EPICRISIS

Órgano de información del Colegio Médico Colombiano

Edición 38 | Diciembre 2025-Febrero 2026 | #SaludDignaYA | ISSN: 2539-505X (en línea)

Ascofame, trabajando porque el médico egresado sea competente en lo técnico y ejemplar en lo humano

La doctora Paula Catalina Vásquez Marín, presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) destaca los desafíos urgentes para los estudiantes de medicina colombianos: apoyo en salud mental, práctica clínica equitativa y de calidad, acceso a ayuda financiera y ampliación de oportunidades de posgrado. Ascofame promueve la educación comunitaria, la formación ética y la colaboración entre universidades, instituciones de salud y gremios médicos para formar médicos competentes, resilientes y socialmente comprometidos.

*Como presidenta de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), ¿cuáles considera que son los desafíos más urgentes que enfrentan los estudiantes de medicina y cómo está abordando la asociación estos problemas?

Ascofame, como asociación que agrupa a las facultades de medicina del país, ejerce la secretaría técnica del Consejo General de Educación Médica (CGEM) y acompaña a las facultades en la implementación de sus lineamientos. El CGEM es una instancia nacional de orientación política y académica sobre la calidad de la formación médica, en la que participan facultades, gremios, estudiantes y los ministerios de salud y educación. Desde allí se han identificado retos que comparto plenamente:

Cuidar su salud mental y bienestar: la salud mental no es un problema exclusivo de los estudiantes de medicina; es un desafío global que afecta a múltiples sectores y generaciones. La formación médica es exigente y, en el pasado, existieron prácticas que generaban sobrecarga innecesaria. Algunas de estas situaciones persisten en ciertos contextos, aunque no deberían, y estamos comprometidos a erradicarlas. Actualmente, las facultades trabajan seriamente para ofrecer acompañamiento psicológico, tutorías, mentorías y otras estrategias integrales de autocuidado como parte del currículo. Estas acciones buscan que el estudiante enfrente la intensidad de

su formación con apoyo, resiliencia y sentido de comunidad.

Equidad, suficiencia y calidad en los escenarios de práctica: los campos de rotación deben garantizar calidad formativa, seguridad del paciente y condiciones éticas. Esto es fundamental para la adecuada formación de futuros médicos y especialistas, tanto en facultades públicas como privadas.

Continúa en pág. 4

Corporación Universitaria Remington, formando médicos holísticos que respondan a las necesitades del país

Doctor Jhon Jairo Botello, decano de la facultad de ciencias de la salud de la Corporación Universitaria Remington

La facultad de ciencias de la salud de la Corporación Universitaria Remington integra el rigor académico con una formación práctica, ética y centrada en la comunidad, colabora ampliamente con actores regionales y nacionales, y adapta continuamente sus programas para satisfacer las necesidades en salud de la población. En diálogo con el **Colegio Médico Colombiano (CMC), el doctor Jhon Jairo Botello Jaimes, decano de Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Remington** habla sobre cómo la facultad integra la formación académica con las demandas prácticas de la atención médica, se alinea con las políticas nacionales y aborda los desafíos profesionales de la educación médica.

CMC: ¿Cómo integra la facultad de ciencias de la salud de la Corporación Universitaria Remington la formación académica de los estudiantes de medicina con las exigencias prácticas de la atención médica en las distintas regiones de Colombia?

Decano Botello: La facultad de ciencias de la salud lanzó su programa de medicina hace 23 años, con el objetivo de formar profesionales para diversas regiones de Colombia, no solo para Medellín o Antioquia. Con 28 sedes en todo el país, los orígenes de la universidad se remontan a 1915, convirtiéndose en una institución universitaria en 1996. El programa de medicina fue diseñado para responder a los contextos y necesidades regionales, con énfasis no solo en la salud individual, sino también en la salud familiar y comunitaria.

El programa de medicina se desarrolló con esta integración regional en mente. Posteriormente, se lanzaron programas adicionales de pregrado y posgrado, todos centrados en un concepto holístico de la salud, que abarca el bienestar individual, familiar y comunitario. Este enfoque cuenta con el apoyo de tres grupos de investigación activos. Nuestra docencia responde directamente a las necesidades del sistema de salud colombiano, basada en investigación que fortalece el conocimiento existente, valida las prácticas regionales y genera nuevas perspectivas. Además, realizamos actividades de extensión y proyección social en diversas regiones como parte de la misión de nuestra universidad.

Continúa en pág. 6

ÍNDICE

Editorial — Pág. 2-3
- La tragedia antropológica moderna
- La Delicada Balanza de la Justicia: La criminalización del médico en la Era Digital

Actualidad — Pág. 4-5
- Ascofame, trabajando porque el médico egresado sea competente en lo técnico y ejemplar en lo humano

Análisis — Pág. 6-7
- Corporación Universitaria Remington, formando médicos holísticos que respondan a las necesitades del país
- Estudiar medicina en los tiempos actuales

Controversia — Pág. 8-9
- ¿En qué consiste la ley del derecho al olvido oncológico?

Promoción y Prevención — Pág. 10-11
- La salud mental como recurso colectivo: perspectivas desde Colombia y la Organización Mundial de la Salud
- El tiempo, un bisturí que nos toca a todos: Envejecimiento del cuerpo médico en Colombia, un análisis de riesgos, protección y desafíos

Discusión — Pág. 12-13
- La reingeniería del diagnóstico en la práctica clínica
- El costo real de la Medicina Basada en la Evidencia: el Laberinto de Fausto

Contexto — Pág. 14-15
- Sustancias tóxicas en el hogar: "Síndrome del edificio enfermo"
- Carta a los futuros médicos: sobre la muerte y la sensibilidad

Avances — Pág. 16-17
- Lo bueno, lo malo y lo feo del decreto 0858
- Sobre la caracterización de las denuncias recibidas por la ANIR
- El futuro Orwelliano: facilismo mental y manipulación en la era de los likes

Editorial

La tragedia antropológica moderna

La biología baraja los genes; nosotros jugamos la partida

Por: Stevenson Marulanda Plata, Presidente del CMC

El debate público mundial sobre Estado y Mercado ya me pareces aburrido, porque suele presentarlos como enemigos irreconciliables, como dos caminos opuestos para administrar la economía y el poder político de una nación.

Esa visión simplista —e incluso ingenua, por no decir ignorante— pasa por alto el factor decisivo que rige la conducta de la humanidad: **la naturaleza humana.**

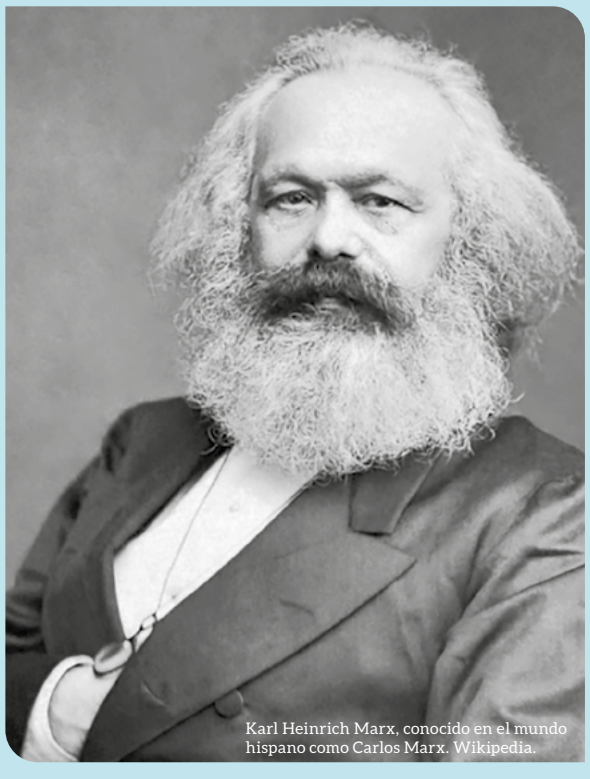
El error histórico —ingenuidad o ignorancia— en este asunto epistemológico ha sido permitir que las ciencias humanas y sociales sean prácticamente las únicas consideradas capaces de explicar los mecanismos insondables de la motivación del alma humana: los íntimos juegos secretos que cada persona desarrolla en su reino interior al tomar decisiones, es decir, las emociones, pasiones, instintos y sentimientos.

Así, la anodina porfía entre humanistas y científicos sociales clásicos, al ignorar la existencia de fuerzas naturales primigenias que ayudan a explicar la conducta humana, no es capaz de entender por qué, a lo largo de la historia, el poder político y el económico han sido **hermanos siameses**, ni por qué han existido imperios, esclavitud, opresión, racismo, xenofobia, colonialismo, nacionalismos extremos, belicismo, armamentismo, machismo, violencia y guerras; holocaustos, apartheid y dictaduras sanguinarias (siempre masculinas).

Tampoco se imaginan la razón profunda —biológica— por la cual las élites más ricas han gobernado las bendiciones y maldiciones de este mundo, ni por qué persisten la debacle ambiental, la corrupción, la pobreza y la riqueza extremas.

Lo que no entienden los humanistas y científicos sociales clásicos es que la naturaleza humana —la materia prima animal, pensante y evolucionada de la que está hecho un ser humano— posee, gracias a la poderosa capacidad mental de su cerebro, rasgos de comportamiento que la distinguen de todas las demás criaturas hechas de ADN; es decir, vivas.

Ignoran también el poder explicativo que las ciencias naturales aportan al estudio de la conducta humana; especialmente la genética, la genómica, la evolución darwiniana, la neuroendocrinología y la neurociencia.

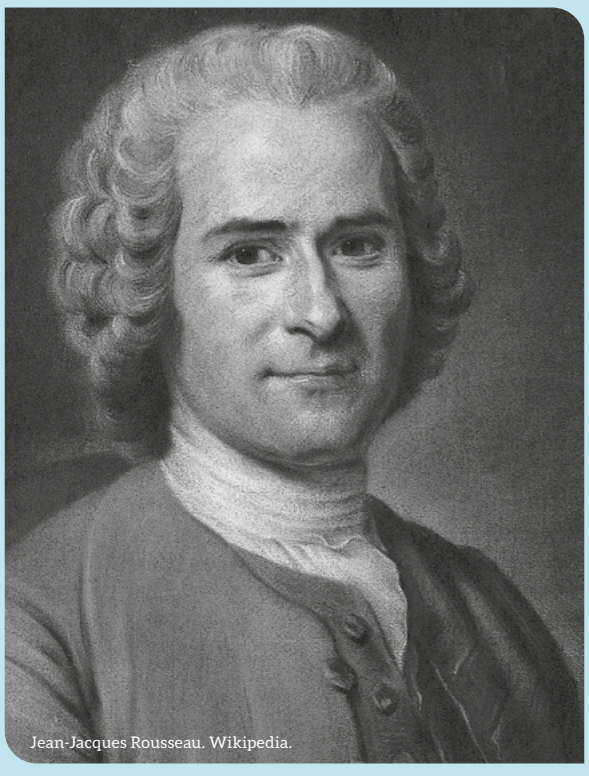


Karl Heinrich Marx, conocido en el mundo hispano como Carlos Marx. Wikipedia.

Así lo afirmó Eric R. Kandel, premio Nobel de Medicina 2000: *"Las cosas más importantes que sabemos hoy sobre la mente humana no provienen de las llamadas ciencias humanas tradicionalmente dedicadas al estudio de la mente, como la filosofía, la psicología o el psicoanálisis, sino de una combinación de dichas disciplinas con la biología del cerebro"*.

El peligro de la exclusividad de las ciencias humanas y sociales clásicas

Cuando Marx, incitando a la humanidad a volver al paraíso del "comunismo primitivo" y a la lucha de clases —el "motor de la historia", según él—, promovió la revolución socialista para que los obreros tomaran el control político y económico del mundo, afirmó —inspirado por la visión romántica de Rousseau sobre la bondad natural del ser humano— que el hombre prehistórico era una mansa paloma: un "buen salvaje" sin ego, inmune a la codicia, la avaricia, la ambición y toda clase de adicciones; incapaz de matar a una mosca.



Jean-Jacques Rousseau. Wikipedia.

También sostenía que la propiedad privada, que habría corrompido al hombre moderno, era la causa de la pobreza y la desigualdad extrema de su época, la de la Revolución Industrial.

Esa lectura ingenua del pasado humano, de los motores de la historia y de la corrupción, no dejan duda de que el filósofo prusiano no tenía la más remota idea de qué cosa es un ser humano.

La especie humana —ambiciosa, ávara, dominante, opresora, depredadora, acaparadora, tribal, mentirosa, corrupta, violenta y con un ego inmenso— lleva en su genética cerebral de supervivencia animal estos rasgos desde hace millones de años, y no ha cambiado ni un solo átomo en su estructura molecular. Nuestro cerebro es prácticamente idéntico al de nuestros ancestros de hace doscientos mil años.

¿Cuánta violencia, cuántas guerras y cuántos millones de muertes produjeron —y siguen produciendo— la imposición del dogma marxista y del dogma capitalista?

Lo mismo le ocurrió a Kant cuando sentenció que la homosexualidad "es contraria al instinto natural y a la naturaleza animal", que sus actos "hacen al hombre indigno de su humanidad" y que quienes la practican "ya no merecen ser una persona", por estar degradados "por debajo del nivel de los animales" (citado por N. Harari en *Nexus*).

¿Es sostenible esta premisa antropológica a la luz de las ciencias naturales que estudian la diversidad sexual y la orientación de género?

¿Cuántos homosexuales murieron en el Holocausto nazi?

¿Cuánto sufrimiento han debido soportar estas personas a través de la historia?

¿Cuántos regímenes totalitarios todavía castigan severamente la homosexualidad?

Los debates clásicos sobre la supuesta superioridad moral entre Estado y Mercado, y sobre las ideologías que los sustentan, resultan hoy obsoletos frente al conocimiento acumulado por las 42 disciplinas que estudian la materia del universo.

No alcanzan a explicar, por ejemplo, la sentencia de Hobbes: *"El hombre es un lobo para el hombre"*; ni la afirmación de Adam Smith: *"No obtenemos los alimentos de la benevolencia del carnicero, del cervecero o del panadero, sino de su preocupación por su propio interés"*; ni el concepto de utilidad esperada, según el cual las personas toman decisiones estratégicas siguiendo reglas lógicas y consistentes orientadas a maximizar sus beneficios.

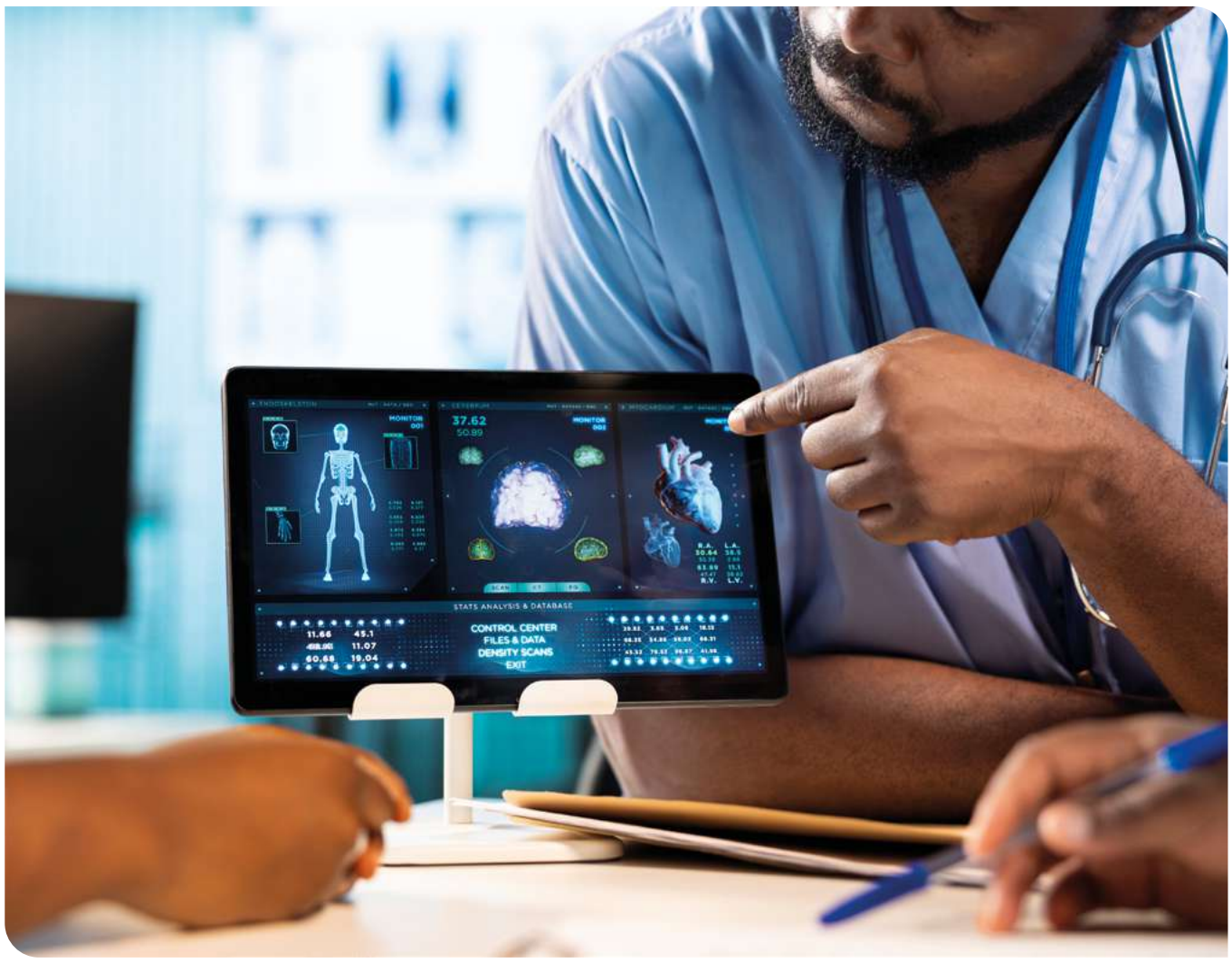
Quienes operan los Estados —monárquicos o republicanos, zaristas o bolcheviques, capitalistas o socialistas, occidentales o asiáticos, o de la Cochinchina o de Fonseca, mi pueblo— son, al fin y al cabo, seres humanos descendientes de tropillas de simios.

