



Conectados

UNIDOS Y ACTIVOS POR NUESTRO GREMIO

EN EL PUNTO

Consideraciones al proyecto de ley para reformar el actual Código de Ética Médica
PAG. 3

DE INTERÉS

Profesionalismo en salud: ¿los modelos actuales de educación médica fomentan el humanismo?
PAG. 6

Implementación de la Ley Estatutaria de Salud, el gran reto para 2017
PAG. 8

El papel de Sociedades Científicas en la definición de las exclusiones
PAG. 10

La ACSC participó en el foro "Salud como derecho fundamental"
PAG. 13

INICIATIVAS

Renovación del profesionalismo médico en el marco de la implementación de la Ley Estatutaria de Salud
PAG. 14

PERFIL

"Es un hombre incansable, que a cada cosa le pone el alma"
PAG. 16

DEL EJECUTIVO

Jornada de Planeación Estratégica
PAG. 20

Posesión del nuevo Presidente de la ACSC
PAG. 21

Piden al Gobierno políticas claras de formalización laboral
PAG. 22

Llamado para evitar traslado de servicios pediátricos en Bogotá
PAG. 22



OPINIÓN

¿Debe tener la ética una regulación legal?

■ JORGE DIEGO ACOSTA CORREA*

ÁGORA

A raíz del proyecto de reforma de la llamada "Ley de Ética Médica", viene al caso responder esta pregunta, y para poderlo hacer debemos desentrañar un asunto conceptual: diferenciar el significado de 'ética' del significado de 'ley'.

'Ética', viene del griego *eticós* (etikós), y tiene en común con 'moral', del latín *moralis*, que ambas palabras significan costumbre en una de sus acepciones. Estos conceptos han evolucionado, y hoy 'moral' se utiliza para significar o caracterizar las acciones de las personas desde el punto de vista de su bon-

dad o maldad, las reglas de conducta propias de una doctrina o las buenas costumbres aceptadas por los sujetos de un grupo humano que **no conciernen al orden jurídico**. Es decir que la moral pertenece **al ámbito de la conciencia**, conciencia moral de los individuos o de la sociedad; a la esfera de la libertad individual en las sociedades democráticas; a la oportunidad de elegir entre diferentes opciones morales, así se pueda enfrentar una sanción social. La ética, relacionada con la moral, es el conjunto de normas morales que rigen la conducta humana o la reflexión y valoración de dichas normas, ya sea por el individuo libre y pensante, o como una disciplina de la filosofía (sistemática, académica, ligada a una doctrina



**JUNTA DIRECTIVA
ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE SOCIEDADES
CIENTÍFICAS**

Presidente

José Ricardo Navarro Vargas
SOCIEDAD COLOMBIANA DE
ANESTESIOLOGÍA

Vicepresidente

Cesar Augusto Burgos Alarcón
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
DERMATOLOGÍA

Secretario

Hernán Alfonso Aponte Varón
ASOCIACION COLOMBIANA DE UROLOGÍA

Tesorero

Rodrigo Córdoba Rojas
ASOCIACION COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

Tesorero suplente

Alejandro Niño Murcia
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
TRASPLANTE DE ORGANOS

Fiscal médico

Ángela María Gutiérrez
SOCIEDAD COLOMBIANA DE
OFTALMOLOGÍA

Fiscal suplente

Germán Mogollón Cruz
SOCIEDAD COLOMBIANA DE
CIRUGÍA PEDIATRICA

Vocales principales

Lina María Triana Lloreda
SOCIEDAD COLOMBIANA DE
CIRUGÍA PLÁSTICA

Jorge Diego Acosta
SOCIEDAD COLOMBIANA DE
ANESTESIOLOGÍA

Miguel Vacca Carvajal
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
ELECTROFISIOLOGÍA

Adriana María Robayo García
ASOCIACION COLOMBIANA DE NEFROLOGÍA

Dora Patricia Bernal
SOCIEDAD COLOMBIANA DE
MEDICINA FAMILIAR

Vocales suplentes

Guillermo Agamenón Quintero
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO

Francisco José Camacho García
ASOCIACION COLOMBIANA DE
CIRUGÍA DE LA MANO

Andrés Mariano Rubiano Escobar
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TRAUMA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
NEUROCIRUGÍA

Claudia Andrea Sánchez
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA
OSTEOPÁTICA - ACMOST

Germán William Rangel Jaimes
ASOCIACIÓN MEDICA COLOMBIANA PARA
EL ESTUDIO DEL DOLOR

Asesor jurídico

Julio Guzmán Vargas

Asesor

Pedro Alfonso Contreras Rivera

Revisor fiscal

Luis Fernando Latorre Lozano

Asistente de presidencia

Clara Jones Díaz

Preparación editorial

Centro de Desarrollo Tecnológico de la
S.C.A.R.E.

Coordinación editorial

Diana Rojas Garzón
Andrea Corredor Avellaneda

Corrección de estilo

Andrea Corredor Avellaneda

Diseño y diagramación

Álvaro Cáceres Amaya

o a un enfoque ideológico); es libre y se ubica en el campo de la **autonomía**, así como la moral.

De igual manera, las dos hacen parte del derecho humano fundamental de hacer uso de la *libertad de conciencia* que tienen los ciudadanos.

La ley (legis en latín) o en general la norma (norman, escuadra o regla en latín y gnomon (gnomov), plomada, fiel del reloj de arena, concededor o juzgador en griego, de donde derivan gnosis, conocimiento, juez y norma, son las reglas de conducta y los límites a las decisiones individuales de los ciudadanos **impuestos** por la autoridad para garantizar el orden social. Son producto de las relaciones de poder y se orientan a resolver la colusión de intereses e ideologías de los diferentes grupos que hacen parte de un Estado o de una organización; pertenecen al campo de la **heteronomía** y exigen la obediencia y sumisión, so pena de castigo.

Por lo anterior no debe haber una “ley de ética”, porque en la democracia no puede regularse la conciencia, la libertad de conciencia y por tanto de pensamiento y expresión. En el caso de la medicina debe haber leyes o normas que regulen la conducta o el ejercicio médico, con prohibiciones explícitas y punibles en caso de su violación.

Pero, ¿y la autonomía con su par, la autorregulación, cómo van?

Autos (autoσ) en griego, propio; gnomon (gnomov) en griego, regla. En la sociedad democrática actual la ley heteronómica se complementa y se equilibra con la autonomía moral del individuo, de tal manera que a mayor autonomía se requieren menos leyes heteronómicas o impuestas. Por esta razón, paralelamente a la legislación del Estado, las profesiones, en especial la médica, deben construir sus propios códigos de ética, que establezcan prin-

cipios (axiología), el deber ser (deontología) y responsabilidades (consecuencialismo) y que estén orientados fundamentalmente a construir una cultura moral del bien actuar profesional. Esta autorregulación está ligada necesariamente a la autonomía médica, requiriendo para ello una firme fundamentación. En principio debe soportarse en el profesionalismo médico que nos orienta en el bien actuar, mediante competencias de conocimiento y habilidades que implican actualización permanente y orientación a la excelencia; estas competencias son indispensables pero no suficientes porque necesitamos desarrollar también aptitudes de comunicación y relacionamiento, en éstas tenemos serias deficiencias que generan pérdida de confianza. De igual forma, estas competencias deben regirse por un enfoque humanista, puesto que el ser de nuestra profesión es humanitario al establecer en nuestro contrato social la misión de velar por la salud de los demás, para hacer más digno el vivir y poder ayudar al bien morir.

En buena hora, el proyecto de ley reformativo de la llamada “*Ley de Ética Médica*” tiene ahora como objetivo la regulación de la práctica o del ejercicio médico bajo un enfoque ético. Nos queda por lo tanto la tarea de hacer nuestros propios códigos auto-regulatorios de ética que se orienten esencialmente a lograr la libre adhesión de las conciencias individuales de los colegas a los parámetros de la moral profesional.

