

Unilibre-Baranquilla, formando a los médicos que el país necesita



En diálogo con el Colegio Médico Colombiano, el doctor **Salvador Rada Jiménez, Decano de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Salud de la Universidad Libre, Seccional Barranquilla**, habla sobre el futuro de la educación médica y el papel de la Universidad Libre en la formación de la próxima generación de líderes en el área de la medicina. El doctor Rada muestra la manera en que el programa de medicina está diseñado para sobresalir en la Costa Atlántica, en medio de los rápidos avances en la ciencia y la tecnología, así como el compromiso de la Universidad de fomentar profesionales de la medicina con un gran sentido ético, altamente resolutivos y socialmente responsables

para que aporten al mantenimiento de la salud y la gestión integral del riesgo en salud.

El doctor Rada Jiménez es médico, especialista en salud familiar y en gestión pública. Además, cuenta con un diplomado en derechos y salud sexual y reproductiva de la población adolescente y una maestría en intervención psicológica en el desarrollo y la educación. Se ha desempeñado como consultor y capacitador en temas de salud sexual y reproductiva, así como en la prevención del embarazo en adolescentes. Fue Rector de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, por el lapso de dos años. Actualmente, es decano y docente de pregrado y posgrado en la Facultad de Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales de la Universidad Libre Seccional Barranquilla.

1. ¿Cuál es su visión del programa de medicina a corto plazo y qué objetivos clave tiene trazados para mejorar la calidad de la educación médica, teniendo en cuenta que medicina hace parte de la facultad de ciencias de la salud, exactas y naturales?

La visión a corto plazo del programa de medicina de la Universidad Libre seccional Barranquilla se proyecta hacia la formación de médicos con compromiso ético y social enfocados en el bienestar de

la persona, la familia y la comunidad; desarrollando competencias digitales para abordar los problemas de salud con perspectiva global y a la luz de los avances tecnológicos en los diferentes campos de desempeño profesional (clínicos y no clínicos). Los médicos unilibristas se formarán con liderazgo en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, innovación en los procesos de atención y aporte a las necesidades de salud del entorno, acorde con las políticas vigentes y los desafíos de salud global para la prestación de los servicios de salud y desarrollo sostenible con enfoque diferencial, de equidad, justicia social y respeto de los derechos humanos.



Continúa en pág. 4



Garantizar la atención oncológica no fragmentada: un desafío para Colombia

Por: Gianna Henríquez-Mendoza, médica salubrista, coordinadora Grupo Políticas y Movilización Social - Instituto Nacional de Cancerología
Carolina Wiesner Ceballos, Médica Salubrista, Directora Instituto Nacional de Cancerología

La Constitución Política de Colombia establece que somos un *Estado social de derecho*, lo que implica que se debe garantizar el desarrollo de los seres humanos y el respeto de los derechos sociales. En consecuencia, las leyes y normas deben orientarse a lograr la dignidad humana. No obstante, la aplicación de las leyes y normas en el mundo social no se cumplen siempre de manera efectiva y, por lo tanto, no

se logran los objetivos establecidos. El propósito de estos comentarios es presentar de manera sintética, las leyes promulgadas para mejorar la atención oncológica, los avances logrados de sus mandatos legales, los desafíos actuales y las propuestas que pueden ayudar a mejorar la satisfacción de la dignidad humana para la población colombiana con sospecha o diagnóstico de cáncer.

Continúa en pág. 10

Editorial

- Nadie puede respirar por otro
- De la complacencia a la colaboración, la única forma de mejorar la atención en salud
- La salud en juego

Pág. 2-3

Actualidad

- Unilibre-Baranquilla, formando a los médicos que el país necesita
- La Inteligencia artificial: ¿un aliado o una amenaza para la toxicología?

Pág. 4-5

Discusión

- Las dos "erres" del seguimiento reciente al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 sobre el derecho a la salud: robustecido y renovado
- Los retos para el año 2025

Pág. 6-7

Controversia

- La promesa y los desafíos de implementar la terapia con células CAR-T en el tratamiento del cáncer en Colombia

Pág. 8-9

- El 80 por ciento de los usuarios de nicotina consideran que los cigarrillos electrónicos son menos dañinos que el tabaco: encuesta

Promoción y Prevención

- Garantizar la atención oncológica no fragmentada: un desafío para Colombia

Pág. 10-11

Análisis

- Examen Único Nacional para Residencias Médico-Quirúrgicas, una apuesta a una selección más justa y basada en méritos
- La salud en la era de la desinformación
- Reflexión ante la muerte de Tatiana Andía

Pág. 12-13

Contexto

- La vacuna recombinante contra el herpes zóster es altamente eficaz y segura
- El deporte, aliado en el tratamiento de los trastornos alimenticios

Pág. 14-15

Avances

- Ruta 17: ¿En qué consiste y quiénes se beneficiarán de esta iniciativa?

Pág. 16-17

Estilo y talante del Colegio Médico Colombiano

Estudiar, analizar, comprender y debatir los grandes temas de salud de Colombia y del talento humano que labora en ella, desde un punto de vista serio, ético, científico y académico; sin sesgos ideológicos ni políticos, ni gubernamentales ni de oposición, con cifras, documentos y bibliografía seria.

Solo de este modo le haremos un favor a esta gran nación, a su salud y a sus trabajadores.

Anta Directiva Colegio Médico Colombiano,
Stevenson Mariúanda Plata - Presidente

Editorial



Nadie puede respirar por otro

Por: **Stevenson Marulanda Plata**, Presidente del Colegio Médico Colombiano

¡Ese colegio no sirve para nada! ¡Eso es un saludo a la bandera! ¿De qué sirve afiliarme? ¿Qué me van a dar?

Estas y otras quejas y culpas, aún peores, las recibimos a diario quienes, de una u otra manera, hemos dedicado parte de nuestras vidas, nuestro tiempo e incluso nuestros propios recursos a fortalecer el gremio en Colombia, particularmente en el sector salud. Sin embargo, quienes se quejan, arrellanados en la comodidad instantánea de los chats, rara vez se detienen a reflexionar sobre qué han hecho ellos para transformar la realidad de la que tan amargamente se lamentan.

La inmensa mayoría ni siquiera posee la cultura gremial de contribuir con el valor pecuniario de una membresía a alguna organización gremial o científica, ni dedica un solo minuto a la defensa activa de sus derechos y su dignidad. Para muchos, esta responsabilidad moral parece ser siempre de otros.

Los derechos subjetivos

Los derechos subjetivos constituyen la esencia misma de la protección de la dignidad humana y de los intereses legítimos de cada individuo. En su esencia, un derecho subjetivo es la facultad que asiste a una persona para exigir o reclamar algo de otra persona, entidad o del propio Estado, una prerrogativa que le otorga la posibilidad de hacer valer sus intereses y garantizar el cumplimiento de las normas que rigen su existencia dentro de la sociedad. Esta facultad, reconocida y protegida por el ordenamiento jurídico colombiano, no es un simple concepto teórico, sino un principio fundamental que permea la vida cotidiana de los ciudadanos, dotándolos de herramientas para exigir justicia, respeto y equidad.

El carácter "subjetivo" de estos derechos radica en que pertenecen a la esfera personal e intransferible del individuo. No son meras concesiones caprichosas del Estado ni privilegios accidentales, sino manifestaciones tangibles de la libertad, la autonomía y la dignidad de la persona. Cada derecho subjetivo es, en esencia, una extensión de la identidad del ser humano, reflejando sus necesidades, intereses y valores fundamentales. Ejemplos paradigmáticos incluyen el derecho a la vida, a la libertad, a la educación, al trabajo y, de manera especialmente relevante para nosotros, al acceso a la salud.

El derecho subjetivo a la salud: entre la norma y la realidad

El acceso a la salud es uno de los derechos subjetivos que mejor ejemplifica la interacción entre la norma y la realidad social. En teoría, toda persona tiene el derecho de recibir atención médica oportuna y de calidad, según lo estipulado en la Constitución y las

leyes colombianas que regulan el sistema de salud. No obstante, la distancia entre lo que está escrito y lo que ocurre en la práctica es, muchas veces, abismal. Frente a la negación o vulneración de este derecho, el ciudadano puede emprender diversas acciones:

1. **Reclamar ante las autoridades de salud**, instancia creada precisamente para garantizar el cumplimiento de este derecho.
2. **Interponer una acción de tutela**, mecanismo expedito para la protección inmediata de los derechos fundamentales.
3. **Presentar una queja ante el Defensor del Pueblo**, como garante de los derechos de los ciudadanos.
4. **Acudir a la Procuraduría General de la Nación**, cuando se presume una conducta indebida por parte de un funcionario público.
5. **Radiciar una denuncia ante la Fiscalía General de la Nación**, en casos donde la negligencia o el dolo puedan configurar un delito.
6. **Iniciar un proceso judicial para exigir el cumplimiento del derecho**, agotando todas las instancias que el ordenamiento jurídico ofrece.

Si bien la ciudadanía ha aprendido, en mayor o menor medida, a ejercer estas herramientas para la defensa de sus derechos, es llamativo cómo los propios médicos y trabajadores de la salud, quienes diariamente luchan por garantizar la salud de otros, rara vez reivindican su propia dignidad con la misma determinación.

La dignidad del médico: un derecho subjetivo muerto

La dignidad del médico es un derecho subjetivo que se invisibiliza y diluye en la vorágine del sistema de salud: empresarios, contratistas de mano de obra barata, gerentes de hospitales y clínicas, alcaldes, gobernadores, concejales diputados, y todos ellos. No obstante, al igual que el paciente tiene derecho a exigir atención de calidad, el médico tiene el derecho irrenunciable a condiciones laborales justas, al respeto de su autonomía profesional y a un ambiente de trabajo libre de presiones indebidas, abusos y precariedad. La diferencia radica en que, mientras el paciente suele estar dispuesto a luchar por la defensa de su derecho a la salud, el médico en cambio, y en general los trabajadores de la salud, seguramente por físico miedo, se resignan y toleran con estoicismo la vulneración de su dignidad.

La dignidad no se delega. Como una planta no puede arraigarse ni realizar fotosíntesis por otra, ninguna de nuestras organizaciones gremiales o científicas puede garantizar la dignidad de cada trabajador en

cada sitio de trabajo. Nadie puede respirar por otro, ni filtrar orina por otro. La defensa de la dignidad es un acto intransferible –una acción personal e intransferible que debe ocurrir *in situ, in vivo, ipso facto*–, en cada lugar de trabajo y en cada momento laboral. La defensa de la dignidad debe ser entendida como un esfuerzo biológico, natural y personalísimo, donde cada uno es protagonista de su propia lucha dentro de un contexto de cooperación, coordinación y entendimiento con los demás interesados y las respectivas organizaciones gremiales.

Este es el problema: la errónea convicción de que la defensa de la dignidad del médico y demás profesionales de la salud es una tarea que corresponde exclusivamente a las organizaciones gremiales: colegios de profesionales, sociedades científicas, academias y demás asociaciones gremiales.

La organización y la acción colectiva: la clave para un gremio fuerte

Si el médico y profesional de la salud no se levantan como individuos en defensa de su propia dignidad, ningún gremio podrá hacerlo por ellos. La organización y la acción colectiva son fundamentales, pero estas solo adquieren sentido cuando cada individuo asume su responsabilidad personal. Lo que llamamos "gremio" es, en realidad, una realidad imaginada, una ficción, un mito inútil, si la lucha por la dignidad no se materializa en cada sitio de trabajo, cada segundo, cada minuto, cada día. Solo cuando los profesionales de la salud comprendan que la defensa de sus derechos es una acción cotidiana, podremos hablar de un gremio fuerte y con verdadera incidencia en las políticas públicas.

Los profesionales de la salud no pueden seguir aceptando condiciones indignas como si fuera una maldición inevitable. Es hora de abandonar la comodidad de la resignación y asumir la responsabilidad de exigir lo que es justo. No podemos seguir culpando a otros de nuestra propia suerte. El cambio no vendrá de leyes muertas como las que prohíben las ordenes de trabajo a destajo y de falsos sindicatos y cooperativas. Vendrá de la acción decidida de cada uno para resucitar esas leyes en cada sitio de trabajo.

La dignidad no es un obsequio ni una concesión. Es un derecho. Y como todo derecho subjetivo, solo se hace realidad cuando quien lo posee está dispuesto a defenderlo.



De la complacencia a la colaboración, la única forma de mejorar la atención en salud

Doctor **Roberto Baquero Haerberlin**, Expresidente del Colegio Médico Colombiano

En todos mis años de ejercicio profesional, nunca me he encontrado con una incertidumbre tan profunda como la que enfrentamos hoy. Las reformas al sistema de salud actuales carecen de consenso y no tienen en cuenta las valiosas opiniones de los profesionales de la salud que se enfrentan a diario a los desafíos del sistema. Estamos siendo testigos de una preocupante erosión de la autonomía, con prácticas de contratación que no respetan el mandato de la ley estatutaria de la salud sobre el trabajo decente y las normas de la Organización Internacional del Trabajo. Problemas como el incumplimiento en el pago de salarios, los retrasos en las citas, la provisión inadecuada de medicamentos recetados e, incluso, la agresión física se han vuelto alarmantemente comunes; lo que más preocupa son los cierres de unidades de pediatría y de ginecología con el argumento de que nos son rentables. Me pregunto si vamos a seguir siendo tolerantes a que cierren, como en el pasado, cuando se permitió el cierre de grandes instituciones formativas como el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos o el Instituto Neurológico.

Esta situación da lugar a una profunda reflexión sobre el estado de nuestra profesión. Parece que hemos sucumbido a la complacencia, centrándonos

en los intereses individuales en lugar de fomentar la solidaridad entre colegas. Es desalentador observar que muchos de nuestros líderes, en particular los senadores que influyen en las decisiones que afectan a nuestro trabajo, tienen poco conocimiento y comprensión de las realidades que enfrentamos. Ahora más que nunca, es crucial que nos unamos por una causa común. Debemos participar activamente en la política nacional, aprovechando nuestra experiencia para abogar por las reformas esenciales que nuestro sistema de salud y nuestras prácticas profesionales requieren con urgencia.

Además, debemos examinar críticamente las normas de habilitación que rigen nuestros consultorios y clínicas. Existe una percepción cada vez mayor de que estas normas diseñadas por técnicos sin conocer las realidades de nuestro entorno y son aplicadas por contratistas que carecen de los conocimientos necesarios, lo que lleva a demandas arbitrarias de cambios locativos que no mejoran la seguridad de los pacientes.

En cambio, estas medidas suelen restringir el acceso a la atención y aumentar los costos.

Consideremos la situación preocupante de algunos hospitales en poblaciones rurales donde no se ofrecen servicios esenciales, como la imposibilidad de asistir a un parto debido a la ausencia de un ginecólogo o realizar una cirugía de venas varicosas porque no hay un cirujano vascular presente. Estas restricciones limitan gravemente nuestra capacidad de proporcionar una atención integral. Es esencial reconocer que los médicos generales son plenamente capaces de atender partos y que los cirujanos generales pueden realizar safenectomías, ya que estos procedimientos están dentro de sus competencias de formación.