Conclusión

Los grandes mitos que las civilizaciones humanas han creado para dominar al salvaje lobo que llevamos dentro —y así lograr el control social y la convivencia en paz—, aquellos que estudian las ciencias humanas y sociales: el Estado, la moral, la ética, la justicia, las constituciones, las leyes, los derechos, la dignidad humana, los delitos y las penas, la democracia, la división de poderes, la diplomacia, los pactos sociales, políticos y económicos, los procesos de paz, la educación, la filosofía o la religión, y hasta los Nobel de la paz, **serían más eficaces si se estudiaran a la luz de la biología de la naturaleza humana, de lo contrario seguiremos en la ceguera antropológica tratando al lobo como si fuera un cordero.**

La Delicada Balanza de la Justicia: La criminalización del médico en la Era Digital

Por: Doctor Aníbal Olier Combariza, ortopedista y traumatólogo; cirujano de cadera y rodilla



La práctica de la medicina, intrínsecamente ligada a la incertidumbre biológica y la complejidad del cuerpo humano, se encuentra en una encrucijada legal y social. La posibilidad de que cualquier médico pueda enfrentar una demanda por las complicaciones inherentes a un procedimiento, o incluso por el propio acto médico en sí, algunas veces de manera inescrupulosa o malintencionada, sin un análisis mínimo previo, y sin que el demandante asuma ninguna consecuencia cuando se logra demostrar la idoneidad del médico, levanta serios interrogantes sobre la equidad y la comprensión de los límites de la ciencia y la pericia.

Los médicos, cada vez más, actuamos prevenidos y muchas veces atados de manos, pensando más en las posibles consecuencias legales, que en los beneficios que se le podrían ofrecer a un paciente. Esta realidad se agrava cuando se constata la falta de consecuencias significativas para aquellos demandantes cuyas acusaciones resultan infundadas, y se torna aún más preocupante en el contexto de la notificación judicial a través de edictos digitales, una práctica que expone la intimidad y la reputación de los individuos antes de cualquier juicio justo.

En primer lugar, la idea de que un médico pueda ser demandado por las complicaciones naturales de un procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, o peor aún, por no cumplir con la expectativas de un paciente, o simplemente por la búsqueda de una ganancia secundaria por parte de un paciente que ve la posibilidad de sacar "algún provecho", sin ningún riesgo de responsabilidad, parece desconocer la propia naturaleza de la medicina. Cada intervención, por más meticulosa y experta que sea, conlleva un margen de riesgo. El cuerpo humano reacciona de maneras diversas, y las complicaciones pueden surgir incluso cuando se han seguido todos los protocolos y estándares de cuidado. Imputar responsabilidad legal al médico en estos casos puede generar un clima de temor y una medicina defensiva, donde se prioricen pruebas y procedimientos innecesarios para evitar posibles demandas, en detrimento de la atención centrada en el paciente y la eficiencia del sistema de salud.

No pretendo desconocer la responsabilidad médica legal, ética y social, ni negar la existencia de casos específicos de mala Praxis. Sin embargo, es crucial distinguir entre la negligencia médica probada, donde el profesional se aparta de los estándares aceptados de la práctica, y las complicaciones inherentes al acto médico, que forman parte del abanico de posibilidades en cualquier intervención.

En segundo lugar, la asimetría en las consecuencias de una demanda es un punto crítico. Que cualquier persona pueda iniciar un proceso legal contra un médico sin asumir ninguna responsabilidad cuando sus acusaciones se muestran carentes de fundamento o cuando se establece la correcta actuación del profesional, genera un desequilibrio en el sistema judicial. Esto puede alentar demandas frívolas o basadas en expectativas poco realistas, sobrecargando el sistema judicial, afectando emocional y financieramente a los médicos, y potencialmente disuadiendo a profesionales talentosos de ejercer su labor con la dedicación y la audacia que la medicina requiere. Establecer mecanismos que evalúen la pertinencia de las demandas y que contemplen algún tipo de consecuencia para el demandante en casos de manifiesta mala fe o falta de sustento podría fomentar una mayor responsabilidad y un uso más racional de los recursos judiciales.

Finalmente, la persistencia de la notificación por edictos en la era digital plantea serias preocupaciones sobre el derecho a la privacidad y la presunción de inocencia. Si bien la intención de garantizar que la persona demandada tenga conocimiento del proceso es válida, la publicación de edictos en páginas de internet de acceso público expone información sensible y acusaciones no probadas a un escrutinio indiscriminado. Cualquiera puede acceder a estos documentos y formarse una opinión, casi siempre negativa, sobre la persona demandada, en este caso, un médico, antes de que se haya llevado a cabo un juicio justo y se haya demostrado su culpabilidad. Esta exposición pública puede dañar irreparablemente la reputación profesional y personal del médico, generando un estigma injusto y afectando su capacidad para ejercer su labor y llevar una vida normal. En un siglo donde existen múltiples herramientas para la notificación directa y privada, la generalización de los edictos digitales como medio principal de notificación parece no ser propia de esta época y resulta perjudicial para los derechos fundamentales de los individuos.

En conclusión, la posibilidad de demandar a un médico por las complicaciones inherentes a su labor, la falta de consecuencias para demandas infundadas y la exposición pública a través de edictos digitales configuran un panorama que requiere una profunda reflexión y revisión. Es fundamental encontrar un equilibrio entre el derecho de los pacientes a buscar justicia ante una negligencia médica real y la necesidad de proteger a los profesionales de la salud de demandas injustificadas y de la erosión de su reputación antes de un juicio justo. La sociedad debe abogar por sistemas legales más equitativos, que comprendan la complejidad de la práctica médica y que utilicen las herramientas digitales de manera responsable, protegiendo la privacidad y la presunción de inocencia de todos sus ciudadanos.

Actualidad

Viene de pág. 1

Acceso a recursos para financiar los estudios: muchos estudiantes de familias de bajos recursos requieren apoyo para financiar pregrado y posgrado. Por lo general, las IES cuentan con programas de subsidios, becas y financiación que no son suficientes para cubrir todas las necesidades. Esta situación se ha agravado con las dificultades que enfrenta el Icetex. Es urgente que el gobierno, el sector financiero y las IES creen y fortalezcan programas de apoyo financiero que permitan el acceso y la permanencia en la educación médica de estudiantes con bajos recursos.

Fortalecimiento de la oferta de posgrados clínicos y médico-quirúrgicos: históricamente, solo uno de cada cuatro egresados de medicina puede iniciar una especialización médico-quirúrgica en el país. Aunque en la última década las facultades han acelerado la apertura de nuevos programas y ampliado cupos, el crecimiento de graduados ha sido igual o mayor, por lo que la oferta sigue siendo insuficiente. Para ampliar los cupos, se requiere mayor compromiso de las IPS públicas y privadas, esenciales para la apertura y expansión de residencias médicas, así como de las sociedades científicas, que proveen tutores y docentes. Además, es necesario definir responsabilidades claras sobre la financiación de estos programas, dada su alta inversión en docentes y contraprestaciones, que se reflejan en matrículas elevadas.

Colombia necesita planificar no solo el número de médicos, sino también su distribución territorial y perfil de competencias. El CGEM ha definido estándares para el médico general colombiano, de modo que todos los egresados respondan a las necesidades reales del sistema de salud, con énfasis en atención primaria y competencias resolutivas.

Temas como inteligencia artificial, salud digital y protección de datos deben integrarse en la educación médica, en sintonía con una formación ética y humanista, que es innegociable.

Somos un ecosistema formativo: universidades, hospitales, profesores, estudiantes, estado y sociedad compartimos la responsabilidad de formar médicos competentes, éticos y socialmente comprometidos.

¿Puede compartir propuestas específicas que Ascofame promueva para mejorar el nivel resolutivo de los médicos recién graduados y también las condiciones laborales de estos médicos cuando comienzan a ejercer la profesión?

Las 10 recomendaciones de la Sala de Pregrado del CGEM para transformar el pregrado de medicina están orientadas principalmente a mejorar la capacidad resolutiva del médico general. Por ejemplo: 1. Educación basada en las necesidades de la comunidad; 2. Formar médicos confiables con alta capacidad resolutiva; 3. Disponer de escenarios de práctica clínica y no clínica (comunidades, centros de adultos, atención infantil).

Además, se busca fortalecer el internado rotatorio como la verdadera transición al ejercicio profesional. Esto implica que el último año no sea una rotación más, sino un espacio para consolidar autonomía supervisada y competencias resolutivas. La Sala de Pregrado del CGEM emitió un documento con los resultados de aprendizaje esperados y procedimientos del internado, garantizando un núcleo básico de competencias para la resolutividad del médico general.

Esto se logra mediante rotaciones obligatorias en primer nivel de complejidad y Atención Primaria en Salud (APS), que incluyen urgencias frecuentes, consultas ambulatorias, hospitalización básica y salud familiar y comunitaria, con evidencias claras del logro de competencias.

También se promueve el uso de simulación clínica para apoyar la formación en procedimientos básicos, comunicación, bioética, trabajo en equipo interprofesional y manejo de situaciones críticas, con supervisión y retroalimentación constante. Esta iniciativa, liderada por Ascofame junto con facultades, expertos y sociedades científicas, establece lineamientos nacionales para la integración curricular y el uso adecuado de la simulación, cuyos documentos serán publicados próximamente.

Es urgente definir un modelo de atención en salud por parte de la autoridad sanitaria que permita establecer perfiles para conformar equipos resolutivos, un vacío actual en el sistema. Es fundamental que el médico recién graduado inicie su vida profesional en condiciones laborales justas y seguras, con acompañamiento estructurado y acceso a educación continua, tal como lo señalan los lineamientos del CGEM y la Ley de Talento Humano en Salud.

¿Cómo visualiza la colaboración entre universidades, instituciones de salud y gremios médicos para mejorar la formación educativa, los entornos laborales y el desarrollo profesional de los médicos?

La formación médica ocurre en un ecosistema formativo donde ningún actor puede ni debe trabajar aislado. Los convenios docencia-servicio deben garantizar calidad educativa, cantidad suficiente de docentes y seguridad para el paciente, mientras las universidades gestionan el currículo y planifican condiciones óptimas de formación, alineadas con estándares internacionales y buenas prácticas pedagógicas.

Es necesario fomentar mayor compromiso y vocación de las instituciones y servicios de salud con la educación médica, integrando la docencia e investigación en su misión y procesos institucionales. La relación docencia-servicio debe basarse en formar profesionales idóneos con calidad y calidez, más que en contraprestaciones económicas.

Los gremios médicos deben velar por condiciones laborales dignas, la seguridad de quienes ejercen y la actualización continua de sus afiliados. Además, son fuente fundamental de docentes y tutores, actores activos en el CGEM y esenciales para construir un marco ético y profesional para la medicina en Colombia.

¿Cuáles son las directrices que tiene Ascofame para garantizar que las facultades de medicina formen a los futuros médicos para abordar dilemas éticos durante su práctica?

La ética y el humanismo deben ser transversales al currículo, como propone el documento de la Sala de Pregrado, que destaca la recomendación 8: *incentivar el aprendizaje y práctica del profesionalismo, promoviendo valores, principios y autonomía profesional*.

Se debe integrar la bioética en todas las rotaciones y evaluar competencias éticas con la misma rigurosidad que las clínicas, utilizando modelos avanzados como el OSCE (Examen Clínico Objetivo Estructurado) o ECOE, que simula escenarios reales con pacientes estandarizados. También se deben incorporar espacios de reflexión clínica y debriefings posteriores a la simulación, donde los estudiantes analizan no solo aspectos técnicos, sino también éticos y humanos de sus decisiones.

Además, es mandatorio proteger al estudiante en entornos libres de maltrato y que garanticen seguridad psicológica, pues la ética también se aprende en la cultura institucional. Personalmente, creo que la ética se enseña más con el ejemplo que con las palabras. Por ello, debemos cuidar a nuestros docentes para que sean verdaderos modelos de integridad.

Cómo está integrando Ascofame la formación ética y humanista en los planes de estudio de medicina y qué impacto espera que esto tenga en la conducta profesional?

Los lineamientos del CGEM establecen que el profesionalismo, la comunicación, la empatía y la compasión deben ser resultados de aprendizaje explícitos y medibles en todos los programas de medicina. Para ello, se plantean las siguientes estrategias:

- Proveer una instrucción adecuada en ética, valores y principios, civilidad y códigos de honor (como la ceremonia de las batas blancas).
- Hacer explícito el profesionalismo en la vivencia misma de la profesión, garantizando coherencia entre el ser y el enseñar.
- Formar en autonomía y autorregulación; bioética y bioderecho; competencias morales; y en el aprender a aprender.
- Trabajar el currículo oculto, alineándolo con principios y valores ejemplares en el ambiente clínico.

Para lograr estos objetivos, las facultades implementan metodologías activas y evaluaciones auténticas, entre las que destacan:

- El OSCE o ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado), que permite evaluar no solo habilidades técnicas, sino también la calidad de la comunicación, la ética en la toma de decisiones y la relación empática con el paciente.
- Portafolios reflexivos, donde los estudiantes documentan sus experiencias y demuestran cómo integran ciencia, ética y humanidad en situaciones reales.
- Evaluación 360 ampliada, que recoge la percepción de docentes, pares, enfermería, otros profesionales de la salud, pacientes simulados e incluso autoevaluación, brindando una visión integral del desempeño humano y técnico.
- Estrategias de educación médica de precisión, que usan información de desempeño para identificar necesidades individuales y ofrecer acompañamiento personalizado, siempre con resguardo ético de los datos.

El impacto esperado es que cada médico egresado sea competente en lo técnico y ejemplar en lo humano, capaz de ejercer con excelencia científica, sensibilidad social y profundo respeto por la dignidad de las personas.

En su opinión, ¿cuáles son los principales problemas éticos que enfrentan actualmente los médicos y cómo se pueden mitigar?

Los médicos enfrentan problemas éticos que reflejan tanto los avances científicos como las tensiones del sistema de salud.

El uso ético de la inteligencia artificial, la salud digital y la tecnología plantea grandes retos: protección de datos clínicos, la tentación de delegar decisiones que deben conservar siempre el juicio clínico y la responsabilidad humana. Es fundamental formar a los estudiantes en pensamiento crítico, alfabetización digital y ética aplicada a la IA, para que la tecnología potencie, pero nunca reemplace, la relación médico-paciente.

A diario, los médicos deben decidir en contextos de escasez: a quién atender primero, qué terapias son viables y cómo garantizar justicia distributiva en sistemas limitados. Además, enfrentan tensiones éticas en un sistema altamente intermediado, donde decisiones administrativas limitan su autonomía profesional y capacidad resolutiva. Estos dilemas requieren formación en bioética y políticas claras que protejan tanto al paciente como al profesional.

Los conflictos de interés —especialmente con la industria farmacéutica, tecnológica o sistemas de aseguramiento— siguen siendo un desafío. Las facultades deben incluir en el currículo espacios de reflexión y mecanismos de autorregulación para identificar, declarar y manejar estos conflictos.

Finalmente, persisten dilemas sobre el inicio y fin de la vida: decisiones sobre tratamientos, interrupción voluntaria del embarazo, cuidados paliativos y limitación del esfuerzo terapéutico. Estos escenarios demandan no solo conocimiento clínico, sino también empatía, compasión y capacidad de deliberación ética en equipo, con el paciente y su familia en el centro.

¿Qué importancia tiene el desarrollo profesional continuo y la capacitación en el uso de la Inteligencia Artificial para los médicos en ejercicio y qué iniciativas considera que se deben implementar o reforzar?

Los rápidos cambios en conocimiento, tecnología y sistemas de salud exigen que los profesionales, especialmente los médicos, se actualicen y perfeccionen continuamente sus competencias. Esta formación no puede impartirse solo en programas formales, sino que debe desarrollarse desde el pregrado, e incluso antes, fomentando competencias de aprendizaje autónomo, comprensión contextual y lectura crítica.