.....
* Miembro Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. Vicepresidente del Colegio Médico Colombiano. Vicepresidente de la Asociación Colombiana de Profesionales de la Salud. Asesor en Política Gremial de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación.

Consideraciones al proyecto de ley para reformar el actual Código de Ética Médica

■ JULIO GUZMÁN VARGAS*

Se ha presentado al Congreso de la República un proyecto normativo que pretende convertirse en la nueva Ley de Ética Médica, cuyo ponente es el senador Juan Manuel Galán. Esta ley, de ser aprobada, reemplazaría a la Ley 23 de 1981, y expresa en su exposición de motivos la inminente necesidad de reformar el actual código de ética médica, debido entre otros aspectos, al tiempo que ha transcurrido desde que se formuló la antigua ley y a todas las cosas

que han cambiado durante el mismo. Expresa el ponente que la medicina de hoy y su ejercicio no son los mismos de antes, afirma también que la nueva ley se regirá por los principios básicos de la profesión, los cuales no han cambiado.

La primera ponencia fue debatida en comisión séptima del Senado el 5 de mayo de 2016 y la segunda ponencia el 14 de diciembre en la plenaria de esta misma cámara. En estas se definía la medicina así: “...una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por

la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. La relación médico paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga éxito



pleno, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional”.

Así mismo, este proyecto dispone que “el médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley, y en el artículo cuarto que la asistencia médica se fundamentará en la libre elección del médico, por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará en lo posible este derecho”.

Si bien el ponente expresa en su exposición de motivos que el proyecto de ley está inspirado en los mejores principios de la ética médica universal y se ha redactado al amparo

del juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, el análisis del texto propuesto y aprobado por la comisión genera muchas dudas frente a su real procedencia y conducencia, toda vez que el texto del proyecto establece en su artículo primero, referente al objeto: “La presente Ley regula la *práctica profesional médica* bajo un enfoque ético, con el fin de que el ejercicio médico en Colombia cumpla requisitos de *ética y calidad médica* para beneficio de las personas y de las comunidades en el marco de esta Ley; define la autoridad competente, los procedimientos e instancias; las faltas y sanciones correspondientes y establece otras disposiciones.”

En este orden de ideas, se define la relación médico paciente como el encuentro vincular entre dos personas: una necesitada de salud (el paciente) y otra dispuesta a proporcionarla en forma de alivio, curación, rehabilitación, cuidado paliativo o prevención (el médico); y define que la relación en el acto médico, entre el médico y el paciente, se establece... por intermediación institucional.

Aun cuando lo anterior pareciera instituir de manera expresa la definición y alcance del acto médico, el texto del articulado redundante en el tema, al definir el manido acto como “el obrar del profesional de la medicina en el marco de la relación médico-paciente-comunidad, con intención de proporcionarles beneficio mediante

“Uno de los puntos que genera mayor inquietud en el texto aprobado corresponde al incluido en el artículo 13, el cual establece cómo debe adelantarse el acto médico”.



“Invitamos a reflexionar a los parlamentarios y ponentes sobre la realidad de la parte sustantiva del proyecto de ley propuesto”.

la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de la enfermedad”.

Aspectos que generan mayor inquietud

Uno de los puntos que genera mayor inquietud en el texto aprobado corresponde al incluido en el artículo 13, el cual establece cómo debe adelantarse el acto médico, y de manera taxativa que este acto debe hacerse de manera idónea, consciente, diligente, humanitaria y con autonomía, entendida esta como la garantía que tiene el médico para examinar y tratar libremente a sus pacientes. La autonomía profesional se acompaña de la responsabilidad de propender por el cuidado y la prevención de las enfermedades, de la autorregulación y del acatamiento a la Constitución y la Ley; no obstante, la anterior afirmación, en el texto del mismo artículo se desarrollan cinco párrafos que a todas luces intentan reglamentar heterogéneamente la autonomía, evento de por sí contradictorio en lo axiológico.

Una vez desarrollado el marco legal de la relación médico-paciente y el acto médico, en el cual de manera adicional se establecen elementos que más parecerían de orden reglamentario, como los inherentes a la gestión misma del consentimiento informado; se procede a desarrollar lo referente a la historia clínica, la

prescripción médica y demás documentos de carácter legal, en un marco muy somero, que genera la necesidad de reglamentar estos temas por la vía administrativa.

En los capítulos subsiguientes del marco sustantivo de la ley propuesta, se encuentra una concordancia próxima con lo dispuesto en la Ley 23 de 1981, adicional a los elementos relacionados con las actuaciones del médico en el contexto del Sistema General de Seguridad Social y lo dispuesto por la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud.

El libro segundo de los proyectos aprobados contiene el marco adjetivo o procedimental de la ley, en el cual, si bien se mantiene intacto el espíritu de la Ley 23 de 1981, se incorporan algunos elementos de participación democrática en la conformación de los tribunales de ética médica, toda vez que deja de ser patrimonio exclusivo de la Federación Médica Colombiana la postulación de los candidatos a magistrados y conjuces y pasa a ser facultad colectiva de la Academia Nacional de Medicina, el Colegio Médico Colombiano, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

De igual manera, el contenido de la parte adjetiva o procedimental del código presenta una clara tendencia hacia lo penal, esto si bien, no representa error alguno, si deviene en la asunción de un riesgo de carácter

procesal: construir un proceso de tipo adversarial sobre la base de un proceso sumarial, realidad jurídica que parecería más de carácter formal que estructural; sin embargo, la nueva graduación de las sanciones incluiría elementos que invitan a revisar más de fondo el marco procesal, y a definir cuál sería el sistema prevalente.

A manera de conclusión, y de conformidad con los argumentos expuestos, invitamos a reflexionar a los parlamentarios y ponentes sobre la realidad de la parte sustantiva del proyecto de ley propuesto, el cual, de acuerdo con su título establece un Código de Ética Médica, pero en su contenido evidencia una clara tendencia a establecer un marco regulatorio del ejercicio de la profesión médica.

Estamos totalmente de acuerdo con que se debe actualizar el marco deontológico del ejercicio de la profesión médica, y que el actual marco regulatorio del ejercicio de la profesión (dado por la Ley 14 de 1962) es aún más anacrónico que el expuesto por la Ley 23 de 1981, pero en ningún momento al interior del proyecto mencionado o en su exposición de motivos se hace referencia a la señalada Ley 14, lo que evidencia un vacío en el proyecto que no subsana el problema de fondo.

* M.Sc. Asesor jurídico de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

DE INTERÉS

Profesionalismo en salud: ¿los modelos actuales de educación médica fomentan el humanismo?

■ ANDRÉS M. RUBIANO ESCOBAR*

El profesionalismo médico es el conjunto de principios éticos y deontológicos que sustentan el compromiso de los profesionales de medicina con los ciudadanos. En este conjunto se incluyen los valores y las conductas que se esperan dentro de este compromiso. Estos principios evolucionan con los cambios sociales, y en este proceso avalan la confianza que la población tiene en los médicos.

La excelencia, el humanismo, la responsabilidad y el altruismo se consideran pilares del profesionalismo.



Estos pilares a su vez están soportados por una comprensión del marco ético y legal, unas apropiadas destrezas de comunicación y una competencia clínica. Teniendo en cuenta estos aspectos, sería lógico pensar que los programas de formación de profesionales en salud, fundamentaran sus programas de formación en cada uno de estos elementos.

Para explorar un poco si existe actualmente evidencia del impacto del proceso de formación en los aspectos claves que fundamentan el profesionalismo, voy a centrar este corto análisis en uno solo de ellos: el humanismo.