Invito a mis colegas a dejar de lado los sentimientos de celos y envidia, y a priorizar el bienestar colectivo de nuestra profesión. Al hacerlo, podemos trabajar juntos para mejorar la salud de nuestra nación y garantizar que el sistema de salud, por fin, pueda atender a todos los necesitados.

La salud en juego

Por: **Dra. Clemencia Mayorga**, Presidenta del Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá, y vocera de Acuerdos Fundamentales

Sin duda, la salud es un tema siempre importante para todos. Sin embargo, que haya pasado al primer lugar de preocupación para los colombianos, como vimos en la reciente encuesta "Percepción País", realizada en la segunda semana de febrero de 2025 por Guarumo - Ecoanalítica, en la cual la salud ocupó el primer lugar con un 25%, superando incluso al tema de inseguridad por más de 10 puntos, es por sí sola una noticia.

Y es que el tema ha venido escalando en la mente de los colombianos pues entró en el debate nacional desde el primer día del actual gobierno, cuando el presidente Gustavo Petro aseguró tras su posesión que presentaría una reforma al sistema de salud con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud. Para ello, el sistema de salud migraría hacia un modelo preventivo y predictivo, con una red de prestadores extramurales que organizarían los grupos a atender mediante adscripción, que remitirían a IPS públicas y privadas de mediana y alta complejidad. Afirmó también, que los recursos serían manejados y girados directamente a las IPS por un Adres que actuaría como pagador único sin intermediarios, que contaría con un sistema de información a la vista de todos y que estaría garantizado el acceso a medicamentos. También dijo que se crearía el Estatuto del Trabajo en Salud para garantizar condiciones estables y dignas de trabajo para los trabajadores del sector. Finalmente aseguró que el sistema de salud contaría con un ambicioso plan de financiamiento público. (<https://consultor-salud.com/eleccionessalud-gustavo-petro/>).

A 2 años y 6 meses, el Gobierno Nacional ha venido intentando avanzar en su propósito mediante la presentación de una propuesta de reforma en el Congreso de la República, y también mediante la puesta en marcha de medidas, dentro de las cuales la implementación de equipos básicos de salud y la intervención de EPS, han sido algunas de las más importantes. Hagamos pues un breve recorrido para verificar el avance en el objetivo de garantizar el derecho a la salud para todos.

Sobre el primer tema, Reforma al sistema de salud, el Gobierno nacional presentó al Congreso de la República una propuesta de Reforma a la salud en febrero de 2023, reforma que incluía 152 artículos y que suscitó un intenso debate en el Congreso, pues pese a las afirmaciones reiteradas que hiciera el Gobierno sobre la amplia participación en la construcción de esta, ello no fue lo que expresaron el resto de los actores. Las 23 principales organizaciones médicas y de profesionales del sector agrupadas en el colectivo llamado "Acuerdos Fundamentales", como otros actores, demostramos que no había tal consenso y que a pesar de coincidir en los puntos que tienen que ver con la necesidad de fortalecer la atención primaria en salud, la red pública hospitalaria, el giro directo sin intermediación financiera, la necesidad de contar con un sistema de información unificado y la dignificación de los trabajadores del sector, señalamos también que la estructura propuesta por el gobierno de superpoderes concentrados en ADRES como recaudador, contratante, auditor y pagador era una propuesta de alto riesgo por la falta de pesos y contrapesos, y por el desbordamiento que podría darse en el gasto. También señalamos que la reforma propuesta estaba desfinanciada y no contó nunca con aval fiscal, lo que pone en riesgo el sistema a corto y largo plazo, y con la cual sería imposible cumplir con las promesas de mejora en condiciones de trabajo para los trabajadores del sector.

Como conoce el país, esta versión inicial de la reforma fue archivada más de un año después en la comisión VII de Senado y vuelta a presentar en una versión nueva con 62 artículos en septiembre de 2024 que sigue su proceso en medio de un tenso ambiente político, en el cual hemos señalado que persisten asuntos estructurales y de financiación no resueltos y que, desde las organizaciones médicas y de profesionales de salud, tenemos propuestas concretas, que consignamos en el PL 135 - 2024 Cámara que, aunque fue nominalmente acumulado al PL 312 del Gobierno Nacional, no ha sido tenida en cuenta de fondo.

Mientras este trámite ha acaparado la atención del país, del Ministerio y de los actores del sector, la Cartera de salud comenzó a implementar los equipos básicos de salud e intervino las EPS que no estaban garantizando en derecho a la salud como algunas de las principales estrategias para lograr su objetivo.

Sobre los equipos básicos de salud para atención extramural, la información que aparece publicada

en la página oficial del Ministerio a la fecha informa que el país contaría con 10.000 equipos básicos de salud al terminar 2023, para lo cual en diciembre de 2022 se asignaron recursos por más de un billón de pesos para ese propósito. Sin embargo, a la fecha no se encuentra informe publicado sobre el número de equipos nuevos conformados, acciones, resultados o impactos en los territorios en los cuales operan.

Al no contar con información de resultados de los equipos básicos de salud, podemos revisar su impacto y el de la intervención de EPS en la eliminación de barreras de acceso, para lo cual existen dos indicadores específicos. El primero es el de PQRD (Petición, quejas y reclamos) a nivel nacional. Al respecto este indicador presenta un incremento de 22% para 2024 con respecto al año anterior y en segundo lugar las tutelas por presunta vulneración del derecho fundamental a la salud registran un incremento de un 34% en el mismo periodo. Dentro de las causas más frecuentes están la falta de entrega de medicamentos e insumos y la falta de agendamiento en citas médicas, causas que fueron reseñadas por la Honorable Corte Constitucional en reciente Auto de enero de 2025. Es importante recordar que hoy el Gobierno Nacional tiene intervenidas nueve EPS a cargo de más de 29 millones de residentes en Colombia.

Sobre este mismo aspecto podemos poner la lupa a la Nueva EPS, intervenida por el Gobierno Nacional hace casi un año y en la cual la tasa de reclamaciones pasó de 19,12/10.000 hab. en diciembre de 2023 antes de la intervención, a 41,28/10.000 hab. al mismo periodo de 2024, con un aumento de 116%, según las cifras oficiales publicadas por la Superintendencia Nacional de salud.

Así las cosas, estos indicadores muestran que lejos de eliminar barreras de acceso para los pacientes, ha habido un deterioro en el acceso al derecho fundamental a la salud. Pero entonces ¿Por qué han aumentado las barreras de acceso para los pacientes?

Muchas han sido las voces que han alertado sobre la desfinanciación del sistema, tanto en el momento actual, como en la propuesta de reforma presentada por el Gobierno Nacional al Congreso de la República, de la cual se ha mencionado mediante estudios presentados por ANDI que requeriría una financiación adicional de 140 billones de pesos para los próximos 10 años.

Ahora bien, sobre la financiación actual, la evidencia muestra que existe una desfinanciación del sistema y que la UPC ha sido insuficiente, generando un déficit sostenido en especial en los últimos años, tema que fue claramente explicado por la Corte Constitucional en el Auto 007/enero 2025.

A lo anterior se suman una serie de decisiones tomadas durante el tiempo transcurrido de este Gobierno que agudizaron esta desfinanciación, y que iniciaron en septiembre de 2022, cuando se afirmó frente al presupuesto para salud de 2023, que los recursos del sistema eran más que suficientes, por lo que el incremento de 8,1 billones de pesos propuesto por el Gobierno Anterior para el año 2023, se podía disminuir a 3,8 billones, mas 1,3 billones para sacar adelante el modelo de salud preventivo y predictivo propuesto en la campaña. (<https://www.eltiempo.com/economia/sectores/sistema-de-salud-analisis-sobre-posible-crisis-propiciada-para-una-reforma-703253>).

Se suma también la decisión más reciente, de asignar cinco billones de pesos de la UPC para



financiar los equipos básicos de salud, decisión que por cierto fue declarada inconstitucional por la Corte Constitucional, sin mencionar más de un billón de pesos que según la Procuraduría General de la Nación se han destinado a infraestructura sin que se encuentren avances en su ejecución, según informe del Ministerio público.

Adicionalmente, el no reconocimiento de la insuficiencia de la UPC produjo incrementos inferiores a las necesidades en los años 2022, 2023 y 2024, culminando con la última decisión de incremento de la UPC de 5,36% para 2025, gota que rebosó la copa en esta crisis del sistema que hoy es explícita para todos. Finalmente, las denuncias de presunta corrupción tanto en EPS como recientemente en IPS que salpican gerentes, interventores, funcionarios públicos, partidos políticos y lobistas deben ser investigadas y castigadas pues constituyen una vena rota que este gobierno prometió acabar.

Como expresamos en nuestros comunicados publicados en www.acuerdosfundamentales.com.co, el sistema está desfinanciado y esta desfinanciación se traduce en mayores barreras de acceso que hoy se expresan en una crisis humanitaria y que ha llevado a la Corte Constitucional a declarar el **INCUMPLIMIENTO**, por parte del Ministerio de Salud, a las ordenes 21°. Y 22° de la sentencia T-760/2008, en cuanto a su deber de garantizar los recursos suficientes para la UPC y la igualación de esta prima entre los regímenes Subsidiado y Contributivo.

El Auto 007/2025 explica que el aumento de frecuencias demostrado, el deterioro de salud relacionado con el periodo post pandemia, los cambios epidemiológicos, la inclusión de tecnologías y medicamentos al PBS, en especial en el año 2022 en el cual fueron incluidos en el Plan Básico de salud 600 principios activos, más de 650 procedimientos y 300 nuevos procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC, entre otras variables, no fueron tenidos en cuenta para el cálculo de la UPC en los últimos tres años, por lo que ordenó recalcular esta prima.

También se refirió la Corte a la "inacción" por parte del Ministerio de salud para afrontar y dar solución a fallas en la información para calcular la UPC y mejorar la metodología, pues es su labor acompañar a los actores del sistema e implementar mecanismos para corregir las deficiencias en este sentido; adicionalmente llamó la atención en que pese a las afirmaciones de dichas fallas y de presuntos hechos de malversación de recursos de la salud, ni la superintendencia de salud ni la Fiscalía General de la nación reportaron las denuncias y procesos formales a los que está obligada la administración pública por estos hechos.

Emite la Corte 12 órdenes perentorias al Ministerio de salud para que subsane de manera inmediata lo relacionado con la financiación de la UPC, que hoy tiene en crisis al sistema, cuyos términos a la fecha se han vencido, luego de solicitud de aclaraciones, nulidades y recusación a Magistrado solicitados por la misma cartera, lo cual sume en mayor incertidumbre a pacientes, trabajadores y actores del sistema agravando la crisis.

Más de 1.200 IPS y más de 5.120 servicios cerrados en el último año, según cifras oficiales publicadas en REPS, ponen en jaque a pacientes y a miles de trabajadores hoy despedidos e impagos por muchas IPS como lo vemos diariamente en medios de comunicación son evidencia de una crisis que hace agua.

Hemos hecho un llamado al Presidente de la República y al Ministro de salud para que cumplan con la obligación constitucional de destinar los recursos necesarios para financiar el sistema y ofrecer soluciones, como también de garantizar los recursos necesarios para financiar la reforma a la salud para la próxima década. En el mismo sentido al Congreso de la República y a la Corte Constitucional para que garanticen el derecho a la salud para todos, de las decisiones que se den en las próximas semanas depende el derecho a la salud de todos los que vivimos en Colombia para las próximas décadas. Por nuestra parte, estaremos atentos médicos, pacientes y trabajadores de salud porque en efecto, la salud de todos está en Juego.





Unilibre-Barranquilla

2. ¿Cómo planea garantizar que el plan de estudios siga siendo relevante e incorpore los últimos avances en ciencia y tecnología médica?

Para garantizar esto, el programa realiza el análisis de las nuevas tendencias internacionales y nacionales en la formación médica, permitiendo la modernización curricular. El plan de estudios incorpora las tecnologías emergentes para la evaluación y atención del paciente; el desarrollo de habilidades de comunicación digital y sistemas de información; ética y globalización; atención primaria en salud; determinantes sociales; la concepción de persona, familia y comunidades como sujetos de derecho; inclusión y enfoque diferencial. Estas tendencias han permitido el desarrollo de tres líneas académicas fundamentadas en las ciencias básicas médicas y ciencias clínicas con el uso de tecnologías emergentes; la atención primaria en salud, gestión del riesgo y salud pública; y liderazgo, ética, habilidades científicas y de gestión, todo, articulado con los propósitos formativos hacia desarrollo de la formación integral que incluye la atención centrada en la persona, la relación empática médico-paciente, la promoción de la salud, prevención de enfermedades y el cuidado de la salud.

3. ¿Qué estrategias tiene la Universidad Libre para promover la formación de médicos más resolutivos y cómo prevé fomentar la colaboración con instituciones prestadoras de salud?

Las estrategias que tiene la Universidad Libre para promover la formación de médicos más resolutivos se fundamentan en la filosofía institucional y el Proyecto Educativo del Programa, entre ella se resaltan las siguientes:

Desde la docencia: el aprendizaje por problema y por proyectos son la plataforma pedagógica básica que contextualiza el proceso formativo del médico unilibrista en la resolución de problemas que afectan la salud, por lo tanto, las actividades colaborativas y de cooperación académica gestadas a través de los proyectos de aula, escenarios de prácticas clínicas, de prácticas comunitarias, convenios de cooperación, comunidades y con aliados del sector externo aportan experiencias que sensibilizan al estudiante en su actuar como médico bajo principios éticos, de responsabilidad y respeto por la vida en la solución de los problemas abordados en la atención médica.

Desde la investigación: a través de los semilleros, auxiliares de investigación y joven investigador se configuran estrategias interdisciplinarias y transdisciplinarias para la resolución de problemas de salud priorizados en nuestro medio, el fomento de la cooperación interinstitucional permite el desarrollo de competencias científicas que prepara al estudiante para afrontar los desafíos de salud global y los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS.

Proyección social: el abordaje integral a la familia lo hacemos a través de nuestro Programa de FAMILIBRE, que promueve la formación de médicos más resolutivos, toda vez que establece a través de sus 11 nodos la hoja de ruta para la implementación de los ODS en las familias pertenecientes a las comunidades de influencia de la Universidad, integrando personas, aliados, convenios, sector productivo y medio ambiente desde las ciencias biológicas, sociales y económicas en un contexto de creatividad e innovación con alto contenido científico. FAMILIBRE fortalece con la Red Transformar 9 de Economía Circular y la Unidad de Innovación Social Zona Azul cuyos pilotos en los municipios de Sabanalarga y Malambo evidencia la capacidad resolutiva del futuro médico en la comunidad.

