectos demográficos y sociopolíticos; sin embargo, el común denominador continúa siendo la discriminación estructural que se expresa en marginalidad, exclusión y pobreza. Los perfiles demográficos y epidemiológicos de estos pueblos demuestran que son muy vulnerables debido a su condición socioeconómica y su situación de salud, las cuales requieren particular atención dadas sus características culturales, étnicas, sociopolíticas, y su visión del fenómeno salud-enfermedad. De hecho, casi una cuarta parte de los habitantes del continente que viven en pobreza extrema y aproximadamente 40% de las 120 millones de personas sin acceso a los servicios de salud en las Américas son indígenas.

En diversos estudios, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) ha encontrado marcados niveles de desigualdad en lo relacionado con la distribución del ingreso, el acceso a los recursos productivos, a los bienes y servicios del Estado. Estos aspectos están contribuyendo significativamente en el comportamiento demográfico de los pueblos indígenas, especialmente en sus patrones reproductivos y la mortalidad temprana. En lo que atañe a los perfiles demográficos, se encuentra un predominio de poblaciones indígenas con altos niveles de fecundidad y mortalidad. Aun en pleno siglo XXI, miles de niños menores de cinco años mueren cada año víctimas de enfermedades prevenibles tales como diarrea, neumonía, desnutrición, septicemia, sarampión, y otras enfermedades prevenibles por vacunación, como meningitis y malaria. Además, ante el acelerado proceso de aculturación de los pueblos indígena al mundo no-indígena, se ha comenzado a evidenciar el aumento en la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, tales como diabetes, cáncer, cardiopatía y problemas de salud mental.

Particularmente en Colombia, las limitadas acciones de inspección, vigilancia y control de las Secretarías de Salud Departamentales, así como la inoperatividad de los Consejos Territoriales de Seguridad Social, el bajo perfil técnico de las personas con cargos clave en el sector y los limitados efectos de las veedurías en salud, se ven reflejadas en los pobres indicadores de salud y en planes operativos frecuentemente inadecuados para las necesidades de la comunidades afectadas. Esto limita la habilidad de los municipios para garantizar la calidad, oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud de estas poblaciones. Adicional a esto, la mayoría de estrategias de prevención y promoción de la salud implementadas por instituciones locales han estado orientadas por indicadores meramente epidemiológicos, los cuales se constituyen en el insumo base para direccionar en gran parte la toma de decisiones en lo concerniente a la salud de los grupos indígenas de esta región. El uso de enfoques predominantemente relacionados con el modelo biomédico que enfatiza el determinismo biológico de "causa-efecto" ha contribuido a que progresivamente las comunidades sean marginadas del proceso de toma de decisiones en lo relacionado con la planeación e implementación de diferentes programas de salud. Esto ha dado como resultado la implementación de planes de acción poco efectivos, culturalmente inapropiados y la utilización incorrecta de los limitados recursos económicos que deberían ser invertidos en el mejoramiento de las condiciones de salud de estas comunidades.

Ante esta realidad, los diferentes sectores (sector público, sector académico, organizaciones indígenas, organizaciones no gubernamentales, etc.) han expresado una particular preocupación por los diversos y complejos factores (barreras culturales, sociales, económicas y geográficas, entre otras) que condicionan el bajo acceso y utilización de los servicios de los pueblos indígenas. Y aunque en los últimos años se ha avanzado en la protección de la autonomía de sus comunidades indígenas, y se ha intentado mayor inclusión en la planeación e implementación de los servicios de salud, la situación actual aún plantea importantes retos.

Hoy en día, hay un llamado urgente a que se profundice en el planteamiento de estrategias en salud que definitivamente tengan un impacto en las condiciones de vida de los pueblos indígenas y para esto es necesario que se utilicen abordajes más incluyente que realmente favorezcan la participación comunitaria. Los abordajes participativos deben buscar ser prácticos, formativos y empoderadores. Prácticos en la medida en que las comunidades puedan responder a sus necesidades, intereses y preocupaciones y útil en la medida en que sus resultados puedan ser incorporados en la planeación de acciones en salud que efectivamente contribuyan a su bienestar. Una vez que las comunidades indígenas se reconozcan y tomen decisiones sobre sus propias condiciones de vida, con el debido apoyo del Estado, la participación comunitaria se perfilaría entonces, como una poderosa herramienta empoderadora para estos pueblos.



Desde las dependencias

Residente y profe: ¿Cómo está su posgrado? En la búsqueda de la calidad académica de los posgrados



Jaime Carrizosa Moog
Coordinador de Posgrado

El Comité de Currículo de Posgrado fue creado en mayo de 2009 por el Consejo de Facultad. Sus integrantes son el Vicedecano, la directora del Departamento de Educación Médica, el coordinador de Posgrado, dos jefes de programa, un representante de los profesores, un delegado de los estudiantes y una asesora pedagógica. Su objetivo principal es el de analizar a la luz de la actualidad el estado del currículo de posgrado, para desarrollar propuestas de modernización de los 43 programas existentes. La meta final es la de obtener un currículo dinámico, contextualizado, en constante evaluación, que permita dar respuesta óptima en la formación de profesionales —en la medida de las posibilidades— a las necesidades sociales y científicas del país.

Como parte de un análisis de la calidad académica de nuestros posgrados, que nos permita reconocer fortalezas comunes a los programas e intervenir en las debilidades de forma conjunta, el Comité de Currículo de Posgrado adelanta un análisis de los resultados de las autoevaluaciones que han realizado varios de los programas y que incluso fueron acompañadas por la mirada de pares externos a la Universidad.

Al año 2010, tenemos 16 programas de posgrado autoevaluados bajo la propuesta del Comité de Posgrado de la Universidad, en la cual se contemplan ocho objetos de análisis: estudiantes, egresados, profesores, programa y plan de estudios, administración, entorno institucional, impacto social, y evaluación y aseguramiento de la calidad.

Programas de posgrado autoevaluados	
Programa	Año de evaluación
Anestesia	2004
Cirugía General	2003
Cirugía Pediátrica	2009
Dermatología	2008
Ginecoobstetricia	2004
Medicina Interna	2004
Neurocirugía	2008
Ortopedia	2007
Patología	2007
Pediatría	2007
Psiquiatría	2009
Radiología	2008
Reumatología	2007
Terapia de familia	2007
Toxicología	2007

Presentaremos los hallazgos más relevantes y comunes de algunos de los objetos de evaluación de los programas:

— Estudiantes:

Más de la mitad de los estudiantes que ingresan a la Universidad son provenientes de diversas regiones del país y principalmente de las universidades públicas. Casi todos los admitidos tienen una experiencia clínica previa importante, pero muy pocos en los campos de la docencia y la investigación. Es de anotar que los estudiantes que tienen experiencia en investigación son principalmente egresados de la Universidad de Antioquia.

Entre los aspectos relevantes sobre los estudiantes y que deben ser objeto de análisis por la comunidad académica es el cuestionamiento de algunos estudiantes y profesores sobre la pertinencia de la investigación en el plan de estudios y el poco de tiempo que disponen para la realización de actividades extracurriculares por la alta carga asistencial.

— Egresados

Se resalta el buen desempeño de los egresados por parte de los empleadores. En varios posgrados no hay congruencia entre el perfil del profesional y la propuesta curricular; es así como algunos aspectos como la docencia, administración, ética o la formación integral no se ven plasmados en el plan de estudios pero sí en el perfil del egresado. A pesar de que la Universidad de Antioquia como institución pública y como filosofía misional tiene como principio la responsabilidad social, esta no se visualiza en la mayoría de los programas de posgrado. De otro lado, no hay un componente social claro en los programas de posgrado. Una de las grandes falencias de todos los posgrados es la ausencia de un vínculo asertivo entre la universidad y el egresado para que participe en el programa.

— Profesores

En todas las autoevaluaciones se resalta la gran experiencia y formación disciplinaria de los docentes de la Facultad. La existencia de falencias en la formación pedagógica de los docentes fue reportada como un punto débil, a pesar de la disponibilidad de los cursos de formación anual ofrecidos por la Vicerrectoría de Docencia. El desarrollo en la investigación y en las publicaciones es desigual, con grandes avances en algunos de los programas, pero poca en otros. Se anota también, que a pesar de que se realiza evaluación anual de los docentes, esta no genera un plan que lleve a mejores prácticas.

— Programa y plan de estudios

A pesar de que las audiencias consultadas resaltan la coherencia entre la misión, la visión de la Universidad y los programas de posgrado, se evidencia de manera contraria, la noción del poco conocimiento del Plan de Estudios.