Humanismo en salud

La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) define el humanismo, en su serie de Cuadernos de Autonomía y Humanismo, como el valorar al ser humano y especialmente a la condición humana, lo cual conlleva una relación muy íntima con sentimientos de generosidad, compasión y preocupación. Para generar estos sentimientos se requiere una conducta pro-social, es decir una conducta humana básica que nos permite hacer cosas por los demás; es lo exactamente opuesto a una conducta anti-social. La noción más elevada de la conducta pro-social es el altruismo. De acuerdo con esto, se podría inferir que la formación profesional en medicina, debería promulgar las conductas pro-sociales en los estudiantes como un elemento desarrollador de su profesionalismo médico, centrado en grandes pilares como el humanismo y el altruismo, componentes esenciales de este profesionalismo.

Se han realizado recientemente interesantes estudios fuera de la región latinoamericana en grupos de estudiantes de medicina, con modelos de investigación cualitativa, a través de instrumentos que miden la conducta pro-social. Los resultados de estos estudios son muy interesantes: en general los estudiantes ingresan a sus programas universitarios con una conducta pro-social aceptable, incluso en algunos bastante alta. A medida que avanzan en sus años de formación, esta conducta disminuye; se mantiene relativamente estable en su etapa de ciencias básicas, se reduce notoriamente durante el inicio de la formación en clínicas (coincidiendo con el inicio de las rotaciones hospitalarias) y disminuye aún más durante el internado.

La metodología de aprendizaje basado en problemas (uno de los modelos más aceptados actualmente en la formación en salud) no es un factor influyente sobre la variabilidad en la conducta pro-social. Es decir, el modelo científico de enseñanza no influye sobre las capacidades relacionadas con la conducta pro-social. Considero que en este momento de construcción de un nuevo país –en el que elementos como la solidaridad, la tolerancia y la conducta pro-social son innegablemente piezas claves de esa construcción; donde se busca retomar elementos del contrato social entre los trabajadores de la salud y los ciudadanos y donde cada día se habla de la responsabilidad social del estado y de los médicos como actores fundamentales en esas relaciones del estado y sus miembros– valdría la pena profundizar un poco más en la evaluación del impacto de

los programas de formación profesional en salud y su relación con el fomento del profesionalismo médico.

Conocer a fondo estas dinámicas y el papel que juegan cada una de las variables, incluyendo el del educador, especialmente durante los años de rotaciones clínicas, sería un aporte fundamental en la identificación de procesos que puedan ser modificables, susceptibles de mejoría, que permitan generar médicos más humanos y más profesionales.

“La formación profesional en medicina, debería promulgar las conductas pro-sociales en los estudiantes como un elemento desarrollador de su profesionalismo médico”.

En este momento, a través de un proyecto de tesis doctoral, nos dirigimos hacia el proceso de comprensión de estas dinámicas. Es una invitación abierta a quienes deseen participar en este proyecto, y de esta manera abrir una ruta hacia la construcción de ese profesionalismo médico que tanto promulgamos, que puede suscitar un cambio importante en la actualización del contrato social entre el personal de salud y la sociedad colombiana.

*MD, PhD(c), FACS. Neurocirujano, Profesor de Neurociencias y Neurocirugía, Universidad El Bosque. Secretario de la Asociación Colombiana de Neurocirugía. Presidente de la Asociación Colombiana de Trauma.



Implementación de la Ley Estatutaria de Salud,

el gran reto para 2017

■ ANDREA CORREDOR A.

Varios podrían ser los logros a la fecha de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y sus retos para lo que resta de este año, que aunque apenas empieza como se suele decir “va volando”; sin embargo, luego de hablar con varios de los miembros de la Junta Directiva, asesores y expresidentes, la mayoría coincide en señalar la Ley Estatutaria de Salud como el principal logro de esta organización y su implementación como el principal reto, no sólo porque son coautores y protagonistas de la misma sino por lo que espera la gente,

el ciudadano, del gremio médico en este crucial momento.

En la actualidad y a raíz de la reciente entrada en plena vigencia de esta ley el pasado mes de febrero —una vez cumplido el plazo de dos años para definir las prestaciones en salud a que tienen derecho los colombianos, a partir de la regulación de su artículo 15— hay voces optimistas y otras no tanto, algunas considerando, entre otros aspectos, que su implementación se da en medio de un sistema de salud aún en estado crítico, que la aplicación de la ley puede generar un déficit financiero peor que el actual o que el Gobierno no ha hecho lo

posible para que se aplique como debe ser y quedó consagrado.

En medio de este panorama, sin duda imposible de ocultar, y del periodo de transición para su aplicación, cobra especial importancia la responsabilidad que tienen todos los actores del sistema frente al cumplimiento de la Ley 1751, incluso los mismos pacientes porque por primera vez en el país una ley establece que las personas tienen deberes consigo mismas y con el sistema de salud, pero especialmente los médicos como garantes del bienestar de la sociedad y promotores de la misma. Como hace poco lo decía una de las editoriales escritas sobre el tema,

‘hoy más que nunca los médicos y sus organizaciones tienen un papel protagónico dentro del sistema de salud, que deben concretar en propuestas sobre tribunales éticos, directrices de autorregulación, modelos integrales de atención’, y más aún cuando a través de esta ley los médicos volvieron a conquistar su autonomía al poder tomar decisiones relacionadas con el mejor tratamiento de sus pacientes, sin que medie autorización.

Sin duda, la implementación de la Ley Estatutaria de Salud es un desafío por el que debe trabajar el gremio, pero este va unido al reto de lograr que la autonomía médica se realice mediante la autorregulación, es decir que cada una de las Sociedades de las diferentes especialidades incentive, motive, vigile el quehacer de sus médicos dentro del marco de la ética y el profesionalismo.

Teniendo en cuenta lo anterior y la misión de la Asociación orientada a mejorar la calidad del ejercicio profesional y el nivel de vida de la población colombiana, relacionamos aquí algunas voces internas frente al tema que dio pie a este artículo:

“La aplicación de la ley estatutaria implica que a mediano plazo el modelo de atención en salud sea transformado estructuralmente, lo que pasa es que las normas se demoran en ser efectivas. Por ejemplo, una ley tan negativa como la Ley 100 en sus primeros 10 años no pudo implementarse con toda su ferocidad, solo en los últimos 13 años sentimos sus negativos efectos. No obstante, con la Estatutaria hay pequeños logros en el corto plazo como la eliminación de los comités técnico científicos (mecanismos disfrazados de técnicos sin pares médicos de quienes habían prescrito un tratamiento o un medica-

“Necesitamos rescatar al médico del negocio y devolverlo a su función principal, el bien hacer”.

mento...de esta manera se empieza a rescatar la autonomía del médico de las restricciones de las EPS) y la implementación que ya se está haciendo de modelos de atención primaria que cobijan la diversidad en Colombia. Ahora bien, teníamos una obligación de generar un marco legal, pero a ese le tenemos que responder con la autorregulación y está se fundamenta en la ética, el profesionalismo y el humanismo. Necesitamos rescatar al médico del negocio y devolverlo a su función principal, el bien hacer”. *Jaime Calderón, expresidente ACSC.*

“La sociedad estaba centrada en el debate sobre el modelo de salud, sobre el sistema. Nosotros nos apartamos de esa discusión y planteamos una salida que es la ley marco de la medicina, dándole prioridad al derecho a la salud, pues a partir de esta ley se estableció que la salud es un derecho fundamental por autonomía y no por conexidad al derecho a la vida, por ejemplo. Este es un logro significativo, al igual que el rescate de la autonomía médica como el eje garantista de ese derecho.