4. Barranquilla tiene desafíos en el área de la salud únicos. ¿Cómo forma a los médicos para que estén en capacidad de resolver las necesidades de la comunidad con las competencias adquiridas en la facultad?

Los desafíos en salud del Distrito de Barranquilla definidos en el Plan de Desarrollo 2024-2027, establece la Línea Estratégica Ciudad Segura y Solidaria en la cual el componente *Ciudad Saludable, Ciudad Feliz* implica acciones que demanda la formación de médicos que aporten al mantenimiento de la salud y la gestión integral del riesgo en salud. En este sentido, las competencias adquiridas por el estudiante permiten fortalecer la Atención Primaria y el modelo integral de atención de Barranquilla, efectuando intervenciones humanizadas en los diferentes grupos de riesgo,

incluido los riesgos psicosociales y de salud mental, con enfoque diferencial en el diagnóstico y tratamiento de los atlanticenses. En síntesis, las líneas de desarrollo académico del programa de medicina de la Universidad Libre fortalecen el acceso, oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud de Barranquilla, mejorando las condiciones de vida en la persona, la familia y los colectivos.

5. ¿Qué medidas ha adoptado la Universidad para abordar la problemática de la salud mental y el bienestar de los estudiantes, especialmente considerando las rigurosas demandas de la educación médica?

Las medidas adoptadas por la Universidad Libre para abordar la problemática de salud mental y bienestar en la educación médica, se basan en el fortalecimiento de las actividades de promoción de salud mental y prevención de problemas de esta índole; estas medidas se reforzaron con el Nodo de Salud Mental del Programa FAMILIBRE, el cual contiene cajas de herramientas que incluye la actividad física y arte terapia; programa de prevención de la violencia contra la mujer con acciones transectoriales y el modelo de seguimiento y monitoreo de salud mental y prevención de suicidio con el diagnóstico temprano de patologías e intervenciones preventivas. La ruta institucional que se ha implementado inicia con la caracterización de la población estudiantil para la identificación de los estudiantes en riesgo; seguido del acompañamiento y apoyo por parte de profesional especializado; seguimiento al informe de alertas tempranas de casos; y la actuación del departamento de Bienestar Universitario interviniendo al estudiante y su familia, con la respectiva referenciación a consulta externa, seguimiento individual y orientación de hospitalización en caso que sea necesario.

6. ¿De qué manera prevé promover la colaboración interdisciplinaria entre la facultad de medicina y otros asociaciones o gremios de la salud?

La colaboración interdisciplinaria entre el programa de medicina y los gremios de la salud se realiza mediante la ejecución de jornadas de integración básico clínica, la hora de la ciencia, proyectos de desarrollo social; proyectos de aula; proyectos de investigación; actividades lideradas por los nodos del Programa FAMILIBRE y la Unidad de Innovación Social Zona Azul que fortalecen la gestión del riesgo, el autocuidado y la participación colectiva para la educación, promoción, mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades en un marco de corresponsabilidades entre los aliados y el programa como espacio interdisciplinar.

7. ¿Cómo incorpora las perspectivas de salud global en el plan de estudios y la formación de los estudiantes de medicina, en particular en el contexto del resto de Colombia y también de América Latina?

La salud global en el plan de estudios para la formación del médico se dinamiza a través de las líneas de desarrollo académico, en las cuales sus núcleos emergentes posibilitan el análisis de la justicia global y la equidad, preservación de los derechos, la nueva conciencia global y los problemas transnacionales

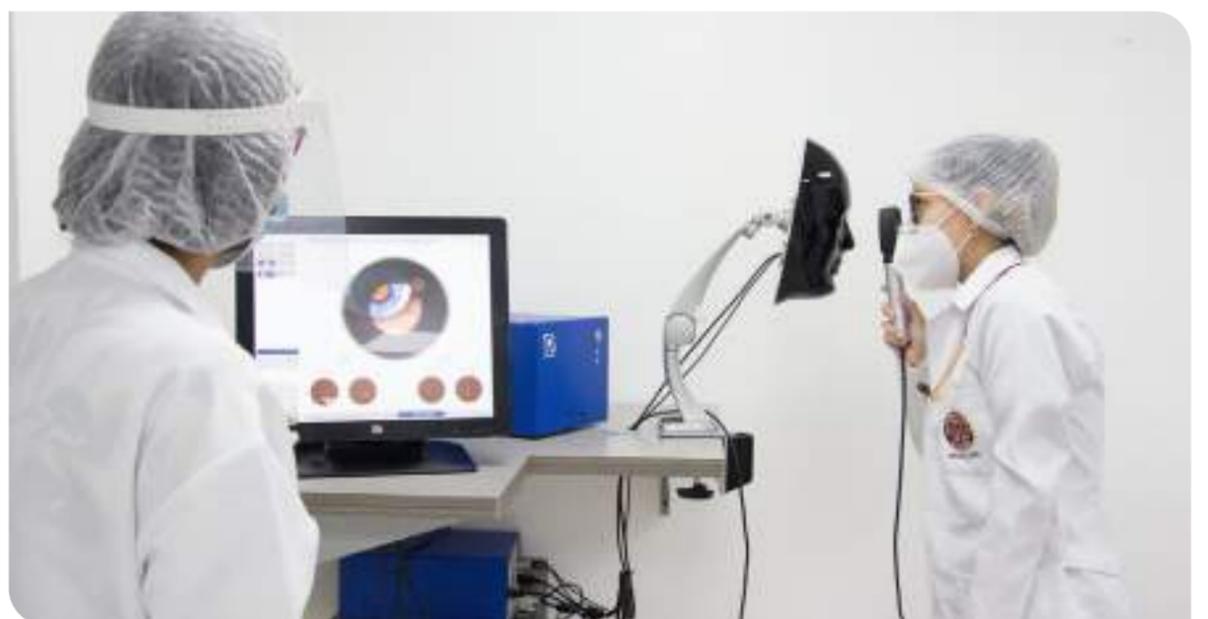
de la salud que aproximan al estudiante a la construcción de un nuevo concepto del ser y práctica médica donde los derechos humanos, la ética y los determinantes sociales son el eje para lograr la justicia global y la salud pública mundial. El análisis académico desde la perspectiva global desarrolla la visión supranacional del médico en cuanto a la universalidad del acceso, cobertura y atención primaria de salud frente a las carencias financieras por la que atraviesa el sistema de salud del país y Latinoamérica; así mismo, tiene la posibilidad de realizar comparaciones entre las intervenciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento con enfoque transectorial y transnacional implementados en el territorio nacional y los países de Latinoamérica, aportando a los desafíos de la salud global para enfrentar las epidemias, pandemias y enfermedades emergentes; los determinantes sociales; la gobernanza del estado en término de transparencia de responsabilidades; problemas bioéticos y cambio climático entre otros que mitiguen las posiciones políticas y se alcance la defensa de los derechos de la salud, el bienestar y el desarrollo humano.

8. ¿Con el auge de la telemedicina y la salud digital, ¿cómo integra la tecnología en la formación de los futuros profesionales de la salud?

El uso de tecnologías y desarrollo de habilidades digitales para la telemedicina en la evaluación, diagnóstico y atención, así como el uso de las plataformas de gestión de la salud son tendencias emergentes que han sido incorporadas en la formación del médico unilibrista a través de las asignaturas de ciencias básicas, humanísticas-sociales y ciencias clínicas, las cuales proporcionan experiencias de aprendizaje en escenarios que contextualizan el desarrollo de competencias para la atención mediante simulaciones de alta fidelidad, inteligencia artificial, realidad virtual y realidad aumentada que refuerzan los aprendizajes en asignaturas como bioquímica, fisiología, salud familiar, epidemiología, semiología, cuidados básicos, fisiopatología, tecnologías en salud, imágenes diagnósticas, rehabilitación en cuidados paliativos, medicina familiar y gerencia en servicios de salud.

9. ¿Qué mecanismos tiene en marcha para recopilar la retroalimentación de los estudiantes y el personal docente, y cómo utilizar esta retroalimentación para mejorar continuamente la formación educativa?

Los mecanismos que recopilan la retroalimentación de estudiantes y docentes del programa se consolidan en el proceso de autoevaluación, el cual sistematiza las percepciones de mencionados estamentos incluyendo directivos, personal administrativo, egresados y sector externo para la mejora de la formación del médico, además, tiene en cuenta los resultados de los grupos focales efectuados con estudiantes, informes de desempeño académico, de tutoría y monitoria que proporcionan insumos de valor para identificar oportunidades de mejora con la implementación de sus respectivas acciones, seguimiento y asignación presupuestal como parte del proceso de autorregulación del programa, que redundan en el mejoramiento continuo de los procesos de formación médica.



La Inteligencia artificial: ¿un aliado o una amenaza para la toxicología?

Se estima que para el año 2025, aproximadamente el 30 por ciento de los nuevos medicamentos serán descubiertos mediante tecnología de IA.

Por: doctor Andrés Camilo Clavijo Rodríguez, médico especialista en toxicología clínica de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS)-Ministerio de Salud y Protección Social

En un mundo cada vez más digitalizado, la inteligencia artificial (IA) está transformando múltiples disciplinas científicas, y la toxicología no es una excepción. La toxicología, ciencia que estudia los efectos nocivos de las sustancias químicas en los organismos, ha sido fundamental para proteger la salud pública y el medio ambiente. Sin embargo, con el auge de la IA, surge una pregunta crucial: ¿la inteligencia artificial salvará o condenará a la toxicología? La respuesta no es sencilla, pero lo que está claro es que la IA tiene el potencial de revolucionar esta disciplina, y a otras, aunque esto conlleve varios desafíos.

La evolución de la IA en la toxicología

La toxicología ha evolucionado desde una ciencia basada en observaciones empíricas hasta un campo rico en datos, donde la IA juega un papel cada vez más importante. En las últimas décadas, hemos visto cómo la IA ha pasado de ser una herramienta experimental a convertirse en un componente clave para la predicción de toxicidad, el análisis de datos y la evaluación de riesgos.

En los años 80 y 90, los primeros sistemas expertos, como DEREK, METEOR, HazardExpert y OncoLogic se usaban para predecir la toxicidad potencial basándose en patrones de estructura química y reglas identificadas por expertos que intentaron codificar el conocimiento humano en programas informáticos para predecir la toxicidad de las sustancias químicas. Sin embargo, estos sistemas estaban limitados por su rigidez y dependencia de reglas predefinidas. Con el tiempo, el enfoque cambió hacia modelos estadísticos y de aprendizaje automático, como los modelos de relación cuantitativa estructura-actividad (QSAR), que permitieron relacionar las propiedades químicas con los efectos tóxicos.

A principios de este siglo, surgieron repositorios públicos como PubChem, ChemBL y Tox21/ToxCast, entre otros. Estos compilaban volúmenes de datos químicos y resultados de ensayos de detección de alto rendimiento.

La toxicología moderna está adoptando cada vez más las sinergias de la Big Data y la IA. Técnicas como el procesamiento del lenguaje natural están automatizando la minería de datos para la extracción de evidencia. La IA también está permitiendo la integración de resultados adversos y modelos de sistemas para derivar información mecanicista a partir de datos multifacéticos.

Hoy en día, el aprendizaje profundo (Deep learning) está marcando una nueva era en la toxicología. Las redes neuronales profundas pueden analizar grandes volúmenes de datos, desde estructuras químicas hasta resultados de ensayos de alto rendimiento, para predecir la toxicidad con una precisión sin precedentes. Por ejemplo, estudios recientes han demostrado que el aprendizaje profundo puede predecir la mutagenicidad de sustancias químicas con una precisión superior al 90 por ciento, rivalizando con los ensayos tradicionales.

Sistemas de IA como ChatGPT, Gemini, Perplexity y últimamente Deepseek han evaluado la capacidad para diagnosticar casos clínicos reales de intoxicación, mostrando diferentes niveles de acierto en la orientación diagnóstica, así como la identificación del tóxico responsable, apoyo entre la interacciones farmacológicas y la detección de reacciones adversas o la dosis e indicación de los antidotos.

Aplicaciones prometedoras de la IA en Toxicología

La IA no solo está transformando la forma en que predecimos la toxicidad, sino que también está revolucionando otras áreas clave de la toxicología:

- 1. Predicción de toxicidad:** los algoritmos de IA pueden analizar grandes conjuntos de datos para predecir el potencial tóxico de nuevas sustancias químicas. Esto permite identificar rápidamente compuestos peligrosos y desarrollar alternativas más seguras. Por ejemplo, el proyecto **Tox21**, una iniciativa del gobierno de Estados Unidos, utiliza IA para evaluar la

toxicidad de miles de sustancias químicas.

- 2. Diseño de fármacos:** la IA está acelerando el descubrimiento de nuevos medicamentos al sugerir moléculas con propiedades terapéuticas deseadas y baja toxicidad. Esto no solo reduce los costos, sino que también minimiza los riesgos asociados con los ensayos clínicos. Se estima que para el año 2025, aproximadamente el 30 por ciento de los nuevos medicamentos serán descubiertos mediante tecnología de IA.

- 3. Evaluación de riesgos ambientales:** los modelos de IA pueden ayudar a evaluar el impacto de los contaminantes en el medio ambiente y la salud humana. Esto es especialmente útil en la gestión de riesgos químicos, donde la IA puede integrar datos de múltiples fuentes para proporcionar una evaluación más precisa.

- 4. Monitoreo de intoxicaciones:** sistemas de IA pueden analizar datos de pacientes intoxicados para identificar patrones y mejorar el diagnóstico y tratamiento. Esto es particularmente útil en casos de intoxicaciones masivas o emergencias de salud pública.

Desafíos y riesgos de la IA en toxicología

A pesar de sus beneficios, la integración de la IA en la toxicología no está exenta de desafíos. Uno de los principales problemas es la calidad de los datos. Los modelos de IA dependen en gran medida de los datos con los que se entrenan, y si estos datos son incompletos o sesgados, las predicciones pueden ser inexactas. Además, la interpretabilidad de los modelos de IA, especialmente los basados en redes neuronales profundas, sigue siendo todo un laberinto. Estos modelos suelen ser "cajas negras", lo que dificulta entender cómo llegan a sus conclusiones.

Otro desafío importante es la aceptación regulatoria. Para que los modelos de IA sean adoptados en la



evaluación de riesgos y la regulación de sustancias químicas, deben ser transparentes y explicables. Aquí es donde entra en juego, un campo emergente que busca hacer que los modelos de IA sean más comprensibles para los humanos.

Finalmente, el uso de la IA en la toxicología plantea cuestiones éticas importantes, como la privacidad de los datos y la responsabilidad en caso de errores. Es fundamental que el desarrollo y la aplicación de la IA se realicen de manera responsable y ética, con el objetivo de proteger la salud humana y el medio ambiente.

