



ASAGIO

ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Boletín 88 Abril - Junio 2018

Junta Directiva 2016 - 2018

Presidente:
Dr. Augusto Isaza Estrada
augustoisaza@hotmail.com

Vicepresidente:
Dr. Juan Carlos Restrepo Álvarez
juancrpo@une.net.co

Secretario:
Dr. Jorge Alberto Tirado Mejía
jatm@une.net.co

Tesorera:
Dra. Ana María Ángel De La Cuesta
anangelmd25@hotmail.com

Vocales:
Dr. Luis Fernando Escobar Aguilera
feamon2@gmail.com

Dr. Carlos Ignacio Uribe Pardo
ciuribe85@hotmail.com

Dr. Jaid Alexis Cardona Aristizabal
jaidcardona@gmail.com

Fiscal:
Dr. Edgar Adel Noreña Mosquera
edgarnorena@gmail.com

Coordinadores

Coordinador Editorial:
Dr. Emilio Restrepo Baena
emilioestrepo@gmail.com

**Coordinador Programa
Educación Médica Continuada,
EMC-ASAGIO:**
Dr. Luis Javier Castro Naranjo
ljcastro@hotmail.com

"Sonríe y hazle saber a todos que hoy eres más fuerte que ayer". Papa Francisco

Editorial

Estimado asociado;

Recuerde que...
...Usted es la razón de ser de la asociación, es el pilar y motor, su constante y activa participación en cada una de las actividades académicas y gremiales organizadas por la Junta Directiva, hacen posible el apoyo continuo de la Industria Farmacéutica e Instituciones.

Tenga presente que...

...Si usted aún no se encuentra activo con la asociación le invitamos a que realice su pago de cuota de sostenimiento y contribuya con el apoyo económico para el funcionamiento administrativo de la asociación.

Bancolombia, cuenta corriente No.
021-007081-13
a nombre de ASAGIO

Por favor informe su pago cuando lo realice a los teléfonos: 2623513, 2627515 o 3136841417 o enviando copia de su consignación o transferencia al correo electrónico: asagio@une.net.co

No olvide que...

...Para disfrutar del beneficio de asistencia a actividades académicas de manera gratuita, debe estar a Paz y Salvo con ASAGIO al año 2018.

Estimado asociado;

Quiero expresarles que éste es el último editorial del boletín que comparto en calidad de presidente de ASAGIO, cargo que desempeñé con honor y responsabilidad ante ustedes como asociados y la FECOLSOG.

Mi primer período se dio entre julio de 2014 y 2016 y gracias al apoyo de todos ustedes pude llevar a cabo mi segundo período entre julio de 2016 y 2018. Durante los períodos ejercidos estuve acompañado por un equipo de trabajo con el que se realizaron actividades en pro del beneficio de los asociados, resaltando que más del 70% de las decisiones fueron tomadas por unanimidad. Gracias a los miembros de junta por su colaboración. Durante 2 períodos me acompañaron los doctores: Ana María Ángel De La Cuesta, Jorge Alberto Tirado Mejía, Juan Carlos Restrepo Álvarez, Luis Fernando Escobar Aguilera y Carlos Ignacio Uribe Pardo. Y en un período los doctores: Jaid Cardona Aristizabal, Edgar Adel Noreña Mosquera, Nora Leidy Higuera Molina y Carlos Arturo Buitrago Duque. También extendiendo mis agradecimientos a Sonia Beltrán y Reinelia Restrepo por el desempeño como secretarías, Adelio Cartagena por su labor como mensajero y a los colaboradores desinteresados por su labor constante, los doctores: Luis Javier Castro Naranjo, coordinador del programa de educación médica continuada (EMC-ASAGIO) y Emilio Restrepo Baena, coordinador del boletín.

Una mención especial a nuestros conferenciantes locales, nacionales e internacionales que con su calidad, entusiasmo, entrega y desinterés económico, compartieron con ASAGIO los conocimientos académicos en beneficio de nuestro trabajo.