Estamos participando en algunos temas relacionados con su implementación, pero hay otros como el de los beneficios que lo debe aclarar el Ministerio, y nosotros vigilar que se ejecute de una manera justa y conforme al fundamento de esta ley. La vigilancia o guía nuestra es fundamental en el proceso de ejecución e interpretación de la ley”. *César Burgos, Vicepresidente ACSC.*

“Un reto de esta Asociación es promover el instrumento de la educa-

ción. A los especialistas les falta educación en los temas relacionados con el ejercicio profesional; por ejemplo, la mayoría no conoce el ámbito de la Ley Estatutaria que elevó la salud al nivel de derecho fundamental, constitucional y autónomo. Para garantizar el goce efectivo de ese derecho todo comienza por la postura y actitud de los médicos porque todos los pacientes que requieren los servicios de salud entran por un médico y este debe tener clara su obligación de garantizarle la mejor atención. La Ley Estatutaria le ha dado autonomía plena para su ejercicio profesional en beneficio del paciente, por lo tanto para contribuir a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud debe conocerla e interpretarla correctamente. Somos los casi 80 mil médicos que hay en Colombia los que debemos tomar conciencia de esto. De ahí que el papel y reto prioritario de estas organizaciones debe ser darle a los médicos la educación que requiere en temas como éste, que complemente lo técnico y científico de su especialidad, para que se dignifique la profesión y cumpla con los mandatos de la Constitución Nacional”, *Pedro Contreras Rivera, presidente de ASMEDAS.*

“Lo más importante es que esa ley se vuelva una realidad, que nosotros seamos los promotores, es una obligación con el país, con todos los actores de salud porque va a repercutir en ellos mismos. Nuestro principal esfuerzo debe estar centrado en esto”. *Germán William Rangel, miembro de la Junta Directiva de la ACSC.*

El papel de Sociedades Científicas en la definición de las exclusiones

■ ALEXANDRA SERNA Z.

Hasta el 7 de marzo iban postulados siete medicamentos y tres procedimientos para ser excluidos de la financiación con recursos públicos, todos nominados por el propio Ministerio de Salud. Sin duda la fase de análisis técnico-científico, en la cual la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas delegará expertos de alto nivel, se constituye en el principal filtro del mecanismo para definir las exclusiones. Ya empezó el debate.

Tras el primer anuncio que hizo el Ministerio de Salud sobre las tecnologías de salud (medicamentos y procedimientos) que ya están nominadas para ser excluidas de la financiación con recursos públicos, el debate mediático se enfocó

inicialmente en la exclusión o no de la reconstrucción mamaria con prótesis en los casos de cáncer de mama.

De entrada, se puso en evidencia que el objetivo de adoptar un procedimiento técnico-científico, participativo, público y transparente para definir las exclusiones de las prestaciones de salud, bajo los criterios contenidos en la Ley Estatutaria de Salud, requerirá un esfuerzo superior de todos los actores para anteponer el interés general, el derecho fundamental a la salud y la racionalidad del sistema. Vale anotar que la nominación inicial de siete medicamentos y tres procedimientos la hizo en su totalidad el Ministerio de Salud y Protección Social, es decir, el primer actor en “levantar la mano” y exponer las cartas de lo que no debería financiarse con recursos públicos es el mismo que finalmente decidirá sobre las exclusiones. Aunque pareciera que el Ministerio lleva la delantera, es crucial la participación de las sociedades científicas y demás actores del sistema de salud (IPS, EPS, asociaciones de pacientes y profesionales de la salud, industrias farmacéuticas, entes territoriales).

Según la Resolución 330 de 2017 (firmada el 14 de febrero y dada a conocer tres días después) el plazo para las primeras nominaciones se vence el próximo 31 de marzo. Entre uno y dos meses luego, es decir abril o mayo, las sociedades científicas analizarán y conceptuarán sobre las nominaciones a través de sus delegados. Finalmente, si todo transcurre dentro de los tiempos que plantea la Resolución y los diferentes actores participan activamente, la primera “cohorte” de exclusiones estaría lista antes de que concluya el año 2017.

Un proceso que requiere legitimidad

“Los únicos que tienen legitimidad para definir las exclusiones son los médicos”, afirmó el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en el acto de posesión del Dr. José Ricardo Navarro como Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), el pasado 22 de febrero. Más allá de que fuera una declaración “políticamente correcta”, teniendo en cuenta el auditorio al que se dirigía



LISTA INICIAL DE NOMINACIONES DE EXCLUSIONES

- Tteofilina (EPOC)
- Anakinra (artritis reumatoide)
- Diazepam (preeclampsia en el embarazo)
- Fenitoina (preeclampsia en el embarazo)
- Reconstrucción mamaria con prótesis (cáncer de mama)
- Sombras terapéuticas (autismo en la niñez)
- Terapias no ABA (autismo en la niñez)
- Dexrazone (cáncer de mama)
- Irinotecan (cáncer de colon, ovario, pulmón)
- Octreotide (otras hipoglicemias neonatales)

VALIDACIÓN OPERATIVIDAD CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, del Ministerio de Salud, realizó el 1 y 8 de febrero reuniones con diferentes actores (Sociedades Científicas, Colciencias, INVIMA, Observatorio Científico Nacional, Universidades, expertos independientes y un invitado internacional, Defensoría del Pueblo y Procuraduría) para analizar los seis criterios de exclusión contenidos en la Ley Estatutaria:

1. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.
2. Que se encuentre en fase de experimentación.
3. Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica.
4. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.
5. Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.
6. Que tengan que ser prestados en el exterior.

“Definir las exclusiones de las prestaciones de salud requerirá un esfuerzo superior de todos los actores para anteponer el interés general, el derecho fundamental a la salud y la racionalidad del sistema”.

el Ministro, es cierto que los médicos, especialistas y demás profesionales de la salud tienen ahora una oportunidad de “oro” para incidir, a través de sus asociaciones, en la definición de lo que no cubrirá el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“En la primera fase: nominación y priorización de las exclusiones, es de vital importancia que participen especialmente las sociedades de ortopedia y neurocirugía, teniendo en cuenta que la primera causa de muerte por trauma en Colombia es el de tipo craneoencefálico. Lo primero que deben hacer es participar en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y de ahí plantear las exclusiones”, explica el Dr. Ricardo Navarro.

Sin duda la segunda fase, de análisis técnico-científico, se constituye en el principal filtro del mecanismo para definir las exclusiones, en la cual la ACSC delegará expertos independientes de alto nivel (sin conflictos de interés o alguna relación con la industria) para integrar el Grupo de Análisis Técnico-Científico, que hará su labor junto a los estudios técnicos que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Además, que el nuevo Director Ejecutivo del IETS sea el Dr. Jaime Calderón, expresidente de Sociedades Científicas, puede garantizar que se tenga en cuenta el punto de vista de los gremios de especialistas, como lo mencionó el propio Ministro. Claramente también se requiere de suficiente legitimidad en las dos últimas fases del esquema de mecanismo de definición de exclusiones: consulta a pacientes potencialmente afectados y adopción y publicación de las decisiones. En la tercera fase será de especial atención el asunto de las enfermedades huérfanas, pues las exclusiones no podrán -bajo ninguna circunstancia- afectar el acceso a los tratamientos de estas (parágrafo 3 del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud). En la cuarta el Ministerio decide, pero no de manera arbitraria.

“Es necesario reiterar que la Ley Estatutaria de Salud fijó la autonomía profesional con autorregulación. Así como los médicos debemos tener la madurez para formular un medicamento, requerir dispositivos o practicar ciertos procedimientos, las asociaciones de profesionales de la salud tendremos que asumir este proceso de exclusiones con la suficiente madurez para lograr que se haga efectivo el derecho fundamental a la salud”, concluye el Dr. Navarro.