El futuro de la IA en la toxicología

Aunque la IA está transformando la toxicología, es poco probable que reemplace por completo a los toxicólogos humanos. La experiencia y el juicio crítico de los expertos seguirán siendo esenciales para diseñar estudios, interpretar resultados y tomar decisiones informadas. En lugar de ver la IA como una amenaza, debemos verla como una herramienta poderosa que puede potenciar las capacidades de los toxicólogos, permitiéndoles abordar problemas más complejos y desarrollar soluciones más innovadoras.

En general, a medida que la toxicología pasa progresivamente de la identificación cualitativa de peligros a paradigmas cuantitativos basados en riesgos, la adopción de IA para el modelado predictivo de riesgos probablemente se acelerará para fortalecer la toma de decisiones de seguridad basada en evidencia.

La inteligencia artificial (IA) está transformando radicalmente diversos ámbitos, incluida la gestión y predicción de riesgos asociados a sustancias químicas, consolidándose como una tecnología que ha llegado para quedarse. Sin embargo, para maximizar su potencial, es crucial enfrentar desafíos como la calidad de los datos, la interpretabilidad de los modelos y los aspectos éticos, siempre desde un enfoque responsable. Al fin y al cabo, se trata de herramientas desarrolladas por humanos, cuyo avance ya es tangible y promete convertirse en un soporte clave para procesar y limitar la vasta información en el campo de la medicina que se genera diariamente. Este avance no solo rompe paradigmas en la práctica clínica, sino que también redefine cómo abordamos la toma de decisiones, ofreciendo un futuro en el que la IA se consolida como una aliada indispensable en la gestión del conocimiento y la innovación.





Las dos “erres” del seguimiento reciente al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 sobre el derecho a la salud: robustecido y renovado

Por: **Diana del Pilar Colorado Acevedo**, Doctora en derecho, magíster en derecho y especialista en derecho laboral y en derecho público, profesora de la Universidad Nacional de Colombia; Coordinadora del Centro de Pensamiento en Derecho a la Salud

Es necesario no cesar en el propósito de poder contar, algún día, con un Sistema de Seguridad Social en Salud que pueda dar respuesta oportuna e integral a las necesidades en salud de la población, obviamente, en el marco de la constitución y la ley. No obstante, en Colombia, ha sido permanente la necesidad de que el juez constitucional, específicamente a través de las acciones de tutela, asuma, en cierta forma, la armonización de un conflicto constante entre buena parte de ciudadanos, en calidad de pacientes y usuarios, y un sistema que presenta obstáculos no solo provenientes de problemas de gestión, de una mediana o baja eficacia para resolver los conflictos, de ciertas anacronías de los procesos, de contrariedades generadas por factores actitudinales en los servicios y de una escasa participación ciudadana, sino también de aspectos de orden estructural, es decir, de la forma en que está concebido y construido el propio sistema, o al menos, algunas de sus instituciones fundamentales, entendidas éstas en el sentido de “reglas de juego”.

Frente a dichos problemas, se ha buscado desarrollar algunas soluciones procedentes de los poderes ejecutivo y legislativo, de los actores del propio sistema, y de colectivos sociales. No obstante, el órgano judicial, encargado de resolver el conflicto y proveer vías de reparación, ha tenido que atender, de forma prevalente, constante y copiosa, no sólo esa función, sino también la definición de contenidos del derecho a la salud y la imposición de requerimientos a las autoridades públicas y a los particulares encargados del sistema o vinculados a él, para lograr respuestas que honren la garantía de la salud de los individuos y las poblaciones.

La Corte Constitucional ha reforzado, recientemente, el seguimiento a la aplicación de la sentencia estructural T-760 de 2008, el cual ha venido realizando desde el año 2009, y ahora, en atención a los avances y desafíos que la cambiante realidad social presenta al ámbito sanitario y a la evolución en las necesidades de salud de los colombianos.

Y esto es así porque, la Constitución Política no se guarda en una urna aséptica, antes bien, debe evolucionar ante los retos de la realidad social, económica, tecnológica y científica, que impacta al derecho a la salud y al sistema de salud, y ese acomodamiento ha de ser asumido por los poderes públicos. En Colombia, el poder jurisdiccional, reflejado particularmente en la acción de la Corte, sigue teniendo especial significancia al acometer la interpretación de la Constitución y de la Ley Estatutaria del Derecho a la Salud. Al preguntarse: ¿para qué interpretar dichas normas?, la respuesta es: para especificar las fronteras del derecho a la salud y las formas de protegerlo; y para definir las circunstancias en las que se entiende vulnerado, lo que se logra, frecuentemente, identificando tipos de casos que, a fuerza de reiteración, permiten al juez constitucional formular reglas de decisión generales. También, para poder sopesar, hasta cierta medida, si la política pública que deben definir y ejecutar los otros poderes públicos, atiende a los caracteres del derecho a la salud.

Aunque puede resultar desalentador que el Sistema de Seguridad Social en Salud aún no pueda canalizar, directa y plenamente sus propios problemas, los cuales afectan el acceso, la disponibilidad, la calidad y la aceptabilidad-factores éstos que integran el derecho fundamental a la salud- y deba entonces el ciudadano acudir al juez; sí puede resultar reconfortante para los usuarios observar que la Corte no se conforma solamente con exhortar - lo que significa incitar a alguien con palabras a que haga o deje de hacer algo, o incitar a alguien a algo con razones y ruegos- como en pasadas ocasiones

lo hizo, al menos en algunas de sus salas, sino que la corporación vuelve a aplicar una constitución viviente y no lapidada.

En el período reciente han sido emitidas algunas sentencias que asumen o mantienen líneas de decisión de gran calado para la efectividad de derecho fundamental a la salud, aun cuando, puedan ser objeto de diversas vistas, debates y posiciones frente a tópicos como el rol de la Corte, o la sostenibilidad financiera del sistema, entre otros, y que han sido analizados desde hace décadas y lo seguirán siendo. Allende a ello, es pertinente comunicar algunos puntos de interés de esas decisiones.

La Corte ha estudiado, en la Sentencia T-196 de 2018, el caso de un niño que padece hemofilia tipo A severa, y cuya madre recibía directamente las dosis de profilaxis, incluida una dosis de urgencia del medicamento FACTOR VIII, para su suministro en el hogar, el cual fue suspendido a partir del cambio del proveedor, a efectos de que empiece a suministrarlo el personal de dicha institución, lo que generó largas esperas para recibir la dosis. La Corte se sustenta en conceptos científicos que indicaron que el acceso inmediato al factor de coagulación implica, no solo reducir los dolores, disfunciones e incapacidad, sino tener una vida en condiciones normales y que, si es posible, el tratamiento debe tener lugar en la casa y puede ser suministrado por personas no profesionales que hayan cumplido con la capacitación. Indicaron que, resulta prudente y eficaz, que el paciente cuente con una dosis preventiva y/o de urgencia que pueda usar en su domicilio, previo concepto médico, ante una emergencia. Señalaron igualmente los conceptos que, por lo general, los cambios o suspensiones del medicamento obedecen a razones de tipo administrativo o económico que desconocen el estado de salud de los pacientes. Entonces, la Sala ordenó a la EPS que reanude la entrega del medicamento a la progenitora del niño para su suministro de conformidad con lo que disponga el médico tratante.

Otra decisión interesante se encuentra en la Sentencia T-077 de 2024, que aborda la situación de un adulto mayor sin familiares ni vínculos cercanos, a quien se le niega la práctica de una prueba médica, dada la ausencia de un acompañante exigido en el protocolo especializado. La Corte indica que se debe procurar la asistencia de un acompañante, pues negarle el acceso al servicio por dicha ausencia, vulnera el derecho a la salud, particularmente el derecho al diagnóstico. Este acompañante será provisto por la EPS, exclusivamente para la realización del examen, y no será necesario que tenga conocimientos en salud.

La sentencia diferencia los conceptos de soledad y de aislamiento social: la primera se refiere a un criterio subjetivo que puede resultar doloroso o no, dada la divergencia entre la conexión social deseada y la real, mientras que el segundo, responde a un criterio objetivo: el estado de la persona que no tiene una red de parientes y/o vínculos afectivos, o si la tiene es muy reducida. Aborda estos fenómenos desde una perspectiva de salud pública, dada su incidencia cada vez mayor en la población, y ejemplifica que este fenómeno ha generado diversas políticas públicas en otros países, incluso, la de instituir un “Ministerio de la Soledad”.

También estudió el derecho a la autonomía personal, reflejado en este caso, en la decisión libre, individual e independiente de un adulto mayor de permanecer solitario, lo que no necesariamente causa un estado de aislamiento que requiera el apoyo del Estado y la sociedad, sino que es una manifestación de la dignidad humana al adoptar decisiones con libre determinación. Contempla, igualmente,



que el derecho al cuidado refleja una relación de interdependencia entre el individuo y la sociedad, y para las personas adultas mayores constituye un derecho fundamental, por ello, deben tratarse de forma integral sus derechos a la salud, autonomía, capacidad jurídica y cuidado, por lo que cualquier intervención para materializar la solidaridad debe estar mediada por el consentimiento previo, libre e informado de la persona mayor.

La sentencia T-133 de 2022 es relativa al caso de un menor de nueve años diagnosticado con Distrofia Muscular de Duchenne, a quien la médica genetista tratante prescribió el medicamento ATALUREN, indicado para tratar esta condición; sin embargo, el INVIMA negó la autorización para importar el medicamento señalando falta de evidencia científica suficiente sobre su eficacia y seguridad y su exclusión del listado de Medicamentos Vitales No Disponibles -Decreto 481 de 2004-. Se evidenció, en este caso, que otros menores con la misma situación de salud, habían recibido el medicamento.

La Corte concluyó que el INVIMA vulneró los derechos a la salud, al debido proceso administrativo y a la igualdad, pues exigió requisitos no contemplados en el Decreto 481 de 2004, al haber impuesto al progenitor del niño, la carga -no prevista en la norma- de probar el diagnóstico médico y la eficacia e idoneidad del medicamento. Explica la Corte que el trámite de autorización de importación exige el cumplimiento de requisitos taxativos: (i) que no se encuentre en fase de investigación clínica; (ii) que no se encuentre comercializado en el país o habiéndose comercializado las cantidades no sean suficientes para atender las necesidades; y (iii) que no cuente con sustitutos en el mercado. Entonces, reclamar requisitos adicionales, vulnera el debido proceso administrativo. Igualmente, concluye que la institución accionada vulneró el derecho a la igualdad del menor al negar la importación del medicamento por razones administrativas, mientras que lo permitió para otros pacientes con condiciones similares, sustentando la Corte este análisis en la jurisprudencia relativa al trato diferenciado injustificado entre pacientes. Los anteriores, son sólo algunos ejemplos entre una profusa serie de sentencias que abarcan, entre otros tópicos, el suministro de servicios y tecnologías; las condiciones para el cubrimiento del transporte, servicios de enfermería y de cuidador; la falta de disponibilidad de medicamentos, entre otros, y que se enfocan en requerimientos que pueden resultar nuevos, en algunos casos, frente a aquellos tratados reiteradamente al inicio del seguimiento por parte de la Corte, entre otras razones, por la respuesta paulatina del sistema a dichas decisiones judiciales, o por la movilización social o gremial, a la cual no puede desconocerle un importante impacto.

Los retos para el año 2025

Por: Cindy Viviana Rodríguez Echeverría, presidenta ANIR regional centro



ejercicio de formación más apto, con condiciones óptimas más allá de las técnicas. En este trasegar, avanzamos en la discusión del pago de residentes y la generación de la circular por parte de Ministerio de Salud sobre horas máximas de trabajo por jornada y semana, cuya protección se extendió también a la población de médicos rurales, quienes no cuentan con una normatividad propia y a quienes en múltiples ocasiones se les vulneran sus derechos laborales durante esta etapa.

A partir de estas discusiones, logramos participar en la audiencia pública del proyecto de ley 145 de 2024 "Ley Doctora Catalina", con la cual se busca modificar la actual ley de residentes 1917 de 2018, buscando volverla más integral. En este espacio, se expusieron las situaciones, espacios y avances realizados frente al tema de maltrato,

junto con aquellas necesidades pendientes. Se propuso ir más allá de esta discusión para abordar temas tan relevantes como los aportes a pensión y los pagos a segunda especialidad.

Como resultado de dicha intervención, y después de trabajo conjunto, se logró radicar la ponencia con propuesta de reforma a la Ley de Residentes: Un documento en el cual discusiones que en la actualidad no deberían darse, como la posibilidad de un día de descanso a la semana o un tiempo prudente para almorzar, quedaron plasmados. En el texto también se instaura un sistema de acompañamiento en salud mental, se caracterizan los tipos de violencia, además de algunas rutas y sanciones para las personas que las ejerzan y las instituciones que la permitan, al tiempo que se busca avanzar en el reconocimiento de

nuestra labor como un trabajo, contando con aportes para pensiones y evidenciando el requerimiento de un pago para segunda especialidad.

Dicha discusión se llevará a plenaria este año, donde estaremos acompañando y aportando para materializar este proyecto de ley, además de continuar con las investigaciones que está desarrollando el Ministerio de Educación, y de establecer canales y espacios de diálogo sobre aquellas problemáticas que siguen impactando al estudiantado en formación. Además, se busca ampliar el acompañamiento para médicos internos y rurales, conociendo las dificultades particulares que se encuentran en estos grupos; con este objetivo, estamos organizando nuestro CONGRESO ANIR 2025, donde se busca brindar herramientas para el abordaje de pacientes complejos en niveles de atención de primer y segundo nivel.

Esperamos seguir cumpliendo con las responsabilidades históricas, siendo fieles a nuestro legado y buscando poder avanzar en la protección y bienestar de los y las estudiantes que han confiado en nuestra labor.

Para realizar un adecuado balance de lo sucedido el año anterior y, por ende, entender los retos que plantea este 2025, es necesario entender el punto de reinicio que tuvo la Asociación Nacional de Internos y Residentes ANIR, con una junta recién conformada, una pobre cultura respecto a la importancia de la agremiación y una situación económica en crisis; la situación de maltrato llegó a un punto máximo que implicó poner la discusión sobre la mesa a nivel nacional y buscar mecanismos para prevenir, detectar e intervenir en los casos de violencia.

Fue en este recorrido que, a través del diálogo con estudiantes de pre y postgrado, se fueron evidenciando algunas necesidades para lograr un



Programa de inglés exclusivo para médicos.

PROUD USER OF

¿Qué tienen en común un estetoscopio y el dominio del inglés médico?

¡Que ambos son herramientas esenciales!

www.mdenglish.us

MATRICÚLATE HOY





La promesa y los desafíos de implementar la terapia con células CAR-T en el tratamiento del cáncer en Colombia

La oncología ha avanzado a pasos agigantados en los últimos años, y una de las terapias más innovadoras y revolucionarias es la terapia con células CAR-T. Esta técnica consiste en modificar genéticamente las propias células T del paciente para que reconozcan y ataquen a las células cancerígenas, abriendo una puerta de esperanza para los pacientes con cánceres que han resistido todos los tratamientos convencionales. Sin embargo, su implementación en Colombia plantea una serie de desafíos y oportunidades que deben ser cuidadosamente analizados.