Sobre algunos programas evaluados se expresa que hay desactualización de los contenidos, no están acordes con el medio, no son pertinentes y son poco flexibles.

Con respecto al componente de investigación presente en el Plan de Estudios hay opiniones encontradas: mientras en algunos programas la encuentran pertinente en la formación de los profesionales, en otros no; expresan también la poca motivación de los estudiantes, los escasos recursos y el poco tiempo disponible para investigar.

— Gestión administrativa

Las audiencias consultadas expresan el poco conocimiento que tienen de los procesos administrativos de posgrado.

— Entorno

Se resaltan los servicios de bienestar que ofrece la Universidad aunque reconocen que son poco utilizados por los estudiantes y docentes por falta de tiempo. Se encuentra como una fortaleza unánime la biblioteca universitaria.

En gran parte de las autoevaluaciones expresan las dificultades con la planta física, en especial con la disponibilidad y el acondicionamiento de las oficinas de los profesores; sin embargo, reconocen los avances que se han logrado en conectividad y recursos en computadores.

Frente a las debilidades evidenciadas mediante los procesos de autoevaluación se diseñaron planes de mejoramiento que permitan buscar alternativas en búsqueda de la excelencia académica, y hacer seguimientos continuos que den cuenta de los avances de dichos planes. De otro lado, surge la inquietud de ¿por qué el resto de los posgrados, que cumplen los requisitos de la Facultad, no han adelantado su autoevaluación?

Es importante que la administración central y que cada uno de los programas propicien espacios de reflexión sobre ¿cómo estamos formando en los posgrados de cara a garantizar egresados con pertinencia social y científica?



El Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales —PECET— ejemplo de transferencia tecnológica para Centroamérica

Ana Cristina Patiño Taborda
Comunicadora del PECET

En el año 2007 la OMS, en su asamblea mundial, declaró la leishmaniosis como una enfermedad prioritaria debido al incremento en el número de casos de leishmaniosis visceral y cutánea en los países endémicos del mundo cuya cifra asciende a 98. Por este motivo, se recomendó a los países hacer esfuerzos para controlar la enfermedad. A su vez le fue encomendado, al programa especial de leishmaniosis de esta organización, emprender actividades en el mundo que permitieran cuantificar la magnitud del problema con el fin de que fuera tratado como un tema de "declaración obligatoria" y así trabajar, mucho más, en las medidas y herramientas de prevención y control, además lograr el establecimiento de nuevas normas de manejo.

El Dr. Jorge Alvar, Director del Programa de Leishmaniosis de la OMS logró, gracias al apoyo económico de la Agencia Española de Cooperación Internacional, conseguir fondos importantes para desarrollar este mandato de la Asamblea General de la OMS.

Las actividades comenzaron en América Latina con la realización de la Reunión Regional de Coordinadores de Programa Nacional de Leishmaniosis, Región de las Américas, realizada en Medellín, Colombia en junio de 2008, en la que los responsables de los programas de leishmaniosis y los representantes de los ministerios de salud de los países endémicos, presentaron la situación de la enfermedad en Centro y Sudamérica. Posterior a esto, la OMS realizó reuniones similares en África, Asia, en la cuenca del Mediterráneo y en las demás regiones donde la enfermedad es endémica, con el fin de hacer metaanálisis sobre los tratamientos, formas clínicas, medidas de prevención y control e industria farmacéutica para la búsqueda de nuevos tratamientos.

En la reunión americana, organizada por el Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales —PECET— en la Sede de Investigación Universitaria —SIU— de la Universidad de Antioquia, se presentaron, entre otros, los desarrollos y avances que ha tenido este grupo científico en materia de investigación y metodologías de punta para estudiar los focos de transmisión, el diagnóstico molecular de la enfermedad y la georreferenciación de casos, es decir, el uso de los Sistemas de Información Geográfica.

Como resultado de esta reunión los países centroamericanos solicitaron al PECET la transferencia de la metodología llamada ecoepidemiología para estudiar los focos de transmisión. Esta metodología permite determinar de forma muy precisa cuáles son las zonas de transmisión de la enfermedad, al interior de estas zonas, cuál es el grupo más expuesto, en qué épocas del año se infectan, a qué horas del día o de la noche, y dónde se infectan con respecto al domicilio: dentro, fuera o alrededor de la casa. Lo anterior, permite diseñar medidas de prevención económicas y efectivas orientadas a proteger a ese grupo de población antes de la época de mayor riesgo y en el lugar preciso con respecto al domicilio.

A continuación se presenta una entrevista realizada al doctor Iván Darío Vélez, Director del PECET y líder de este trabajo

¿Concretamente, en qué se les capacitará?

El método ecoepidemiológico, desarrollado por la escuela de Montpellier en los años 80, ha sido utilizado por el PECET desde hace 25 años. Este mismo será transferido a los países seleccionados para realizar la capacitación: Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador y Guatemala, donde se presenta el mayor problema del leishmaniosis en la región centroamericana. México y Honduras son también endémicos y podrán asistir a los países donde se realizarán dichas actividades.

¿Qué actividades desarrollarán?

Un grupo multidisciplinario del PECET se desplazará para dictar un seminario teórico-práctico sobre los aspectos clínicos, epidemiológicos, de diagnóstico, tratamiento y control de la leishmaniosis cutánea y mucosa.

Posterior a esto el personal designado del Ministerio de Salud de cada país, asistirá a una capacitación en estudios de foco para determinar los riesgos de infección, allí se realizará la búsqueda activa de casos en el foco de transmisión de la forma de leishmania que predomine (cutánea, visceral o mucosa) a los pacientes se les tomarán muestras y a los casos positivos se les realizará el tratamiento.

De igual forma, se realizará una prueba intradérmica llamada prueba de Montenegro para determinar, quiénes de la población general, han estado infectados con el parásito. Esta información será cartografiada, es decir, ubicada en el mapa para ver cuáles son las zonas donde se da la mayor transmisión de la enfermedad.

Adicionalmente se realizará el estudio de los mosquitos transmisores: identificación de especies vectoras presentes y análisis de su comportamiento. Se estudiarán animales domésticos, especialmente, perros infectados, pues sabemos que este es el reservorio principal de la leishmaniosis visceral. Así se les capacitará sobre cómo se toman las muestras, cómo se procesan y cómo se reconoce la enfermedad en los perros.

Se les hablará sobre las concepciones, actitudes y prácticas —CAP— que tienen las comunidades acerca de la enfermedad, partiendo desde sus creencias, indagando sobre lo que la origina, cómo se transmite, donde quién van cuando están enfermos, qué tratamiento reciben en la medicina tradicional y qué hace la gente para prevenir la enfermedad.

Será la oportunidad también para averiguar qué facilidades y dificultades tienen para acceder a los servicios de salud. Qué tan capacitado está el personal para atender pacientes con estas lesiones, y qué tanto acceso a los medicamentos tengan, así se podrá entonces hacer las recomendaciones a los distintos ministerios de salud.

Terminada la fase de trabajo de campo, se invitará a los representantes de los países endémicos de Centroamérica a recibir una capacitación en biología molecular, referente al diagnóstico de la leishmaniosis con técnicas que han sido estandarizadas por el PECET y que serán transferidas como una contribución de la Universidad de Antioquia al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones centroamericanas.

Finalmente, se ofrecerá un curso virtual, con el fin de que aprendan a utilizar las herramientas de Sistemas de Información Geo-

gráfica para la georreferenciación de los casos y así cartografiar las zonas endémicas o de mayor riesgo y la distribución de los insectos que la transmiten. Herramientas que le servirán al ministerio de salud, para implementar, posteriormente los programas de control y así dirigir correctamente las acciones de prevención y control.

Producto de este trabajo se elaboró un manual de 200 páginas en el que participaron los investigadores del PECET que servirá de base para el tratamiento de los pacientes y para emitir su programa específico.

¿Qué se espera de este trabajo?

Esperamos que los países centroamericanos sean más conscientes del problema de la leishmaniosis, tengan mayor personal capacitado, implementen programas de prevención y control y mejoren la atención de los casos, es decir, que esta transferencia de tecnología sirva para fortalecer los programas de prevención y control de leishmaniosis en Centroamérica.

¿Qué significa para el PECET llevar a cabo este trabajo?