MIPRES, OBLIGATORIO DESDE EL 1 DE ABRIL

Aunque la hora cero para la entrada en vigencia plena del aplicativo MIPRES era el 1 de marzo, el Ministerio de la Salud decidió prorrogar un mes más la fecha, teniendo en cuenta la implementación gradual de la herramienta entre los actores del sistema, situaciones administrativas y técnicas, disposiciones para el manejo de enfermedades huérfanas, el reconocimiento de la autonomía profesional frente a la prescripción de medicamentos sin registro sanitario, entre otras circunstancias.

A través de la Resolución 532 de 2017, expedida el 28 de febrero, se hicieron nuevas modificaciones para la entrada en vigencia del Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el objetivo de que los profesionales de la salud se adapten al aplicativo y se garantice su ejercicio profesional autónomo sin restricciones.

Aun así, el doctor Pedro Contreras, Presidente de ASMEDAS, plantea que “a estas alturas el MIPRES no funciona, porque contiene una base de datos de procedimientos y servicios que no sabemos de dónde la han sacado, en vez de que sea el médico en ejercicio de su autonomía el que defina qué requiere el paciente”. Según el Dr. Contreras, los gremios médicos estuvieron de acuerdo con que el Gobierno hiciera un control de las prescripciones y con vincular en un principio el ejercicio médico y autónomo al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), mas no con una nueva herramienta como el MIPRES.



Foro del 7 de marzo, realizado en el auditorio de la revista *Semana* en Bogotá. Foto t

■ CÉSAR BURGOS ALARCÓN*

El pasado 7 de marzo la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) participó, como una de las entidades invitadas, en el Foro “Salud como derecho fundamental: retos y oportunidades”, organizado por la revista *Semana*, a propósito de la entrada en plena vigencia de la Ley Estatutaria y los cambios que esto implica.

El objetivo del panel era analizar con expertos del sector qué tan pertinente es la Ley Estatutaria de Salud (LES) para el sistema de salud colombiano, a través de diversas preguntas como: ¿por qué es necesaria la LES?, ¿en qué medida nuestro sistema de salud puede mejorar con esta ley?, ¿cómo pueden aportar los diferentes sectores a la consolidación de una salud más humana?, ¿cuáles son los retos para su implementación?, ¿cuáles han sido los beneficios de la LES?

El evento contó con la moderación de Augusto Galán Sarmiento y con la participación como panelistas de los doctores Alejandro Gaviria, Ministro de Salud y Protección Social; Juan Carlos Giraldo de la Asociación Colom-

“Ante la pregunta sobre una supuesta actitud revanchista de los médicos, dejamos claro que lo que hay es insatisfacción ante el trato indigno que se nos ha dado en todos los niveles del ejercicio”.



tomada de www.forossemana.com

La ACSC participó en el foro “Salud como derecho fundamental”

biana de Hospitales y Clínicas; Gustavo Morales de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación (Afidro), y César Burgos de la ACSC.

El Ministro Gaviria hizo una presentación inaugural en la que esbozó los antecedentes de la LES, sus alcances, las interpretaciones del Ministerio sobre la sentencia 313 que declara su exequibilidad, las razones normativas reglamentarias expedidas desde el Ministerio sobre afiliación, el MIPRES, los beneficios individuales y colectivos, y el manejo de la crisis financiera de la salud, separando la manera de enfrentar las deudas del pasado y los nuevos recursos proyectados para las necesidades y retos que se derivan de la Ley Estatutaria.

Cabe destacar la coincidencia de los panelistas sobre la necesidad que tenía el país de una ley marco que armonizara las exigencias de un estado social de derecho como el colombiano, con unas sentencias particulares que pedían a voces una ley integral para darle forma y fondo constitucional a un derecho fundamental y autónomo.

De igual manera, se evidenciaron algunas diferencias sobre la filosofía, significado y alcance de la LES. La ACSC, como una de sus gestoras, manifestó que esta ley representa un avance cualitativo y esencial para el goce efectivo del derecho a la salud, define lo que debe ser y hacer un sistema de salud en Colombia, y representa otros importantes progresos como la definición de los deberes del estado, los derechos y deberes de los pacientes, el principio pro homine y la condición subsidiaria de la sostenibilidad al goce efectivo del derecho.

En respuesta a la pregunta: ¿en qué medida el sistema de salud puede mejorar con la ley?, la ACSC respondió que

los alcances de esta ley pueden superar las posibilidades del sistema de salud vigente, por lo que es pertinente modificarlo para que se ajuste al derecho y no lo contrario; además de posicionar al paciente en el centro del sistema; actuar sobre los determinantes con una estrategia de Atención Primaria en Salud que favorezca la promoción, prevención y detección temprana como herramientas de gestión, y en este contexto lograr que la doctrina sea el derecho a la salud y que el sistema se constituya en la estructura que lo garantice.

Así mismo, en el foro fuimos enfáticos al hablar sobre la autonomía médica con autorregulación como un elemento axial del derecho a la salud que nos compromete en tareas de corto, mediano y largo plazo para reasumir los principios del profesionalismo médico, y nos motiva a la catarsis depurativa de vicios comportamentales derivados de una medicina que nos hizo acrílicos y partícipes o sujetos pasivos de un entramado mercantil.

Finalmente, y ante la pregunta sobre una supuesta actitud revanchista de los médicos, dejamos claro que lo que hay es insatisfacción ante el trato indigno que se nos ha dado en todos los niveles del ejercicio. Este aspecto la Ley Estatutaria lo incorpora al amparar las condiciones laborales justas y dignas, y debería ser abordado por el sistema de salud, de forma prioritaria. Muy a pesar de este vacío, los médicos hemos mantenido la responsabilidad social como objetivo indeclinable de nuestro ejercicio profesional.

* Vicepresidente ACSC.

Renovación del profesionalismo médico en el marco de la implementación de la Ley Estatutaria de Salud



■ MIGUEL VACCA CARVAJAL*

El profesionalismo médico está contemplado en la Ley Estatutaria, que comprende elementos axiológicos y deontológicos de la medicina. El profesionalismo involucra la responsabilidad social del profesional, ya que cada individuo debe propender por realizar un aporte social. Su definición también incorpora no ceder ante malas prácticas y presiones provenientes de los diferentes actores del sistema.

La definición más contemporánea indica que por profesionalismo se entiende el conjunto de prácticas, comportamientos y actitudes, asentadas en un fundamento moral, mediante las cuales la profesión se relaciona

con la sociedad; este concepto también involucra cuatro valores centrales interconectados: la atención centrada en el paciente, la integralidad y responsabilidad, la administración justa y ética de los recursos, y la búsqueda de la excelencia (Levinson, 2014). En este orden de ideas, el profesionalismo es concebido como la moralidad interna de la profesión desempeñada con altruismo y virtud (Freidson, 1970) (Patiño, 2004).

Ahora bien, el ejercicio de la autonomía profesional y de la autorregulación dispuesta en la Ley Estatutaria de Salud, está intrínsecamente relacionado con los valores que conforman el profesionalismo al conllevar una práctica clínica fundamentada en altos estándares de calidad y en

los valores propios del ejercicio de nuestra profesión.

En este sentido, desde sociedades científicas se considera que la autorregulación de los profesionales debe darse por los pares académicos y las organizaciones médicas en el establecimiento de normas y márgenes para ejercer la autonomía, así como en la denuncia y sanciones correspondientes por faltas en el profesionalismo relacionadas con negligencia, imprudencia e impericia.