En estos 4 años se obtuvieron logros positivos, que se resumen en:

1- Estabilidad económica de la asociación. 2- Aumento de beneficios directos a los asociados. 3- Portafolio de negociación con los laboratorios para las actividades académicas anuales. 4- Posicionamiento de 2 simposios nacionales y 5 jornadas de actualización al año. 5- Participación activa de los residentes de las 4 universidades de Medellín, en la organización de 1 jornada académica al año. 6- Invitación y participación desde el año 2017 de un representante de los residentes por las cuatro universidades, en las reuniones de junta directiva. 7- Aumento del número de participantes a las actividades académicas realizadas. 8- Aumento de asociados activos. 9- Reforma de estatutos. 10- Adopción de nuevas obligaciones con la DIAN.

En mis dos años como representante de la zona centro (Antioquia y Eje Cafetero) en la FECOLSOG, pude confirmar el respeto, posicionamiento y reconocimiento de Antioquia a nivel nacional.

Actualmente nos encontramos apoyando con firmeza al Dr. Carlos Arturo Buitrago Duque en su postulación como candidato a la presidencia de FECOLSOG, período 2020-2022; elección que se realizará en el mes de mayo/2018. Para él todos nuestros deseos por el alcance de tan anhelado objetivo.

Para finalizar, doy la más cordial bienvenida en calidad de presidente de ASAGIO al Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego, período 2018-2020; quien se posicionará en su cargo en julio/2018. Para el Dr. Alexander, todo mi apoyo incondicional y pongo a su disposición todos mis conocimientos administrativos para seguir logrando una asociación grande.

Un abrazo y un gracias a todos por su apoyo!

Augusto Isaza Estrada
Presidente ASAGIO

Estos cuatro años se hizo un trabajo compartido, transparente y juicioso, enfocado en aumentar conocimientos y bienestar a nuestros asociados.

SIDA: Tratamiento periparto. Actualización

Aparte tomado de las memorias del XXVI curso de actualización en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia, 2018

*Dr. Jader Gómez Gallego
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Ginecólogo y Obstetra, Hospital San Vicente Fundación*

Cualquier mujer gestante infectada con VIH, y que se presente en trabajo de parto, debe continuar su TAR para proveer un efecto virológico máximo y evitar el desarrollo de resistencia.

Las pacientes con carga viral indetectable deben manejarse según la indicación obstétrica.

Todas las pacientes que, en el momento del parto tengan carga viral desconocida o $> 1,000$ copias de RNA/mL, deben recibir zidovudina (AZT) intraparto además de la terapia antirretroviral (TAR) que ya toman; independientemente de la vía del parto. Esta recomendación no aplica si la carga viral es $< 1,000$ copias de RNA/mL (múltiples estudios han demostrado que no se incrementa la transmisión perinatal). La dosis recomendada de zidovudina es de 2 mg/kg intravenosa (iv) infundida en alrededor de una hora seguido por una infusión continua de 1 mg/kg/hora hasta el parto. Si la paciente está programada para una cesárea electiva, se debe iniciar la aplicación del medicamento tres horas antes del procedimiento.

La zidovudina debe administrarse independientemente de si hay o no resistencia a la TAR, ya que cruza rápidamente la barrera placentaria, y es metabólicamente activada dentro de la placenta, provee profilaxis pre y pos exposición al feto. La administración de zidovudina no debe retrasar el nacimiento indicado por las condiciones obstétricas. Este esquema, junto con la TAR anteparto y la zidovudina al recién nacido, reducen la transmisión perinatal en un 66%.

Se recomienda realizar una cesárea programada a la semana 38 de gestación en todas las pacientes que tengan carga viral $> 1,000$ copias/mL o con carga viral desconocida cerca de término, sin importar si la paciente recibe o no TAR. Las pacientes deben recibir zidovudina iv por tres horas antes de la cirugía y deben tomar la TAR normalmente.

Igualmente, se debe aplicar el antibiótico profiláctico. El nacimiento por cesárea, una vez se ha presentado el trabajo de parto, o una vez se ha presentado la rotura espontánea de las membranas ovulares, no ha demostrado proteger al recién nacido de la transmisión perinatal. Por lo tanto, sin importar la carga viral, se debe dar un manejo según la indicación obstétrica a las pacientes que se encuentran en dicho escenario clínico.