El potencial transformador de la terapia CAR-T

La terapia CAR-T ya ha demostrado resultados sorprendentes en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer, como el linfoma de células B y el mieloma múltiple, donde las opciones terapéuticas se limitan una vez fallan las quimioterapias y otros tratamientos. Para muchos pacientes en etapa avanzada, esta terapia puede representar la diferencia entre una muerte inminente y la posibilidad de una remisión prolongada.

En un país como Colombia, donde el acceso a terapias oncológicas avanzadas sigue siendo limitado, la llegada de la terapia CAR-T podría transformar la oncología y ofrecer a los pacientes una esperanza renovada. ¿Pueden imaginar lo que sería para un paciente colombiano con un diagnóstico devastador tener acceso a la misma tecnología que en países como Estados Unidos o Alemania?

La posibilidad de sobrevivir más años, con una buena calidad de vida, no es solo un sueño, es una realidad



Doctor Jheremy Sebastian Reyes Barreto, médico de la Universidad de Los Andes; fundador del grupo de investigación en cáncer y medicina molecular (CAMMO)



Jheremy Enrique Reyes Castellanos, hematólogo de los Cobos Medical Center y de los Nogales; profesor de la Universidad El Bosque; mentor del Grupo de investigación en cáncer y medicina molecular (CAMMO)

que la terapia CAR-T podría hacer posible. (gráfico 1)

(Respuesta Global)

El Alto Costo: ¿un sueño inalcanzable?

Sin embargo, la principal barrera para la implementación de CAR-T en Colombia es su altísimo costo. A nivel internacional, el tratamiento puede costar más de 400.000 dólares por paciente, una cifra inimaginable para la mayoría de los pacientes colombianos y que representa un gran

desafío incluso para el sistema de salud pública del país. ¿Cómo puede Colombia, un país con limitaciones en su presupuesto de salud, costear una terapia tan cara para una población en creciente necesidad de tratamiento oncológico avanzado?

que requieren atención especializada y recursos hospitalarios avanzados.

Actualmente, solo algunos de los principales centros oncológicos del país estarían en capacidad de manejar los rigores de este tratamiento. ¿Qué pasaría con los pacientes de zonas rurales o de ciudades intermedias? Probablemente, tendrían que viajar a grandes ciudades como Bogotá o Medellín, incrementando aún más las barreras de acceso. Por lo tanto, la implementación de CAR-T en Colombia no solo es una cuestión de traer la tecnología, sino de invertir en formación y equipamiento a nivel nacional. (gráfica 3)

Seguridad y manejo de efectos secundarios

Uno de los mayores riesgos de la terapia CAR-T son sus efectos adversos, principalmente el síndrome de liberación de citoquinas (CRS), que puede ser potencialmente mortal si no se maneja adecuadamente. Aunque en países como Estados Unidos se cuenta con protocolos claros y medicamentos específicos para manejar este tipo de complicaciones, en Colombia aún no es claro si los hospitales están completamente preparados para asumir estos riesgos.

Es probable que, al menos en una fase inicial, se deba realizar una selección cuidadosa de los centros médicos y los pacientes a tratar. ¿Será posible crear un protocolo eficiente y rápido para manejar estas complicaciones en hospitales del sistema público? La seguridad de los pacientes debe ser la principal prioridad, y será crucial evitar que el entusiasmo por las nuevas terapias comprometa la rigurosidad médica.

Si bien los avances médicos son siempre bienvenidos, es inevitable preguntarse si CAR-T será accesible solo para aquellos con recursos económicos suficientes o si podría agravarse aún más la desigualdad en la atención médica en Colombia. La pregunta no es solo cuándo llegarán estas terapias, sino para quienes estarán disponibles. (gráfica 2)

Infraestructura y capacitación: otro obstáculo mayor

No es suficiente con traer la tecnología; también es necesario contar con la infraestructura y el personal capacitado para administrar y manejar los riesgos de la terapia CAR-T. Los pacientes tratados con CAR-T pueden experimentar efectos secundarios graves, como el síndrome de liberación de citoquinas y neurotoxicidad,

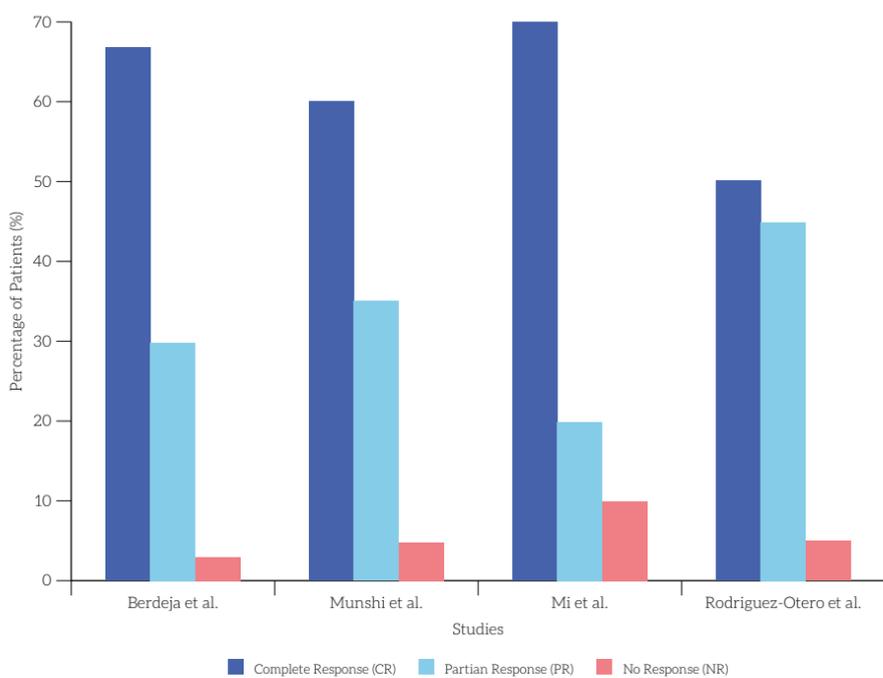


Gráfico 1. Resultados en pacientes con cáncer refractario tratados con Terapia CAR-T

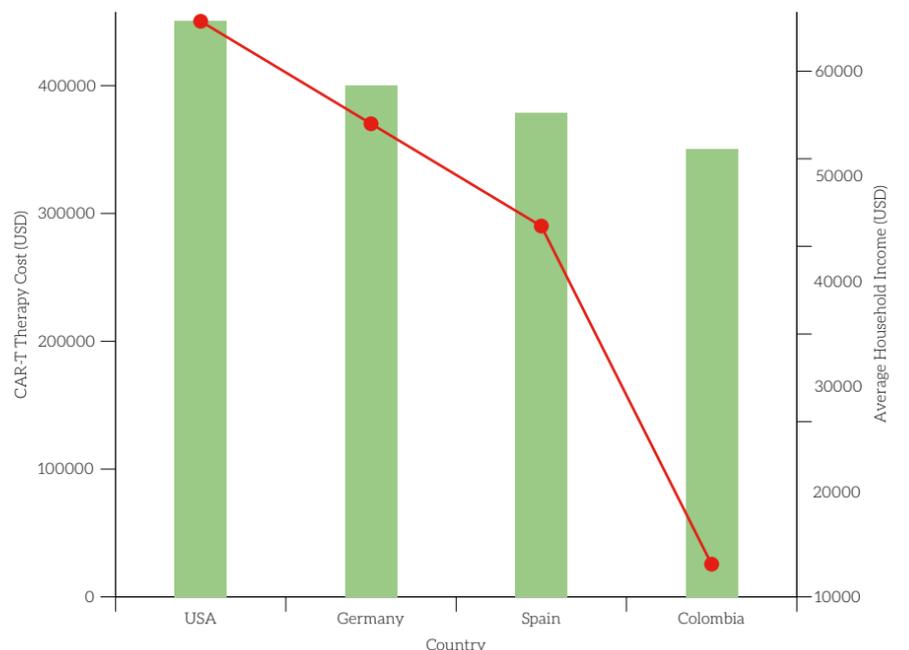


Gráfico 2. Comparativa de costos de terapia CAR-T en distintos países vs. ingresos promedio de Familias Colombianas

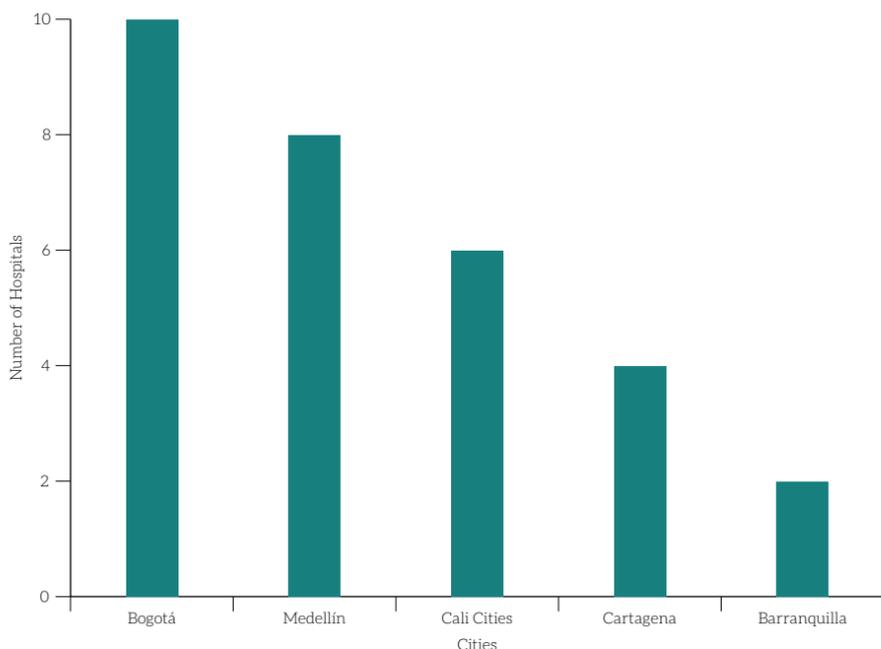


Gráfico 3. Capacidad Hospitalaria y Requerimientos para Terapias Avanzadas en Colombia

¿Una nueva era del tratamiento oncológico?

A pesar de los desafíos, la implementación de CAR-T en Colombia podría representar el inicio de una nueva era en la medicina oncológica del país. Si bien el alto costo y las necesidades de infraestructura son obstáculos importantes, el potencial de esta terapia para salvar vidas no puede subestimarse. Con la colaboración del gobierno, hospitales y la industria farmacéutica, podría ser posible establecer un modelo sostenible para hacer que CAR-T

esté disponible para quienes más lo necesitan, sin generar una sobrecarga insostenible al sistema de salud.

Conclusión

La terapia CAR-T representa una de las innovaciones más emocionantes en el tratamiento del cáncer, pero su implementación en Colombia requiere un enfoque cuidadoso y una inversión considerable en recursos, personal e infraestructura. Si se superan estos desafíos, esta tecnología podría transformar la vida de miles de pacientes

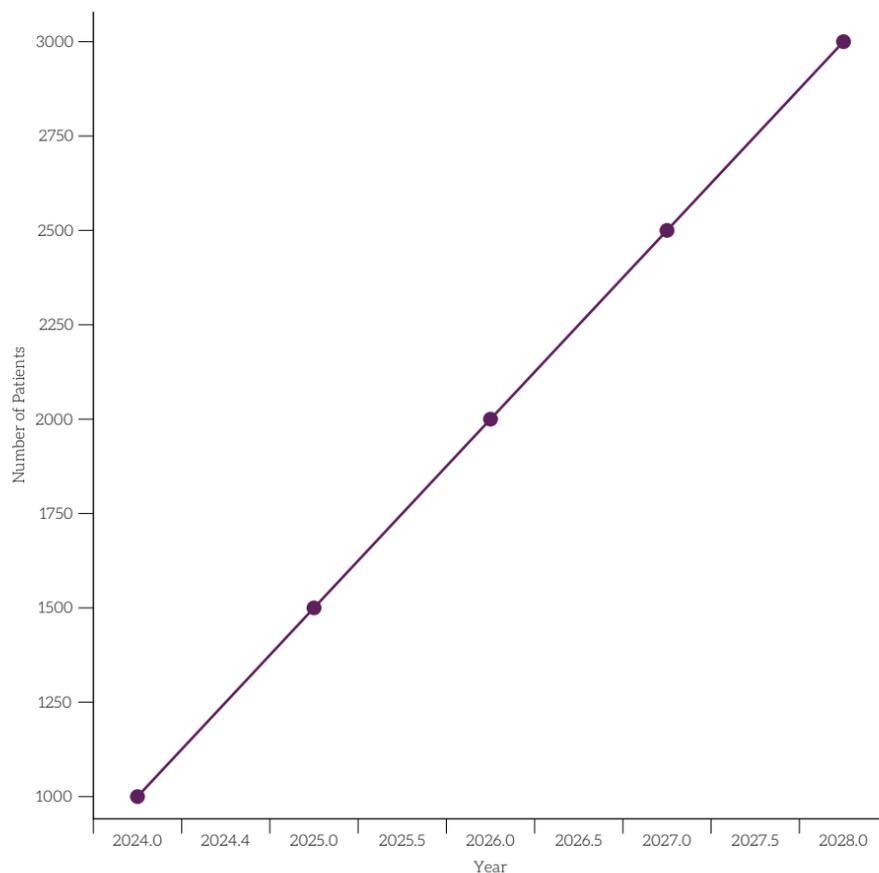


Gráfico 4. Proporción de pacientes con cáncer refractario en Colombia que podrían beneficiarse de CAR-T

colombianos, brindando esperanza a quienes enfrentan pronósticos sombríos.

Sin embargo, el debate sobre cómo financiar y distribuir esta terapia aún está lejos de resolverse. La promesa de

CAR-T es inmensa, pero también lo son los retos que debemos enfrentar para que sea una realidad accesible y justa para todos los colombianos. (gráfica 4)

El 80 por ciento de los usuarios de nicotina consideran que los cigarrillos electrónicos son menos dañinos que el tabaco: encuesta

La encuesta “+300 personas que consumen nicotina dicen” liderada por la Corporación Acción Técnica Social, se diseñó con el propósito de llenar un vacío en la investigación nacional de estos productos, desde una perspectiva de reducción de riesgo. El 74 por ciento de los usuarios de vaporizadores, no saben los miligramos de nicotina que contiene su dispositivo lo que impide gestionar adecuadamente su consumo.

Mientras continúa la regulación de los productos de administración de nicotina sin combustión en Colombia, una nueva encuesta revela cómo, dónde y por qué las personas consumen cigarrillos electrónicos, tabaco calentado y otros productos de nicotina.

El estudio, que recopila la opinión de más de 300 personas consumidoras, pone sobre la mesa los desafíos en acceso a información, percepción de riesgos y el papel de estos productos en la reducción de daños, aspectos clave en el marco regulatorio actual.