La iniciativa de la ACSC

La ACSC ha venido tratando como un tema prioritario y estratégico en el seno de su junta directiva una iniciativa denominada “Fomento, renovación y fortalecimiento del profesionalismo

DECÁLOGO DE COMPROMISOS

1. Compromiso con la competencia
2. Compromiso de honestidad con los pacientes
3. Compromiso con la confidencialidad
4. Compromiso de mantener buenas relaciones con los pacientes
5. Compromiso de mejorar la calidad de atención
6. Compromiso de mejorar el acceso a los servicios
7. Compromiso con una distribución justa de los recursos finitos
8. Compromiso con el conocimiento científico
9. Compromiso de mantener la confianza manejando los conflictos de interés
10. Compromiso con las responsabilidades profesionales

Fuente: Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002 Feb 5; 136 (3):243-246.

- Patiño, J.F. (2014). El profesionalismo Médico. *Rev Colomb Cir*, 146-152
- Portocarrero, J. (2010) Autonomía Médica. *Vía Salud* (51), 4- 9.
- Wynia, M. (2008). The Short History and Tenuous Future of Medical Professionalism: The erosion of medicine's social contract. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51 (4), 565- 78.

.....
Presidente de la Asociación Colombiana de Electrofisiología. Miembro de la Junta Directiva de la ACSC.

médico”, la cual tuvo su origen en un proyecto sobre profesionalismo y experiencias internacionales de autorregulación, patrocinado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en colaboración con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Este proyecto requiere de la participación de todas las agremiaciones y organizaciones médicas, centros de conocimiento, instituciones de educación superior, Gobierno, diferentes actores del sector y de otras organizaciones nacionales e internacionales para lograr los retos que plantea el sector salud en este momento en relación con la implementación de la ley estatutaria.

Este primer llamado convoca a todos los actores del sector a reflexionar en soluciones basadas en el deber ser y en los fundamentos de la profesión médica y del profesionalismo. Invitamos a todas las organizaciones científicas a comenzar con el estudio y adopción de diferentes estrategias para fomentar y cultivar una práctica clínica cimentada en el profesionalismo. En particular, la ACSC propone que cada sociedad científica adopte, difunda y cultive el contenido de las declaraciones de la Asociación Médica Mundial sobre autonomía y autorregulación, y el decálogo propuesto como estatuto médico por ABIM (American Board of Internal Medicine), ACP Foundation, y la Federación Europea de Medicina Interna.

Finalmente, la ACSC recomienda de igual manera que las diferentes sociedades científicas designen comités y tutores en profesionalismo, y que promuevan espacios protegidos en cualquier actividad académica o educativa para desarrollar los fundamentos del profesionalismo, espe-

cialmente en los congresos nacionales de las diferentes especialidades y en sus revistas de publicación científica, conforme a la premisa de que el compromiso con el profesionalismo y su desarrollo, es de todos.

En la próxima edición profundizaremos más sobre esta importante iniciativa.

Lecturas recomendadas:

– Asamblea Médica Mundial (2002). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la autonomía y la autorregulación profesional*. Retrieved from http://www.cgh.org.co/articulos/autonomia_medica.pdf

– Cruess, R. (2008). Expectations and Obligations: Professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine*, 579-98.

– Davies, M. (2007). *Medical Self-Regulation: Crisis and Change*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.

– EFQM. (2013) *European Foundation for Quality Management*.

– Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*.

– Gladston, D. (2000). *Regulating Doctors*. Bury St Edmunds, Suffolk: St Edmundsbury Press.

– Guyer, P. (1998). *Kant Inmanuel*. *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London: E. Craig.

– Hafferty, F. (2008). Moving Beyond Nostalgia and Motives: Towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 599- 615.

– Larson, M. (1977) *The Rise of professionalism*. Berkely, California: University of California Press.

– Levinson, W. (2014). *Understanding Medical Professionalism*. New York; Mc Graw- Hill.

“Es un hombre incansable, que a cada cosa le pone el alma”



■ ANDREA CORREDOR A.

Fotos: Angelo Beltrán R.

Para escribir sobre José Ricardo Navarro Vargas era necesario conocerlo, ir más allá del saludo que amablemente brinda cuando uno se lo encuentra y de la percepción que este simple gesto puede dejar. Por esta razón, le pedí que me diera un espacio en su agenda para dialogar más que para hacerle una entrevista, y justo me lo dio el día en que se posesionaba como presidente de la Asociación Colombiana de Socie-

dades Científicas; un día que pensé era difícil para él por la cantidad de cosas que tenía pero que terminé entendiendo era normal en su vida.

La cita me la puso en la Universidad Nacional al mediodía, lugar del que se graduó como médico anestesiólogo en 1995, de donde es profesor desde 1996 y donde -luego de presentarme su amada facultad de medicina, a algunos de sus compañeros y amigos, y de servirme un tintico- lo acompañé a su clase: *Paro cardíaco en el adulto: ¿qué hacer?* en la sala Guillermo Fergusson. Cabe señalar a propósito, que unos minutos antes

el doctor Navarro me había mostrado la foto de este insigne médico, al igual que la de los demás decanos de la facultad, pero en la de Fergusson se había detenido para decirme: “fue un abanderado del trato igualitario con los pacientes”, algo que para él es fundamental.

En esta aula pude constatar que ser profesor es una de sus facetas más queridas. Debo decir que enseñar es algo que hace con orgullo y total disposición, convencido de la importancia de compartir experiencia y conocimiento con las nuevas generaciones, y principalmente de la necesidad de contribuir a rescatar el humanismo en la profesión porque tal como él mismo allí lo dijo: “muchos médicos sin duda saben pero no son dedicados a los pacientes como antes”. Este tipo de mensajes dijo a sus estudiantes en la clase, combinados claro está con cientos de datos que compartía en forma sobre todo de preguntas: ¿recuerdan la triada de la muerte en el trauma?, ¿el líder de la reanimación puede ser cualquiera de nosotros?, ¿cómo es la frecuencia cardíaca de una mujer embarazada?, ¿cuántos orificios tiene el diafragma?, ¿cuáles son las 2 hormonas que se producen en el hipotálamo?, ¿Cuál es el hematocrito ideal?, etcétera, la mayoría de las cuales él mismo contestaba, tal vez su auditorio prefería escuchar y aprovechar una horita de clase que se convertía en un mar de datos.

De esta manera fui conociendo al doctor Navarro, a partir también de anécdotas, chistes y datos que me iba contando y de algunas preguntas que en este escrito sintetizo y comparto porque permiten acercarse no sólo al médico y al profesor sino al ser humano: Es oriundo de La Unión, municipio ubicado al norte del Valle del Cauca. Se graduó como médico en 1985 de la Universidad del Valle, y en 1995 como anestesiólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Se puede decir que como médico general se hizo en Boyacá, y su primer trabajo como anestesiólogo fue en el Instituto Materno Infantil de Bogotá; dos lugares a los que recuerda con especial afecto, basta con escucharlo para concluir esto.

Hace consulta como médico general todos los martes, incluso algunos domingos, hace 31 años en el barrio Ismael Perdomo; como médico anestesiólogo trabaja en Profamilia desde hace 21 años y en el Hospital de la Universidad Nacional, donde actúa además como profesor de los residentes.

¿Doctor veo que la consulta es una de sus labores diarias, por qué la sigue haciendo?

Porque esencialmente me gusta... para mí es muy satisfactorio que me identifiquen como médico en ejercicio. Por ejemplo, en el barrio Perdomo hay mamás que me dicen “doctor usted me atendió el parto de mis hijos” (antes nosotros hacíamos de todo), y eso es importante.