A las pacientes que entran en trabajo de parto con un estado desconocido frente a la infección por el VIH, se les debe realizar una prueba rápida (a menos que la paciente no la autorice). Se conoce que el 40-85% de los niños infectados por el VIH nacen de pacientes que no conocían su estado serológico frente a la infección. La prueba debe estar aprobada por la FDA; generalmente, se realiza una prueba combinada antígeno/anticuerpo para VIH-1 y VIH-2 y antígeno p24 del VIH-1. Si se obtiene un resultado positivo, se debe iniciar zidovudina a la paciente sin esperar el resultado de la prueba confirmatoria. La cesárea no parece reducir el riesgo de transmisión perinatal en este escenario clínico. Se recomienda, por tanto, el manejo obstétrico estándar.

Durante el trabajo de parto se deben realizar todos los esfuerzos para minimizar la exposición del neonato a la VIH durante la gestación sangre y secreciones infectadas de la madre. Se debe evitar puncionar el cuero cabelludo del feto (para toma de muestras); realizar la episiotomía en circunstancias muy seleccionadas, evitar la rotura artificial de las membranas ovulares (especialmente si hay viremia). La duración de la rotura de las membranas ovulares no está asociada con un aumento en la transmisión del VIH en pacientes con carga viral $< 1,000$ copias de RNA/mL y, por lo tanto, en este grupo de pacientes se puede realizar la rotura artificial de las membranas por indicación obstétrica. Si la paciente tiene $> 1,000$ copias de RNA/mL de carga viral y rompe membranas ovulares de manera espontánea, se debe iniciar la inducción del trabajo de parto con oxitocina de manera rápida.

Si se presenta atonía uterina, se debe evitar, en lo posible, el uso de metergina, o aplicarla en la dosis más baja efectiva por cuanto los IP son inhibidores del sistema CYP 3A4 y, por lo tanto, se desencadenaría con su uso concomitante una respuesta vasoconstrictora exagerada. Los Itrnn (nevirapina, efavirenz, etravirine) son CYP 3A4 inductores y pueden llevar a disminución en los niveles de metergina con un inadecuado efecto terapéutico.

En pacientes que se encuentran en protocolo de parto vaginal que reciben TAR y tienen la carga viral suprimida, se puede realizar amniotomía según la indicación obstétrica.

Si la carga viral no está suprimida no se recomiendan: la amniotomía, el parto con fórceps o con vacuum y la realización de episiotomía ya que se puede aumentar el riesgo de transmisión perinatal.

La TAR, de manera general, se debe continuar en el posparto, en común acuerdo con la paciente y su médico tratante. Actualmente, no hay datos suficientes para demostrar beneficios de la cesárea en pacientes con carga viral <1,000 copias de RNA/mL. Las mujeres infectadas con VIH, a las que se les realiza cesárea, tienen mayores necesidades transfusionales intraoperatorias y un incremento en la incidencia de endometritis, sepsis y neumonía, al igual que un mayor ingreso a unidad de cuidados intensivos y muerte materna. El mayor riesgo lo presentan las pacientes con recuentos de CD4 < 200 células/mL.

Se debe recomendar el nacimiento por cesárea electiva en todas las pacientes VIH positivas que tengan carga viral >1,000 copias de RNA/mL estén o no recibiendo TAR. Pero se debe respetar la autonomía de las pacientes a la hora de tomar las decisiones.

No hay vacuna disponible para la infección por VIH, así que la prevención es primordial para disminuir el riesgo de transmisión. Se les debe dar consejería a las pacientes sobre los métodos para evitar la transmisión a otras personas como: prácticas de sexo seguro, y evitar la donación de sangre y órganos; el uso regular de condones de látex, y evitar el sexo no protegido. Se deben tratar todas las infecciones del tracto genital. El uso frecuente de geles vaginales que contienen nueve nonoxynol se ha asociado con riesgo aumentado para adquirir el VIH en poblaciones de alto riesgo. Las pacientes no deben compartir cepillos de dientes, ni máquinas de afeitar, porque podrían contener pequeñas cantidades de sangre.