La educación médica es para toda la vida. El CGEM enfatiza que las competencias digitales y el pensamiento crítico frente a la IA son esenciales desde el pregrado.

Desde Ascofame impulsamos programas de educación continua y certificaciones conjuntas universidad-hospital, con un principio claro: la IA nunca sustituirá el juicio clínico, pero puede potenciarlo si se usa con ética, seguridad y humanidad. Actualmente, el uso adecuado de la IA en educación médica es foco de atención de docentes, estudiantes, expertos e investigadores.

Vivimos una transición rápida y compleja, por lo que el rol de Ascofame y las facultades es monitorear lo que ocurre en Colombia y el mundo, revisar experiencias, analizar resultados de investigación y orientar la incorporación ética y adecuada de la IA y tecnologías emergentes en educación y ejercicio médico.

¿Cuáles son los lineamientos que tiene Ascofame para garantizar que los médicos que trabajan en zonas rurales o desatendidas reciban el apoyo adecuado y mantengan altos estándares de calidad y éticos?

El servicio social obligatorio, conocido como año rural, no forma parte del plan de estudios de medicina; se cumple tras obtener el título profesional y es requisito para el ejercicio, según normativa del Ministerio de Salud. Su propósito es garantizar atención en comunidades rurales o de difícil acceso y fortalecer la Atención Primaria en Salud. Desde el CGEM insistimos en diferenciarlo claramente de la formación académica, aunque reconocemos que es una experiencia que permite al médico recién graduado aplicar lo aprendido y enfrentar directamente las inequidades del sistema.

Ascofame promueve preparar a los estudiantes para la APS y la ruralidad mediante rotaciones obligatorias, supervisión estructurada y acompañamiento por telemedicina y teleeducación.

También insistimos en que el servicio social obligatorio debe cumplir con estándares mínimos de bienestar y seguridad. Ejercer la medicina en la ruralidad debe ser una experiencia digna y, me atrevo a decir, memorable, no un sacrificio.

¿Cómo evalúa actualmente la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina la calidad de la formación profesional y las condiciones laborales de los médicos en todo el país, especialmente en la zona central del país?

La formación médica en Colombia enfrenta retos ligados al sistema de salud y la planeación del talento humano. El balance muestra avances en cobertura y oferta, pero también tensiones que requieren atención urgente.

Primero, la planeación del talento humano sigue siendo clave: no solo cuántos médicos formar, sino qué perfiles, con qué competencias, en qué regiones y en qué momento del sistema. La proliferación de facultades (66 en 20 departamentos, frente a 20 en 1990) y el aumento de graduados exigen articular mejor la oferta educativa con las necesidades reales de la población.

Segundo, la calidad es un desafío constante. El sistema de aseguramiento (registro calificado, acreditación) garantiza mínimos, pero debemos avanzar hacia evaluación de resultados, centrada en competencias, pertinencia y verdadero impacto en pacientes y comunidades.

La relación docencia-servicio debe fortalecerse como un proyecto educativo compartido a largo plazo, donde hospitales universitarios e instituciones de salud ofrezcan escenarios suficientes, pertinentes y de calidad para la formación.

Más médicos solo es mejor si están bien formados, con calidad, pertinencia y condiciones laborales dignas. De lo contrario, “más puede ser menos”.

En un corto plazo, ¿cuáles son las prioridades para que la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina fortalezca los estándares éticos que combinen el conocimiento con el humanismo en la formación médica y el ejercicio de la medicina en Colombia?

Las prioridades inmediatas de Ascofame son consolidar un marco nacional de profesionalismo y ética en la formación médica, fortalecer la cultura del cuidado y bienestar de estudiantes y residentes, y promover el uso ético y responsable de la inteligencia artificial en salud. A esto sumamos el compromiso con el colegaje, entendido como la construcción de relaciones respetuosas y solidarias entre médicos, y el trabajo interprofesional, indispensable para garantizar una atención centrada en la persona y no fragmentada por disciplinas.

Para ello, Ascofame monitorea periódicamente la incorporación de las recomendaciones del CGEM por parte de las facultades asociadas y aplica estrategias de evaluación mediante iniciativas como encuestas a las facultades y el Premio al Mejor Interno Ascofame, que cada año permite aproximarse a cómo se forman los futuros médicos y retroalimentar a las facultades.

Como presidenta de Ascofame, estoy convencida de que el gran legado de nuestra medicina debe ser formar profesionales técnicamente excelentes y, a la vez, profundamente humanos, capaces de trabajar en equipo y con sentido de comunidad. Esa es la brújula que hoy guía al ecosistema formativo colombiano.

Análisis

Viene de pág. 1

El programa de medicina se desarrolló con esta integración regional en mente. Posteriormente, se lanzaron programas adicionales de pregrado y posgrado, todos centrados en un concepto holístico de la salud, que abarca el bienestar individual, familiar y comunitario. Este enfoque cuenta con el apoyo de tres grupos de investigación activos. Nuestra docencia responde directamente a las necesidades del sistema de salud colombiano, basada en investigación que fortalece el conocimiento existente, valida las prácticas regionales y genera nuevas perspectivas. Además, realizamos actividades de extensión y proyección social en diversas regiones como parte de la misión de nuestra universidad.

CMC: ¿Existe una estrategia específica para garantizar que el profesorado esté alineado con los objetivos de la Ley 1164 de 2007 y la Política Nacional de Talento Humano en Salud?

Decano Botello: Seguimos una directriz del sistema interno de garantía de calidad que aplica a la universidad, el profesorado y los programas. Toda acción educativa y coordinación de programas se basa en cuatro referencias clave: primero, la normativa institucional y los valores fundamentales; segundo, toda la normativa nacional pertinente; tercero, las expectativas cambiantes de las partes interesadas, incluyendo estudiantes, graduados, gestores y la asociación médica; y cuarto, la investigación realizada por nosotros o por otras universidades. Este marco garantiza que, por ejemplo, en cumplimiento con la Ley 1164 de 2007, alineemos nuestros planes de estudio y temas con las necesidades específicas de la ley, aunque no exista un plan de estudios específico para ello. En la formación médica, inculcamos continuamente la responsabilidad profesional y el cumplimiento normativo. Durante el año de prácticas, enfatizamos la política de talento humano en salud desde perspectivas éticas, morales y regulatorias, garantizando que los estudiantes comprendan y cumplan con estos estándares. Antes de graduarse, los estudiantes participan en actividades que refuerzan su comprensión y compromiso con estas leyes y políticas.

CMC: ¿Cómo colabora la Universidad de Remington con otras facultades de medicina y la Secretaría de Salud de Antioquia para fortalecer la educación en ciencias de la salud?

Decano Botello: Desde 2023, los siete decanos de las facultades de medicina y ciencias de la salud de Antioquia nos hemos reunido mensualmente bajo una agenda conjunta para abordar temas comunes de forma colaborativa. Esto ha facilitado la coordinación con las Secretarías de Salud de Medellín y Antioquia, así como con otras instituciones que han unido esfuerzos para alcanzar objetivos comunes. Nuestro objetivo es integrar las funciones principales de la universidad —no solo la docencia, sino también la docencia desde la perspectiva de múltiples partes interesadas, la investigación alineada con las necesidades del sector y la proyección social—, a la vez que nos coordinamos con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Esta colaboración sirve de modelo para otras regiones. Los siete decanos mantenemos un diálogo abierto y asertivo, y perseguimos objetivos compartidos, lo que nos permite alcanzar nuestras metas con éxito.

CMC: ¿Existen módulos de formación específicos que se centren en los dilemas éticos que suelen enfrentar los médicos en Colombia? ¿Cómo se enseña a los estudiantes a equilibrar el rigor científico con la empatía y la sensibilidad cultural al tratar con poblaciones de pacientes diversas?

Doctor Botello: Desde el momento en que los estudiantes ingresan al programa de medicina, los cursos institucionales de humanidades sientan las bases para la comprensión ética. La formación clínica incluye bioética, derecho médico y dilemas éticos que se presentan en la práctica, promoviendo un equilibrio entre el rigor científico, la empatía y la sensibilidad cultural. Los programas de desarrollo docente fortalecen la capacidad de los profesores para enseñar inclusión y diversidad, asegurando que los estudiantes estén preparados para atender con ética y sensibilidad a poblaciones diversas, guiados por principios morales, éticos y regulatorios.

CMC: ¿Cómo aborda su facultad el reto de garantizar el acceso equitativo y la calidad de la atención médica a través de su currículo y la participación comunitaria?

Decano Botello: Desde el proceso de selección, priorizamos a estudiantes de regiones remotas y estratos socioeconómicos bajos, a menudo de comunidades vulnerables. Nuestro plan de estudios incluye diez semestres enfocados en medicina familiar y comunitaria. Coordinamos pasantías en zonas como el Valle de Aburrá para aplicar los conocimientos teóricos en contextos reales. Durante el año del internado, los estudiantes regresan a los municipios con un enfoque en la participación comunitaria, reforzando el acceso equitativo y la atención de calidad a través de la participación directa.

CMC: ¿Qué papel desempeñan las organizaciones estudiantiles en el desarrollo de las experiencias educativas y profesionales de los estudiantes de ciencias de la salud en la Corporación Universitaria Remington?

Decano Botello: A partir de este año, hemos formalizado las asociaciones estudiantiles como un mecanismo clave de participación. Consideramos esencial la participación estudiantil. Cada semestre, se eligen representantes estudiantiles para organizar y articular la voz estudiantil. Estos representantes también participan en diversos comités y consejos dentro de la facultad. Además, nuestras organizaciones estudiantiles se conectan con sus homólogos de otras facultades de medicina a nivel nacional, lo que fomenta una colaboración más amplia. La participación estudiantil ha demostrado ser muy valiosa, mejorando tanto la educación médica como la coordinación del desarrollo profesional.

CMC: ¿Puede describir algún programa o iniciativa innovadora que su facultad haya implementado para promover la cooperación interprofesional y un enfoque humanista en la atención médica?

Decano Botello: Nuestra colaboración con los siete decanos de Antioquia involucra principalmente a la profesión médica, pero también hemos interactuado con otras disciplinas de la salud como enfermería, nutrición y farmacia. Esta cooperación interdisciplinaria nos ha permitido desarrollar actividades conjuntas centradas en la medicina humanista. Nos hemos asociado con la Academia de Medicina de Medellín, bajo el amparo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) para organizar estas iniciativas, promoviendo un enfoque de atención médica más integral y compasivo.

CMC: ¿Cómo mide la Corporación de la Universidad Remington el impacto de sus programas académicos en la preparación profesional y los estándares éticos de sus graduados?

Decano Botello: A través de la oficina de posgrados, mantenemos una comunicación continua con los gerentes y directivos de empresas de salud, quienes nos ofrecen los indicadores más confiables del desempeño de los graduados, ya que comprenden las necesidades del sistema de salud. Nuestras actividades educativas incluyen la interacción con la comunidad, donde gerentes y directores institucionales brindan retroalimentación sobre las competencias y el desempeño de los graduados. Esta retroalimentación también se comparte con alcaldes y representantes municipales durante las reuniones de docencia-servicio y las sesiones de seguimiento. La oficina de posgrados recopila y analiza sistemáticamente esta información para evaluar el impacto de nuestros programas.

CMC: ¿Cómo prepara la facultad de ciencias de la salud a los estudiantes de medicina para enfrentar los desafíos emocionales y psicológicos del ejercicio de la medicina en zonas con recursos limitados?

Decano Botello: Desde el primer semestre, los estudiantes estudian medicina familiar y comunitaria para prepararse para diversos entornos de atención médica, más allá de las instituciones de alta complejidad. Incluimos la gestión emocional como una asignatura formal para apoyar el bienestar de los estudiantes. Además, contamos con consejeros del programa dedicados a organizar actividades para ayudar a los estudiantes a gestionar sus emociones, ofreciendo primeros auxilios psicológicos para que reciban atención y, posteriormente, puedan brindar una atención compasiva a los pacientes. Dado que los estudiantes se enfrentan regularmente a las duras realidades del país durante su práctica, implementamos intervenciones oportunas para el bienestar. También colaboramos con el programa de psiquiatría institucional, que ofrece apoyo especializado para ayudar a los estudiantes a afrontar los desafíos emocionales y psicológicos.

CMC: ¿Qué mecanismos existen para mantener el diálogo y la cooperación continuos entre las instituciones académicas, las asociaciones médicas y las autoridades sanitarias para defender los derechos de los pacientes y superar las barreras sistémicas dentro del sistema de salud colombiano?

Decano Botello: Mantenemos una colaboración activa con Ascofame, el Colegio Médico Colombiano, la Academia Nacional de Medicina, la Asociación de Sociedades Científicas y los ministerios de Salud y Educación. Esta cooperación enriquece la formación médica y capacita a los estudiantes para ser profesionales proactivos que abordan críticamente las barreras sistémicas del sistema de salud colombiano. Celebramos reuniones periódicas con estudiantes, profesores y representantes de otras universidades para mantener este diálogo y promover la acción colectiva.

CMC: ¿Cómo se preparan los profesionales de la salud para responder a los nuevos desafíos de salud y a los rápidos cambios demográficos en Colombia?

Decano Botello: Esta es una prioridad constante, por lo que revisamos nuestros programas de estudio cada seis meses para identificar y abordar las necesidades emergentes. Dentro de nuestros cuatro marcos rectores, evaluamos los desarrollos institucionales, los factores externos, los análisis de la situación de salud y las actualizaciones legislativas. Esta evaluación integral garantiza que nuestros currículums de estudio se mantengan alineados con las realidades actuales y preparen a los profesionales de la salud para responder eficazmente a los desafíos cambiantes.

CMC: ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrenta la facultad de ciencias de la salud de la Corporación Universitaria Remington para promover la integración de la formación académica y profesional en salud, y cómo planean superarlos?

Decano Botello: Estructuralmente, hemos actualizado y modernizado significativamente nuestros planes de estudio. Sin embargo, el mayor desafío radica en asegurar entornos de práctica adecuados, pues a medida que aumenta el número de facultades de medicina, disminuyen los centros de práctica. Creemos que el gobierno no ha abordado adecuadamente este problema a pesar de las reiteradas advertencias de Ascofame y las universidades de medicina. Muchas instituciones no han recibido aún de la visita del ministerio de Educación y de la Mesa Intersectorial de Salud para obtener la habilitación como centros oficiales de práctica, lo que genera graves limitaciones que podrían agravar la situación de quienes se están formando como médicos. Nuestro currículo es sólido, pero buscamos urgentemente el apoyo gubernamental para garantizar la acreditación responsable de las universidades. Permitir que instituciones no cualificadas operen, conlleva el riesgo de desplazar programas establecidos y degradar la calidad de la educación médica debido a la insuficiencia de horas de práctica. Este desafío es crucial, y seguimos abogando firmemente por medidas correctivas.

Estudiar medicina en los tiempos actuales

Por: Herman Redondo Gómez, MD. Médico de la UIS, especialista en Obstetricia y Ginecología de la UNAL, Diplomado en seguridad social para directivos de UTADEO, miembro de número de la Academia Nacional de Medicina y actual presidente del Tribunal Nacional de Ética Médica. Me expreso aquí, solo como un médico colombiano egresado de la facultad de medicina hace 50 años.

Según lo publica la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina[1] -ASCOFAME- en Colombia a septiembre de 2025 existen 57 programas vigentes de medicina, 15 de los cuales son públicos y 42 son privados. La carrera propiamente dicha dura 5 años, más el año de internado y el servicio social obligatorio (año rural), son 8 y, si se hace una especialización de 3 o 4 años, suman 11 o 12 años estudiando.

Las universidades públicas tienen costo de matrícula accesible pero el número de cupos es insuficiente para la creciente demanda; en tanto estudiar esta profesión en una universidad privada implica una inversión considerable, especialmente en universidades privadas, que concentran la mayor parte de los programas acreditados.

De acuerdo con la publicación de la Federación Médica Colombiana -FMC- de enero de 2025[2], *"la Universidad de los Andes tiene un costo de $36,230.000 por semestre, seguida por la Universidad del Rosario ($35,903.000), la Pontificia Universidad Javeriana ($35,041.000), la Universidad de La Sabana ($31,719.000), la Universidad El Bosque ($31,530.000) y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) con $28,303.000. En otras regiones del país también se registran valores elevados: la Universidad del Norte, en Barranquilla, cobra $26,261.800 por semestre, mientras que la Universidad Icesi, en Cali, alcanza los $25,410.000"*.

Si al nuevo médico le va bien económicamente, en el mejor de los casos, recuperará su inversión en el mismo tiempo unos 12 a 14 años.

El primer mensaje al joven aspirante es que si decide escoger las disciplinas de la salud por amor al dinero, se equivocó de sendero, pues su camino no es el de las facultades de ciencias de la salud, lo que no quiere decir que el profesional de la salud se deba resignar a una vida monacal. Como dice Pedro Laín Entralgo, médico y filósofo español, *"...que no quede duda, que percibir honorarios es algo éticamente válido, moralmente bueno, pues se ciñe al principio de justicia que establece que todo trabajo debe ser remunerado, bien sea en dinero, en especie o en gratitud pura"*.