Un estudiante hace un tiempito cuando escuchó hablar de que yo hacía consulta como médico general me dijo algo así como: “doctor creo que a usted no le gusta la anestesia, porque no de otra forma se entiende que un anestesiólogo, en lugar de dedicarse a su especialidad le dedique tiempo a la medicina general”. A él

y a algunos conocidos que me dicen que soy “pendejo”, les debo contestar que uno debe seguir ejerciendo como médico general, a pesar de la especialidad, es nuestra esencia, y además sentirse orgulloso de serlo. Alguna vez le dije a mi mamá: “yo voy a ser el mejor médico general de Colombia”, y a mí eso no se me olvida. Sin duda me gusta la anestesia, me considero bueno, al punto de que me gané el premio Juan Marín hace 8 años, pero seguiré haciendo medicina general porque además eso me implica actualizarme... “Hoy en día la medicina es como un péndulo, lo que antes no se hacía ahora si se hace”.

¿Por qué escogió ser anestesiólogo?

Esta misma pregunta me la hicieron cuando me presenté a la especialidad en 1992 en la Universidad Nacional y mi respuesta fue: porque no habían anestesiólogos en Colombia y considero que la anestesia implica cuidar muy bien al paciente.

Cuando yo hice rural en Chita, Boyacá, tenía que remitir a los pacientes que estaban muy enfermos a Soatá. Alguna vez me tocó llevar allí a un paciente y cuando llegué me di cuenta de que era una monja la que estaba aplicando la anestesia, y pregunté por qué no había anestesiólogos, la respuesta fue que en Boyacá era muy difícil conseguirlos. Esto me quedó sonando y tuve que seguir evidenciándolo en mi ejercicio profesional.

Y recuerda ¿qué más le preguntaron en esa entrevista?

Si, recuerdo muy bien esa entrevista, me preparé porque antes me había presentado al Hospital San José y no pasé, como dicen por ahí “me fue como los perros en misa”, recuerdo que me hicieron preguntas para ‘destruirme’.

Volviendo a la de la Nacional, me preguntaron qué a dónde me iría a trabajar y mi respuesta fue Boyacá. Efectivamente cuando me gradué de anestesiólogo al poco tiempo llegué



a trabajar al hospital San Rafael de Tunja, pero sólo duré 3 días porque no necesitaban anestesiólogos, entonces me devolví a Bogotá, al Instituto Materno Infantil, seguí trabajando y al año me presenté a docencia, por ahí dicen que “no hay mal que por bien no venga”.

Yo quería trabajar en Boyacá, quiero tanto a esa tierra que la gente dice que parezco boyacense. Como es la vida, le voy a contar una anécdota: en el tiempo cuando hice medicina rural el empleador más importante en Colombia era el Seguro Social, me presenté al Seguro en Boyacá y ocupé el quinto lugar, me asignaron Chiquinquirá (que no era una de las plazas ofertadas), me dieron un nombramiento provisional y cuando reclamé el definitivo habían nombrado en propiedad a una persona de Boyacá que no había presentado el examen. Me fui triste a visitar a la Virgen de Chiquinquirá y le reclamé, era injusto lo que habían hecho conmigo, pero luego regresé a visitarla porque cuando llevaba 1 mes de ser anestesiólogo me llamó el director del Hospital de Chiquinquirá a ofrecerme trabajo, y aunque no me fui entendí que ella me quería ver allí pero como médico especialista.

¿Qué representa para usted el Materno Infantil y el San Juan de Dios?

Humanismo y escuela. Eran instituciones para los pobres, el estrato 2 era el más alto que atendíamos. Ahí se veía uno prodigado en el más alto nivel del humanismo y de la responsabilidad, porque era tal la cantidad de personas, de casos, que con verlas y atenderlas uno aprendía todo lo posible en el momento; como decía un compañero nuestro “allí entraba el conocimiento por osmosis”.

Doctor y a ¿qué hora hace todo lo que hace?

Para todo hay tiempo. Recordando a un amigo médico le puedo decir que si una misma persona logró ser médico, ingeniero de sistemas y abogado titulado, ¿por qué uno no puede ser y hacer todo lo que se propone?, es posible, tenemos la capacidad, sólo hay que ser organizados y siempre hacer las cosas con amor y responsabilidad. Y si lo ponemos en el plano médico, a propósito de la ley 1751 de 2015, esta le da autonomía al médico pero con autorregulación, es decir los médicos tenemos que hacer las cosas bien. Por ejemplo, ya tenemos derecho a formular lo que considere-

mos, pero debemos hacerlo pensando realmente en los pacientes.

¿Qué significa para usted ser presidente de Sociedades Científicas y cuál es su principal objetivo en este cargo?

Presidir Sociedades Científicas es una gran responsabilidad y un reto personal. Mi consigna es que para estar a la altura de los grandes retos no sólo hay que tener conocimiento sino sensibilidad, preocuparse por el otro. Bajo esta consigna quiero promover la unidad, el liderazgo gremial y la participación de todos los especialistas; no es tarea fácil, pero creo que la estrategia está en el método. A principios de este año definimos con la Junta Directiva los objetivos estratégicos para este periodo, los cuales están en torno a estos aspectos y a otros como mejorar los asuntos de representatividad ante el Gobierno Nacional y fortalecer la comunicación con las asociaciones afiliadas y el compromiso ético. Mi interés, de igual manera, es definir acciones transcendentales que permitan la eficaz implementación de la ley estatutaria en salud y el desarrollo y fortalecimiento del profesionalismo y humanismo médico.

¿Qué significa para usted la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación?

La S.C.A.R.E. es una organización única en el mundo porque supo reconocer el valor de sus líderes, se proyectó con una planeación estratégica exigente y ahora hace presencia en el territorio nacional y cuenta con más de 340 colaboradores de los que aprendo diariamente. Como una buena madre acoge a los anestesiólogos con respeto, cariño y un ánimo de servicio que contagia y compromete. Mi elección como presidente de esta





Sociedad en 2014 me llenó de orgullo y acrecentó mi deseo de servir al gremio. También es un lugar donde he conocido verdaderos amigos, que han trabajado con tesón e incondicionalidad, y en el que he comprendido que es necesario hacer un solo cuerpo, ser un solo equipo, para crecer como organización y sacar adelante todos los objetivos.

¿Cuál es su mayor sueño en este momento?

En lo general contribuir como profesor y líder gremial a conseguir la paz y la equidad a partir de aspectos como mejores condiciones de trabajo que generen dignidad y respeto... ojalá nuestros hijos puedan ver una Colombia en paz. En el plano personal, mi mayor sueño se lo pido a Dios todos los días: Que bendiga mi trabajo y que no permita se presenten malentendidos o problemas serios en la familia, porque una familia feliz y en armonía es para mí la base para que todo salga bien en la vida.

Luego de la Universidad Nacional lo acompañé un momento a su casa donde conocí a su esposa Diana Mar-

cela, y donde tenía que hacer una parada técnica para acicalarse antes de continuar su día, pues nos esperaba ir a la S.C.A.R.E. y luego a su posesión como presidente de Sociedades Científicas. Para mí ese día terminó como a las 10 de la noche, pero para él debió terminar como a las 12, hora en la que entiendo finaliza su jornada casi todos los días, por la cantidad de cosas que hace y a las que sencillamente les saca “un momentico”. Durante esa tarde, además de sus diversas actividades también me di cuenta de la cantidad de personas que lo aprecian y con las que interactúa, de diferentes edades, oficios, jerarquías, a algunas de las cuales les pregunté lo que pensaban de él, y aunque recibí varias respuestas destaco aquí algunas que confirman lo que había percibido: “Él es el mismo en todo lado”; “lo trata a uno de igual a igual”; “nunca dice que no, siempre está dispuesto a ayudar”; “es un hombre incansable, al que no le gusta postergar las cosas, que a cada cosa que hace le pone el alma” (me lo dijo su esposa Diana Marcela, a quien se le nota el profundo amor y admiración por su querido Ricardo); “es una persona capaz de mantener

buenas relaciones con todo el mundo, de ganarse el respeto por su forma de ser y conocimientos”; esto último lo manifestó el doctor Ariel Ruiz, actual Decano de Medicina de la Universidad Nacional, ya durante el acto de posesión de esa noche.