El periodo posparto es considerado un reto en términos de la adherencia a la TAR y en el mantenimiento de la salud de la paciente. Durante dicho periodo, se deben preferir los esquemas de tratamiento que se administren en dosis única diaria, ya que promueven la adherencia. Antes del egreso hospitalario, se le debe prescribir a la paciente un plan de anticoncepción, y debe tener disponibles los medicamentos antirretrovirales para ella y el recién nacido.

No se recomienda la lactancia materna, incluso, en pacientes que toman TAR. Se ha demostrado paso a la leche materna de medicamentos como zidovudina y lamivudina.

La Cita

Lina Marcela Cardona García ***
lmcardona@gmail.com

No sabía cómo vestirse para ir a la cita. Un pantalón de jean no sería buena opción. Probó con un vestido, que facilitaría el quitarse la ropa cuando él lo pidiera. Pero por ser largo la hacía un poco mayor y quería verse especialmente rejuvenecida.

La falda de flores podía ser una opción adecuada: no muy corta por aquello de la edad, no muy larga también por aquello de la edad. Además parecía consistente lucir flores en días soleados. Luego de unas cinco pruebas de vestuario y de los gritos al gato que saltaba sobre la ropa como si estuviera en un recreo improvisado, sintió que había logrado el atuendo. Veía en el espejo colores que denotaban alegría. Estaba bella, con un halo de coquetería.

¿Qué pensaría él cuando saliera a encontrarla? ¿Notaría el esmero para la cita? ¿Sería adecuado ir rejuvenecida, ir de flores, camisa insinuante, aretes vistosos y labios rojos a verse con el médico para confirmar si el diagnóstico era cáncer?

Tuve un cancercito. Y digo cancercito porque no fue esperado, no hubo preámbulos ni sospechas, apareció: en una semana fue anunciado y se fue. Como una visita corta, a la que no hay tiempo de hacerle más que las atenciones necesarias. Una visita sin invasiones, sin permanencias alargadas.

Con el cancercito vino una cirugía, días de quietud que con entusiasmo dediqué a la lectura hasta que los ojos me dolieron más que la parte intervenida. Vinieron también algunas flores, cuidados de mis cercanos, llamadas con mensajes como “Recupérate pronto”, “Pídele mucho a Dios...”, “Es culpa del trabajo”, “Que esto te enseñe algo”. Ciertas condescendencias que sentí extrañas.

También trajo una especie de síndrome de enamoramiento o embeleco por mi cuidador: el médico obstinado que me salvó la vida. Lo digo así para hacerlo dramático como en las novelas.

El día de la revisión del diagnóstico me dijo que lo triste de la recuperación era ya no vernos. Demás que eso se lo dice a todas. Me deseó una existencia llena de chocolates y helados. Según él, su consumo era condición necesaria para la felicidad en el mundo. “No como esas cosas”, pensé. Quería que me deseara otras o dijera algo distinto.

Yo creyendo que mi cáncer de útero me hacía exclusiva, que había una especie de relación monogámica. Pero no: me jugó infidencias con otras enfermas! Fui una más que abrió sus piernas y le entregó un pedacito de su útero. Cuando salí de la cita - en la que supe que aunque tuve cáncer ya no- él me olvidó.

Por qué cambiar... nuestro Sistema de Salud

Tomado de: Oficina de Comunicaciones, Información y Prensa ASMEDAS Antioquia <http://www.asmedasantioquia.org/noticias/salud-y-seguridad-social/10205-por-que-cambiar-nuestro-sistema-de-salud>

Por: Jorgenrique Enciso Sánchez
Médico Gineco-Obstetra

Artículo gremial

El sistema de salud colombiano cambió desde la creación de la Ley 100 de 1993. Cambio que conllevó a aumentar la cobertura en la salud para el pueblo colombiano a un 95% cobertura, mas no el acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, encontramos que aun ese aumento en la cobertura también ha conllevado a la corrupción rampante en el sistema, tal como lo vienen denunciando a diario los diferentes medios informativos con los carteles de las ambulancias, cáncer, la hemofilia, el sida, etc.