Para el PECET es un orgullo, un reconocimiento que nos inviten a transferir esta tecnología, porque el objeto de la investigación no es solo generar más conocimiento, sino además generar impacto en la salud de las personas que la sufren. El PECET, en las regiones de Colombia, ha logrado impactar con las actividades que ha desarrollado en las Secretarías de Salud, los contactos y asesorías brindadas a las fuerzas militares, al Ministerio de la Protección Social y a la empresa privada que trabaja en zonas de transmisión, proponiendo políticas y programas de calidad que ayuden en la prevención y control de calidad. El que ahora estemos transmitiendo esto a Centroamérica es el reconocimiento de que lo que estamos haciendo es importante, dado que no es mucha la gente la que hace ecoepidemiología en el mundo. En el caso de leishmaniosis el PECET es líder y ha podido hacer esto mismo en otros países de Europa y África, es un honor y una oportunidad de servir.

Día del Instrumentador Quirúrgico 25 de octubre

La Facultad ha graduado a más de 348 instrumentadores quirúrgicos comprometidos con la resolución de los problemas sociales en forma ética y autónoma, en relación con la asistencia y la administración de quirófanos y centrales de esterilización, con un manejo óptimo de la alta tecnología y en constante interacción con el equipo interdisciplinario de salud.

¡Felicitaciones!



Desde las dependencias

Avances en el proyecto de Certificación y Acreditación de los Servicios de Laboratorio y Vacunación

Auditoría de entrenamiento en la Unidad de Genética Médica



Integrantes de la Unidad de Genética Médica

El ciclo de auditorías de entrenamiento continuó con la Unidad de Genética Médica, la cual se llevó a cabo el 1.º de septiembre en las instalaciones del laboratorio. El equipo auditor estuvo conformado por los profesionales Paula Velásquez, bioingeniera; Faber Gallego, ingeniero químico; Lina Cuello, ingeniera industrial; Gloria Cecilia Zapata, bacterióloga, y Harold Eduardo Durango, como auditor acompañante. Cabe resaltar el acompañamiento del Decano, doctor Élmer Gaviria Rivera, en el inicio del proceso, quien ha estado al tanto de las auditorías internas y de entrenamiento en los servicios.

En la auditoría se evidenció una documentación sólida frente a los requerimientos de la norma ISO 9001-2008, así como la implementación y generación de registros; demostrando con ello, un compromiso firme y decidido por parte del personal y las directivas del Servicio para conseguir la certificación.

Opinión de calidad

A la pregunta: ¿Cuáles cree que fueron las ventajas de la auditoría de entrenamiento? algunos integrantes de la Unidad de Genética Médica, que participaron en dicha actividad, contestaron:

Esta auditoría sentó las bases para el funcionamiento futuro de la Unidad de acuerdo con unos parámetros beneficiosos para el laboratorio. El Sistema a veces parece muy estricto, pero creo que se trata de buscar la perfección para prestar un servicio eficiente y oportuno en el momento indicado. De modo que considero,

desde todo punto de vista, supremamente beneficioso esta auditoría que se llevó a cabo. Fue una actividad de la cual aprendimos muchísimo y me siento muy optimista de lo que va a hacer esta Unidad en el futuro y de todas las mejoras que se tienen planeadas. **José Luis Ramírez Castro, coordinador**

Esta experiencia me pareció muy productiva y gratificante. Muy productiva porque se evidenció que nuestro trabajo ha valido realmente la pena, el cual lleva años gestándose y por fin vemos los frutos aplicados directamente a las labores diarias del laboratorio; y fue gratificante ver como, a pesar de los obstáculos que hemos tenido y la falta del tiempo, va marchando el laboratorio por el camino de la certificación. Me deja un poco preocupada la parte de los aspectos de habilitación, los cuales todavía no hemos podido concretar porque no está en nuestras manos, por ejemplo, las dificultades del espacio físico, de bioseguridad y el manejo de residuos, aunque en algunos de esos aspectos hemos mejorado mucho. **Gloria Ramírez Gaviria, bacterióloga**

Bueno, las ventajas fueron, primero que todo, conocer cómo es una auditoría; también, caímos en cuenta de todo lo que habíamos trabajado en el Sistema: los manuales, formatos, instructivos; nos percatamos de que vamos muy bien, nos faltan corregir algunas cosas, pero son más los aspectos buenos que tenemos y debemos hacer pequeñas modificaciones al Sistema para sacarlo adelante. Entonces, fue una experiencia enriquecedora en todos los sentidos; los auditores vinieron con una actitud dispuesta a enseñarnos, corregirnos, pero sobretodo, a aportarnos. **Claudia Marcela Cristancho, bacterióloga**

Fueron muchas; la primera, darnos cuenta de qué tan maduro está nuestro Sistema de Calidad, todos los avances que se han logrado durante estos tres años: formación, implementación y seguimiento del Sistema; la segunda, fue valorar el compromiso de todos los compañeros de grupo; también, reconocer las ventajas del SGC para facilitar el trabajo; saber paso a paso lo que se hace a diario en el laboratorio; reconocer el compromiso que ha tenido la alta dirección, empezando por el señor decano. Otra ventaja grande, es que se evidenció la capacidad de trabajo de todo el grupo para implementar el Sistema y otra ventaja más, es que estas auditorías sirven para mirar qué nos falta, qué debemos mejorar. Deberían hacerse más seguido, no solo antes de una auditoría interna, sino, hacerlas cada seis meses para evaluar cómo está el Sistema, porque las miradas externas, de terceros nos hacen caer en cuenta de las debilidades que se pueda tener en ese momento y pensar, como grupo, cómo mejorar esos aspectos. **Nora Durango Calle, bacterióloga y líder de calidad**

Nueva clasificación de los grupos de investigación

Instituto de Investigaciones Médicas

El Instituto de Investigaciones Médicas da a conocer la nueva clasificación de los grupos de investigación de nuestra Facultad, según el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación —Colciencias—, que catalogó a seis grupos en A1, a cinco en A, a seis en B, a nueve en C y a cuatro en D.

Nota. La siguiente clasificación está sujeta a cambios, debido a las solicitudes de revisión de algunos grupos a Colciencias.

Grupos de investigación	Categoría
Grupo Malaria	A1
Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales	A1
Rehabilitación en Salud	A1
Salud y Comunidad	A1
Nacer Salud Sexual y Reproductiva	A1
Grupo de Biología Celular y Molecular	A1
Grupo de Reproducción	A
Grupo Inmunología Celular e Inmunogenética	A
Grupo de Reumatología	A
Programa Ofidismo / Escorpionismo	A
Grupo de Investigación en Psiquiatría	A
GRIPE: Grupos de Investigación en Enfermedades Infecciosas	B
Grupo Neurociología y Conducta	B
Trauma y Cirugía	B
Ingeniería de Tejidos y Terapias Celulares	B
Grupo de Investigación en Dermatología	B
Mapeo Genético	B
Genética Médica	C
Grupo Fisiología del Ejercicio	C
Grupo de Parasitología	C
Grupo de Investigación en Violencia Urbana	C
Inmunomodulación	C
Grupo Patología Renal y de Trasplantes	C
Grupo de Alergología Clínica y Experimental	C
Grupo de Investigación Aplicada a la Actividad Física y el Deporte	C
Grupo de Endocrinología y Metabolismo	C
Grupo Entomología Médica	D
Sinapsis	D
Informed	D
Toxicología	D



Los estudiantes escriben

Los estudiantes estamos representados



Juan Esteban Peláez Gómez
Representante de los estudiantes ante el Consejo de Facultad
Estudiante de Medicina, nivel X
juanespego@gmail.com

Para muchos es desconocido que existe un representante estudiantil, y algunos saben que existe pero no saben quién es. Por tal motivo, he querido escribir en este medio para darme a conocer y para que sepan de ahora en adelante que cuentan conmigo: soy Juan Esteban Peláez Gómez y curso actualmente décimo nivel de Medicina al igual que mi suplente Sebastián Orozco Arteaga (oro456@hotmail.com). Ambos fuimos elegidos democráticamente por solo 42 votos de mal contados 1.800 estudiantes, por lo que tenemos un gran reto y una gran pregunta: ¿a quiénes estamos representando? Uno de nuestros objetivos este año, es sensibilizar a los estudiantes frente a que el representante es más que una figura obligatoria, sentada cada 15 días en la oficina del Decano, sino, que su función es la de informar y ventilar los problemas administrativos, y para hacer llegar nuestra voz y voto a la estancia que toma decisiones trascendentales en nuestra facultad.



Sebastián Orozco Arteaga
Suplente

Hace poco me enteré de ciertos problemas que surgieron en algunos semestres porque no habían podido iniciar sus clases con regularidad por falta de docentes de cátedra; lo que no supe, sino hasta el pasado Consejo de Facultad, fue que los estudiantes presentaron un derecho de petición, en el cual solicitaban solución al problema, y con mucha pena le dije al Decano que desconocía totalmente la situación.