Al respecto, la Ley 23 de 1981, nuestro Código de Ética Médica, predica lo siguiente: *"El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca, a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente"*.

Bien decía el profesor de Georgetown: *"La Medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades"*. La medicina es arte, es ciencia y la más ética de las vocaciones, al punto que algunos la han comparado con el sacerdocio, al nivel de un apostolado, de una forma de vida.

Desde tiempos milenarios, con Hipócrates nació el juramento médico que predica en su forma original las obligaciones hacia el maestro y su familia, hacia los discípulos, hacia los colegas y, sobre todo, hacia los pacientes.

La vocación médica debe nacer del alma, generalmente teniendo un faro luminoso que nos inspira, un ser al que se admira profundamente y al que se desea emular, podrá ser alguien tan próximo como uno de los padres, o un familiar cercano, o un médico que con fraternal empatía nos brindó asistencia médica durante algún padecimiento. La vocación médica se refiere a una motivación profunda y a un deseo de dedicarse al ejercicio de la medicina impulsada por el servicio a los demás y a un compromiso auténtico con la salud y el bienestar de los pacientes puestos bajo nuestro cuidado. Creo que esa es la mayor inspiración de los que nos decidimos por esta profesión, la cual sigue vigente.

Ese deseo generalmente nace desde la infancia, crece en el adolescente y se materializa cuando ingresa a la universidad, donde sus maestros guían su sentir y orientan su admiración por el ejercicio profesional de la medicina.

El ejercicio de la medicina va más allá de una simple profesión y se manifiesta en un llamado interno a cuidar, mejorar, sanar y siempre procurar aliviar el sufrimiento. La vocación genuina está alejada del interés económico, está impregnada de un interés profundo en la ciencia, la investigación y el aprendizaje continuo que permite cada vez ser mejor, hasta lograr la excelencia profesional.

A partir del siglo XIX empezó a ser frecuente de forma universal, la realización de un juramento inspirado por el antiguo, que ha venido evolucionando según la escala de valores de cada tiempo y lugar.

Nuestro Código de Ética Médica, adopta los términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, en el que el médico graduando jura conocer y cumplir con lealtad y honor dicho Juramento médico, en el que en un acto solemne jura consagrar su vida al servicio de la humanidad:

"...Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia; velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos a mí confiados; mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; (...)

El principio de justicia se expresa de manera clara y contundente: *"... juro hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, razas, rangos sociales, evitando que estas se interpongan entre mis servicios profesionales y mi paciente"*.

Estas no son palabras vanas, es algo que toca los sentimientos más nobles y profundos del nuevo médico al coronar sus sueños de dedicar su vida al servicio de los demás.

A fe que en la inmensa mayoría de los casos este paradigma se cumple: acaso, ¿no es cierto que en los rincones de los hospitales se han escuchado oraciones más honestas que en algunas iglesias? Ahí ves un homosexual salvado por un médico homofóbico; a un médico petrista prodigar sus cuidados a un fanático uribista o viceversa. En la UCI ves juntos a un negro, un judío, un policía blanco racista y un presidiario en la misma sala recibiendo el mismo cuidado. Un rico en el trasplante de hígado, y el donante ha sido un pobre, o viceversa.

¿Comprendes que la salud es única, donde nadie es mejor que nadie? Tal vez no hay mejor ejemplo de resiliencia que el expresado en la práctica por los profesionales de la salud durante la pandemia, por su capacidad de afrontar los desafíos y dificultades inherentes a la práctica médica con fortaleza y determinación, exponiendo sus propias vidas, en cuyo intento de salvar a sus semejantes, algunos perdieron la suya propia.

Es importante que la formación médica se fortalezca e incluya la reflexión sobre la vocación, para que los futuros médicos puedan conectar con sus principios y desarrollar una práctica profesional ética y satisfactoria: Ejercer la medicina con pericia, prudencia y diligencia, bajo los principios de la bioética: Beneficencia, no Maleficencia, Autonomía y Justicia. Y la importancia de la vigencia del Código de Ética Médica, en la medida en que, normas de tal naturaleza, constituirían para la sociedad en general una defensa contra las conductas de quienes, por vía de excepción, ejercen la medicina violando los principios éticos de la profesión.

La vocación médica también requiere un entorno laboral adecuado, donde los profesionales se sientan valorados y apoyados, no irresponsablemente atacados o discriminados por quienes tienen el deber moral y legal de proporcionarles las mejores condiciones para su ejercicio, que significa cuidar la vida y el derecho fundamental a la salud de sus semejantes, tal como lo predica la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, nacida de las entrañas de las instituciones médicas más representativas de la Nación.

Los médicos pertenecemos a la profesión que ha enarbolado la ética como su bandera, el compromiso como el camino y la sabiduría como el mejor instrumento para regalar esperanza y sanar con amor. En cada diagnóstico hay sabiduría, y en cada sonrisa, humanidad.

Los médicos y los profesionales de la salud en Colombia estamos al servicio del país; soportamos el cuidado de nuestros compatriotas las 24 horas, los 365 días de cada año, regidos por los principios éticos que regulan el ejercicio de nuestras profesiones; buscamos el mejoramiento de la salud pública y el nivel de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad o de orden económico, social, racial, de género o de ideología política partidista o religiosa.

Desde los tiempos de Hipócrates hasta nuestros tiempos, la humanidad ha evolucionado de manera vertiginosa, la medicina moderna no conoce límites, pero hoy, como ayer, necesitamos que las nuevas generaciones que decidan estudiar medicina o alguna de las profesiones relacionadas con la salud, mantengan enhiestas las banderas de la ética y el deseo ferviente de servir y salvar vidas... ¡es esa la razón de nuestras profesiones!

Al decir del doctor Montoya, médico psiquiatra: ***"Para el médico su doctrina debe ser la ciencia; su ideología, el humanismo; su religión, la ética; y la lealtad... hacia sus pacientes".***

1 ASCOFAME. Nuestras facultades. Consultado en: https://ascofame.org.co/web/quienes-somos/nuestras-facultades/

2 FMC. La realidad de estudiar medicina en Colombia. Consultado en: https://www.federacionmedicacolombiana.com/2025/06/25/la-realidad-de-estudiar-medicina-en-colombia/

Controversia

¿En qué consiste la ley del derecho al olvido oncológico?

María Isabel Calderón, politóloga del INC

La Ley 2475 de 2025, que regula el derecho al olvido oncológico, busca proteger a los sobrevivientes de cáncer de la discriminación, salvaguardando la confidencialidad médica y garantizando la igualdad de acceso al empleo, seguros y servicios financieros tras períodos de supervivencia definidos. En diálogo con el **Colegio Médico Colombiano, la politóloga con magister en estudios políticos del Instituto Nacional de salud, María Isabel Calderon,** recalcó que la ley aborda el estigma social y las barreras económicas, y exige políticas públicas para la inclusión y programas de apoyo. Sin embargo, su implementación completa se ha retrasado hasta mediados de 2026, lo que prolonga la vulnerabilidad de los sobrevivientes. Entre los principales desafíos se encuentran la preparación institucional, el estigma cultural y la coordinación entre las partes interesadas, lo que requiere una supervisión activa y campañas de sensibilización para garantizar una protección efectiva y la reintegración social.

1. ¿Cuáles son los principales objetivos de la ley sobre el derecho al olvido oncológico en Colombia?

La Ley 2475 de 2025, conocida como la ley del derecho al olvido oncológico, tiene como objetivo central garantizar la inclusión plena y la no discriminación de las personas sobrevivientes de cáncer, reconociendo su dignidad y la necesidad de superar las barreras que enfrentan en su vida cotidiana. En primer lugar, protege la confidencialidad de la historia clínica y de los antecedentes médicos relacionados con el cáncer, evitando que su divulgación sea utilizada en perjuicio de los pacientes. Asimismo, prohíbe expresamente la discriminación en el acceso al empleo, seguros, productos financieros y educación, impidiendo que se impongan condiciones más gravosas por haber tenido un diagnóstico oncológico. Para ello, establece plazos: cuatro (4) años desde la finalización del tratamiento sin recaídas en adultos, y dos (2) años para quienes fueron diagnosticados en la infancia. La norma también reconoce la "doble victimización" de los sobrevivientes, al enfrentar no solo las secuelas físicas y psicológicas de la enfermedad, sino también el estigma social y económico posterior. En consecuencia, plantea la necesidad de políticas públicas de inclusión social, laboral y educativa, medidas afirmativas de igualdad de oportunidades y sanciones para entidades que incumplan. Además, mandata al Estado a generar programas de acompañamiento y vigilancia, de modo que los sobrevivientes no vean limitado su proyecto de vida por un diagnóstico ya superado.

2. ¿Cuáles son las mayores dificultades que enfrentan los sobrevivientes de cáncer en su reintegración social y profesional, que esta ley pretende abordar?

En Colombia no existe aún una caracterización sistemática de las dificultades que enfrentan los sobrevivientes en su reintegración social y profesional, lo cual motiva al Instituto Nacional de Cancerología (INC) a proponer un proyecto de investigación cualitativa que documente estas experiencias. La literatura internacional, sin embargo, ha identificado barreras recurrentes. En el plano económico, se evidencia la "toxicidad financiera": altos costos de tratamientos, endeudamiento y pérdida de ingresos por desempleo o incapacidades prolongadas. En el ámbito laboral, persiste la discriminación abierta o velada hacia quienes han tenido cáncer, la falta de ajustes razonables en los entornos de trabajo y mayores tasas de informalidad tras el tratamiento. A nivel social y familiar, los sobrevivientes suelen enfrentar estigmatización, aislamiento y cambios en roles que generan tensiones en la vida cotidiana. Finalmente, en salud mental se registran altos niveles de ansiedad, depresión y temor a recaídas, que afectan la adherencia a controles médicos. Estos hallazgos internacionales muestran la urgencia de que Colombia avance en su propia caracterización, ya que sin datos locales resulta difícil diseñar políticas efectivas para esta población creciente.

3. ¿Por qué se decidió implementarla hasta mediados del 2026 y qué impacto tiene este retraso en los actuales sobrevivientes de cáncer?

La Ley 2475 de 2025 estableció que su implementación plena entrará en vigor a mediados de 2026. Esta decisión responde a disposiciones transitorias del texto legal orientadas a garantizar la preparación institucional: reglamentación específica, destinación presupuestal y coordinación entre entidades responsables. Aunque técnicamente justificable, este plazo implica que durante más de un año los sobrevivientes de cáncer sigan enfrentando vacíos de protección, discriminación en ámbitos laborales, financieros y sociales, y retrasos en el acceso a las garantías prometidas. Para mitigar estos efectos, se requieren medidas transitorias como protocolos administrativos provisionales, campañas de sensibilización y, de ser posible, programas piloto que permitan al INC y a las autoridades de salud anticipar soluciones antes de la entrada en vigor de la norma.

4. ¿Cómo protege la ley a los pacientes que tuvieron cáncer de la discriminación en el empleo, los seguros médicos y los entornos sociales?

La Ley 2475 de 2025 protege a los sobrevivientes de cáncer mediante medidas concretas contra la discriminación en el empleo, los seguros médicos y el acceso a productos financieros, contribuyendo a un entorno más accesible para su reinserción laboral y social. En lo laboral, prohíbe exigir antecedentes oncológicos una vez cumplidos los plazos de sobrevida, garantizando igualdad en procesos de contratación y permanencia. En lo financiero y asegurador, impide que bancos y aseguradoras apliquen condiciones más gravosas, cláusulas de exclusión o primas diferenciadas por haber tenido un diagnóstico oncológico, siempre que se cumplan los plazos definidos por la ley. La norma también refuerza la confidencialidad de las historias clínicas, en armonía con la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales. En caso de incumplimiento, prevé recursos ante las Superintendencias y sanciones administrativas y laborales, consolidando un marco de protección integral para la reintegración económica y social.

5. ¿Cuáles serían las principales barreras en la implementación de la ley?

Las posibles barreras para implementar la Ley 2475 de 2025 pueden limitar su efectividad. En lo institucional, destacan la falta de presupuesto específico, la ausencia de protocolos claros y vacíos de competencias entre entidades. En lo técnico, preocupa la capacidad de los sistemas de información para garantizar confidencialidad, la falta de mecanismos uniformes para certificar la condición de sobreviviente y la articulación débil entre EPS, empleadores y entidades financieras. En lo político y cultural, persisten la falta de voluntad para priorizar recursos, el estigma social y los intereses comerciales, en particular del sector asegurador y financiero, que podrían obstaculizar la materialización del derecho. A esto se suma que, en los últimos años, las leyes han enfrentado largas demoras en sus procesos de reglamentación, lo que aumenta el riesgo de que la norma quede rezagada en la "fila" pendiente. Para evitarlo, se requieren indicadores de cumplimiento, participación activa de sobrevivientes y mecanismos estrictos de vigilancia.

6. ¿De qué maneras las actitudes culturales hacia el cáncer en Colombia contribuyen al estigma social que experimentan los sobrevivientes?

En Colombia, las actitudes culturales hacia el cáncer siguen alimentando el estigma que enfrentan los sobrevivientes. Persiste la idea de que el cáncer implica fragilidad, sufrimiento o muerte, lo que convierte al diagnóstico en una "marca" que los acompaña de por vida y que puede ser usada en su contra en el empleo o el acceso a seguros. En la vida social, este estigma se manifiesta en rumores, exclusión

y sobreprotección familiar que limita la autonomía. Es necesario cambiar esta visión y dejar de asociar al sobreviviente únicamente con lo negativo de la enfermedad, reconociendo su capacidad plena de reintegrarse social y profesionalmente. Para ello se requieren campañas públicas de sensibilización, educación en salud, la difusión de testimonios de superación y la formación de empleadores y actores sociales clave en prácticas libres de discriminación.

7. ¿Cómo garantizará la ley que las historias clínicas de los sobrevivientes sean efectivamente olvidadas en contextos donde podría haber discriminación?

Uno de los mayores temores de los sobrevivientes es que sus historias clínicas se utilicen como factor de discriminación en empleos, seguros o productos financieros, incluso tras superar la enfermedad. La Ley 2475 de 2025 busca responder a esta preocupación al prohibir que, cumplidos los plazos de sobrevida, dicha información pueda ser exigida o usada en su contra. Para ello se apoya en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, que establece la confidencialidad, la limitación de acceso por terceros y procedimientos de supresión o anonimización de datos sensibles. En la práctica, bancos, aseguradoras o empleadores no podrán exigir antecedentes oncológicos una vez configurado el derecho al olvido, y cualquier uso indebido podrá ser denunciado ante la Superintendencia de Industria y Comercio, además de recurrir a acciones de tutela o recursos administrativos. Persisten, sin embargo, riesgos como fugas de información digital o falta de protocolos en EPS y prestadores, lo que hace indispensable que la reglamentación aclare y explicite estos aspectos para evitar vacíos en la aplicación de la ley.

8. ¿Existen planes para programas o políticas complementarias que apoyen la rehabilitación psicológica y social de los sobrevivientes?

Aunque algunas instituciones y especialistas han desarrollado programas con enfoque integral, persisten barreras e inequidades de acceso que generan diferencias en la atención. Por ello, más que depender de iniciativas aisladas, se requiere consolidar una política pública integral que garantice igualdad en el acceso, sin importar residencia, régimen de afiliación o condiciones socioeconómicas. Los avances del Instituto Nacional de Cancerología y de experiencias comunitarias son valiosos, pero resultan limitados y poco sostenibles. La reglamentación de la Ley 2475 debería articular estos esfuerzos con el nuevo Plan Decenal para el Control del Cáncer y con los sistemas territoriales de salud, de modo que el derecho al olvido se complemente con un modelo de rehabilitación integral. Será además necesario reforzarlo con disposiciones que impulsen la reinserción social, laboral y educativa, garantizando que la superación de la enfermedad se traduzca en inclusión real y sostenible.

9. ¿Cómo se compara la ley colombiana con legislaciones similares en otros países y qué lecciones se extrajeron?

En la región, Colombia y Chile son los únicos países que han adoptado una ley específica sobre el derecho al olvido oncológico, ambas de carácter muy reciente y, por ende, aún en etapa inicial de reglamentación e implementación. En Europa, el debate es más maduro y cuenta con marcos normativos consolidados, como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR), especialmente su artículo 17 sobre el "derecho de supresión" o "derecho al olvido oncológico", y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Una diferencia clave está en los plazos de sobrevida requeridos: la ley colombiana exige cuatro (4) años después del tratamiento sin recaídas, o dos (2) en la infancia; en Francia y España, el plazo es de cinco (5) años; e Italia contempla periodos diferenciados según edad y tipo de tratamiento. Estas variaciones muestran la necesidad de adaptar requisitos al contexto de cada país. Dado que estos plazos implican un período de espera en el que persiste el riesgo de discriminación, vale la pena implementar programas de soporte integral que acompañen psicosocial, laboral y financieramente a los sobrevivientes mientras se cumplen los años exigidos. De Europa se extraen lecciones: protocolos claros, derechos explícitos frente a entidades financieras y aseguradoras, mecanismos de verificación técnica, evaluaciones periódicas y participación activa de los sobrevivientes en el monitoreo. En síntesis, la ley colombiana se sitúa a la vanguardia regional junto con Chile, pero su éxito dependerá de traducir estas lecciones en un marco operativo sólido e inclusivo.