Estos carteles son manejados por los mercaderes de la salud que, en su afán de enriquecimiento fácil y delictuoso, los encuegue y sólo los deja ver su ambición desmedida sin importarles el daño que le ocasionen a la sociedad.

La Fiscalía denunció robo en el último año por más de medio billón de pesos (quinientos mil millones de pesos \$500.000.000.000), y es la punta del Iceberg.

Tenemos, entonces, un sistema de salud que en este momento se encuentra totalmente colapsado por la falta de liquidez en la economía del mismo.

Las EPS (Empresas Promotoras de Salud) les adeudan 8.2 billones de pesos a la IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) y, por ende, éstas no le pagan a los trabajadores de la salud ni a los proveedores.

Todo ello ha ocurrido porque se les entregó a las EPS la intermediación -dándoles toda la administración, la financiación, planificación de los servicios de salud del sistema de salud-, quienes vieron en ello el gran negocio en los servicios que dan una gran utilidad como lo son la UCIs, las ayudas diagnósticas y las enfermedades de alto costo, y cerrando servicios de obstetricia y perinatología por no ser rentables.

Con las EPS, los programas de promoción, prevención y la atención primaria en salud quedaron totalmente abandonados por no ser lucrativos para los mercaderes de la salud, lo que ha convertido el sistema en un modelo asistencialista curativo, y ha conllevado al agravamiento de las patologías al convertir las finalmente en patologías de alto costo. El vivir no puede convertirse en una enfermedad, el vivir para a ser un negocio multimillonario; no es justo el cierre de servicios como ginecología, obstetricia, pediatría, entre otros, que han provocado el abandono de nuestros infantes y mujeres, por no ser lo suficientemente lucrativos para los negociantes del sistema.

El aseguramiento dejó de ser de carácter social para convertirse en un asunto meramente comercial, que lo que persigue es la atención en las instituciones de alto nivel de complejidad.

Nuestro sistema de salud viola abiertamente el derecho fundamental a la salud consagrado en la Constitución colombiana y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

Por todo ello, el gremio médico ha considerado proponer una serie de modificaciones y cambios en el sector salud, para tener un mejor servicio de manera efectiva, cambios que deben estar acompañados o en alianza con los pacientes, eslabón fundamental del sistema; bajo ninguna circunstancia ni motivo, se puede permitir que los dineros de la salud se destinen a pagos diferentes al derecho a la salud del pueblo colombiano.

Los hospitales públicos tienen que ser rescatados y fortalecidos con actualización de su infraestructura y tecnología de punta, acorde con las necesidades del nivel; así mismo con un saneamiento amplio de su economía.

El país merece y necesita tener hospitales universitarios de verdad, en donde los estudiantes de salud de pregrado y postgrado puedan aprender y desarrollar sus capacidades profesionales para ejercer el día de mañana con idoneidad; no puede ser que en el país sólo existan cinco (5) hospitales universitarios acreditados cuando hay más de 60 facultades de Medicina que forman a más de 5000 médicos anualmente.

Es necesario un sistema de salud que realice atención primaria en las zonas urbanas y rurales y no deje al garete estas últimas, y que se recuerde que salud es el completo bienestar físico, mental y social del individuo, y no solamente la ausencia de enfermedad, como lo establece la OMS.

Los pacientes deben de contar con libertad de escoger con qué médico quieren consultar.

El estado debe recuperar la dirección y rectoría del sistema de salud mediante un cuerpo colegiado que sea dirigido por el Ministerio de Salud, la sociedad civil y los trabajadores de la salud, para un manejo transparente de los recursos de salud y las políticas de salud pública.

Las secretarías de salud pública municipales y departamentales deben velar por la infraestructura y habilitación para la prestación de servicios con eficiencia, seguridad y calidad; sin que sigan existiendo ruedas sueltas como lo son actualmente los regímenes especiales.