Los estudiantes están representados y en lugar de seguir los conductos regulares se están extralimitando con este tipo de actos; en lugar de hablar conmigo a través del representante de cada semestre (que por cierto muchos semestres aún no han elegido) o, mejor aún, hubieran hecho conocer el caso durante la asamblea en la cual tanto el Decano como el profesor, coordinador del departamento que presentaba la situación mencionada, dieron a

conocer los problemas y lograron una solución. La verdad estoy algo desconcertado porque muchos estudiantes no se dan cuenta de lo fácil que es solucionar estos problemas o darlos a conocer y recurren a medios legales como lo es el Derecho de Petición. El caso anterior, es un claro ejemplo de una de las fallas más grandes del movimiento estudiantil: la falta de comunicación; por ello, con la ayuda de otros estudiantes, estamos ampliando nuestros canales de comunicación, como alternativa creamos, en Facebook, el grupo Estudiantes Facultad de Medicina UdeA, del cual somos administradores y subimos constantemente buena información.

Quiero invitarlos a que hagan uso del movimiento estudiantil para dar a conocer las problemáticas de la Facultad; la asamblea no es solamente para decidir si entramos o no a paro, o si nos acogemos a las decisiones de la asamblea general o no; la asamblea es algo que va más allá, que busca solucionar los problemas que afectan a la comunidad estudiantil y a la población en temas que se relacionan con nuestra vocación, como entes de las áreas de la salud; aprovechemos este espacio y hagámoslo respetar. También, quisiera extender esta invitación a aquellos semestres que aún no han elegido a su representante estudiantil o no lo han hecho de manera oficial para que lo hagan. El próximo miércoles 6 octubre durante las Jornadas Universitarias de la Facultad, se realizarán las elecciones de representantes por semestre y de representantes a los comités de Currículo y de Carrera para el próximo período. Esperamos la participación masiva de todos los estudiantes durante el proceso de votación.

Por último, quisiera que cualquier problema en los ámbitos académico, disciplinario o de cualquier índole, que vaya a ser llevado al Consejo de Facultad nos lo hagan conocer a mí o a Sebastián Orozco (suplente) con detalle y antelación, para poder hablar con claridad y argumentos a favor de ustedes, si es posible, ante el Consejo. Recuerden que el Representante Estudiantil ante el Consejo de Facultad tiene voz y voto en las decisiones y muchas veces un voto hace la diferencia.

Pueden escribirnos a cualquiera de nuestros correos electrónicos o a oresmedicina@gmail.com. Todo correo será leído y respondido si es enviado desde un correo electrónico personal. Mensajes ofensivos serán ignorados.



De etnias



Diego Espíndola
Estudiante de Medicina, nivel IV
diegoalejo13@hotmail.com



Colón representa algo diferente a un descubrimiento. El 12 de octubre es un día para conmemorar, aparte de su conveniencia, un evento que dio inicio irreversiblemente a una de las transformaciones culturales más grandes en la historia humana. La conjunción cultural de los pueblos que residían en América con los llegados europeos y posteriormente con los africanos introducidos para la esclavitud, abrió paso a una gran variedad de etnias.

La ubicación geográfica de Colombia al igual que el asentamiento de otros grupos amerindios en su territorio, fueron algunos de los factores que influyeron para que la diversidad étnica fuese tan amplia en nuestro país. Hoy Colombia es reconocida constitucionalmente como una nación pluralista y multicultural, la cual cuenta con 87 etnias indígenas, 3 grupos diferenciados de población afrocolombiana y un pueblo gitano.

De esa manera, la orientación de la Universidad de Antioquia está enfocada en sostener un carácter pluralista que les permita a las diferentes etnias colombianas acceder de manera igualitaria a la participación en la institución y a la discusión académica que en ella se lleva a cabo. Por esa razón, además del creciente acercamiento de diferentes grupos culturales a la Universidad, está contemplado en el reglamento un espacio que promueva la inclusión de aquellos grupos.

Estas personas son vulnerables a la exclusión por pertenecer a minorías étnicas que los ubica en una situación de desventaja a la hora de participar de algunos procesos sociales, como la vinculación a la educación superior, lo cual restringiría aún más su participación en dinámicas sociales de gran relevancia. Así, se ha dispuesto que para cada programa, los grupos constitucionalmente reconocidos y contemplados en el reglamento universitario tienen derecho a dos cupos adicionales. Esto con ciertos requisitos establecidos.

En la Facultad de Medicina, la representación de estos grupos ha sido bastante activa, pues el ingreso de personas pertenecientes a estos grupos ha sido de 90 en los últimos seis años. Esto se traduce en una gran apertura hacia los procesos de vinculación de estas personas, pues las estadísticas, en general, sobrepasan los mínimos establecidos para cada grupo.

Es importante además para la construcción de discusiones académicas suficientemente amplias, la introducción de este tipo de interlocutores que aporten una mirada holística de los procesos de salud, porque no son solo ellos los beneficiados, sino, también los estudiantes quienes comparten estas miradas, al igual que la comunidad que recibe el producto académico de estas aproximaciones.

Bibliografía

Universidad de Antioquia, Alma Máter, Inclusión en la U. [En línea] <http://inclusion.udea.edu.co/> [Fecha de acceso 12 de septiembre de 2010].

Universidad de Antioquia, Normas jurídicas universitarias. Acuerdo Académico 236, 26 de octubre de 2002. [En línea] <http://inclusion.udea.edu.co/contexto/institucional/Acuerdo%20Academico%20236%20de%202002.htm> [Fecha de acceso 12 de septiembre de 2010].

Observatorio Estudiantil, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Sistema de Bienestar Universitario e inclusión. Estadísticas de la participación de estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad Cultural entre 2004 y 2010.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Dane. Colombia una nación multicultural, su diversidad étnica. [En línea] http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf [Fecha de acceso 12 de septiembre de 2010].



Los estudiantes escriben

Medicina tradicional indígena en Colombia

Juan Fernando Úsuga Aguirre
Estudiante de Medicina, nivel V

*Éramos dioses y nos volvieron esclavos.
Éramos hijos del sol y nos consolaron con medallas de lata.
Éramos poetas y nos pusieron a recitar oraciones pordioseras.
Éramos felices y nos civilizaron.
Quién refrescará la memoria de la tribu.
Quién revivirá nuestros dioses.
Que la salvaje esperanza sea siempre tuya, querida alma inamansable.*

Gonzalo Arango (1931-1976), poeta nadaísta

Nota del autor. Mi historia, que resumo en esta crónica, trata sobre mi vivencia durante año y medio en un internado en la mitad de las selvas de Guainía, ayudado por los misioneros javerianos de Yarumal, en donde vivíamos seis adultos y 150 niños pertenecientes a cinco etnias indígenas —sikuanis, piapocos, cubeos, curripacos, puinaves— y también habían niños colonos que venían de cinco departamentos —Guainía, Guaviare, Vichada, Vaupés y Meta—. La diversidad cultural era muy llamativa. Cada uno poseía sus costumbres, rituales, prácticas médicas y lengua y, como si fuera poco, algunos hasta tenían tres dialectos diferentes. Acercarme a estos chicos me llevo a enfrentarme a situaciones complejas y fuertes en un inicio y que constantemente me cuestionaban; pues, allí la enfermedad viene de desequilibrios, la generan los espíritus y se cura con rezos, algo que muchas veces genera risas y burlas, algo que simplemente no se enseña en nuestra academia.



Niños indígenas en la selva de Guainía

Colombia es uno de los países con mayor diversidad étnica. Cuenta con más de 166 grupos, resultado de una extraordinaria mezcla de europeos, indígenas y africanos; posee 75 lenguas indígenas americanas de diverso origen, habladas por unas 400.000 personas en 27 de los 32 departamentos y, a pesar del olvido del Gobierno y de nuestra propia indiferencia en Colombia, aún se conservan 64 lenguas autóctonas con más de 300 formas dialéc-

ticas y sobreviven 90 pueblos indígenas a lo largo del territorio nacional —hay 710 resguardos indígenas que ocupan el 30% del territorio nacional (más de 34 millones de hectáreas). Son pueblos que se aferran a su cultura y están librando una batalla casi imposible de ganar, pues son dominados por una sociedad mayoritaria.