10. ¿Qué medidas se tomarán para monitorear y evaluar la efectividad de la ley y cómo pueden participar los sobrevivientes?

La Ley 2475 establece principios para su monitoreo y evaluación, pero será la reglamentación la que precise los mecanismos técnicos y operativos. Es fundamental que esta defina indicadores como número de reclamaciones por discriminación, tiempos de respuesta administrativa, tasas de reincorporación laboral y acceso a productos financieros, a fin de medir si la ley cumple su objetivo. También se requieren mecanismos de reporte como informes anuales de las instituciones competentes, auditorías independientes y mesas territoriales que den seguimiento a la implementación. En este proceso, la participación de los sobrevivientes es decisiva: mediante comités consultivos, encuestas periódicas y su inclusión en el diseño de indicadores. La experiencia europea muestra que la movilización social fue clave para que se reconociera este derecho; por ello, en Colombia será indispensable un control social fuerte que asegure que la norma no quede en el papel, sino que produzca cambios efectivos y sostenibles.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Vigilada Mineducación

Conoce el nuevo
Doctorado en Cuidados Paliativos!
Formamos investigadores autónomos capaces de generar conocimiento original y transformar la atención paliativa en Latinoamérica

Resolución No. 019886 del 02 de octubre de 2025 del Ministerio de Educación Nacional. Vigencia 7 años.

Reacreditación Institucional de ALTA CALIDAD
Resolución 013172 del 17 de Julio de 2020

Promoción y prevención

La salud mental como recurso colectivo: perspectivas desde Colombia y la Organización Mundial de la Salud

Por: Juliana García Castro, MD-Observatorio de Salud Mental Positiva- Instituto Colombiano del Sistema Nervioso-Clínica Montserrat – Hospital Universitario

Introducción

La salud mental se ha consolidado como un tema central en la agenda global de salud pública, reconociéndose como un componente esencial del bienestar humano y del desarrollo social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido una definición ampliamente citada, en la cual la salud mental es entendida como "un estado de bienestar en el que la persona reconoce sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad" (OMS, 2001). Esta concepción, más allá de la ausencia de trastornos, invita a pensar la salud mental como un recurso positivo y dinámico, determinado tanto por factores individuales como colectivos.

En Colombia, este enfoque se ve reforzado con la promulgación de la Ley de Salud Mental de 2025, que actualiza la Ley 1616 de 2013 y establece un marco renovado para garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud mental. La nueva ley reconoce explícitamente la salud mental como un derecho fundamental, enfatiza su carácter de bien común y ordena la creación de redes territoriales de cuidado y promoción de la salud mental en todos los niveles del sistema de salud.

Desde el Observatorio de Salud Mental Positiva del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso y la Clínica Montserrat–Hospital Universitario, hemos asumido esta perspectiva para analizar la realidad colombiana. Nuestro trabajo académico y comunitario confirma que la salud mental debe ser entendida como un bien común, cuya construcción requiere acciones integradas en la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.

La definición de la OMS y su relevancia

La definición de la OMS enfatiza cuatro aspectos centrales: el reconocimiento de capacidades, el afrontamiento de tensiones, la productividad y la contribución social. Este enfoque se distancia de visiones centradas en la patología y propone la salud mental como un estado de equilibrio y de potencial humano.

En Colombia, esta perspectiva resulta particularmente relevante. El país enfrenta desafíos derivados de la desigualdad social, la violencia armada, el desplazamiento forzado y las brechas en el acceso a los servicios de salud. En este contexto, promover la salud mental exige más que tratamientos clínicos: requiere políticas públicas inclusivas, espacios comunitarios de apoyo y acciones colectivas orientadas al bienestar.

Dimensiones de la salud mental positiva

La salud mental, como recurso dinámico, puede analizarse a partir de varias dimensiones complementarias:

Bienestar personal

En concordancia con la Ley de Salud Mental 2025, el bienestar personal se potencia mediante programas de promoción y prevención que deben ser garantizados desde la primera infancia, integrando acciones educativas, artísticas y deportivas.

El bienestar personal implica un equilibrio emocional y un sentido de propósito en la vida. Se expresa en la capacidad de experimentar satisfacción y motivación aun en medio de las dificultades. Intervenciones comunitarias basadas en arte, deporte y proyectos productivos han mostrado un impacto positivo en la autoestima y el ánimo de jóvenes en contextos de vulnerabilidad.

Relaciones significativas

El marco normativo colombiano actual subraya la importancia de fortalecer las redes sociales significativas mediante la participación comunitaria y la capacitación de agentes locales de apoyo, como lo establece la Ley 2025.

Diversas investigaciones han confirmado que la calidad de los vínculos sociales es uno de los predictores más consistentes de la salud y la longevidad. El Estudio de Desarrollo Adulto de Harvard, que ha seguido a varias generaciones durante más de 80 años, concluye que las relaciones cálidas y confiables protegen contra el deterioro físico y emocional, mientras que la soledad y el aislamiento social representan un riesgo comparable al tabaquismo o la obesidad.

En Colombia, las familias extensas, las redes comunitarias de apoyo y las iniciativas locales de cuidado mutuo constituyen un factor protector crucial frente a la fragmentación social, la migración y la violencia.

Capacidad de adaptación y recuperación

La Ley 2025 reconoce la resiliencia comunitaria como eje estratégico, priorizando intervenciones diferenciales en poblaciones afectadas por conflicto armado, violencia de género y migración, así como programas de apoyo psicosocial para personas en riesgo suicida y comunidades afectadas por desastres.

La llamada resiliencia, o en términos más cercanos, la capacidad de adaptación y recuperación, adquiere un carácter central en contextos marcados por el conflicto y la desigualdad. A nivel individual, se manifiesta en la posibilidad de aprender de la adversidad y reconstruir proyectos de vida. A nivel comunitario, se refleja en la organización de barrios, escuelas o grupos sociales que, pese a experiencias de pérdida y desplazamiento, logran generar entornos protectores y de apoyo mutuo.

Contribución social

La participación social, pilar de la Ley 2025, busca garantizar que la ciudadanía no sea solo receptora de servicios, sino también coautora de políticas y acciones en salud mental a través de espacios institucionales y comunitarios.

El bienestar psicológico se potencia cuando las personas perciben que sus acciones tienen un impacto positivo en la comunidad. En programas implementados por el Observatorio, hemos observado que los jóvenes que participan en voluntariado, actividades culturales y proyectos colectivos reportan mayores niveles de bienestar subjetivo y sentido de pertenencia. La contribución social es, por tanto, un mecanismo bidireccional: fortalece al individuo y, a la vez, cohesiona a la comunidad.

La salud mental como recurso colectivo

La salud mental no puede concebirse únicamente como una responsabilidad individual. Tal como plantea la OMS (2013), está determinada por factores sociales, económicos y ambientales. Desde esta perspectiva, es un bien colectivo, que depende de las condiciones de equidad, justicia y cohesión social.

La Ley de Salud Mental de 2025 incorpora de manera explícita la atención primaria en salud mental (APSM), estableciendo que la promoción, la prevención y la atención básica deben ser garantizadas en todos los niveles de la red territorial de servicios de salud. Esto implica capacitar al personal de salud general, fortalecer la detección temprana en escuelas y comunidades, y articular la salud mental con los programas de atención primaria en salud (APS). De esta forma, la salud mental se reconoce como parte inseparable de la salud integral y de la garantía del derecho a la salud en Colombia.

En el caso colombiano, se han desarrollado experiencias que muestran la importancia de este enfoque. Las estrategias de promoción de la salud mental escolar, los programas de convivencia ciudadana y los espacios comunitarios de acompañamiento psicosocial han evidenciado que la salud mental florece cuando existen entornos inclusivos, confiables y participativos.

Convivencia y conectividad como determinantes

Los hallazgos del Estudio de Harvard refuerzan la importancia de la conectividad social. La soledad, definida no solo como la ausencia de compañía sino como la falta de relaciones significativas, constituye un factor de riesgo para la salud mental y física. Por el contrario, la construcción de redes de apoyo cercanas, tanto formales como informales, favorece el bienestar a lo largo del ciclo vital.

En Colombia, fortalecer la convivencia y la confianza social representa un reto crucial. La violencia, la

polarización y la exclusión limitan la posibilidad de crear vínculos sólidos. Sin embargo, experiencias locales de redes comunitarias de cuidado han mostrado que es posible reconstruir la confianza y generar entornos protectores que impactan tanto la salud individual como la colectiva.

Conclusión

La salud mental, desde la mirada de la OMS y a la luz de la experiencia colombiana, debe ser comprendida como un recurso colectivo y un derecho humano fundamental. Implica reconocer capacidades, fomentar vínculos significativos, potenciar la adaptación y recuperación frente a la adversidad y promover la contribución social.

La reciente Ley de Salud Mental de 2025 reafirma que la salud mental no es únicamente un asunto clínico o individual, sino un derecho humano fundamental y colectivo, cuya garantía requiere voluntad política, articulación intersectorial y compromiso comunitario. Este marco normativo abre una oportunidad histórica para consolidar la salud mental positiva como estrategia de desarrollo humano sostenible y de construcción de paz en Colombia.

La inclusión de la atención primaria en salud mental como mandato en la Ley 2025 constituye un paso decisivo hacia la desinstitucionalización y la universalización del cuidado en salud mental. Este enfoque, enraizado en la APS, no solo amplía la cobertura y la equidad, sino que también acerca la atención al territorio y a la vida cotidiana de las comunidades.

Adoptar esta perspectiva supone trascender un modelo centrado en la enfermedad para avanzar hacia políticas y prácticas orientadas al bienestar integral y a la equidad social. En un país como Colombia, donde las comunidades han demostrado una extraordinaria capacidad de adaptación, la promoción de la salud mental positiva es no solo un imperativo sanitario, sino también una estrategia de construcción de paz y desarrollo humano sostenible.

El tiempo, un bisturí que nos toca a todos: Envejecimiento del cuerpo médico en Colombia, un análisis de riesgos, protección y desafíos

Por: Carlos Alberto Sánchez Quintero, MD. Longevidad humanizada.

En diálogo con el doctor Diego Acosta, motivado por nuestra amistad e historias compartidas en la profesión médica, me parece oportuno invitar a universidades, instituciones hospitalarias, gremios médicos, cooperativas y sociedades de especialistas a ocuparnos, más que preocuparnos, por la longevidad del cuerpo médico colombiano. Debemos atender las dificultades y oportunidades de los médicos mayores, quienes con frecuencia quedan olvidados o enmascarados por las prioridades y novedades de un sector tan acelerado y cambiante como el de la salud.

Con ayuda de la Inteligencia Artificial (IA) busqué artículos relacionados con el tema en Colombia, usando palabras clave como:

- "Envejecimiento médicos Colombia"
- "Fuerza laboral médica Colombia y edad"
- "Talento humano salud Colombia"
- "Médicos mayores en Colombia"
- "Jubilación médicos Colombia"
- "Desafíos profesionales médicos Colombia"

Sin encontrar resultados específicos y conociendo parcialmente las realidades de profesores, colegas mayores de la Academia de Medicina de Medellín, asociaciones médicas, asociados a la Cooperativa Médica de Antioquia (Comedal) y amigos cercanos, me atrevo a hacer las siguientes anotaciones:

El "bisturí del tiempo" nos recuerda que la medicina, como la vida, es un ciclo. Proteger y valorar a nuestros médicos mayores no es solo una cuestión de justicia o ética profesional, sino una inversión en la calidad y humanismo de la atención en salud para futuras generaciones en Colombia. Su experiencia es un tesoro que no podemos permitirnos perder, independientemente de los avances científicos, tecnológicos, las presiones de la industria médica, los sistemas de salud y los modelos empresariales y económicos que nos rodean.

La medicina exige dedicación de por vida. Pero, ¿qué ocurre cuando la vida de quienes la ejercen avanza y el cuerpo del médico envejece? Colombia enfrenta una realidad ineludible: una proporción creciente de profesionales de la salud, especialmente médicos, están entrando o ya se encuentran en la etapa de edad mayor. Este fenómeno aporta una riqueza invaluable de experiencia, pero también introduce un entramado complejo de riesgos y factores protectores que merecen análisis detallado, considerando su formación, ejercicio profesional, condiciones socioeconómicas y las realidades de un sistema de salud bajo constante presión.

El retrato de una profesión que envejece: factores protectores

El médico mayor colombiano no es solo un trabajador con canas; es un baluarte de sabiduría.

1. **Experiencia clínica invaluable:** años de práctica forjan un "ojo clínico" que supera los algoritmos de la IA. Reconocer patrones atípicos, manejar situaciones complejas con serenidad, orientar urgencias o aplazar procedimientos y ofrecer una visión holística del paciente es una fortaleza irremplazable. Especialidades como medicina interna, cirugía, psiquiatría o geriatría se benefician enormemente de esta madurez, donde intuición y conocimiento acumulado son clave para diagnósticos difíciles y manejos integrales.
2. **Habilidades de comunicación y empatía:** la experiencia vital pule la conexión con pacientes y familias. Médicos con años de servicio desarrollan mayor empatía y comunicación efectiva, especialmente en especialidades que requieren contención emocional como oncología, pediatría o medicina familiar.
3. **Liderazgo y mentoría:** los médicos mayores son pilares en la formación de nuevas generaciones. Su rol como mentores en academia y entornos clínicos es fundamental, transmitiendo conocimientos, ética profesional y humanismo. Esta fortaleza es transversal, pero más evidente en especialidades con largos períodos de residencia, como cirugía o neurocirugía.
4. **Redes profesionales sólidas:** décadas de ejercicio construyen extensas redes de colegas y especialistas, facilitando interconsultas y manejo colaborativo de casos complejos.

El reverso de la moneda: factores de riesgo y debilidades

El envejecimiento también trae desafíos que el sistema debe reconocer y abordar.

5. **Deterioro físico y cognitivo:** varía individualmente, pero el tiempo puede afectar agilidad física y velocidad de procesamiento cognitivo. Esto es riesgoso en especialidades que demandan destreza manual y reflejos rápidos, como cirugía (especialmente laparoscópica), oftalmología o anestesiología. Fatiga, agudeza visual y precisión fina pueden verse comprometidas.
6. **Brecha tecnológica y actualización**: la medicina avanza rápidamente, especialmente en tecnología diagnóstica y terapéutica. Adaptarse a nuevos equipos, software de historias clínicas electrónicas, inteligencia artificial o procedimientos mínimamente invasivos puede ser más lento para algunos médicos mayores, generando brechas en especialidades como radiología, cardiología intervencionista o urología.
7. **Presiones laborales y horarios extenuantes:** el sistema de salud colombiano, caracterizado por sobrecarga laboral, turnos prolongados y la necesidad de trabajar en múltiples instituciones para ingresos dignos, es agotador. Para el médico mayor, estas presiones aumentan el riesgo de burnout, errores médicos y deterioro de salud, especialmente en urgencias, UCI o ginecología y obstetricia, donde las emergencias son constantes.
8. **Impacto socioeconómico y previsional**: muchos médicos mayores, especialmente quienes han dependido de contratos de prestación de servicios, enfrentan incertidumbre económica al acercarse a la jubilación, con pensiones insuficientes por cotizar con bajos salarios o la necesidad de seguir trabajando más allá de la edad ideal. Esto obliga a mantener ritmos de trabajo insostenibles.
9. **Salud propia**: enfermedades crónicas no transmisibles, generadas por hábitos y condiciones insalubres como hipertensión, diabetes, afecciones musculoesqueléticas, deterioro neurocognitivo y trastornos digestivos, son prevalentes en esta población. Aunque expertos en recomendar buenos hábitos, no siempre los aplicamos por falta de tiempo, confianza en la salud o acceso limitado a atención médica, lo que deteriora el bienestar.

10. **Resistencia al cambio y flexibilidad:** la experiencia es fortaleza, pero a veces genera resistencia a nuevas guías, protocolos o enfoques terapéuticos. Esto es una debilidad en especialidades con innovaciones rápidas y disruptivas, que requieren mente abierta y adaptativa.

Realidades del sistema de salud y presiones adicionales

El sistema de salud colombiano agudiza estas realidades. La presión por productividad, largas jornadas, burocracia, remuneración no siempre justa y amenaza constante de demandas se suman al desgaste. Un médico mayor, con menos reservas físicas y mayor necesidad de descanso, enfrenta un entorno que no siempre favorece su continuidad laboral en condiciones óptimas. La falta de políticas claras de transición, retiro progresivo o roles de consultoría para médicos experimentados desperdicia un gran capital humano.