Se debe contar con un fondo financiero único que recaude y administre todos los dineros del sector salud y haga pago de los gastos y de los recursos pertinentes que garanticen el derecho a la salud; evitando la intermediación financiera y la corrupción del sistema.

Se debe contar con un sistema de información a desarrollarse con los diferentes componentes demográficos, clínicos, genéticos, con métodos diagnósticos para la adecuada intervención terapéutica, desarrollando políticas públicas de salud encaminadas a la promoción y la prevención en el sistema de salud.

Los trabajadores de la salud que se desempeñen como personal misional deben contar con vinculación estable, justa y digna.

Estas son algunas consideraciones que el Gremio Médico colombiano le propone al próximo Presidente de la República tener en cuenta en su mandato, considerando que la salud es un punto fundamental, junto con la educación, para un país que aspira salir adelante en una sociedad convulsionada por el desequilibrio social y la corrupción

Detalles

Creado en Jueves, 22 Febrero 2018 19:15

Algunas consideraciones que el Gremio Médico colombiano le propone al próximo presidente tener en cuenta en su mandato, considerando que la salud es un punto fundamental, junto con la educación, para un país que aspira salir adelante en una sociedad convulsionada por el desequilibrio social y la corrupción.

Entrevista A Un Medico Escritor

Entrevista para VOCES, PALABRAS Y RAZONES

Por: Julio Cesar Gaviria Muñoz

Entrevista al médico y escritor, socio de ASAGIO Emilio Alberto Restrepo por Nodo de Literatura de la Red Cultural, un grupo por ahora conformado por escritores que crecen y se forman como tales en la Comuna Cuatro de la ciudad de Medellín

Primera parte

--- ¿Qué es la literatura para usted?

RESPUESTA: Una forma de expresión muy elaborada del espíritu, en armonía con la inteligencia y los sentidos. Es una manera de trascender lo primario, pues va más allá de lo esencialmente físico. Cuando el ser humano se sacude de lo puramente material, aparece la creación, en forma de lo estético. Es este el espacio de la música, la literatura, la pintura, la filosofía. La literatura toma elementos del mundo a través de los sentidos, los decanta a través de la inteligencia y lo emocional y lo expresa a través de la conjugación y combinación de las palabras, en este caso escritas, aunque lo oral, más allá de lo meramente utilitario, también tiene cabida.

--- ¿Considera que la literatura es un Arte?

RESPUESTA: Claro que es un arte, en la medida que es una actividad en la que el hombre recrea, con una finalidad estética, un aspecto de la realidad o un sentimiento en formas bellas e imaginativas valiéndose de la materia, la imagen o el sonido, en este caso las palabras como herramientas de creación. El escritor es un artista, ya que hace una transformación de la realidad cruda con fines estéticos, para transformar su apreciación de ella, o proponer nuevos valores, ópticas diferentes o propuestas de interpretación. No se limita a reproducir la naturaleza o la vida; se trata de reinterpretarla o de darle un nuevo sentido, el estético, que es lo que la convierte en arte.

--- ¿Al escribir valida usted, el mito inspirador que les atribuyen algunos a las musas?

RESPUESTA: Es una forma de llamar a esa idea volandona que entra a la cabeza proveniente del exterior (que penetra a través de los sentidos), o del interior (alimentada por un recuerdo una evocación o un sentimiento). La idea siempre va a estar por allí, pero cuando da vueltas una y otra vez, cuando se aferra a la necesidad de atraparla y volverla texto, se dice que es gracias a las musas. Ideas hay por miles, girando, generando corto-circuitos permanentes. Por eso es importante estar atento y vigilante, sensible a su necesidad de ser contada, para que no sea producto de una inspiración eventual, o una “musa inconstante” que estando allí puede no ser detectada. La clave es que cuando esté rondando, sea capturada para ser traída a un plano creativo, consciente. “Que la inspiración no me abandone, pero que

cuando aparezca, me pille trabajando”, nos han repetido los maestros desde siempre. Por eso hay que tener método. Hay que anotar todos los elementos susceptibles de ser narrados, almacenarlos en un archivo, una agenda, una grabadora, en fin, traerlas a un plano real para que dejen de ser inmateriales. Tarde o temprano, téngalo por seguro, van a ser usadas. En ese sentido, si se quiere hacer obra, hay que tener inspiración(musa) pero también constancia(transpiración), acaso más importante, para atrapar la idea y de ella hacer un texto literario.