De esta manera, logré conocer más al doctor Navarro y llegar a la conclusión de que es un gran ser humano; una persona a la que muchos admiran y con quien seguramente otros tienen diferencias; un médico real y en esencia; un líder en su gremio; una persona sencilla, humana, de buen humor y con una admirable capacidad de servicio; un padre y esposo ejemplar; un jefe al que por estas mismas razones “es imposible decirle que no”, según sus más cercanos colaboradores, y un maestro por naturaleza porque durante el tiempo que compartimos ese día varias fueron sus enseñanzas no sólo de medicina (me quedó claro que toda herida de arma de fuego en el abdomen debe ser explorada) sino de la vida: “Andrea a uno se le presenta la suerte todos los días, lo que hay es que agarrarla del pescuezo”, me dijo recordando a García Márquez.



Jornada de planeación estratégica de la Alta Dirección, 3 y 4 de febrero.

JORNADA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

La Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, junto con algunos expresidentes y asesores, estuvo reunida el pasado 3 y 4 de febrero en una jornada de planeación estratégica, en la cual se discutieron temas esenciales relacionados con el futuro de la práctica médica, con el objetivo de que la Asociación continúe manteniendo un rol importante en el sector como interlocutor válido ante el Gobierno y demás actores del sistema de salud, entre otros aspectos.

El proyecto de ley de reforma al Código de Ética Médica, fue uno de los principales temas objeto de discusión, por ser una iniciativa de suma importancia dadas sus implicaciones para el gremio. La revisión y discusión del proyecto se hizo en

principio por grupos, partió de premisas y reflexiones sobre la ética y la regulación legal, y llegó a conclusiones como: la necesidad de actualizar la ley que regula el ejercicio médico conforme al actual contexto nacional, la importancia de precisar aspectos en diferentes artículos del proyecto para que no se torne en un documento de solo principios, de aportar para que se apruebe lo mejor posible y de presentar ahora propuestas concretas a los estamentos pertinentes, teniendo en cuenta que continúa su tránsito normal en el Congreso y el antecedente de que la Sociedad Colombiana de Anestesiología hizo el ejercicio en 2016 y varias de sus observaciones fueron acogidas para la ponencia del segundo debate, realizado en diciembre.

De igual manera, los miembros de la Junta pusieron sobre la mesa otros temas que impactan el gremio médico y por los cuales es importante trabajar, por cuanto todos influyen en el ejercicio digno de la profesión y la seguridad del paciente. Es el caso de la implementación de la ley estatutaria en salud; la carencia de recursos en el sistema que ha conllevado, entre otros aspectos, el incumplimiento del pago a quienes prestan los servicios de salud; el ejercicio ilegal de la profesión por situaciones cada vez más recurrentes como la contratación de extranjeros sin verificación de su idoneidad. Tal como lo dijo el nuevo presidente en su discurso de posesión “De poco o nada sirve pregonar como regla de oro la búsqueda sin excusas de la seguridad del paciente, si no se puede garantizar

la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, y esto parte de profesionales idóneos para ejercer las especialidades”.

Por otra parte, la Junta Directiva definió el rumbo de la Asociación para los próximos 5 años conforme a los siguientes objetivos:

- Mejorar los asuntos de representatividad ante el Gobierno y los resultados ofrecidos a las asociaciones afiliadas, a partir de un modelo de gestión normativa.
- Fortalecer la comunicación hacia las asociaciones afiliadas, el sector de la salud y la comunidad general, con el fin de socializar propuestas y temas de interés y facilitar la comprensión de los derechos y deberes de los médicos especialistas.
- Promover el liderazgo gremial, a través de la estructuración de un programa de formación que brinde a los asociados competencias en asuntos relacionados con la participación

ciudadana y las normas relacionadas con las especialidades médicas.

- Impulsar los procesos de participación normativa a partir del diseño de una propuesta de vigilancia del entorno en asuntos relacionados con la misión y visión de la Asociación.
- Fortalecer el compromiso ético y una gestión eficiente íntegra y transparente, a partir de la revisión de la estructura de gobernabilidad e institucionalidad.

Esta jornada se desarrolló en un ambiente de sana discusión, de propositiva participación, de intercambio de ideas y conocimientos y de unión gremial porque independiente de las diferencias, todos somos parte de la solución o como dijo el Ministro de Salud, en la reciente posesión del nuevo presidente de la ACSC “todos somos parte del mismo equipo”.



Posesión del nuevo Presidente de la ACSC



El Doctor José Ricardo Navarro Vargas se posesionó el pasado 22 de febrero como Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas en un acto protocolario al que asistieron el Ministro de Salud, Dr. Alejandro Gaviria; el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Dr. Ariel Iván Ruiz, y miembros de la Junta Directiva de la Asociación, entre otras personalidades.

“Siempre he pensado que para estar a la altura de los retos no solo se necesita preparación e incondicionalidad, sino también sensibilidad, esa facultad de comprender al otro u otros y hacerlos partíci-

pes de los esfuerzos, las dificultades, los logros y, por supuesto, los éxitos. En la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas no habrá espacio para los fracasos”, afirmó el Dr. Navarro en su discurso de posesión, minutos antes de que se presentara formalmente la Junta Directiva que lo acompañará en su labor.

Es Médico cirujano de la Universidad del Valle y Anestesiólogo de la Universidad Nacional de Colombia, donde fue Director de Medicina (2012 y 2014) y mantiene la categoría de profesor titular. Presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación desde el año 2014.

Piden al Gobierno políticas claras de formalización laboral

Distintos actores como la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Acemi, sindicatos médicos y comunidad médica manifestaron la urgencia de avanzar en políticas de formalización laboral para los profesionales de la salud colombianos, afectados por el tipo de contratación, remuneración y condiciones de trabajo actuales. También participaron delegados de los Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social.

La discusión se dio en el foro “Panorama laboral del sistema de salud en Colombia: De la realidad a la prospectiva y la excelencia”, realizado el pasado 15 de febrero en la Universidad Nacional con el apoyo de la ACSC. En el evento, al que asistieron 150 personas y que hace parte del denominado “Año del Talento Humano en Salud”, surgieron una serie de propuestas para dignificar el trabajo de los profesionales de la salud, con base en una política laboral que permita, por ejemplo, recuperar las nóminas de planta en las IPS de baja complejidad.



Llamado para evitar traslado de servicios pediátricos en Bogotá

La ACSC envió a mediados de febrero una carta al Alcalde de Bogotá, Enrique Peñalosa, alertando sobre las graves implicaciones que puede generar el traspaso de los servicios pediátricos en la red pública hospitalaria. El Dr. Ricardo Navarro, Presidente de la Asociación, solicitó la intervención del Distrito para que estos servicios continúen en los cinco hospitales públicos de alta y mediana complejidad de Bogotá (Simón Bolívar, Kennedy, Engativá, El Tunal y San Blas).

Esta carta surgió a raíz de una reunión convocada por el Representante a la Cámara Inti Asprilla, el 14 de febrero, a la cual asistieron diferentes líderes y voceros gremiales. La preocupación crece después del cierre sistemático de servicios de pediatría desde 2011, justificado en la falta de productividad y rentabilidad que representan para los hospitales. En la mencionada reunión, se indicó que de 13.850 camas hospitalarias solo 1.850 son pediátricas y 564 de estas son públicas, por lo que existe un déficit de 1.250 camas.

Foro realizado el pasado 15 de febrero por la S.C.A.R.E. con apoyo de la ACSC en el auditorio Virginia Gutiérrez de la Universidad Nacional en Bogotá.