Conclusiones y recomendaciones: hacia un envejecimiento médico sostenible

El envejecimiento del cuerpo médico en Colombia no es un problema a solucionar, sino una realidad que requiere gestión inteligente. Se necesita una visión estratégica que:

11. Promueva el autocuidado integral desde edades tempranas, cultivando un envejecimiento digno, saludable y con propósito. Desde la más temprana edad, hágase consciente que usted será una persona mayor en el mejor de los escenarios
12. Incorpore pilares de longevidad saludable: alimentación balanceada, ejercicio adecuado, sueño reparador, red familiar y social, abstinencia de sustancias tóxicas, salud económica y proyecto de vida, priorizados desde temprano.
13. Fomente formación continua y alfabetización digital mediante programas adaptados a las necesidades y ritmos de médicos mayores.
14. Ofrezca flexibilidad laboral: trabajo a tiempo parcial, consultoría, mentoría o roles educativos que permitan a los médicos mayores seguir contribuyendo sin el desgaste completo.
15. Implemente evaluaciones éticas y personalizadas de aptitud física y cognitiva, no para despidos, sino para reubicación o adaptación de funciones.
16. Mejore condiciones socioeconómicas y previsionales: garantice jubilaciones dignas, fomente ahorro e inversión para sostenibilidad, facilite acceso a seguros de salud y bienestar.
17. Reconozca el valor de la experiencia creando programas para que médicos experimentados sean consultores, supervisores clínicos o formadores, aprovechando su sabiduría con menor intensidad laboral.
18. Visibilice esta realidad en agendas políticas y de líderes: agremiaciones médicas, universidades y asociaciones deben estudiar y cambiar la narrativa sobre la longevidad, que, aunque plantea retos, ofrece muchas oportunidades para nuestros médicos mayores.

Discusión

La reingeniería del diagnóstico en la práctica clínica

Por: doctor Jheremy Reyes, MD, MSc- Los Cobos Medical Center–Universidad El Bosque- Cancer and Molecular Medicine Research Group (CAMMO)
Doctor Jheremy Sebastián Reyes, MD- Cancer and Molecular Medicine Research Group (CAMMO)

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)

El diagnóstico médico es una de las tareas más críticas y complejas en la práctica clínica. A pesar de los avances en medicina, los errores diagnósticos siguen siendo frecuentes y conllevan consecuencias importantes para los pacientes y el sistema de salud. Este artículo propone aplicar el concepto de reingeniería, originalmente desarrollado en el ámbito de la gestión empresarial, al proceso diagnóstico en medicina. La "reingeniería del diagnóstico" implica repensar de forma profunda y deliberada la manera en que se construyen los juicios clínicos, desafiando supuestos, minimizando sesgos cognitivos y aprovechando herramientas emergentes como la inteligencia artificial y el análisis de grandes volúmenes de datos.

Este enfoque no busca reemplazar el juicio clínico, sino potenciarlo mediante la reflexión crítica, el trabajo en equipo y la innovación tecnológica. En particular, su aplicación es relevante en el abordaje de enfermedades raras o huérfanas, que suelen presentar retrasos diagnósticos importantes debido a su baja prevalencia, presentación clínica inespecífica y escaso conocimiento entre los profesionales. Repensar el diagnóstico desde esta perspectiva permite no solo mejorar la precisión y reducir errores, sino también avanzar hacia una medicina más justa, equitativa y centrada en el paciente.

La reingeniería del diagnóstico se plantea, así, como una herramienta conceptual y práctica para transformar la forma en que los profesionales de la salud se enfrentan a uno de los mayores retos de su labor: comprender y nombrar correctamente la enfermedad.

Introducción

El diagnóstico es uno de los pilares fundamentales de la práctica médica. Un diagnóstico preciso no sólo orienta el tratamiento adecuado, sino que también puede significar la diferencia entre una atención exitosa y un desenlace adverso. Sin embargo, el proceso diagnóstico no está exento de errores. Se estima que entre un 10 % y un 15 % de los diagnósticos médicos pueden ser incorrectos, lo que contribuye significativamente a eventos adversos prevenibles en los sistemas de salud. Entre los factores que influyen en estos errores se encuentran el anclaje cognitivo, la disponibilidad limitada de recursos, la presión asistencial y la falta de revisión continua de las hipótesis diagnósticas.

La reingeniería de procesos, concepto ampliamente utilizado en la ingeniería y administración, se refiere a la reformulación fundamental y radical de procesos para lograr mejoras sustanciales en desempeño, eficiencia y calidad. Aplicado al contexto médico, este concepto podría traducirse en una "reingeniería del diagnóstico", donde los profesionales de la salud se enfoquen en reevaluar sistemáticamente sus decisiones diagnósticas, minimizando errores y optimizando la detección de enfermedades menos evidentes.

Este artículo propone un marco conceptual para la reingeniería del diagnóstico en medicina, explorando sus bases, factores limitantes y estrategias para su aplicación en la práctica clínica. Se enfatiza la necesidad de un enfoque más reflexivo y adaptativo en la evaluación del paciente, con el fin de reducir la probabilidad de errores diagnósticos y mejorar la calidad asistencial.

¿Qué es la reingeniería y cómo se aplica al diagnóstico?

Origen y principios de la reingeniería:

La reingeniería de procesos fue introducida en la década de 1990 por Hammer y Champy como una metodología de mejora organizacional. Su principio básico es la reformulación radical de los procesos de negocio para lograr mejoras significativas en rendimiento, costo, velocidad y calidad. La idea central es cuestionar suposiciones tradicionales y rediseñar los procesos desde cero en lugar de realizar mejoras incrementales.

En el campo de la medicina, el diagnóstico suele considerarse un proceso lineal que parte de la presentación clínica del paciente y progresa a través de la evaluación clínica, pruebas diagnósticas y confirmación de la enfermedad. Sin embargo, este enfoque puede conducir a errores cuando los médicos se anclan en sus primeras impresiones o cuando se omiten consideraciones diagnósticas alternativas. La reingeniería del diagnóstico implica una revisión activa y continua de la información del paciente, adoptando un pensamiento crítico que permita reevaluar diagnósticos iniciales y considerar nuevas hipótesis.

Aplicación de la reingeniería en el diagnóstico médico:

Para aplicar la reingeniería en el proceso diagnóstico, es fundamental cambiar la mentalidad con la que se aborda la evaluación del paciente. Algunas estrategias clave incluyen:

- **Reevaluación continua de la información clínica:** la reingeniería del diagnóstico requiere que los profesionales revisen de manera iterativa los datos clínicos, cuestionando sus propias decisiones iniciales. Esto es especialmente importante en enfermedades raras o en casos donde la respuesta al tratamiento no es la esperada.
- **Uso de herramientas de apoyo a la decisión clínica:** la inteligencia artificial y los sistemas de apoyo al diagnóstico pueden servir como mecanismos adicionales para reconsiderar diagnósticos iniciales y evitar sesgos cognitivos. Estudios han demostrado que estas herramientas pueden mejorar la precisión diagnóstica y reducir la omisión de patologías.
- **Fomentar el trabajo en equipo y la retroalimentación:** la colaboración interdisciplinaria y el uso de sesiones de discusión de casos clínicos ayudan a identificar diagnósticos alternativos y reducir errores de juicio individual. Revisar diagnósticos con colegas puede disminuir el sesgo de confirmación y mejorar la toma de decisiones.
- **Implementar una cultura de aprendizaje basada en errores:** en muchas instituciones, los errores diagnósticos son vistos como fallos individuales en lugar de oportunidades de mejora. Fomentar la revisión de errores y establecer mecanismos de aprendizaje continuo es esencial para mejorar la calidad diagnóstica.

Ejemplos de reingeniería del diagnóstico en la práctica clínica:

Un caso paradigmático de la necesidad de reingeniería del diagnóstico es el de los pacientes con enfermedades autoinmunes o enfermedades raras. Muchas de estas patologías son diagnosticadas erróneamente durante años debido a la falta de sospecha clínica y al anclaje en diagnósticos previos. La aplicación de un proceso de revisión continua y la consideración de diagnósticos diferenciales más amplios pueden mejorar la detección temprana y optimizar los resultados de los pacientes.

La reingeniería del diagnóstico también se ha aplicado en contextos de salud pública, como en la detección del cáncer en atención primaria. Un enfoque basado en revisión sistemática de signos tempranos y la integración de algoritmos de inteligencia artificial han demostrado mejorar la tasa de detección oportuna en diversos estudios.

Conclusión

La reingeniería del diagnóstico ofrece un enfoque innovador, necesario para mejorar la precisión diagnóstica y reducir errores médicos. Al desafiar suposiciones previas, fomentar el pensamiento crítico y utilizar tecnologías emergentes, los profesionales de la salud pueden optimizar el proceso diagnóstico y mejorar significativamente la calidad de la atención al paciente.

Este replanteamiento cobra especial relevancia frente al desafío que representan las enfermedades raras o huérfanas, las cuales, por su baja prevalencia y manifestaciones clínicas atípicas son con frecuencia subdiagnosticadas o diagnosticadas tardíamente. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con enfermedades raras pueden tardar años en recibir un diagnóstico correcto, pasando por múltiples especialistas y tratamientos inadecuados, lo que impacta su pronóstico y calidad de vida. En este contexto, la reingeniería del diagnóstico no solo permite cuestionar sesgos cognitivos habituales y esquemas clínicos rígidos, sino que también impulsa la integración de herramientas como la inteligencia artificial, el análisis de grandes volúmenes de datos clínicos y la medicina de precisión, fundamentales para identificar patrones inusuales y apoyar el reconocimiento de estas condiciones poco frecuentes.

Al adoptar esta visión más dinámica, reflexiva e interdisciplinaria del proceso diagnóstico, no solo se contribuye a una medicina más segura y eficiente, sino también más justa y equitativa, donde incluso los pacientes con condiciones infrecuentes tienen la oportunidad de ser escuchados, entendidos y diagnosticados oportunamente.

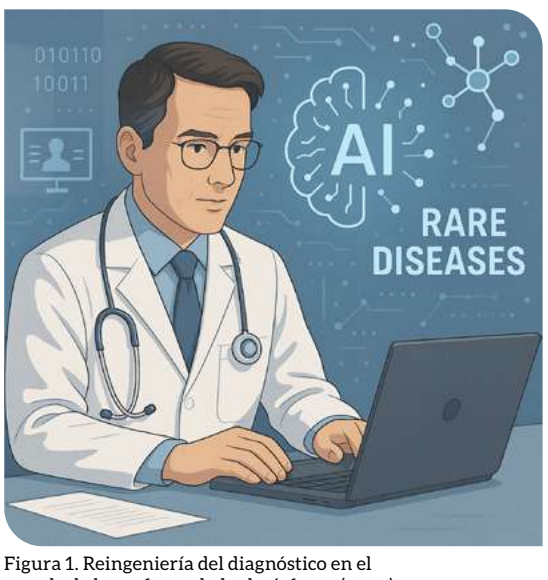


Figura 1. Reingeniería del diagnóstico en el mundo de las enfermedades huérfanas (raras) y en la era de la inteligencia artificial.

El costo real de la Medicina Basada en la Evidencia: el Laberinto de Fausto

Por: Juan Martín Montoya Osorio, médico de la Pontificia Universidad Javeriana y especialista en Epidemiología de la Universidad de los Andes.

En pleno 2025, aún encontramos estudios que reeditan viejos debates. Recientemente, encontré una publicación en Twitter (ahora X) de *The New England Journal of Medicine titulada "A Crossover Trial of Hospital-Wide Lactated Ringer's Solution versus Normal Saline" (McIntyre et al., 2025). Este estudio involucró a 43.626 pacientes en siete hospitales canadienses, comparando la solución salina normal con la solución de Ringer lactato. El resultado combinado de muerte o readmisión a los 90 días fue prácticamente idéntico: 20,3 % frente a 21,4 % (–0,53 puntos porcentuales; IC del 95 %: –1,85 a 0,79; p = 0,35). En otras palabras, la misma historia de siempre.

Es sorprendente, casi escandaloso, que en el siglo XXI se sigan destinando enormes recursos públicos y privados a hipótesis con un impacto real mínimo en la salud pública. Rara vez nos preguntamos por qué ocurren ciertas afecciones o cómo prevenirlas.

La evidencia como muralla

Creo entender el porqué. Hemos llegado a un punto muerto. Una nueva filosofía impregna la ciencia, la medicina y la política: todo debe basarse en la «evidencia». Pero, ¿qué es exactamente la evidencia?

Según la RAE, la evidencia es «el conjunto de hechos o información disponible que indica si una creencia o proposición es verdadera o válida». Esto plantea preguntas: ¿Es posible acceder a la verdad absoluta? ¿Puede un conjunto de datos y parámetros estadísticos decirnos definitivamente si un tratamiento es mejor que otro?

Mi respuesta: no del todo. Este modelo se basa en el cientificismo y el positivismo de Comte, quien casi elevó la ciencia a la categoría de religión, junto con cierta arrogancia entre quienes trabajamos en STEM.

Un breve viaje filosófico

La búsqueda de la verdad, la moral o la justicia ha acompañado a la filosofía durante más de tres milenios. Platón y Aristóteles, idealistas y materialistas, allanaron el camino para Descartes, cuyo "Discurso del método" sentó las bases de la investigación científica. Para Descartes, la razón podía conducir a verdades absolutas.

Sin embargo, las ideas evolucionan. Hegel veía la verdad como un proceso dinámico, y Nietzsche declaró: "No existen hechos, solo interpretaciones». Hoy en día, predomina el pragmatismo: la verdad es lo que funciona en la práctica. Por lo tanto, no existe una verdad única ni un acceso irrefutable a ella, independientemente del método.

La medicina basada en la evidencia (MBE) puede ayudar a responder preguntas y guiar la toma de decisiones, pero no debe convertirse en un dogma.

La tormenta perfecta

Las dos primeras décadas del siglo XXI trajeron consigo la digitalización, la globalización y cambios radicales en la enseñanza de la medicina. Se privilegia la inmediatez: desaparecen los libros de texto y los *papers* mandan. Aumentan las clases sobre "evidencia científica", epidemiología y metodología, mientras que disminuyen la mentoría, la práctica clínica y el contacto real con los pacientes. Incluso se propone acortar la formación médica a tres o cuatro años, con una «sobreespecialización» temprana.

A esto se suma el auge de la inteligencia artificial, que iguala o supera a médicos y residentes en los exámenes estandarizados y desafía el aprendizaje tradicional de la heurística y el razonamiento clínico. Esto crea una tormenta perfecta que amenaza el arte de la medicina.

Luces y sombras de la medicina basada en la evidencia

No todo es negativo. Gracias a la MBE, hemos estandarizado las prácticas, reducido la variabilidad clínica, detectado intervenciones ineficaces o perjudiciales y optimizado los recursos. No obstante, su institucionalización casi dogmática ha causado profundas distorsiones:

- Remuneración ligada al número de publicaciones.
- Prestigio basado en el número de citas.
- Obligación de publicar artículos por semestre, favoreciendo la cantidad sobre la calidad.

Los pacientes han dejado de ser individuos y se ven reducidos a meros datos. Hoy en día, se ridiculiza a los colegas por no estar "al día" y se castiga a los residentes por no presentar la evidencia más reciente. Hemos erigido un altar digital, venerando "la última evidencia" como Dios encarnado en internet.

Poder, industria y ruido

Gran parte de la investigación está financiada por la industria y las estadísticas pueden manipularse para usarse a conveniencia. Como señaló Foucault, "el conocimiento verdadero es inseparable del poder". En 2022, se publicaron más de 5,14 millones de artículos académicos en todo el mundo, casi diez por minuto (WordsRated, 2023). Muchos representan falsos positivos, preguntas irrelevantes o nichos minúsculos sin costo-efectividad.

No todo está perdido. Las reformas propuestas incluyen:

- Valorar la calidad metodológica por encima del tipo de estudio.
- Reconocer que un caso clínico bien documentado puede aportar más información que una revisión sistemática irrelevante.
- Aumentar el número de revistas de acceso abierto y mejorar las guías para cada tipo de estudio.

Un llamado al pragmatismo

Hace casi veinte años, el Dr. Jerome Groopman, jefe de Hemato-Oncología del GMH de Harvard, escribió en *How doctors Think*: "La rígida dependencia de la evidencia convierte al médico en decisor pasivo, basado únicamente en números. Pero la estadística no puede ni debe sustituir al ser humano que uno tiene delante".

En la actualidad, esta dependencia plantea un doble peligro: nos deshumaniza y nos hace reemplazables. Ante la inteligencia artificial, ser meros intérpretes de datos nos convierte en profesionales dispensables.

Mi invitación es a usar la MBE de forma pragmática, como un marco, no como una religión. No despreciemos lo que no aparece en Nature, JAMA o The Lancet, ni al paciente que cree en alternativas de salud holísticas o complementarias. La experiencia y las distintas visiones de salud y enfermedad son valiosas y deberían integrarse a nuestro arsenal de herramientas.