Entre los principales hallazgos de la investigación se destaca que:

- El 74 por ciento de las personas que usan vaporizadores no sabe cuántos miligramos de nicotina contiene su dispositivo, lo que impide que puedan gestionar adecuadamente su consumo.
- Aunque el 80 por ciento considera que los cigarrillos electrónicos son menos dañinos que el tabaco, el 30.7 por ciento de los usuarios no

tiene una posición clara sobre si efectivamente reducen el riesgo.

- El 58.7 por ciento de los encuestados reportó haber fumado cigarrillos tradicionales en la última semana, confirmando que sigue siendo el producto de mayor consumo. Sin embargo, el auge de los cigarrillos electrónicos es evidente, con un 44.8 por ciento de los encuestados que reportaron haberlos usado recientemente.
- El 56.1 por ciento de los encuestados cree que estos productos deberían venderse exclusivamente en tiendas especializadas para mayores de edad.
- El 78 por ciento de los encuestados considera que el acceso a información basada en evidencia es un derecho fundamental.
- El 71 por ciento apoya la creación de un modelo de responsabilidad extendida del productor para gestionar la contaminación causada por filtros, cigarrillos electrónicos desechables y baterías de litio.

La encuesta “+300 personas que consumen nicotina dicen” se diseñó y ejecutó con el propósito de llenar un vacío en la investigación nacional sobre productos de administración de nicotina, desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Hasta el momento, la mayoría de los estudios se habían centrado en las tasas de prevalencia y cesación,

sin profundizar en las experiencias de las personas usuarias, el acceso a información veraz, y la percepción de la regulación y el mercado de estos productos.

Otro de los resultados destacados, muestra que el 58.5 por ciento de quienes vapean eran fumadores antes de comenzar a usarlos, lo que indica que estos productos son adoptados mayoritariamente por personas que ya consumían tabaco. Sin embargo, un 8.3 por ciento de los encuestados probó primero los cigarrillos electrónicos antes que los tradicionales, lo que genera preocupación sobre su papel en la iniciación del consumo de nicotina.

Las razones detrás del uso de cigarrillos electrónicos varían. La curiosidad y experimentación son los principales motivos, seguidos de su uso en espacios en los que no se permite fumar cigarrillos tradicionales y la variedad de sabores. Un porcentaje importante también menciona que los utiliza como una estrategia para dejar de fumar.

La investigación ha explorado las motivaciones y hábitos de consumo de las personas que usan estos productos, desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños, en la que consideran es importante ir más allá de las cifras de consumo y entender cómo y por qué las personas eligen consumir, sobre todo cuando se trata de productos legales como el tabaco, en la cual los consumidores están cada vez

más informados de los riesgos y aún así, deciden seguir consumiendo o no pueden dejar de hacerlo.

Señala la investigación, que uno de los principales obstáculos para la reducción de daños es la falta de información y la desconfianza generada por estrategias comerciales poco éticas, que dificultan el acceso a datos objetivos sobre riesgos y beneficios. Sin embargo, el informe hace énfasis en que “a diferencia de una tendencia a concentrar la reducción de riesgos y daños como acceso a terapias de reemplazo, medicamentos de reemplazo de nicotina o productos de administración de nicotina sin combustión, nuestra visión es desde la atención al consumo con estrategias más amplias garantantes de varios derechos propios de las personas usuarias de nicotina”.

Así mismo, los hallazgos del estudio dejan claro que el consumo de nicotina en Colombia es un fenómeno complejo que requiere un enfoque equilibrado en regulación, educación y acceso a información veraz. La reducción de daños no depende solo de la disponibilidad de productos alternativos, sino de cómo los usuarios los adoptan y gestionan su consumo. Así mismo, esta investigación propone “**cuestionar cómo investigamos y estudiamos el consumo de nicotina. Necesitamos nuevos indicadores, nuevas formas de interpretar los datos y, sobre todo, un enfoque centrado en las personas que consumen**”.



Garantizar la atención oncológica no fragmentada: un desafío para Colombia

Las leyes promulgadas en relación con la atención en salud están formuladas para el sistema de salud como un todo, o las específicas, con el propósito de mejorar subcomponentes del sistema, como la atención oncológica. El marco jurídico del sistema de salud lo establecen las leyes generales que empiezan con la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) modificado después por las Leyes 1122 de 2007 y 1438 del 2011. Estas últimas reorganizan elementos institucionales con relación a la contratación por capitación, la atención primaria en salud, los instrumentos de política para la planeación de salud pública y creación del IETS, entre otros. No obstante, todas estas leyes abordaban la atención en salud como un servicio público esencial delegado por el Estado a los operadores de distinto tipo. Esto cambió con la promulgación de la ley 1751 en el 2015, que modificó la noción de 'servicio esencial' por el de la atención en salud como un derecho fundamental.

Dentro de las leyes específicas se encuentra que en el 2010, cinco años antes de la ley estatutaria habían sido promulgadas las leyes Sandra Ceballos (ley 1384) y de cáncer infantil (ley 1388) para mejorar la atención oncológica de adultos y niños, respectivamente. Posteriormente, en 2014 fue promulgada la Ley Consuelo Devis Saavedra (ley 1733), mediante la cual

se regularon los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

El sistema de salud creado por la ley 100 tenía 16 años operando y como 'efecto secundario' de la pluralidad de oferta aparecieron los problemas de la atención no integral del cáncer, que no solo desmerecía de la satisfacción de la dignidad humana constitucional, sino que implicaba varios tipos de problemas en la atención de esta enfermedad, como se socializó en los debates de discusión y aprobación de estas leyes, que configuraban brechas de equidad en el avance de la supervivencia al cáncer. Frente a esta problemática, emergieron las leyes de cáncer adulto e infantil, que fueron promulgadas para establecer las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, respectivamente, y para cumplir su objeto crearon las Unidades Funcionales para cáncer en adultos - UFCA y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil - UACAI, que la ley definió como unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyados por profesionales



Doctora Carolina Wiesner Ceballos, Directora del INC



Doctora Gianna María Henríquez-Mendoza, médica de la Universidad Libre de Barranquilla

complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer. Su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología.

Estas leyes no se pudieron implementar debido a que los servicios oncológicos no se habilitaron como UFCA para adultos ni como UACAI para niños, pues escasos prestadores oncológicos pudieron habilitarse como tales. Aunque esta reglamentación de la habilitación representó un avance, subyacen dos problemas conceptuales centrales que les impiden cumplir con su objeto legal de mejorar la atención de adultos y niños con cáncer. En primer lugar, dicha reglamentación no diferencia los centros especializados en cáncer -como el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y la Fundación CTIC- que no son unidades funcionales sino que tiene en su interior dichas unidades. En segundo lugar, no diferencia los hospitales que tienen servicios oncológicos de los centros ambulatorios con servicios oncológicos.

El segundo problema conceptual es que se desaprovechó la reglamentación para organizar las redes de atención en cáncer que ubiquen al paciente y a los grupos terapéuticos en el centro de la ruta crítica de atención. Según el Modelo de Cuidado citado, las redes actuales se han organizado en la dinámica del mercado y el sentido de territorialidad y el trabajo sobre la base de niveles de atención ha sido precario. Es así como se describen casos de pacientes que han transitado por diferentes regiones del país durante su proceso de atención, situación probablemente derivada de la remisión del asegurador hacia instituciones con las que tiene contratos favorables a sus intereses empresariales, pero que de cualquier forma retardan la atención. Aunque el sistema de Ley 100 ha permitido el desarrollo de la infraestructura para la atención del cáncer en la mayoría de los territorios del país (independientemente de su

idoneidad), ha favorecido el ingreso de tecnologías de punta para el cuidado del paciente oncológico, ha promovido el incremento de las intervenciones terapéuticas del cáncer y ha fortalecido las organizaciones de usuarios con un papel cada vez más activo en el sistema. Es necesario reconocer las oportunidades de mejora que son necesarias para disminuir las inequidades en el riesgo, cuidado y resultados de esta enfermedad, especialmente en el mejoramiento de la detección temprana y la integralidad de la atención al paciente y, por tanto, de la supervivencia.

Se mantiene el desafío de modificar los criterios de habilitación de los servicios oncológicos para que las UF realmente brinden una atención oncológica que cumpla con la satisfacción de la dignidad humana en todas sus dimensiones para el paciente con diagnóstico de cáncer, independientemente de su lugar de residencia o características sociales. Esto implicaría continuar avanzando con una aplicación del trabajo en Centros de Atención y UF con la conformación de redes de atención en cáncer, desde una **perspectiva territorial y supraterritorial para patologías de muy baja frecuencia**. Los tipos de cáncer muy comunes deberán tener varias Unidades Funcionales por red, en el territorio. A su vez, las neoplasias poco frecuentes deberían tener un único Centro de Atención por red y las neoplasias raras deberían concentrar su atención en centros de excelencia supra-red, es decir en centros especializados que se comparten para varias redes y territorios. Simultáneamente, es necesario fortalecer el sistema de protección social al cuidador de pacientes con estos tumores raros que deben ser atendidos en pocos centros para garantizar la continuidad del tratamiento y evitar los abandonos por razones sociales.

Según el Modelo, esta forma de organización posibilita un adecuado acceso a los servicios, en razón de la prevalencia de la enfermedad y, a su vez, busca optimizar los recursos y mejorar la calidad de la atención en razón a los principios de interdisciplinariedad y elevadas competencias en



el equipo tratante que fueron descritos previamente en el documento.

Este escenario tendría un impacto en los resultados de la atención oncológica, prevé que cada red tenga al menos un centro integral de tratamiento con todos los recursos necesarios para el manejo de la enfermedad, a fin de que puedan acudir allí los casos complejos, las complicaciones de difícil manejo y los casos para los que no se pudo conformar una unidad funcional, sin que esto último niegue la necesidad de remitir los tumores raros a centros de excelencia más allá del centro integral de tratamiento como se anotó. Esto, obviamente, debe correlacionarse con el volumen poblacional del área de influencia que podría permitir contar con más de un centro integral de tratamiento. Pero un aspecto fundamental en la conformación de estas redes es la visión de territorialidad que otorgue algún nivel de gobernanza a los mismos, a fin de constituir la red y ejercer las funciones de auditoría correspondientes sobre la misma.

Sin embargo, este funcionamiento en redes de atención oncológica con Centros y Unidades Funcionales organizadas como se ha citado no está exenta de dificultades, según el *Modelo de Cuidado*; las experiencias de otros países muestran como las redes deben lidiar con la variabilidad en el desarrollo y uso de guías y protocolos clínicos, la influencia de la visión del desarrollo de los servicios de la administración hospitalaria, que no es necesariamente compartida por los actores involucrados, las diferencias en la evaluación objetiva de resultados clínicos, y la exhaustividad en el registro y la documentación de las decisiones clínicas en un escenario de manejo interdisciplinario.

Para que el país continúe avanzando con esta visión de redes de atención en cáncer, también es necesario optimizar otro componente institucional que se logró con la ley Sandra Ceballos. Este avance consiste en la obligación de reportar a los pacientes con cáncer a la Cuenta de Alto Costo por parte de las aseguradoras o empresas administradoras de planes de beneficios, incluidas las del régimen de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de Salud. Este registro administrativo ha tenido importantes

logros; es importante resaltar que no es la fuente oficial de incidencia, que es para lo que más se referencia. Como lo afirmo el informe IMPACT la CAC: *debería consolidar el trabajo como fuente oficial de información en indicadores de calidad de la atención del cáncer*; es decir, que debería enfocarse en la evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica, más que en el reporte aislado de porcentajes de las atenciones por especialidad clínica, quirúrgica o de radioterapia.

En cuanto a la ley de cáncer infantil, puede reseñarse como avance, según el Observatorio Nacional del Cáncer, la constitución del Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el monitoreo, seguimiento y control de la atención del cáncer en los menores de 18 años, que también tiene importantes oportunidades de mejora. Así como la operación de los Consejos Nacional y Territoriales Asesores en Cáncer Infantil, que aunque han conformado espacios para ejercicios de reflexión de actores institucionales y de sociedad civil, la misma organización y los problemas estructurales del sistema no han permitido cumplir con su objeto de mejorar la atención integral del cáncer infantil.

Otra de las leyes específicas sobre atención oncológica, la ley Consuelo Devis Saavedra de Cuidados Paliativos, tiene la importancia de definir los cuidados paliativos así: *son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.* Esta definición aborda la visión actual que armoniza con los cambios en estos cuidados, sus avances y comprensión de su indicación en cualquier etapa de estas enfermedades; por su especificidad como ley, su definición de cuidados paliativos prima sobre otras leyes de carácter menos específicas en cuidados paliativos como la ley Sandra Ceballos (1384/2010) o la que declara al paciente con cáncer como sujetos

de especial protección constitucional (2360/2024).

Actualmente, catorce años después de la promulgación de las leyes para la atención integral de cáncer en adultos y niños, estos problemas de 'no integralidad' persisten, se estudian ahora bajo la definición de atención oncológica fragmentada, que se reconoce como *el número de proveedores diferentes que atendieron a un paciente durante el primer año después del diagnóstico*. Dos investigaciones recientes en Colombia han presentado la evidencia de que a mayor fragmentación de la atención oncológica, disminuye la supervivencia en cáncer de mama y colorrectal. Una de estas investigaciones cita: "cuando la atención está fragmentada, el paciente experimenta una discontinuidad en la atención médica, principalmente por la falta de coordinación entre los actores del sistema de salud. La fragmentación conduce a mayores costos de atención médica, mayores tasas de hospitalización prevenible y menor supervivencia para pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer".

Una última iniciativa legislativa, con este mismo espíritu de mejorar la atención oncológica, lo hace por la vía de declarar a las personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer como sujetos de especial protección constitucional (2360 de 2024). Esta es la importancia y el riesgo de esta ley al incluir a la persona con sospecha de cáncer, además de las personas con diagnóstico confirmado de cáncer como ya había reconocido la Corte Constitucional en varias sentencias. El tema es que los pacientes con sospecha de cáncer son, en mayor proporción, todas las personas mayores de 60 años con patologías de diferente tipo, pero también hombres y mujeres adultos jóvenes, niños y adolescentes. El punto de inicio de su atención puede ser cualquier atención en el sistema de salud por profesionales no solo de la medicina, también los odontólogos pueden captar una persona con sospecha de cáncer. Mientras las personas con diagnóstico confirmado de cáncer reciben atención en Centros y Unidades Funcionales las personas con sospecha de cáncer son sujetos de atención en todo el espectro de proveedores de atención en salud desde el nivel primario y pasan por distintas disciplinas.