Comunidad Raudal de Mapiripana, Guainía

Solo la región amazónica colombiana corresponde al 42% del territorio nacional. Es la región menos poblada y con una riqueza de la que nos sentimos orgullosos; sin embargo, nunca la miramos en profundidad, pues al hablar de la selva en las principales ciudades colombianas, todos utilizan una gran imaginación, muchas veces influenciada por películas y programas de televisión; se hace memoria de grandes ríos, lugares exóticos, animales salvajes y peligrosos, casi mitológicos, que algunos solo han podido apreciar en jaulas; y, sobre todo, se imaginan a una gran cantidad de indígenas que andan semidesnudos usando taparrabos, con plumas en sus cuerpos, que hablan lenguas extrañas y viven en chozas por toda la selva, un pedacito de tierra de solo 483.119 kilómetros cuadrados.

En Colombia cada vez hay más acceso a la medicina occidental, aún así el 40% de la población prefiere la medicina tradicional, incluyendo nuestras poblaciones indígenas; estas medicinas se basan en conocimientos espirituales, sociales, culturales y ambientales, y por eso desde 1970 la OMS/OPS vienen hablando de la necesidad de integrar medicinas tradicionales dentro de sistemas oficiales para mejorar los servicios de salud, pues el 80% de la población mundial está en una situación económica y cultural que dificulta su acceso a la medicina occidental, por lo cual se han implementado programas que pretenden el establecimiento de una iniciativa de salud indígena con asignación presupuestaria.

En estas regiones, a pesar de mejores accesos, nuevas tecnologías y presencia de colonos, la medicina tradicional no ha sido desplazada; por el contrario, está ganando lugar. Allí la inversión social

Los estudiantes escriben

es casi nula, y dado que no hay acceso a la medicina occidental, los colonos recurren a chamanes y payés indígenas como su único acceso a la salud, y es comprensible o cómo creen que se siente una madre que viaja cinco días atravesando la selva para llevar a su bebé enfermo de un año de edad a una comisión médica que hacía cuatro años no se presentaba en la zona y que al llegar le digan que a pesar de que la comisión costó muchos millones no viene ningún médico ni enfermera, que no poseen ningún medicamento y que solo le podrían dar una charla de promoción y prevención y que, además, ella y su bebé no están registrados, por tanto, no los atenderán pues no los pueden facturar.

En estas zonas la medicina occidental es la última opción. De hecho es la opción más compleja, la de más difícil acceso y se rige por horarios; la asistencia terapéutica está basada en la farmacología química y la enfermedad está causada por virus, bacterias —causa-efecto— y, además, se da una fragmentación biológica por secciones corporales; necesitamos laboratorios clínicos e instrumentos para el diagnóstico; los estudios, tratamientos, cirugías y hasta la atención es costosa y estamos ausentes en el proceso.

En cambio, para la población indígena, la medicina tradicional es un ritual, basada en conocimientos de muchas generaciones que les han permitido sobrevivir por cientos de años; la atención es el hogar del enfermo, con dedicación y seguimiento exclusivo de día y noche; se paga en especie; la enfermedad está dada por un desequilibrio en la cosmovisión; el examen es visual; en plantas, animales o sueños, el tratamiento integra a la familia y la comunidad; utilizan rezos, amuletos, plantas, medicinas naturales y tradicionales.

Al final terminé como muchos colonos de la zona, enfermo con una prueba rápida de malaria positiva, sin medicamentos, sin acceso a la salud, sin instrumentos profesionales, imposibilitado por todos los lados para llegar a un centro asistencial; cuando ya todo estaba muy mal, en medio de crisis febriles, llegó un payé indígena, me rezó, hizo su ritual y diré, simplemente para no herir susceptibilidades, que me sentí mejor, que me recuperé. Explicaciones lógicas bien se podrían dar, pero allí en la selva cuando no hay otra opción para curar las enfermedades, aprendes a valorar la sabiduría ancestral, al igual que muchos países ya lo están haciendo como: Bolivia, México, Perú, Costa Rica, China, Estados Unidos, Cuba, Guatemala, Chile, Jamaica, Nicaragua, Brasil y ahora solo falta que Colombia reaccione y también diseñe políticas que recuperen y utilicen las medicinas tradicionales indígenas.

Yo también llegué escéptico, incrédulo y, a veces, hasta me reía de ciertas situaciones. Con el tiempo simplemente fui notando cambios, reacciones y comportamientos que comenzaron a crearme dudas, a cuestionar la academia o, peor aún, a sentir la poco útil; pues, allí cuando no hay cómo ayudar y lo quieres hacer, utilizas lo que tienes a la mano, incluso, llegué a utilizar un sapo para tratar erisipelas y celulitis —con su ritual incluido.

Mientras tanto, me preguntaba qué pensarían mis profesores si me vieran haciendo esto y luego pensé en averiguar los efectos antiinflamatorios del moco de la barriga del sapo, siempre tratando de dar una respuesta lógica, pero ante enfermedades que no se ven en los libros no había opciones lógicas que funcionaran y todo regresaba a los principios de la medicina: a la magia, los dioses y los espíritus.

Ahora, solo me queda recordarles que Colombia es más grande de lo que muchos imaginamos, que todavía hay mucho trabajo social por hacer, que todavía hay mucho que no se puede explicar, que la selva tiene saberes ocultos, extraños, tiene su magia, su encanto, que es un gran campo de investigación; cada día nuestra presencia es más común en las comunidades indígenas, que lentamente se han visto invadidas por nuestra educación, idioma, trajes, costumbres, religión; por tanto, se hace necesario buscar estrategias que permitan conservar su cultura, lengua, costumbres, conocimientos, medicina como parte de una riqueza inmaterial que nos pertenece a todos. No es difícil soñar con una medicina que integre la medicina occidental y la tradicional, es decir, algo que permita intercambiar lo mejor de ambos mundos, quizás hoy no pueda llevar un sapo dentro de mi botiquín, pero ahora sé que para muchas esta es una opción muy válida.

Los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo eje conceptual o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad (OPS/OMS 1997:13).

Fuentes

—DANE— Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas 2006. Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas. SINCHI. 2008. Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas, Ciudad de Guatemala, 19 y 20 de marzo de 2001. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005. 56.ª Asamblea Mundial de la OMS.



Día de pesca, Internado Divino Niño Salvador, Guainía



Crónica sobre la cirugía pediátrica en Medellín



Tiberio Álvarez Echeverri
Anestesiólogo, dolorólogo y profesor

Nota. A propósito de los 50 años del Programa de Cirugía Pediátrica, el doctor Tiberio Álvarez Echeverri nos presenta este texto en el cual nos cuenta cuáles fueron los antecedentes que llevaron a la creación de esta especialización en la Universidad.

Primera parte

[...]

La cirugía pediátrica en la historia. El Hospital Infantil

Entre los objetivos que se propuso el doctor Gustavo González Ochoa, como jefe de la Clínica Pediátrica (del Hospital San Vicente de Paúl), figuraba el de construir el hospital infantil. Para lograrlo se consiguió una ayuda monetaria de la Gobernación de Antioquia, con la condición de que el nuevo hospital llevara el nombre de Arzobispo Caicedo, un personaje extraño al Hospital. La construcción, en terrenos lagunosos, duró diez años a partir de 1951. Los planos los realizó un hermano del doctor Ignacio Vélez Escobar. El Hospital Infantil, inaugurado en 1961 con la asistencia del presidente Alberto Lleras Camargo significó la clausura del Pabellón Clarita Santos. Para entonces ya había regresado de Estados Unidos el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi. Este médico se graduó en la Universidad de Antioquia en 1953, ejerció la profesión en el municipio de Barbosa, Antioquia, se especializó en Cirugía, fue instructor del Departamento de Cirugía General en 1957 y complementó sus estudios en cirugía pediátrica y urología en Michigan y Boston. Años más tarde sería decano de la Facultad de Medicina. [...]