Recuperar el arte de la medicina

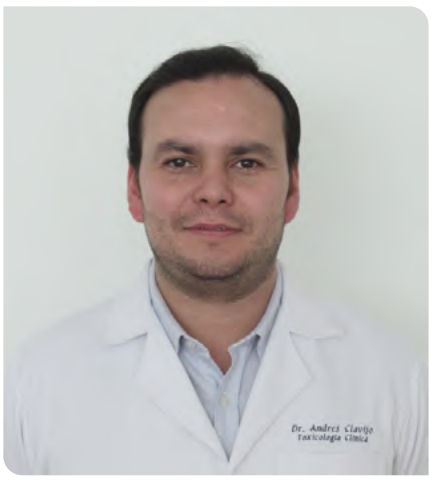
La medicina es el arte de acompañar a los enfermos, escucharlos y buscar soluciones juntos. El paternalismo disfrazado de evidencia ha quedado atrás. Necesitamos una medicina personalizada que vea al paciente como un ser humano, no solo como una enfermedad; que combine lo mejor de la ciencia y de lo humano para una práctica digna, responsable y empática. Una medicina que nos vuelva más cuidadores y menos estrategas.

Tenemos el deber de actuar con todas las herramientas disponibles de la mejor manera posible. Como afirmó Bernard de Mandeville en *Las fábulas de las abejas*: convertir los vicios privados en beneficios públicos. Debemos devolverle a la medicina basada en la evidencia su razón de ser: responder a preguntas que conduzcan a mejores resultados de salud para las personas.

Contexto

Sustancias tóxicas en el hogar: "Síndrome del edificio enfermo"

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.



Examine detenidamente su hogar: ¿sabe qué contienen los artículos y productos que utiliza? La mayoría de las personas no lo sabe, pero usted y su familia podrían estar en riesgo debido a los productos domésticos de uso diario. Las sustancias tóxicas en el hogar comprenden una variedad de sustancias químicas nocivas que se encuentran comúnmente en los productos domésticos y que pueden representar riesgos significativos para la salud. Estas sustancias, ya sean líquidas, sólidas, gaseosas o volátiles, se han relacionado con diversos efectos adversos para la salud.

Estudios han demostrado que la contaminación del aire interior puede superar los niveles de contaminación exterior. Algunas personas experimentan una afección llamada Síndrome del edificio enfermo, que se caracteriza por síntomas como fatiga, mareos y problemas respiratorios sin una causa clara. La mala calidad del aire interior suele agravar esta afección. En Colombia, estudios locales también han identificado este síndrome en lugares de trabajo y escuelas, asociado con contaminantes químicos.

Fuentes comunes de exposición a tóxicos

Productos domésticos como aerosoles, ambientadores, productos automotrices, velas de mecha, limpiadores, desinfectantes y ropa lavada en seco son posibles fuentes de exposición que deben considerarse al evaluar el riesgo. La gravedad de los riesgos para la salud derivados de la exposición a sustancias químicas depende de factores como el tipo y la cantidad de la sustancia, la duración de la exposición y la susceptibilidad individual.

Productos cotidianos que pueden ser peligrosos

La vida diaria implica el uso de productos de limpieza e higiene personal. Los detergentes para lavavajillas se encuentran entre los más utilizados, seguidos de diversos jabones, champús, detergentes para ropa, limpiadores de desagües y neutralizadores de olores. La gama de productos comercializados crece a diario, con una amplia variación en sus composiciones químicas. Esto significa que un producto que parece "inofensivo" puede, dependiendo de sus ingredientes, representar un riesgo significativo para la salud.

La mayoría de las personas desconocen los ingredientes de los productos y, a menudo, eligen basándose en el precio. Muchos no consideran que los productos domésticos sean peligrosos, lo cual puede ser cierto si se usan estrictamente siguiendo las instrucciones de la etiqueta. Sin embargo, el uso inadecuado puede provocar efectos en la salud de personas y animales, además de contribuir a la contaminación ambiental.

Panorama general

Las intoxicaciones domésticas son un problema de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la exposición a sustancias químicas ambientales contribuye a 4,9 millones de muertes al año, muchas de ellas por intoxicación aguda o crónica. En Estados Unidos, el informe de 2023 del Centro Nacional de Control de Envenenamientos muestra que el 77,2 % de las exposiciones fueron accidentales, siendo las sustancias de limpieza doméstica la segunda causa principal (8,37 %), superadas solo por los analgésicos y otros medicamentos. Entre los niños menores de cinco años, los cosméticos y los productos de limpieza representan el 11,8 % y el 11,3 % de los casos, respectivamente, seguidos de los productos de limpieza domésticos (11,3 %), los analgésicos (7,57 %), los cuerpos extraños y los juguetes diversos (6,71 %) y los suplementos dietéticos herbales y homeopáticos (6,44 %).

Causa principal	Porcentaje global (OMS, 2024)	Porcentaje en niños <5 años (EE.UU., 2023)	Porcentaje en Colombia (INS, 2023)
Limpiadores del hogar	8-10%	11,3%	~20% (niños <12 años)
Medicamentos	10%	7,57%	33% (niños <5 años)
Cosméticos/Personal	6-7%	11,8%	No especificado, pero creciente
Hidrocarburos (ej. queroseno)	Principal en niños pobres	No principal	>16% en niños 1-3 años

La exposición a estas sustancias suele presentar riesgos de toxicidad por inhalación, ingestión o contacto con la piel. Los niños son especialmente vulnerables debido a comportamientos de desarrollo como llevarse las manos a la boca y manipular productos domésticos visibles. En los adultos, los síntomas pueden ser inespecíficos y aparecer de forma temprana o tardía, ya que muchas sustancias tienen efectos acumulativos que se manifiestan como dolores de cabeza, irritación respiratoria y problemas de salud a largo plazo, como trastornos neurológicos y debilitamiento de la función inmunitaria.

En familias de nivel socioeconómico bajo o medio, el uso de queroseno para cocinar e iluminar es una de las principales causas de intoxicación, representando más del 16 % de las intoxicaciones en niños de uno a tres años. Un estudio realizado en Bangladesh, Colombia y Egipto reveló que las intoxicaciones relacionadas con medicamentos representan el 30 % de los incidentes en niños menores de 12 años, seguidas de las relacionadas con productos de limpieza, con un 20 %. Estas cifras subrayan la necesidad de una vigilancia toxicológica especializada, ya que las exposiciones graves han aumentado un 5,84 % anual durante la última década.

El peligro de las mezclas caseras: una práctica de alto riesgo

La Asociación Americana de Centros de Control de Envenenamiento reportó más de 6.300 exposiciones al cloro, lo que lo convierte en el irritante por inhalación más común en EE. UU. Aproximadamente el 35 % de las exposiciones al cloro gaseoso se debieron a la mezcla de ácido doméstico con hipoclorito. Mezclar productos domésticos es común, pero causa reacciones químicas tóxicas.

Cloro + Vinagre + Hipoclorito: usada comúnmente en los hogares colombianos para limpiar baños y superficies, esta mezcla libera cloro gaseoso, que irrita los ojos y las membranas mucosas a concentraciones de 1 a 3 ppm, causa síntomas pulmonares a concentraciones de 15 ppm y puede ser mortal a concentraciones de 430 ppm en 30 minutos.

Cloro + Amoníaco: esta combinación, presente en desinfectantes y limpiadores de vidrio, produce cloraminas y gas de cloro, lo que provoca congestión nasal, estornudos, tos, asfixia, sibilancias, dificultad para respirar y puede exacerbar el asma; los casos graves provocan daño pulmonar.

Cloro + alcohol: genera cloroformo, que con una exposición prolongada puede causar daño hepático y renal.

El cloro nunca debe mezclarse con otros productos domésticos o químicos, como ácidos, vinagre, alcohol, peróxido de hidrógeno, bicarbonato de sodio, jugo de limón o agua caliente.

Sustancias específicas de alto riesgo

- Lejía: un corrosivo fuerte que daña la piel, los ojos y las vías respiratorias. Mezclar lejía con amoníaco produce vapores letales.
- Desinfectantes y limpiadores de superficies: contienen compuestos orgánicos volátiles que se evaporan e irritan los pulmones.
- Productos de cuidado personal: los tintes para el cabello con formaldehído causan irritación respiratoria; la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) clasifica el formaldehído como un carcinógeno humano confirmado. Los quitaesmaltes y perfumes pueden contener tolueno, ftalatos y parabenos, los cuales se relacionan con dolores de cabeza, daños al sistema nervioso central, alteraciones hormonales, problemas de fertilidad y en el desarrollo fetal.
- Cera para pisos y muebles: algunas contienen fenol, cuya ingestión puede causar erupciones cutáneas y convulsiones.
- Sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas (PFAS): presentes en utensilios de cocina antiadherentes, telas antimanchas, envases de alimentos y algunos productos de cuidado personal; se asocian con reducción del crecimiento fetal, dislipidemia, inmunosupresión y mayor riesgo de cáncer.
- Medicamentos: según el Instituto Nacional de Salud, en el primer semestre de 2022 se reportaron 1.515 casos de intoxicación en niños menores de cinco años, de los cuales 496 (aproximadamente el 33 %) se relacionaron con la ingestión de medicamentos. Mantener los medicamentos fuera del alcance de los niños y en lugares seguros es esencial para prevenir intoxicaciones graves.

Otros productos químicos para el hogar

Productos como los ambientadores pueden contener ingredientes nocivos como el fenol y otras sustancias químicas que interfieren con la función respiratoria y causan graves problemas de salud.

Las sustancias tóxicas comunes en el hogar pueden causar problemas de salud a corto y largo plazo. La exposición a corto plazo puede provocar irritación de ojos, nariz y garganta, dolores de cabeza, náuseas, quemaduras en la piel y pérdida de coordinación. La exposición a largo plazo se ha relacionado con daños hepáticos y renales, infertilidad y asma. La exposición crónica debilita el sistema inmunitario y promueve alergias.

Las intoxicaciones accidentales suelen ocurrir debido al uso inadecuado o al reenvasado de productos para el hogar, lo que afecta de forma desproporcionada a los niños.

Los consumidores pueden reducir los riesgos eligiendo productos responsables con el medio ambiente y siendo conscientes de las sustancias químicas presentes en los artículos de cuidado personal y limpieza. Comprender los impactos de las sustancias tóxicas en la salud en el hogar es clave para mantener un entorno seguro.

Estrategias de seguridad y control frente a productos químicos de uso domestico

1. Abrir ventanas y puertas para facilitar la entrada de aire mejora la calidad del aire interior es fundamental para mitigar los riesgos para la salud asociados con las sustancias tóxicas en el hogar. Una ventilación eficaz puede reducir significativamente los niveles de contaminantes nocivos.
2. Garantizar el funcionamiento de los extractores de aire en cocinas y baños.
3. Monitorizar fugas y repararlas oportunamente.
4. Las etiquetas deben comunicar claramente la naturaleza de los peligros y las precauciones necesarias. Palabras de señal que indican la gravedad del peligro, como "Peligro" o "Advertencia". Los objetivos principales son importantes para identificar el producto, al responsable de su comercialización y aportar información sobre los riesgos.
5. Almacenamiento en envases originales; guarde en gabinetes altos y con cierre. No reetiquete.
6. Lea las etiquetas estas usualmente contienen: Advertencias Generales, "Mantener fuera del alcance de los niños", "No ingerir", "Evitar contacto con ojos/piel". Entre otros. **Precauciones Específicas**: "Usar en área ventilada", "En caso de ingestión, llamar a toxicología. "No mezclar con ácidos/amoniaco". **Restricciones**: "No usar en superficies alimentarias", "Prohibido para menores de 3 años" o "No verter en desagües sin diluir" (por impacto ambiental). **Elementos SGA (si clasificado como peligroso)**: Pictogramas (ej. calavera para tóxico), palabras de señal ("Peligro" o "Advertencia"), declaraciones de peligro (ej. "H301: Tóxico si se ingiere") y consejos de precaución (ej. "P301+P312: Si se ingiere, llamar a un centro médico").

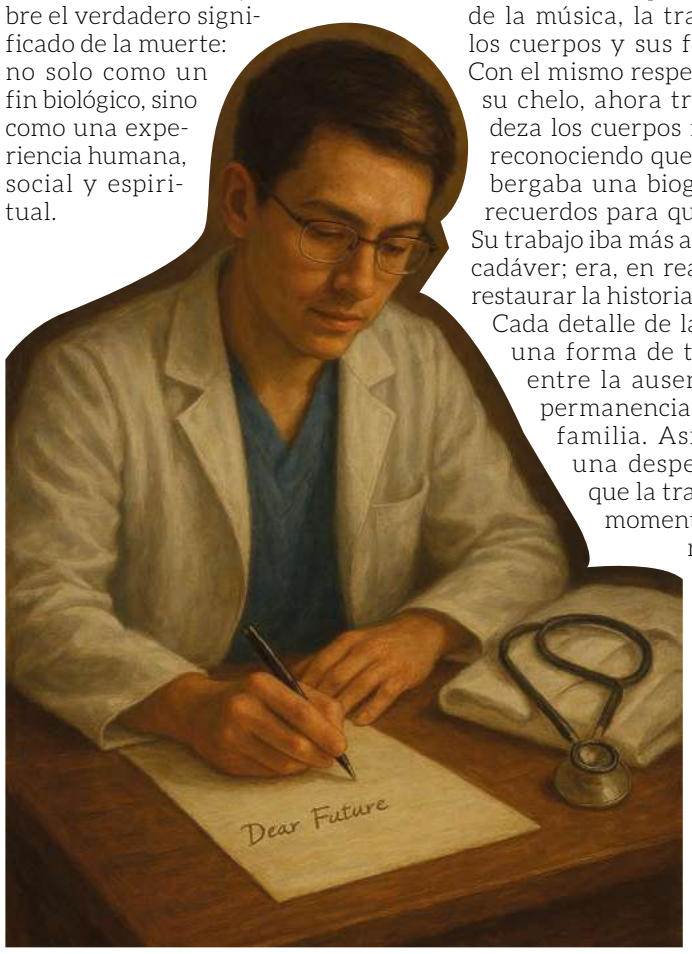
La presencia de sustancias tóxicas en el hogar es un problema de salud pública silencioso pero significativo. Tanto para el público general como para los profesionales de la salud, es crucial reconocer estos riesgos, promover la educación sobre el uso seguro de productos químicos domésticos y abogar por una regulación más estricta y etiquetados más claros. La evidencia científica es contundente: reducir la exposición a estos tóxicos es una inversión directa en la salud a largo plazo de las familias y el medio ambiente. La implementación de estrategias sencillas de prevención puede transformar el hogar en un espacio verdaderamente seguro y saludable.

Carta a los futuros médicos: sobre la muerte y la sensibilidad

Por: Manuel Latorre Quintana, médico y cirujano – MSc (c) Bioética y ética de la investigación

Estimados estudiantes de medicina:

La formación médica nos enseña a escuchar el cuerpo, interpretar los síntomas y reconocer aquello que amenaza la vida. Sin embargo, rara vez se nos invita a detenernos y reflexionar sobre el verdadero significado de la muerte: no solo como un fin biológico, sino como una experiencia humana, social y espiritual.



Hace unas semanas, la película *Violines en el cielo* (Yôjirô Takita, Japón, 2008) me ofreció una nueva perspectiva al respecto. En esta obra cinematográfica, un chelista desempleado encuentra trabajo en una empresa que prepara cuerpos para funerales. La sensibilidad que desarrolló a través de la música, la traslada al trato de los cuerpos y sus familias en duelo. Con el mismo respeto con que tocaba su chelo, ahora trataba con delicadeza los cuerpos frágiles e inertes, reconociendo que cada uno aún albergaba una biografía, vínculos y recuerdos para quienes lo amaban. Su trabajo iba más allá de preparar un cadáver; era, en realidad, un acto de restaurar la historia que le pertenecía. Cada detalle de la preparación era una forma de tender un puente entre la ausencia física con la permanencia simbólica para la familia. Así, no solo ofrecía una despedida digna, sino que la transformaba en un momento íntimo y cercano, capaz de dar consuelo y honrar la biografía que aún habitaba en la mirada de quienes contemplaban ese momento especial.

Sin embargo, esta sensibilidad rara vez se cultiva en las facultades de medicina. Aprendemos a reconocer el fin de la vida según parámetros fisiológicos, pero rara vez se nos enseña a acompañar la muerte como un proceso natural. En este sentido, la obra del historiador Philippe Ariès resulta profundamente esclarecedora. En sus estudios sobre las actitudes occidentales hacia la muerte, describe cómo, en la Edad Media, la muerte era un evento público y domesticado. El moribundo presidía su propio ritual: un espacio para pedir perdón, rezar, despedirse y compartir sus últimos consejos y enseñanzas, rodeado siempre de familiares, amigos y la comunidad. La muerte era entonces un acto sencillo, aceptado y compartido; un reconocimiento sereno de la vulnerabilidad humana.

Hoy, en cambio, la muerte se ha convertido en tabú. Se oculta, se fragmenta en etapas médicas y se delega a hospitales y clínicas. Los moribundos a menudo desconocen su condición y su destino. Los médicos y el equipo hospitalario deciden las circunstancias del final. La muerte se medicaliza, se vuelve técnica, transformada en un evento privado y, con frecuencia, profundamente solitario.