Para la persona con sospecha de cáncer, de acuerdo con la situación actual y siguiendo la lógica de esta atención, se observa que deben acudir múltiples veces a los servicios, donde

los prestadores requieren una secuencia de autorizaciones para garantizar el recaudo completo por una atención fragmentada. Por ejemplo, el patólogo que confirma un diagnóstico de cáncer de mama debe pedir autorización para realizar inmunohistoquímica, de manera que este segundo análisis sobre la misma biopsia puede terminar en otro laboratorio de patología. Otro ejemplo de esta situación ocurre en algunas regiones y con ciertas aseguradoras, cuando autorizan las colposcopias sin biopsia; esto hace que en los casos en que requiera biopsia, se deba suspender el procedimiento para que la usuaria acuda a su entidad aseguradora por la autorización de la biopsia y reiniciar el proceso de la atención. Estas decisiones para la contención del gasto médico realmente terminan incrementando el gasto, porque estos retrasos pueden aumentar el número de cánceres en estadios avanzados que son las atenciones que concentran los mayores costos al sistema, con resultados poco efectivos. La propuesta que se está trabajando es la construcción de paquetes para que se haga una autorización integral que incluya la frecuencia para que el prestador pueda realizar lo pertinente en una sola visita, lo que mejora la eficacia de la confirmación de los casos sospechosos.

Se reconocen muchos aspectos importantes de las iniciativas legislativas que han permitido discutir sobre modalidades de organización de la atención oncológica, los avances se han quedado cortos y los desafíos continúan, por lo que es necesario reconocer los vacíos existentes para continuar avanzando en la implementación de un verdadero modelo de atención oncológica que ha demostrado su efectividad en otros países, con el reconocimiento de que las normas, por sí solas, no solucionan los problemas.

"Cuando la atención está fragmentada, el paciente experimenta una discontinuidad en la atención médica, principalmente por la falta de coordinación entre los actores del sistema de salud. La fragmentación conduce a mayores costos de atención médica, mayores tasas de hospitalización prevenible y menor supervivencia para pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer".



MIRI®
MIRI es tu asistente personalizado con IA para tu preparación MIR

Prepárate para hacer la Residencia Médica en España o Argentina

Formación online con IA: adaptativa, práctica, multisorte, actualizada y con tutor personal.

PROMIR

España:



PROREM

Argentina:



Contacta con nosotras en:

www.medicapanamericana.com

318 695 10 13 / 318 284 54 17

soporte.promir@medicapanamericana.com.co

mercadoemp@medicapanamericana.com.co





Examen Único Nacional para Residencias Médico-Quirúrgicas, una apuesta a una selección más justa y basada en méritos

Por: **Juan Camilo Soler**, **Presidente Nacional Asociación Colombiana Médica Estudiantil-ACOME**



El Examen Único Nacional para Residencias Médico-Quirúrgicas es un examen estandarizado utilizado en algunos países, como Chile, México y España para evaluar los conocimientos y competencias de los médicos que desean ingresar a programas de especialización en residencias médicas. Suele constar de una prueba teórica de opción múltiple y, en algunos casos, una parte práctica, y este puede ser obligatorio tanto para médicos nacionales como extranjeros que deseen ejercer en el sistema público o postular a especialidades médicas y este evalúa especialidades como medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia, salud pública, entre otras.

El Examen Único Nacional para Residencias Médico-Quirúrgicas ofrece diversas ventajas tanto para los aspirantes a especialidades médicas como para el sistema de salud en general, los principales beneficios del Examen Único Nacional son la estandarización y la equidad dado que permite evaluar a todos los aspirantes bajo los mismos criterios, garantizando un proceso justo y transparente. Su selección se basa en el mérito priorizando a los candidatos con mayor conocimiento y preparación, asegurando que los mejores médicos accedan a las especialidades e incentiva la excelencia académica y el esfuerzo durante la formación de pregrado.

Algo significativo es que hay una optimización de la asignación de plazas dado que permite una distribución más eficiente de los cupos en residencias médicas y esto facilita la planificación del sistema de salud en función de las necesidades del país; por otro lado, mejora en la calidad de la atención médica ya que garantiza que los residentes seleccionados tengan una base sólida de conocimientos médicos y contribuye a la formación de especialistas altamente capacitados, lo que impacta positivamente en la atención a los pacientes y, por último, facilita la movilidad y reconocimiento profesional ya que en algunos países, este examen unificado permite a los médicos postularse en distintas instituciones sin necesidad de múltiples pruebas

y en caso de acuerdos entre países, puede favorecer la homologación de títulos y la movilidad profesional.

Lo más importante es que la transparencia y confianza en el proceso de selección disminuye la posibilidad de corrupción o influencias externas en la selección de residentes y brinda confianza a los aspirantes y a la sociedad en general sobre la idoneidad de los médicos en formación.

Este contexto sirve de incentivo para la formación médica continua, motivando a los egresados a seguir actualizándose y preparándose para obtener mejores resultados en el examen y, a su vez, el examen puede servir como un parámetro para evaluar la calidad de las facultades de medicina y promover mejoras en la educación médica.

En general, el Examen Único Nacional para Residencias Médico-Quirúrgicas es una herramienta clave para garantizar la calidad en la selección de especialistas, beneficiando tanto a los médicos como al sistema de salud y a los pacientes.

En Colombia, el proceso de admisión a las residencias médico quirúrgicas varía según cada universidad, y aunque la selección se basa en criterios académicos, entrevistas y otros requisitos, han existido denuncias y sospechas sobre posibles pagos irregulares o favoritismos en algunos casos, dentro de los factores que favorecen prácticas irregulares tenemos:

1. Falta de un Examen Único Nacional:
 - Cada universidad maneja su propio sistema de selección, lo que puede

permitir discrecionalidad en la asignación de cupos.

- No existe un mecanismo estandarizado y centralizado que garantice total transparencia.
2. Oferta limitada de plazas:
 - La cantidad de cupos para residencias médicas en Colombia es menor que la demanda, lo que aumenta la competencia y puede dar lugar a prácticas irregulares.
 - En algunas especialidades, la relación de aspirantes por cupo es muy alta.
 3. Procesos de selección subjetivos:
 - En varias universidades, la entrevista y otros criterios subjetivos pueden influir en la selección, lo que abre la puerta a favoritismos.
 - Existen reportes de que algunas plazas se asignan por "recomendaciones" o conexiones personales más que por mérito académico.
 4. Falta de transparencia y supervisión:
 - No siempre hay auditorías independientes que garanticen la legalidad del proceso de selección.
 - En algunos casos, los criterios de admisión no son claros o accesibles para todos los postulantes.

¿Se Paga «por debajo de la mesa» para Ingresar?

No hay evidencia oficial y comprobada de que esto ocurra de manera sistemática en todas las universidades, pero sí

han existido denuncias informales de aspirantes y médicos que mencionan favoritismos y pagos irregulares para asegurar el ingreso a ciertas especialidades o instituciones.

Se propone las siguientes soluciones para evitar la corrupción en el ingreso a residencias

1. Implementar un Examen Único Nacional que garantice que el mérito académico sea el factor principal de selección.
2. Aumentar la oferta de plazas de especialización para reducir la competencia extrema que incentiva la corrupción.
3. Hacer más transparentes los procesos de selección con auditorías externas y publicación de criterios claros y objetivos.
4. Denunciar cualquier irregularidad en el proceso de admisión a través de mecanismos oficiales.

Si bien no hay pruebas documentadas generalizadas de que se pague "por debajo de la mesa" para ingresar a residencias médicas en Colombia, sí existen sospechas y denuncias informales sobre favoritismos y corrupción en algunos procesos de selección. La mejor forma de combatir esto sería implementar un Examen Único Nacional y aumentar la transparencia en la asignación de cupos.

Implementar un Examen Único Nacional para Residencias Médico-Quirúrgicas en Colombia no solo garantizaría una selección más justa y basada en méritos, sino que también contribuiría a mejorar la calidad de los especialistas, a optimizar la planeación del sistema de salud y a fortalecer la educación médica en el país, y es por esto que ACOME le apuesta en una eventual reforma al sistema de salud incluir un artículo donde se indique realizar el Examen Único Nacional para Residencias Médico-Quirúrgicas en Colombia.



¿Una pandemia irreversible? La salud en la era de la desinformación

La información errónea en salud (datos falsos o engañosos compartidos sin intención) y la **desinformación** (información deliberadamente engañosa) no son nuevas, pero la pandemia por COVID-19 marcó un punto de inflexión. La sensación de ansiedad y urgencia, junto con el aumento del uso de las redes sociales y las interpretaciones políticamente cargadas de la pandemia, fomentaron la propagación de una serie de afirmaciones engañosas sobre el virus y las contramedidas médicas.

La desinformación sanitaria se utilizó como arma de propaganda, explotando el miedo, socavando la confianza pública y obstaculizando la acción colectiva en momentos críticos. Hoy en día, el contenido engañoso de las redes sociales impregna la información sobre la prevención y el tratamiento del cáncer; puede llevar a los pacientes a abandonar tratamientos basados en evidencia a favor de alternativas respaldadas por *influencers*; minimiza la gravedad de las afecciones de salud mental; y promueve suplementos no regulados que afirman funcionar para todo, desde la pérdida de peso hasta la reversión del envejecimiento. La desinformación se ha convertido en un instrumento deliberado para atacar y desacreditar a los científicos y profesionales de la salud con fines políticos.

Los efectos son destructivos y perjudiciales para la salud pública

La sensación de que las empresas tecnológicas no se toman en serio esta amenaza se ejemplifica con la reciente decisión de Meta de poner fin a la verificación de datos. Facebook (como otras redes sociales) ya era una fuente importante de desinformación sobre salud, pero aunque la verificación de datos no puede eliminar por completo el material inexacto, marca la diferencia y su eliminación abre las compuertas a contenido dañino. Debido a que la desinformación a menudo se propaga más rápido que los hechos, es esencial que los hechos se transmitan de una manera que no deje espacio para la mala interpretación. El anuncio de Mark Zuckerberg es parte de una tendencia de reducción de la supervisión que puede dejar la impresión de que se está perdiendo la batalla sobre los hechos.

Sin embargo, también ha habido esfuerzos positivos. Australia tiene la intención de introducir

fuertes multas para las plataformas que no impidan la difusión de información errónea. La Comisión Europea ha publicado recomendaciones para abordar la desinformación sobre la COVID-19 mediante intervenciones conductuales específicas. La OMS ha estado tomando medidas para fomentar la comunicación responsable de información sanitaria y para señalar el contenido engañoso.

Combatir la desinformación no es tan simple como corregir los hechos; también implica abordar la manipulación intencionada y la forma en que los algoritmos dirigen la atención de las personas, dejándolas solas en una compleja combinación de ciencia y ficción. El contenido generado por inteligencia artificial (IA) presenta desafíos cada vez mayores, pero la IA también puede ayudar a señalar contenido sin base científica, aunque no puede reemplazar el enseñar a las personas cómo verificar los hechos e identificar fuentes creíbles.

Combatir la desinformación requiere un enfoque sistemático similar al de frenar la propagación de agentes infecciosos: encontrar y contener la fuente, identificar de manera proactiva a los más vulnerables a sus efectos e inmunizar a la población contra las afirmaciones falsas proporcionando recursos educativos claros. No puede dejarse en manos de esfuerzos voluntarios e individuales.

La investigación sobre la COVID-19 en el Reino Unido ha publicado esta semana su informe *Every Story Matters* sobre las experiencias del público con el desarrollo y la distribución de las vacunas y terapias contra la COVID-19. En conjunto, los testimonios subrayan no solo el valor de la información precisa, sino también la **importancia central de la confianza y las respuestas emocionales** (desde la esperanza y el alivio hasta el escepticismo y la ansiedad) durante las crisis de salud pública.

Es esencial comprender y cambiar las narrativas que influyen

La información errónea ya no puede verse solo como una molestia académica, sino que debe ser considerada una amenaza social.

Fuente: *Lancet* 2025 Jan 18;405(10474):173Health in the age of disinformation



Ágora

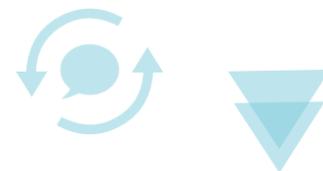
Jorge Diego Acosta Correa,
asesor de presidencia del Colegio Médico Colombiano

Reflexión ante la muerte de Tatiana Andía

Ejerció el derecho a morir con dignidad y la libertad de decidir el momento. Es demoleadoramente cierto lo que nos dice Tatiana, el acto natural de morir, tan posible hoy en nuestro país de ser llevado a cabo voluntariamente, con asistencia médica profesional y sin sufrimiento, es inmensamente difícil de asumir. Nos inunda, más que de temor, de una insondable y abismal tristeza, que como un remolino nos arrastra hacia la pérdida total, al sentimiento sin fondo de la disolución de lo que soy y la ausencia absoluta y definitiva, sin apelación alguna, de la conciencia del ser y del existir, al vacío total.

A la ruptura de todas las amarras con lo y los que amamos, con sueños y planes pendientes, con sentimientos y deseos. También con pesadillas, dolores, odios y conflictos. Con todo, para abrir la puerta a la NADA. Asumirlo, aceptarlo y vivirlo consciente y tranquilamente, con convicción, es el mayor acto de valentía que conozco. He podido vivir muy de cerca, especialmente de seres queridos, que han logrado morir tranquilos y en paz consigo mismos, lo que ha dependido de la valoración positiva de lo que han sido sus vidas, de la conciencia adquirida de su natural finitud y del auxilio compasivo de médicos y personal de la salud comprometidos con el cuidado de la vida y de la muerte con dignidad.





La vacuna recombinante contra el herpes zóster es altamente eficaz y segura

El herpes zóster, una enfermedad dolorosa y a menudo mal entendida, ha desencadenado numerosas preguntas. Para despejar las principales dudas al respecto, el Colegio Médico Colombiano habló con el doctor Iván Arturo Rodríguez, médico internista, especialista en infectología, epidemiólogo clínico, máster en VIH y miembro de la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), quien explica en detalle las causas, los síntomas, los riesgos y la prevención del herpes zóster.

Aunque se trata del mismo tipo de virus, ¿podría explicar cuál es la principal diferencia entre el herpes zóster y en qué se diferencia de la infección inicial de varicela?

Doctor Rodríguez: primero, hay que aclarar la conexión entre el herpes zóster y la varicela. Ambas afecciones son causadas por el virus varicela-zóster. Cuando una persona se infecta por primera vez con este virus, generalmente durante la infancia, se manifiesta como varicela. Esta infección inicial se caracteriza por una erupción generalizada, fiebre y malestar general. El virus ingresa al cuerpo por vía aérea a los pulmones, viaja a los ganglios linfáticos y luego se propaga a través del torrente sanguíneo a varias partes del cuerpo, particularmente la piel.

Una vez que el sistema inmunológico controla la infección, los síntomas de la varicela desaparecen. Sin embargo, el virus no se elimina por completo. En cambio, permanece latente en las células nerviosas, esperando una oportunidad para reactivarse. Esta reactivación, que ocurre más tarde en la vida, es lo que llamamos herpes zóster. A diferencia de la varicela, que afecta a todo el cuerpo, el herpes zóster se localiza en vías nerviosas específicas y las áreas correspondientes de la piel. Este brote localizado es el resultado de la multiplicación del virus en los nervios sensoriales donde se había estado escondiendo.