El doctor Bernardo Ochoa Arizmendi

Regresó al país en 1960 con un programa escrito para la reestructuración académica y administrativa del Departamento de Cirugía, producto de sus experiencias y observaciones en Estados Unidos. Presentó el proyecto al decano doctor Alfonso Aguirre Ceballos que estuvo de acuerdo con el mismo. También lo presentó a los profesores de la Cátedra de Cirugía, los doctores Alberto Gómez Arango y Gonzalo Botero Díaz, que no tuvieron la

misma opinión posiblemente porque seguían aferrados a la vieja escuela europea. El Decano consideró que no era conveniente forzar las cosas y aceptó entonces la propuesta de organizar la cirugía pediátrica como una dependencia del Departamento de Pediatría desde donde podría influir en alguna forma a la transformación de cirugía como efectivamente sucedió. Para entonces tal como se dijo, existía en el Hospital de San Vicente de Paúl, el Pabellón Clarita Santos, donde se hospitalizaban los niños que tenían problemas quirúrgicos y eran operados por el doctor Hernán Pérez Restrepo con la ayuda del pediatra Antonio Lopera Montaña, encargado del cuidado postoperatorio. Hernán Pérez una vez terminados los estudios de medicina en la Universidad de Antioquia se fue a estudiar Dermatología a Alemania y fue testigo cercano del ascenso del Nazismo al poder y del desencadenamiento de la Segunda Guerra Mundial que obligó a cambiar sus planes de estudio pues los hospitales quedaron bajo las órdenes militares y por ser extranjero fue enviado al Hospital de Niños de Berlín. Como buen paísa negoció con dólares en el mercado negro lo que obligó a la Gestapo a revisar su habitación buscando los tales dólares que se salvaron por tenerlos escondidos en la lámpara que colgaba del techo. Estuvo detenido y en su celda guardaba lentejas con las que calmaba el hambre. Más tarde fue deportado, según recordaba el doctor Nacienceno Valencia Jaramillo (5). Al regresar fue nombrado por la Universidad de Antioquia, en 1950, como profesor de Cirugía Maxilofacial en la Facultad de Odontología por su experiencia en la corrección del labio leporino y paladar hendido. De allí se lo llevó para el Hospital San Vicente de Paúl el doctor Gustavo González Ochoa, muy amigo de su padre. Por aquella época la cirugía infantil funcionaba solamente en las horas de la mañana y Pérez Restrepo se ocupaba fundamentalmente de los niños con malformaciones óseas como dislocación de cadera, pie chapín y las mencionadas de labio leporino y el paladar hendido. No operaba la cavidad abdominal. Fue el iniciador, posiblemente en toda Colombia, del programa de cirugía ambulatoria infantil. Hizo centenares de enclavamientos de frac-

turas como lo había aprendido de sus maestros alemanes. Es una lástima, como recuerda Ochoa Arizmendi, "que esta experiencia no se publicara. Éramos y seguimos siendo una cultura verbal que se pierde con el paso del tiempo". Las urgencias pediátricas y buena parte de la cirugía electiva eran atendidas entonces por los cirujanos de Policlínica y de cirugía general como las obstrucciones por áscaris, las perforaciones intestinales de la tifoidea, la amibiasis y las urgencias traumáticas. "No sabíamos mayor cosa. Creíamos que los niños se trataban como los adultos. No conocíamos qué era una enteritis necrotizante. El suero lo aplicábamos por vía subcutánea y como no sabíamos de fisiopatología ni de líquidos y electrolitos la mortalidad era alta. Yo le decía al doctor Hernando Vélez Rojas: "Tiene que haber otros tratamientos para los niños. Tenemos que estudiar para salvarles la vida..." (Ochoa Arizmendi). Cuando regresó de Estados Unidos se presentó ante el decano Alfonso Aguirre Ceballos, el Director del Hospital, Bernardo Chica Molina, y ante el jefe del Departamento de Pediatría, Benjamín Mejía Calad, y pidió que lo dejaran organizar la cirugía pediátrica que seguía siendo muy primitiva tanto que la anestesia con éter abierto era administrada por una monja y en casos de cirugía de cadera el doctor Carlos Silva utilizaba el aparato de Ombredanne para la anestesia con la particularidad de no haber intubado nunca a un niño. El instrumental era escaso y "había que hervirlo entre cirugía y cirugía" o se flameaba con alcohol. Se operaba de corbata, encima se colocaba la ropa de cirugía y solo se cambiaban los guantes que también eran reutilizados después de meterlos en autoclave y "entalcarlos". Y como sigue recordando Ochoa Arizmendi, las mamás con sus niños programados para la cirugía ambulatoria de los viernes hacían fila en las escalas para el segundo piso y ante la orden dada por la enfermera doña Carmen que portaba en sus manos una riñonera con mercurocromo, "levántenles las camisas y bájennles los pantalones" en rápida procesión les pintaba más que aseaba el sitio de la cirugía. Luego los llamaba en el orden respectivo. Una vez acostado el niño, doña Carmen apoyaba su gordura en el pequeño cuerpo de la víctima mientras la monja ponía el vaso de plástico repleto con gasas sobre las que se vaciaba el éter. Luego Pérez Restrepo colocaba "un campo de ojo" en el sitio de la operación y el resto servía para cubrir las botas con carramplones y el resto del cuerpo. Al terminar la cirugía los niños iban directo a la cama pues no se tenía la noción de sala de recuperación. El ayudante del cirujano era el doctor Mariano Castrillón. Del Pabellón Clarita Santos se pasó al actual Hospital Infantil en 1961. "Antes de su terminación fui a evaluar la construcción de los quirófanos y me di cuenta de que solo se había programado un quirófano para un hospital pediátrico de 240 camas. Con esta inquietud fui donde los directivos mencionados que me respondieron que el volumen de trabajo no justificaba más salas de cirugía. Le comenté lo que había visto en el hospital de niños de Boston y les llevé los datos de la Orga-

nización Mundial de la Salud donde aconsejaban un quirófano por cada 30 camas de hospitalización de manera que en Medellín se requerían ocho salas de cirugía pediátrica. Con dificultad logré que me concedieran dos quirófanos y poco a poco, con dificultades se completaron cinco que fueron insuficientes en poco tiempo. Con base en lo que es hoy el departamento quirúrgico del Hospital Infantil se inició el cambio de la mentalidad dominante que ponía al cirujano como el actor único de la asistencia por una de trabajo en equipo, donde el anestesiólogo, la enfermera, el auxiliar, la instrumentadora quirúrgica, la trabajadora social... eran elementos importantes para lograr el mejor servicio posible. Por primera vez un residente de Anestesia, el doctor Jairo Restrepo Torres, se interesó por la anestesia pediátrica, se dedicó a su estudio y así, poco a poco, creamos la sala de recuperación que no existía. Luego hubo interés por la cirugía en niños y el doctor Óscar Gómez Vargas fue el primer residente que tuvimos... Nuestra Escuela fue la primera del país que tuvo esta especialización" (6) (7). Además de profesor de cirugía pediátrica e impulsor del Departamento de Cirugía en asociado del doctor Jorge Emilio Restrepo Gaviria, el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi fue pionero en la corrección quirúrgica de malformaciones congénitas sobre todo las urológicas, en la cirugía de definición sexual, en la investigación del síndrome de la Risa invertida o síndrome de Ochoa. De todas estas experiencias conserva documentación escrita y fotográfica. Fue además líder de los movimientos estudiantiles y profesoriales. Fue asistente del doctor Benjamín Mejía Calad cuando fue Decano en 1965 y él mismo decano de la Facultad de Medicina en 1974-1975. Fue amenazado de muerte y secuestrado en la época de la "guerra sucia" por lo que tuvo que exilarse un tiempo en otro país. En este momento es uno de los integrantes del Grupo de Estudio de la Cirugía en Antioquia y escribe sus memorias... (8)

Bibliografía

- 1 Álvarez Echeverri, Tiberio. In memoriam. Doctor Francisco Luis Uribe Restrepo: el cirujano ambidextro de los niños. Principio Activo. 134.ª ed.- Agosto 2009:18-20. Boletín Informativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- 5 Álvarez Echeverri, Tiberio. Notas al margen en las reuniones del grupo de Estudio de la Historia de la Cirugía en Antioquia. 2002.
- 6 Álvarez Echeverri, Tiberio. Entrevista personal con el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi. Medellín, octubre de 1987.
- 7 Ochoa Arizmendi, Bernardo. Notas tomadas durante su exposición de la historia del Servicio de Cirugía Pediátrica en Antioquia en el Grupo de Estudio de la Cirugía en Antioquia los días 24 y 31 de agosto y 7 de septiembre de 2010-09-12
- 8 Álvarez Echeverri, Tiberio. Los Decanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. 2010. Inédito.



Los profesores escriben

De médico a facturador



Luis Felipe Gómez Isaza
Jefe de la Sección Vascul, Cardiología,
Hematología
Departamento de Medicina Interna
filipo4361@hotmail.com

Referente histórico, aún válido en este tiempo, traída de una reflexión para los médicos de la Clínica Medellín, cuando algunos de estos proponían comprar terrenos y construir una nueva utopía de cemento en junio de 2004 (Proyecto Oviedo). Al final como cuento de hadas, todo quedó en unos avisos de construcción que la lluvia destiñó.