--- ¿Brevemente nos podría contar como se hizo escritor?

RESPUESTA: Me pudo la necesidad de contar historias, a través de mi fascinación por escucharlas o por leerlas. Desde pequeño me encantaban los escritores y me encantaba encontrarme con las historias, a través de comic, de las colecciones de novelas condensadas de Ariel juvenil o de Colcultura, de las cientos de películas vistas en un teatro de barrio sin censura y sin método, a través de la poderosa tradición oral de un barrio y una familia de clase media que hacía culto a la palabra. En fin, el poder de contar una narración que generara interés en alguien, en este caso un contertulio o un lector. En quinto de primaria apareció un ejercicio, Mis lecturas, en el que debíamos escribir en una página un resumen, una anécdota, lo que fuera. Para mí era más que una obligación, era un goce y hacía muchas más de las 5 obligatorias de la semana. Al profesor le llamó la atención, lo hizo notar, leía en público algunas de ellas, y algunos compañeritos me pedían el cuaderno para leer las historias y después se las contaban a otros. Ahí fue que descubrí la emoción de ser leído. Durante años escribía cuentos, poemas, canciones, resúmenes de películas, los guardaba en cuadernos, participaba en concursos, (le confieso que los perdía todos), hasta que ya adulto y profesional, empecé a darles una forma más rigurosa y a tratar de aprender el arte de escribir. Mientras tanto leía y leía y veía todo el cine que podía.

--- ¿Cómo compagina su profesión de médico, con el oficio que parece que es ya más que un hobby, este de escribir?

RESPUESTA: La medicina sigue ocupando un lugar muy importante, ya que llevo muchos años en ella y tengo un nivel de entrenamiento que solo da la práctica constante. Tengo un compromiso social con ello, ya que trabajo en un hospital del gobierno y realmente el mundo de la medicina es muy absorbente y encarretador, aunque a veces hay sinsabores y desengaños. Además, tengo una familia a la cuál sostener. Pero se compagina porque la medicina es una puerta de entrada directa al corazón del ser humano y sus miserias, su dolor, su mezquindad, su deterioro, su desamparo. Detrás de cada paciente hay una historia, una reflexión, una posibilidad de conocerla naturaleza humana, con sus contrastes. Muchas de mis historias se alimentan de la medicina: por ejemplo, la novela EL PABELLÓN DE LA MANDRAGORA, ganadora de una beca del Municipio, considerada la primera novela hospitalaria en Colombia, o CRÓNICA DE UN PROCESO, que explora el mundo de las demandas o la que tengo en corrección, LA CLÍNICA, que explora el mundo de la corrupción en el sistema de salud.

Junta Directiva Julio 2018 a Julio 2020

Presidente	Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego., jorgear12@gmail.com
Vicepresidente	Dr. Luis Fernando Escobar Aguiler., feamon2@gmail.com
Tesorero	Dr. Augusto Isaza Estrada., augustoisaza@hotmail.com
Secretario	Dra. Ana María Ángel De La Cuesta., anangelmd25@hotmail.com
Vocal	Dr. Juan Fernando Bojanini Betancur., jbojani@une.net.co
Vocal	Dr. Jorge Alberto García Ortega., j.garcia@dhfertilidad.com
Vocal	Dr. Jorge Alberto Tirado Mejía., jatm@une.net.co
Fiscal	Dr. Edgar Adel Noreña Mosquera., edgarnorena@gmail.com
Suplente	Dra. María Nazareth Campo Campo., mncoster@gmail.com
Suplente	Dr. Sergio Mauricio Pareja Zuluaga., sergioparejaz@hotmail.com

Laboratorios vinculados con ASAGIO 2018