¿Cuáles son los síntomas comunes del herpes zóster y quién tiene mayor riesgo de desarrollar esta afección? ¿Cuál es la principal complicación?

Doctor Rodríguez: el herpes zóster generalmente se presenta como una erupción dolorosa con enrojecimiento y ampollas llenas de líquido que siguen el recorrido de uno o más nervios. Debido a que el virus afecta los nervios sensoriales, los pacientes a menudo experimentan dolor ardiente, entumecimiento, hormigueo o mayor sensibilidad en el área afectada. El dolor puede ser intenso y debilitante, incluso antes de que aparezca la erupción.

En cuanto a quiénes tienen mayor riesgo, sabemos que cualquier persona con un sistema inmunológico debilitado es más susceptible al herpes zóster. Esto incluye a los adultos mayores, ya que el sistema inmunológico se debilita naturalmente con la edad, un fenómeno conocido como inmunosenescencia. Otros factores

de riesgo incluyen el uso de medicamentos inmunosupresores, como corticosteroides o quimioterapia, y afecciones subyacentes como VIH, cáncer o enfermedades autoinmunes.

La complicación más importante del herpes zóster es la neuralgia posherpética (NPH), que consiste en la persistencia del dolor en los nervios afectados mucho tiempo después de que se haya curado la erupción. Este dolor crónico puede durar meses o incluso años y puede afectar significativamente la calidad de vida de una persona. En algunos casos, dependiendo de los nervios involucrados, el herpes zóster puede derivar en otras complicaciones, como parálisis facial o problemas de visión si se afecta el nervio oftálmico.

¿Qué tan efectivas son las vacunas disponibles actualmente contra el herpes zóster y a qué grupos de edad se recomienda recibirlas?

Doctor Rodríguez: es importante la vacunación para prevenir el herpes zóster. Actualmente, contamos con una vacuna recombinante altamente efectiva contra el herpes zóster, que ha demostrado tasas de eficacia superiores al 90 por ciento en la mayoría de los casos. Esta vacuna se recomienda para personas de 50 años o más, así como para aquellas personas de entre 18 y 50 años que tienen sistemas inmunológicos comprometidos. La vacuna recombinante es particularmente ventajosa porque no contiene virus vivos, lo que la hace segura para las personas inmunodeprimidas.

Se recomienda principalmente la vacunación de todos los adultos mayores. El riesgo de herpes zóster y sus complicaciones aumenta significativamente con la edad, y la vacunación es la mejor medida preventiva disponible. No solo reduce la probabilidad de desarrollar herpes zóster, sino que también minimiza la gravedad de los síntomas y el riesgo de neuralgia posherpética si la enfermedad se presenta.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de la vacuna contra el herpes zóster y cómo se comparan con los riesgos asociados con la enfermedad en sí?

Doctor Rodríguez: en cuanto a la seguridad de la vacuna, hay que precisar que la vacuna recombinante contra el herpes zóster generalmente se tolera bien. Los efectos secundarios más comunes son leves y transitorios, como dolor, enrojecimiento o hinchazón

en el lugar de la inyección. Algunas personas pueden experimentar reacciones sistémicas como escalofríos, fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza o náuseas, pero estas suelen ser de corta duración. En cualquier caso, los beneficios de la vacunación superan con creces los riesgos. Si bien las reacciones alérgicas a la vacuna son posibles, son extremadamente raras y ocurren en aproximadamente 1 de cada 1000 casos. En comparación con las posibles complicaciones del herpes zóster, como el dolor crónico, la pérdida de la visión o la parálisis facial, los efectos secundarios de la vacuna son menores y manejables.

¿Existen avances recientes en la investigación o en las opciones de tratamiento para el herpes zóster que parezcan particularmente prometedores para prevenir el dolor posherpético o las complicaciones que puede tener el herpes zóster?

Doctor Rodríguez: si bien no ha habido avances revolucionarios en los tratamientos antivirales para el herpes zóster, las estrategias de manejo del dolor han mejorado. El tratamiento del herpes zóster se centra en los medicamentos antivirales para controlar el brote y el manejo del dolor para aliviar los síntomas. Para la neuralgia posherpética, utilizamos una combinación de medicamentos, que incluyen pregabalina, acetaminofeno, opioides y parches de lidocaína. En algunos casos, se pueden emplear bloqueos nerviosos o inyecciones de esteroides para brindar alivio.

Mientras se estudian nuevos tratamientos más efectivos para el manejo del dolor, la vacunación sigue siendo la herramienta más eficaz que tenemos para reducir la carga de herpes zóster y sus complicaciones.

¿Es común que un brote de herpes zóster vuelva a aparecer? ¿Con qué frecuencia puede reaparecer la erupción?

Doctor Rodríguez: las tasas de recurrencia varían.



Si bien algunas personas experimentan solo un episodio de herpes zóster en su vida, otras pueden tener múltiples recurrencias. La frecuencia de la recurrencia depende de factores como el estado inmunológico del individuo, la edad y la salud general. Las personas con sistemas inmunológicos debilitados tienen más probabilidades de experimentar brotes repetidos.

¿Qué consejo le daría a las personas que han tenido varicela? ¿Qué pasa con el riesgo de desarrollar herpes zóster más adelante en la vida?

Doctor Rodríguez: si la persona ha tenido varicela, corre el riesgo de desarrollar herpes zóster más adelante en la vida. El riesgo aumenta significativamente después de los 50 años o antes si tiene un sistema inmunológico debilitado. Mi recomendación es que se vacune, especialmente si se encuentra en una de estas categorías de alto riesgo. La vacunación es la mejor manera de prevenir el herpes zóster y sus complicaciones, como la neuralgia posherpética.

De igual manera, cuando se sospeche que un brote en la piel puede ser de herpes zóster, hay que buscar atención médica de inmediato. El tratamiento temprano con medicamentos antivirales puede ayudar a reducir la gravedad del brote y disminuir el riesgo de complicaciones.



El deporte, aliado en el tratamiento de los trastornos alimenticios

Dr. Stevenson Marulanda, **Presidente del CMC**

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han mostrado un aumento alarmante a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de ansiedad y depresión creció un 25 por ciento durante el primer año de la pandemia de Covid-19, incrementando también los riesgos de desarrollar enfermedades como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Estas patologías no solo afectan el cuerpo, sino también la mente y requieren un enfoque integral para su tratamiento.

“Todas las personas somos propensas a sufrir un TCA debido a la sobrecarga de información nutricional en redes sociales, incluso de fuentes no confiables que dan información alterada y hacen que una persona elimine ciertos alimentos de su dieta”, afirma **Mauricio Mejía, médico deportólogo de Colsanitas**, además, destaca que la información nutricional no confiable difundida en redes sociales contribuye significativamente al desarrollo de los TCA.

El tratamiento de los TCA requiere un equipo interdisciplinario que combine psiquiatría, psicología, nutrición

y medicina deportiva. El deporte, aunque puede representar un desafío en algunos casos, es un recurso fundamental cuando se utiliza de manera adecuada. Mejía subraya que el ejercicio bien dirigido ayuda a los pacientes a gestionar sus emociones, reducir la ansiedad y retomar una relación positiva con su cuerpo y la alimentación.

“El ejercicio compulsivo es una conducta común en hasta el 80 por ciento de las personas con TCA, por lo que practicar deporte de manera supervisada y adaptada es esencial para evitar recaídas y promover la recuperación. No se trata sólo de actividad física, sino de una herramienta para fortalecer la mente y el cuerpo”, explica Mejía.

Entre los ejercicios más recomendados para pacientes con TCA se encuentran el yoga, los estiramientos, el fortalecimiento muscular y la meditación, actividades que no solo tienen un bajo gasto calórico, sino que también contribuyen a la relajación y el equilibrio emocional.

El doctor Mejía comparte el caso de una joven de 17 años con anorexia severa, quien logró superar una etapa crítica de su enfermedad gracias a un enfoque integral que incluyó el deporte. “Al principio, la paciente no

estaba conforme con las recomendaciones porque sentía que el ejercicio era insuficiente, pero la rehabilitación cardíaca fue clave para estabilizar su salud. Dos años después, aunque sigue enfrentando desafíos, ha logrado mejorar notablemente”.

¿Cómo apoyar a alguien con TCA?

Es fundamental abordar el tema desde la empatía y la comprensión. Hablar abiertamente con la persona afectada, evitar juicios y promover la búsqueda de ayuda profesional son pasos esenciales. Además, es importante ser críticos con la influencia de las redes sociales y fomentar un entorno de apoyo que valore la salud integral por encima de los ideales irrealistas de belleza.

“El deporte, cuando se practica con supervisión y empatía, no solo fortalece el cuerpo, sino que también ayuda a sanar la mente” menciona el doctor Mejía.



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
Vigilada Mineducación



INSCRÍBETE EN NUESTRAS

Especializaciones

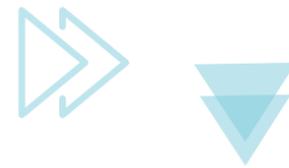
Médico Quirúrgicas



» INSCRIPCIONES
ABIERTAS

#ElBosque
TeMueve

www.unbosque.edu.co



Ruta 17: ¿En qué consiste y quiénes se beneficiarán de esta iniciativa?



En una apuesta por revolucionar la capacitación médica y fortalecer la práctica clínica en el país, Solventum lanza **Ruta 17: Soluciones en Movimiento**, un proyecto innovador que recorrerá 17 ciudades de Colombia con una misión clara: ofrecer a las instituciones de salud soluciones integrales que mejoren la práctica clínica.

“Nuestro objetivo es llevar el conocimiento al mayor número de instituciones, a través de herramientas prácticas y demostraciones en tiempo real, creando un espacio de capacitación que permita a los profesionales en salud adquirir diferentes técnicas de manejo y mejorar su práctica clínica”, explicó **María Ramos, líder del proyecto Ruta 17: Soluciones en Movimiento de Solventum**.

Una solución que recorre Colombia

Ruta 17 va más allá de ser un simple programa de capacitación; es una experiencia educativa itinerante que llega a las principales ciudades del país para impactar directamente en la práctica clínica. Con paradas en lugares como Bogotá, Antioquia, valle del cauca, Costa Atlántica y Santanderes, entre otras, esta iniciativa ofrece a los profesionales de la salud la oportunidad de interactuar con soluciones innovadoras, descubrir nuevas tecnologías y participar en demostraciones prácticas que enriquezcan su conocimiento llevando a optimizar la atención al paciente y elevar los estándares de la práctica médica en el país.

El proyecto tiene un doble enfoque:

- **Reducción del riesgo de infecciones:** ofrecer herramientas y soluciones que ayuden a minimizar las complicaciones quirúrgicas y hospitalarias, mejorando tanto la salud de los pacientes como la eficiencia operativa de las instituciones de salud.
- **Manejo avanzado de heridas:** capacitar a los profesionales en el uso de apósitos de última tecnología y terapia de presión negativa, soluciones que han demostrado ser clave en la aceleración de la cicatrización y la recuperación de los pacientes.

Una solución innovadora para diversos desafíos

La estructura de las sesiones está cuidadosamente diseñada para abordar tanto las necesidades técnicas como administrativas de los participantes. Al llegar a cada institución, los asistentes son recibidos en una vitrina móvil, equipada con modelos anatómicos y recursos especializados en áreas como: anestesia, especialidades quirúrgicas, enfermería e instrumentación quirúrgica.

Los entrenamientos están diseñados para ofrecer una formación integral que abarca tanto las necesidades clínicas como administrativas. Están estructurados de la siguiente manera:

- Presentaciones personalizadas para los equipos clínicos: cada sesión comienza con una introducción adaptada a las necesidades de los profesionales de la salud, brindándoles una comprensión clara de las soluciones y su aplicabilidad en el contexto clínico.
- Demostraciones prácticas con modelos específicos para cada especialidad: se proporcionan experiencias prácticas, donde los participantes tienen la oportunidad de interactuar con modelos anatómicos y tecnologías de última generación, adaptados a especialidades como anestesia, ortopedia, cirugía general y enfermería, lo que les permite comprender cómo las soluciones pueden integrarse en su práctica diaria.
- Espacios interactivos para discutir casos clínicos y resolver dudas en tiempo real: durante las sesiones, se habilitan espacios

dinámicos donde los asistentes pueden compartir y analizar casos clínicos reales, lo que fomenta un aprendizaje colaborativo y permite resolver dudas de forma inmediata, optimizando la aplicación práctica de las soluciones.

“Este formato nos permite ofrecer una experiencia única. Desde el primer contacto, los profesionales no solo comprenden el funcionamiento de nuestras soluciones, sino que pueden visualizar su impacto directo en la atención al paciente”, destacó Ramos. Esta metodología busca que los profesionales no solo reciban formación teórica, sino que también puedan experimentar de forma directa cómo estas herramientas pueden mejorar su día a día en el hospital o clínica, mejorando la calidad del servicio y, en última instancia, la salud del paciente.

Para las áreas administrativas, también se han diseñado sesiones de 15 a 20 minutos, que permiten conocer

cómo las soluciones tecnológicas se integran en los procesos internos de la institución, optimizando la eficiencia operativa y reduciendo costos. Este enfoque permite que todos los involucrados, desde el personal clínico hasta los administrativos, comprendan los beneficios de la implementación de estas soluciones, tanto a nivel práctico como estratégico.

“Buscamos que las instituciones nos consideren un aliado estratégico, brindando soluciones integrales, respaldadas por evidencia clínica y enfocadas en mejorar la calidad del cuidado de los pacientes. Nuestra misión es acompañarlos en su evolución, brindando herramientas innovadoras que optimicen tanto la atención médica como los procesos internos, contribuyendo a un sistema de salud más eficiente y accesible para todos” afirma la **líder del proyecto Ruta 17 de Solventum**.

La selección estratégica de las 17 ciudades para Ruta 17 refleja el compromiso de Solventum con el fortalecimiento del sistema de salud en Colombia. Al priorizar regiones donde ya tiene una presencia consolidada y donde se identificaron las mayores oportunidades de crecimiento e impacto, Solventum asegura que sus soluciones lleguen a las áreas que más lo necesitan.

Este enfoque permite no solo mejorar la calidad de la atención médica a nivel local, sino también generar un cambio positivo a nivel nacional. Ruta 17 se posiciona así como un catalizador de transformación en el sector salud, empoderando a los profesionales de la salud y contribuyendo al progreso de un sistema más eficiente y accesible para todos los colombianos.

Acerca de Solventum

Con más de 70 años de experiencia, sigue liderando la industria mediante innovaciones que abordan los retos más complejos en el ámbito de la salud. Su presencia en 38 países, respaldada por un equipo de más de 20,000 empleados, permite generar resultados positivos y sostenibles que impactan a comunidades de todo el mundo.