Es probable que el abordaje de esta reflexión, le quite valiosos segundos. Pero no quiero que le parezca trascendente, porque a decir verdad, si usted es médico, o era médico, debe de estar más preocupado de la supervivencia propia y la de su prole, de los interminables deseos que traen estos tiempos, y de los cuales no somos excepción, que de pensar en algo que le atañe e intenta ocultar: su hábito, su túnica médica. Pero recuerde que alguna vez, intento ser médico, y que ahora aunque crea que lo es, depende de su facturación, o sea que es un facturador, como yo, no le dé pena, admítalo, pero sepa que al paso que va, su investidura se diluirá en el recuerdo como la de Avicena y Galeno, sus antepasados.

“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico y también es difícil guardar la calidad de hombre”, dice Adriano, soberano de Roma, en la novela de Margarite Yourcenar: Memorias de Adriano. Y no es para menos, ninguna calle está tan cerca del despeñadero final que la vía maltrecha de la enfermedad, y, si alguien interviene con éxito en ese tenebroso lapso, puede generar en cualquier hombre, al menos, sentimientos de devoción y dependencia.

Desafortunadamente y desde siempre, los médicos que evolucionamos desde la chamanería, la brujería, la barbería y postre a la doctorería, teníamos el inconmensurable poder que da la túnica subliminal del que cura, o del que intenta al menos convencer al enfermo, que lo hace. Entonces, no es difícil deducir que, quien no hiciera parte de ese conglomerado exquisito del saber hipocrático, tenía por qué sentirse atribulado e indignado ante alguien que, con solo tomarle el pulso, le impondría condiciones de humildad y le recordaría siempre que quisiera su condición de mortal.

Por muchos años, emperadores, reyes, faraones, políticos, artistas, poetas y toda clase de humanidad, estuvieron sujetos a la merced de nuestro oficio y arte: la medicina. Los médicos no solamente fuimos venerados y admirados sino también odiados y vilipendiados.

Tanto dolor y sufrimiento ha soportado la humanidad, como sentimientos de animadversión hacia esta profesión. Luego es lógico suponer, cómo desde la doliente élite, se generó y diseñó un sistema que convirtió el otrora inaccesible y mesiánico individuo en un minusválido empleado, o en su mejor defecto, a un confuso facturador de “servicios”, que como el agua, el vestido y la comida, se pagan por leyes de la oferta y la demanda.

Recuerde: Los poderosos, no se quedan con nada, y mucho menos con afrentas de igualdad terrenal. Así que tomaron su tiempo en aplicar la vendimia, sembraron sus beneficios, en aras de la igualdad fraterna y cosecharon frutos inimaginables. Afortunadamente en algunos sitios del planeta, donde la conciencia médica tuvo dignidad y valor, recogieron poco, pero en otros, como este país tan bello en que usted vive y donde la inconsciencia y la individualidad florecen, han recogido y seguirán recogiendo, demasiado.

La estrategia de venganza, no fue tan difícil, no solamente se limitó a bajar del escalón imaginario, doctores médicos, curas y a Dios, sino que incluyó hasta la toma del pulso y la auscultación por parte de ellos, los dueños de dicho sistema, a los mismos facultativos.

Fácil, simplemente fuimos introducidos, como cualquier otro bien y servicio al mercado del capital, porque el miedo a la muerte en esta sociedad de consumo e inmortalidad, se convirtió en olvido. O dígame, ¿quién piensa en la validez de enfermar y o de morir? Nadie, olvídalo.

Los profesores escriben

Desarrollo de la tragedia. Primero, la oferta: el mercado requiere abundante número de "doctores", egresados por supuesto de un exagerado número de "universidades" las cuales por facturar y facturar atrapan en su mortal trampa de mediocridad, innumerables ilusos que sueñan con ser chamanes de otrora pero que terminan, si es que lo hacen, facilitando las cosas a la refinada revancha. En esas universidades, aprenden de economía, se gradúan en resignación y se preparan para participar del muy ajustado y paupérrimo reparto que el sistema les proveerá. Una vez adaptados a las exigencias del capital funcionan a la perfección ejerciendo su muy limitado y mediocre criterio a un anonadado y cada vez mayor número de pacientes (segundo componente: demanda), que por supuesto, ignorantes de su suerte y condición, solo atinan en esperar el maravilloso y nunca bien ponderado, acetaminofén, que alargará, o evitará, el pago del riesgo al sistema. Lo anterior se llama, racionalización de servicios, los cuales, aunque muy intencionados estén los dueños de los pacientes con sus médicos, tendrán muchas dificultades, debido a la pobreza en quienes aplican las reglas: médicos y pacientes.

Quedan por fuera, un reducido grupo de doctores, quienes han decidido ser "dignos" y no depender de nada ni de nadie, y entonces le apuestan, con sus armas, y al parecer con su inteligencia, al rival, conocido pero no aceptado, dueño de los pacientes, que no es usted doctor por supuesto, no lo crea, esa es su ilusión, "sus pacientes", no son suyos, sino del sistema, quien va a "negociar" cada año, las condiciones de su trabajo. Como el planteamiento de estos intermediarios, genera necesidades, aparecen las pro-

puestas de doctores gerentes o asesores, todavía muy activos en su quehacer, que también con ilusiones ofrecen para combatir al dueño de los pacientes: tecnología de punta, supermedicamentos, y por supuesto y no se quedan atrás, los edificios en pisos de mármol, con centros comerciales a los lados, y con alternativas para la negación de la enfermedad como gimnasios, perfumerías, restaurantes y todas las arandelas conque ya los criollos de esta ciudad le apostamos una vez, hace como diez años, a la batalla contra el dueño de nuestra supervivencia. Pero como la memoria es corta, y las ganas de revancha, ya de este lado del Olimpo es mucha, entonces, se coloca la cabeza nuevamente en la apuesta vana que da esperanzas al moribundo.

Hace una semana, uno de los emperadores del país, primo del emperador de Colombia, el mismo que diseñó las reglas del juego en el que está usted metido, me invitó a su palacio rural, a desayunar. Luego de mirarme de arriba hacia abajo, tal y como lo hubiera deseado hacer Adriano con su médico, me preguntó: Oiga doctor ¿ustedes piensan hacer una nueva clínica en el Poblado? Repliqué sorprendido, o están muy ricos o muy locos.

No le dije que locos, tampoco aseveré lo primero, porque no creo que estemos ricos, solamente me imaginé la cadena que ataremos a nuestros lomos durante los próximos diez o quince años, hasta que nos dé por hacer otra clínica: La angustiada e incesante facturación a los dueños de los pacientes y la irrisoria remuneración que de ellos volverá.



CONVERSATORIOS
PENSANDO EL CURRÍCULO DE POSGRADO
HACIA LA MODERNIZACIÓN

¿Qué tipo de profesional de posgrados queremos formar?

Entre la técnica, la profesionalización y la formación integral en los currículos

21 de octubre de 2010

Facultad de Medicina - Aula 388

7:00 a 9:00 a.m



Del idioma



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

Todas las citas provienen de artículos sometidos a consideración de *Iatreia*.

Cambios al cuadrado

“Se encontró empeoramiento de los **cambios** gammagráficos producidos por los **cambios** osteoarttríticos”.

Reescribamos esta oración sin repetir la palabra *cambios*: “Se encontró empeoramiento de los cambios gammagráficos producidos por la osteoartritis”.

¿Medicamentos deletéreos?

“Estos medicamentos demostraron el efecto más **deletéreo** en un 30% de las variables analizadas”.

El adjetivo *deletéreo* significa ‘mortífero, venenoso’; con tales acepciones no parece el término más apropiado para referirse a los efectos adversos de un medicamento pues si este está disponible, obviamente, no debe matar ni envenenar. Es preferible usar otros adjetivos para calificar los efectos indeseados de los medicamentos: *desfavorable, adverso, perjudicial, nocivo*. Pero es pertinente recordar que *deletéreo*, como muchas otras palabras, se puede usar también en sentido figurado, o sea, ‘para denotar idea diversa de lo que recta y literalmente [las palabras] significan’.

¿Medicamentos noveles?

“Lamentablemente, ninguno de los **noveles** medicamentos está exento de efectos secundarios”.

El adjetivo *novel* se aplica a personas y significa ‘que comienza a practicar un arte o una profesión, o tiene poca experiencia en ellos’. Es sinónimo de *novato* y de *principiante*. Es incorrecto usarlo como sinónimo de *nuevo*; el error pudo surgir al traducir literalmente del inglés (uno de los *falsos amigos*), idioma en el que *novel* significa *new and original*.

¿Propulsar hacia atrás?

“La segunda fase de la deglución, llamada oral, **propulsa** el bolo alimentario hacia la faringe”.