Ariès señala que, en esta era moderna, obsesionada con la felicidad y la apariencia, la muerte ya no evoca compasión, sino incomodidad. El duelo demasiado visible no se apoya, sino que se reprime. Como sociedad y como médicos, carecemos de un lenguaje sensible para acompañar el sufrimiento, para estar presentes en el silencio y la fragilidad. Para reconocer que nuestra labor exige empatía no solo en momentos de victoria y alegría, sino también en el duelo y la pérdida.

Queridos futuros galenos: ustedes heredarán este dilema. Tienen en sus manos el poder de perpetuar una visión fría, solitaria y medicalizada de la muerte o de transformar la práctica médica en un espacio que reconozca la finitud de la vida.

Por lo tanto, los invito a interactuar con pensadores como Philippe Ariès, a dejarse interpelar por la sensibilidad del músico que prepara y acompaña cuerpos en *Violines en el cielo,* y a preguntarse cómo su profesión puede volverse más humana. No repriman ni oculten el duelo ni la muerte; acompáñenlos y déjense tocar. No reduzcan la muerte a un simple certificado; restauren sus dimensiones sociales, familiares y emocionales.

Recuerden que la medicina también es un arte, no solo basado en proteger la vida, sino también en acompañar la muerte con empatía, escucha y respeto. En este acto se revela la verdadera humanidad del cuidado.

Avances

Lo bueno, lo malo y lo feo del decreto 0858

Por: Doctor Roberto Díaz González, Delegado por el Huila del Colegio Médico Colombiano

La suspensión del decreto 858/25, mediante el cual se sustituye el modelo de salud, evidentemente tiene un interés oculto que no es de carácter técnico, sino de publicidad política relacionada con la campaña para la presidencia y el Congreso. El gobierno actual gana si logra imponer su modelo de salud propuesto, y pierde la oposición porque Petro confirma el discurso de que no le dejaron cambiar nada y, en consecuencia, necesita más tiempo y poder. Para la oposición, esto se presenta como una prueba de la ineptitud del gobierno para manejar la administración pública. Este tira y afloja de polarización tiene al talento humano en salud en profunda desilusión, viendo cómo se suspenden tratamientos, no se entregan medicamentos, se niegan autorizaciones para procedimientos diagnósticos y cirugías, se aumenta el gasto de bolsillo y se generaliza el pánico financiero en un sector que, con mucho esfuerzo, el país ha construido durante cerca de un siglo. Tanto lo público como lo privado se derrumba, dejando perjuicios imposibles de enmendar, y el aparato judicial se congestiona con el trámite de tutelas sin solución.

La columna estructural del sistema de salud es su red de prestadores; es el sector real de la economía. Las clínicas y hospitales, donde se atiende, están en riesgo por las burbujas financieras del crédito. Son quienes invierten en equipos, infraestructura, pagan salarios, compran insumos y medicamentos, contratan la administración, consumen servicios públicos y recaudan impuestos, etc. Es lo que, de manera objetiva y real, se ofrece y lo que la ciudadanía exige: pronta atención, de manera integral y continua, superando brechas y barreras de acceso, con descentralización territorial y participación efectiva en los asuntos relacionados con su propia atención, en cumplimiento del mandato constitucional y estatutario de la salud, aplicando ese gran acúmulo de leyes vigentes, muchas muertas, como responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

La OPS, en 2009, presentó la iniciativa para la implementación en las Américas de las redes de prestadores, en la cumbre iberoamericana de ministros de salud en Iquique, y recomendó los 14 atributos esenciales. En el Congreso Internacional de Redes Integrales e Integradas de Sistemas de Salud, en Bogotá 2022, se confirmó como cada país ha tenido una evolución histórica particular. En Colombia existe la Ley 100/93, con un modelo de mercado y aseguramiento mixto. En el gobierno Santos se intentó organizar el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), luego la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el de Duque el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y ahora, con Petro, se decreta el modelo de territorialización basado en regiones y subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud, con aplicación de Esquemas Asociativos Territoriales contenidos en varios Planes Nacionales de Desarrollo y creados por la Ley 1454/11.

Con la resolución 1789/24 sobre la territorialización para el cuidado integral de la salud, en el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, se debe reconocer en la motivación el sustento constitucional, las seis leyes que lo soportan, los tres decretos y el Plan Decenal de Salud Pública. Lo único soportado con el decreto 858/25 es la sustitución del decreto 1599/22, firmado el último día de gobierno del presidente Duque, que establece la política de atención integral y territorial en salud, la definición de áreas geográficas adaptando las realidades regionales para la implementación del Plan Decenal Territorial de Salud, organizando las unidades geográficas contiguas según sus relaciones funcionales y complementarias en regiones que superan los límites departamentales y subregiones que superan los límites municipales, con Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), lo que se actualizará mínimo cada tres años. Lo paradójico es que la resolución 1789/24 desarrolla el decreto 1599/22, lo ajusta a la situación actual y adelanta un escalón al definir los criterios para conformar estas 10 regiones y 119 subregiones, ejercicio acorde con los flujos históricos de referencia según la infraestructura en salud, con criterios técnicos y definiendo el mecanismo de conformación de estos territorios, aplicando las normas de la Ley 1454/11, donde está claramente definida la competencia del proceso ordenador a cargo de los gobernadores y alcaldes para conformar la red pública de manera voluntaria.

En aparente cumplimiento de funciones establecidas para el Ministerio de Salud, el decreto 858 cambia el concepto sobre el modelo MIAS, supuestamente curativo y centrado en las personas, familias y comunidades, a uno preventivo, predictivo y resolutivo, con cuatro pilares sobre los temas de gobernabilidad, gobernanza, territorialización, redes integrales e integradas, trabajo digno y decente, soberanía sanitaria, gestión del conocimiento y sistema de información. En total, recoge la mayoría de los temas en discusión en el Congreso, excepto el asunto sobre el aseguramiento social y el Consejo Nacional de Salud. Todo en el marco de la Atención Primaria en Salud, sin ilustrar sobre el concepto renovado de APS. Tiene ínfulas de ley, profundiza el centralismo, traslapa la atención de baja complejidad del primer nivel con la atención primaria en salud, y define los territorios como subdivisiones de los municipios, disociados de la organización urbana en localidades y barrios, y las rurales en corregimientos y veredas.

Es atinado y oportuno agrupar las Empresas Sociales del Estado en entes territoriales con capacidad de adquirir derechos, cumplir responsabilidades y responder por la atención integral a los habitantes de diez espacios subnacionales o supradepartamentales, y llamarlos "territorios sanitarios" en lugar de "región y subregiones funcionales para la gestión territorial integral de la salud pública, con categorías nodal especial, mayor y menor y centralidades". Estos espacios donde operan las RIITS, liderados por un hospital territorial de alta complejidad, dotado al mismo nivel que Bogotá, que reciba sin barreras ni autorizaciones las remisiones de los 119 hospitales de mediana complejidad, todos con similar dotación para ser atendidos por especialistas generales, como centros de referencia de los municipios que conforman las llamadas históricamente provincias. Los municipios cercanos pueden asociarse para la atención local en la medida en que existan buenas vías de acceso.

En resumen, mientras se revisa, falla, apela, corrige y socializa el decreto 858, se termina este gobierno. Lo práctico es atender las sugerencias para ajustar la resolución 1789, reubicar al Huila como centro de referencia del Caquetá y Putumayo; a Barrancabermeja como centro del Magdalena Medio; y al Eje Cafetero con el norte del Valle. Es el momento de conformar los territorios sanitarios y el plan bienal de inversiones públicas en salud, para ser financiados con el aumento de las transferencias territoriales del PGN, teniendo en cuenta que la salud pública tiene su propia ley de recursos y competencias. Pero toda esta gestión está a cargo de los gobernadores, como promotores de las asociaciones de departamentos y de los Esquemas Asociativos Territoriales, decreto 1033/21, y pareciera que están desentendidos.

Sobre la caracterización de las denuncias recibidas por la ANIR

Por: Cindy Viviana Rodríguez Echeverría, Expresidenta ANIR regional centro

Hace poco más de un año, un hecho conocido a nivel nacional enlutó al área de medicina y principalmente a los y las residentes de especialidades médico–quirúrgicas. A la vez, abrió la puerta sobre un debate que se encontraba pendiente desde hace muchos años: el maltrato que permea este proceso formativo.

Este suceso llevó a que muchas personas compartieran sus propias experiencias y exigieran una respuesta por parte de las instituciones. En cuestión de horas, nuestras redes sociales y correos se llenaron de relatos cargados de dolor, buscando la solidaridad y gestión al respecto. Por tal razón, se habilitó un correo para recibir las denuncias, que nos permitiera dimensionar la problemática. Fue así como el 5 de Agosto de 2024, se hizo una entrega simbólica de estas al ministerio de Educación, desarrollando una hoja de ruta para el envío y la investigación por parte de la subdirección de inspección y vigilancia por parte de esta entidad.

De inmediato, muchas personas que han naturalizado el maltrato en su vida diaria, entraron a justificar estas situaciones, bajo argumentos como "exigencia de calidad", "forjar el carácter", "generación de cristal", buscando ridiculizar situaciones muy dolorosas y evidenciando que es más fácil señalar al otro antes que realizar un ejercicio de introspección. Fue por esto, junto con la necesidad de llevar sustentaciones bien organizadas, que decidimos realizar la sistematización y caracterización de las denuncias recibidas.

Buscando hacer un ejercicio metodológicamente juicioso, decidimos sistematizar únicamente las que se recibieron a través del correo denunciasmaltratoanir@gmail.com, ya que al ser supervisadas por el ministerio de Educación, aseguraban su veracidad.

Los resultados que compartimos el día de hoy, nos llevan a un llamado de atención necesario, ya que demuestran que no se tratan de casos aislados sino que corresponde a una problemática estructural.

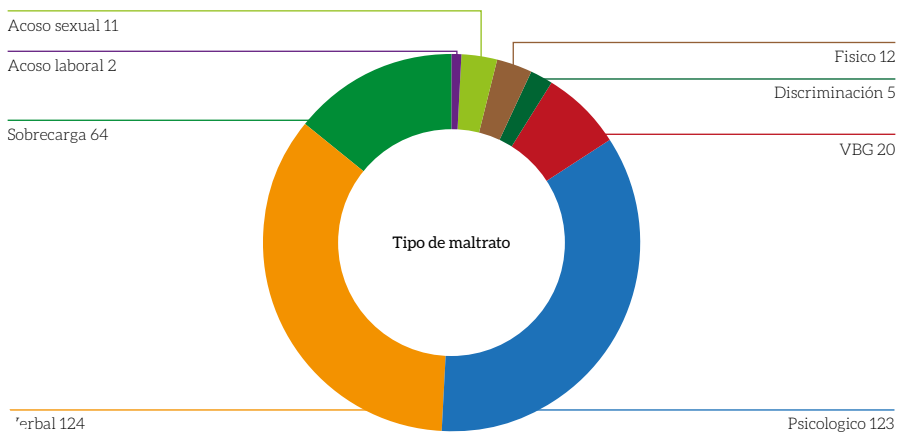
Fueron en total 163 denuncias sistematizadas, en las cuales no solo residentes expresaron las situaciones vividas; un grupo de estudiantes de fonoaudiología, un especialista en odontología y un médico general, documentaron las situaciones en el marco de su ejercicio formativo y laboral en hospitales universitarios. Además, no fueron únicamente residentes activos, también egresados (39) y retirados (17), compartieron su experiencia.

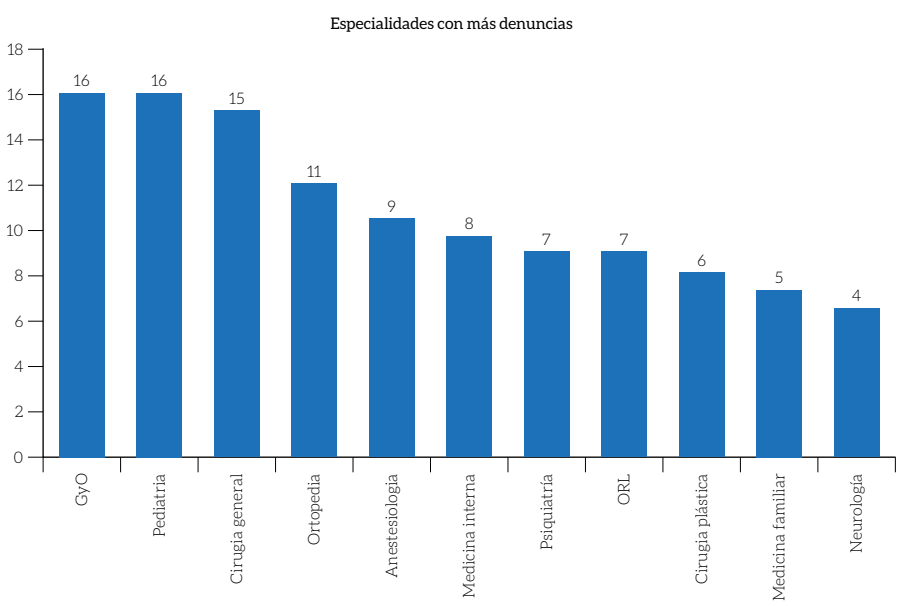
Las denuncias presentadas, corresponden a 11 ciudades y un municipio, siendo Bogotá (103), Cali (17) y Medellín (15), las ciudades donde el fenómeno fue más frecuente. Abarcó a un total de 32 universidades, de las cuales 60 casos se presentaron en instituciones públicas, 97 casos en privadas y no se cuenta con dato en 6, evidenciando que la problemática no corresponde a una única institución educativa. Comprende un total de 28 programas, entre primera y segunda especialidad, además del pregrado en medicina, fonoaudiología y la especialización de ortodoncia. Los programas que mayor cantidad de denuncias tuvieron, fueron ginecología y obstetricia (16), pediatría (16) y cirugía general (15). Estos resultados son concordantes al corresponder a los programas con mayor número de admitidos, al comparar con urología o neurocirugía.

La violencia verbal (124) y psicológica (123), junto a la sobrecarga (64) fueron las más frecuentes. Entre los datos preocupantes más preocupantes que se encontraron, fue la presencia de 20 denuncias sobre VBG, realizadas no solo por mujeres víctimas, también por hombres quienes fueron testigos de estas violencias, 11 casos de acoso sexual y 5 casos de discriminación por raza, orientación sexual o lugar de nacimiento. Estos casos son de principal atención porque en nada se relacionan con el proceso formativo, e incluso corresponden a delitos penales. Como un llamado urgente al acompañamiento en salud mental, aparecen 12 relatos de ideación o intento de suicidio asociados directamente a las situaciones de maltrato vivido durante la residencia.

Con estos resultados, tenemos como objetivo evidenciar que no corresponden a casos aislados, sino que se trata de un fenómeno estructural, que necesita de cambios culturales, pero también por parte de las instituciones y entes de control. Es, además, un llamado a priorizar la discusión del PL "Doctora Catalina" en la comisión VII del Senado, por los efectos tan relevantes frente a la tipificación, la mejoría de condiciones y el acompañamiento en salud mental, que son sumamente necesarios para que la vocación, no nos cueste la vida. Pues, aunque estamos presentando números, detrás de ellos hay vidas, sueños e historias de seres humanos, familias y amigos, que no deben apagarse por causa del maltrato.

@ANIRNACIONAL
anirnacional Anir Colombia





Ágora

El futuro Orwelliano: facilismo mental y manipulación en la era de los likes

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

Me compartieron estas líneas por redes sociales: "En verdad estamos viviendo del "eco" del efecto IA y GOOGLE, en donde ya no hay pensamiento crítico, sino unanimidad del conocimiento adquirido en los canales de búsqueda. Se está perdiendo la capacidad de memorizar, recordar y razonar de acuerdo al método Socrático. Y solo masificamos o viralizamos como ahora se dice, lo que es presentado como crisis o escandaloso. Estamos en la era del *"like"*. ¡No puede ser!

Y me permito complementar: "Cierto, cada día hay menos lugar para el análisis libre, fundamentado y complejo; para la crítica racional y argumentada que supere el ordenamiento de datos y las narrativas construidas, estructuradas, manipuladas y manipuladoras de la IA, empacadas como verdades incuestionables para el consumo masivo.

El mundo previsto por G. Orwell. Al progresivo abandono del esfuerzo físico en la realización de las diversas tareas y actividades cotidianas, y en la producción y el comercio, se le suma el también progresivo abandono del esfuerzo mental. Ya no desarrollaremos pensamiento propio, producto del estudio extenso y profundo, del análisis y la reflexión sobre textos y realidades complejas, sobre el pasado histórico, la realidad presente y las proyecciones y posibilidades futuras, que nos permitan darle forma a criterios conducentes a guiar la acción humana.

Aceptamos los nuevos dogmas digitales, asombrados, seducidos por su accesibilidad, facilidad y aparente veracidad incuestionable, insertos en narrativas autoafirmadas en cuyo origen ya no hay pensadores, filósofos y científicos libres, sino por el contrario influenciadores, leves, banales, manipulados o comprados y a la vez manipuladores. La banalidad de la existencia en rebaños o como siervos del feudalismo digital y la transhumanización. Si la alta tecnología, muy válida como herramienta maravillosa, no sirve al desarrollo integral, justo y equitativo de la humanidad, servirá para su degradación.