Por el prefijo *pro-* el verbo *propulsar* significa ‘impeler hacia delante’, o sea, lo contrario de lo que le hace la lengua al bolo alimentario. Hay que recurrir a otro verbo —*impeler*— que significa ‘dar empuje’, ‘producir movimiento’ sin connotación de hacia dónde.

Reiteración léxica

“Está claro que la activación del **sistema inmune** se debe acompañar de procesos fisiológicos de **regulación**. Entre los elementos **reguladores** de ese **sistema** se destacan diferentes subpoblaciones celulares con propiedades **inmunorreguladoras**”.

¿Por qué este párrafo no es ameno de leer? Porque la reiteración de términos iguales o similares lo hace pesado: *sistema* (dos veces), *inmune*, *inmuno-*, *regulación*, *reguladores*, *reguladoras*. Podemos mejorarlo con el sencillo recurso de simplificar la segunda parte; queda así: “Está claro que la activación del sistema inmune se debe acompañar de procesos fisiológicos de regulación. Entre los elementos que cumplen ese papel se destacan diferentes subpoblaciones celulares”.

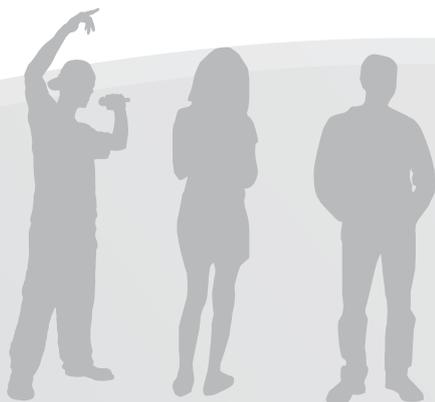
La misma pesantez, por repetición de términos, caracteriza la siguiente oración: “Si bien esta **regulación** es indispensable para evitar el **desarrollo** de procesos inflamatorios exacerbados, en ocasiones la excesiva **respuesta reguladora** afecta el **desarrollo** de una adecuada **respuesta** inmune efectora”. Corregida queda así: “Si bien esta regulación es indispensable para que no ocurran procesos inflamatorios exacerbados, cuando es excesiva puede afectar el desarrollo de una adecuada respuesta inmune efectora”.

Palabras incorrectas

“La **deprivación** sensorial conduce en los niños a [...]”.

¿Por qué se coló el vocablo *deprivación* en el argot médico? Por una traducción literal e incorrecta del término inglés *deprivation*, o sea, porque somos muy dados a aceptar sin beneficio de inventario los anglicismos que se inventan los malos traductores. La traducción correcta es *privación* que significa (DRAE) ‘acción de despojar, impedir o privar’; ‘carencia o falta de algo en alguien capaz de tenerlo’; ‘ausencia del bien que se apetece y desea’. Afortunadamente, aún predomina el uso de *privación* como lo demuestra el resultado de una búsqueda en Google (25 de abril de 2009) bajo “privación sensorial” y “deprivación sensorial”: 8.870 citas del primero y 2.680 del segundo.

Corriente de opinión



¿Qué haces para sentirte bien?

Sentirse bien abarca muchas cosas, entre ellas la de estar bien conmigo misma y con las personas que me rodean; yo, por ejemplo, soy nueva aquí, vengo de otra ciudad y no vivo con mis papás, yo trato de hablar siempre con la gente y decir lo que pienso para generar buen ambiente. La idea es socializar, conocer y llevármela bien con las personas, también descansar mucho y dormir bien.

Estudiante de Medicina, III nivel

Lo que hago para sentirme bien es realizar actividades como el deporte, escuchar música, también me gusta salir, pasar tiempo en el computador y, pues, colaborarle a la gente en lo que necesite.

Érica Aránzazu, estudiante de Medicina, IV nivel

Para sentirme bien me gusta, después de la semana de estudio, salir con los compañeros los viernes a tomarme unas cervecitas por ahí.

Jonathan Baena, estudiante de Medicina, II nivel

Para sentirme bien, me encanta salir a bailar, salir con mis amigos y hablar con ellos, salir a comer, ir a cine, también me gusta mucho oír música en mi cuarto, ver televisión, entre otras cosas.

Carlos Mario Estepa, estudiante de Medicina, IV nivel

Para sentirme bien, trato de tener todo en orden, ser organizado con mis cosas para poder dedicarle a cada cosa el tiempo que

necesita. Me gusta compartir con mi familia, estudiar, sacar tiempo para mí, hacer ejercicio, ver una película, hablar con un amigo... en fin, todas son cosas que hago para sentirme bien, pero en sí, en sí, yo creo que estar bien con todas las personas que me rodean, mi familia y mis amigos es algo que siempre trato de hacer para sentirme bien.

Santiago Álvarez, estudiante de Instrumentación Quirúrgica, II nivel

¿Qué hago para sentirme bien? Pues, estar con mi hijo, hacer ejercicio y estar en familia lo más que puedo, es lo único que hago para sentirme bien.

Pablo Álvarez, Psicólogo de la Facultad

Para sentirme bien, comparto con mis seres queridos y amigos, me gusta leer un buen libro, hacer ejercicio y dormir para recargar energías.

Viviana Caro Sánchez, Auxiliar del Observatorio Estudiantil de la Facultad

Para sentirme bien, veo programas culturales y científicos, acompañado de una práctica deportiva, y comparto con mis amigos los fines de semana.

Daniel Marín, auxiliar de la Oficina de Asuntos Estudiantiles

Para sentirme bien... no sé... pues, generalmente busco siempre estar muy relajada, dibujo, estoy por ahí con mis amigos.

Daniela Velásquez, estudiante de Medicina, II nivel

Para sentirme bien yo comparto tiempo con las personas a las que quiero, con mi familia, con mis amigos y hago las cosas que me hacen sentirme feliz: leo, me la paso a veces viendo películas, también me gusta mucho dibujar, eso me hace sentir muy bien la verdad, y de pronto, también disfrutar de la naturaleza cuando se tiene la oportunidad.

Katherine Garcés, estudiante de Medicina, III nivel

Después de terminar mi jornada académica, me voy para la placa polideportiva y dedico una hora para hacer ejercicio, así mejoro mi rendimiento físico y contribuyo a mi salud cardiovascular.

María Isabel Restrepo Patiño, estudiante de Medicina, VII nivel

Para sentirme bien escucho música y duermo un rato para continuar mi jornada.

Camilo Castaño, estudiante de Instrumentación Quirúrgica, III nivel

Jornada "Bienestar en tu dependencia"

para estudiantes de pregrado, posgrado y empleados de la Facultad de Medicina

Del 19 al 22 de octubre de 2010
Dirección de Bienestar Universitario
Asuntos Estudiantiles de la Facultad



Agenda Médica

21 de octubre

Conversatorio: Pensando el currículo de posgrado hacia la modernización

Lugar: Aula 388, Bloque Central, Tercer piso

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

Mayores informes: 219 60 72

25 de octubre

Día del Instrumentador Quirúrgico

29 de octubre

¿Qué hay de nuevo en Urgencias?

Lugar: Auditorio Principal, Facultad de Medicina

Hora: 2:00 a 6:00 p.m.

Inscripciones: www.udea.edu.co/reune

Entrada libre

11 y 12 de noviembre

I Simposio Regional en Enfermedades Prevalentes en la Infancia

Lugar: Auditorio Guillermo Gaviria Correa

I.E. Sagrado Corazón de Jesús, Turbo

Informes: 263 78 85

Agenda Cultural

4 de octubre

Reunión extraordinaria con profesores

Lugar: Auditorio Principal

Hora: 7:00 a 8:00 a.m.

5 de octubre

Jornada de integración

Empleados, estudiantes y profesores

Lugar: Aeroparque Juan Pablo II

Organiza: Asuntos Estudiantiles

7 de octubre

Distinciones Universitarias

Lugar: Auditorio Principal, Facultad de Medicina

Hora: 11:00 a. m.

Presentación del Ballet Folklórico de Antioquia

20 de octubre

Diálogo de saberes

Maratón de lectura: Miguel Hernández

Invitados: Ana R. Ortega, Juan D. Arias, Diego A.

Espíndola y Paloma Pérez

Lugar: Emisora de la Universidad de Antioquia, con

transmisión en el Hall Principal

Hora: 2:00 p. m.

30 de septiembre al 27 de octubre

Salón de Artistas

Lugar: Biblioteca Médica

23 | Salón
de artistas

del 30 de septiembre
al 27 de octubre de 2010

Modalidades:

Pintura, cerámica, fotografía,
escultura, origami

Lugar:

Facultad de Medicina
Biblioteca Médica

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

