

Juicio crítico al trabajo de incorporación del doctor Guillermo Colmenares Arreaza a la Academia Nacional de Medicina

Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

Individuo de Número

La acreditación ante el Consejo Nacional de Universidades de un posgrado universitario

Es para mí un honor haber sido escogido por la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina y a la vez un gran placer hacer el juicio crítico al trabajo de incorporación como Individuo de Número, del doctor Guillermo Colmenares Arreaza.

El proceso educativo tiene cuatro niveles: primaria, secundaria, superior y posgrado. En el último hay universalmente dos escalafones: el de doctor en filosofía de la ciencia escogida y el doctorado mismo.

En la Universidad Central de Venezuela (UCV) durante un tiempo se otorgaba el título de *Magister scientiarum* (1978) pero requería un número mayor de créditos. Por esto se optó por otorgar el título de especialista y luego el doctorado, para quienes llenen requisitos especiales.

La educación médica en Venezuela al comienzo se basó en la experiencia española, pero debemos recordar que José María Vargas realizó estudios de cirugía en Edimburgo. Es por ello que los conocimientos ingleses influyeron en nuestro país. De allí en adelante la mayor ascendencia fue la francesa, hasta después de la Primera Guerra Mundial, cuando comenzó a prevalecer el prestigio médico de Estados Unidos de Norte América, que dura hasta el día de hoy.

Durante años se consideró que después de haber concluido sus estudios, antes de ejercer los médicos debían pasar un tiempo en los hospitales. Así fue desde la época colonial. Por un tiempo prolongado el internado de posgrado precedía a las residencias de posgrado. Los había de tres tipos: los rotatorios, en los cuales el médico hacía pasantías en las cuatro clínicas básicas. El directo, en sólo una de las especialidades: cirugía, medicina, obstetricia o pediatría. El mixto, en el cual además de las clínicas

básicas, se podían incluir algunas especialidades de la preferencia del aspirante.

En el Primer Seminario de Educación Médica, celebrado en Mérida, entre el 19 y el 25 de junio de 1960, se esbozó el concepto de internado de pregrado, el cual fue definitivamente implantado a mediados de la década de los años setenta. Esta información es tomada de la ponencia "Situación de los médicos internos y residentes", presentada por los doctores Félix E Castillo T, Antonio Clemente H, Humberto Fernández A, Pedro García C, Víctor Rago R y Nicéforo Rosales A, en la XXIII Reunión ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana (FMV), celebrada en San Fernando de Apure, del 3 al 7 de septiembre de 1968.

En el interés por el desarrollo del cuarto nivel se destacan además de la FMV, el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), la UCV, la Dirección de docencia e investigación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y las Sociedades científicas de las especialidades médicas. En el caso que nos ocupa, la Sociedad Venezolana de Cirugía. Al respecto el doctor Miguel Zerpa Z presentó el trabajo "Evolución del posgrado quirúrgico en la UCV hasta 2001", ante el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.

Uno de los primeros trabajos relacionados con esta materia se presentó en la III Asamblea ordinaria de la FMV, celebrada en San Cristóbal, entre el 10 y el 12 de septiembre de 1948. El recordado profesor doctor Leopoldo García Maldonado en su ponencia "Los estudios médicos en la Escuela de Medicina de Caracas", decía: "los mejores jueces de la capacidad de una escuela de medicina son quienes utilizan los egresados". Luego en 1949, los Académicos Eduardo Carbonell Izquierdo y Pablo Izaguirre, durante la V Asamblea ordinaria de la FMV, celebrada en

Barcelona entre el 9 y el 11 de septiembre, presentaron la ponencia “La especialización médica en Venezuela”.

En la formación quirúrgica predomina lo tutorial. El residente de posgrado está con sus profesores todo el día, ellos lo guían en la consulta, en la sala de hospitalización, en el quirófano, en la atención médica de emergencia y en la elaboración de los trabajos de investigación. La cirugía se aprende ayudando operaciones y luego haciéndolas. El progreso del espíritu crítico que se desarrolla durante la investigación quirúrgica es fundamental para la formación del cirujano, según Zerpa, en el trabajo antes citado. La práctica tiene una importancia enorme, especialmente con las nuevas técnicas existentes y las que vendrán, como las cirugías robótica y a distancia.

En el país, por iniciativa del doctor José Ignacio Baldó, en 1960, cuando el doctor Arnoldo Gabaldón estaba en el MSAS, se iniciaron los posgrados clínicos, pues Tisiología y Salud Pública habían comenzado en 1947. En esa época la Escuela de Salud Pública estaba adscrita al MSAS.

Las residencias quirúrgicas como método para la formación de los cirujanos fueron desarrolladas en EE.UU por William S. Halsted en 1889, según el sistema germánico, inspirado en el profesor Bernhard Rudolff Konrad von Langenbeck, con quien permaneció algún tiempo, según cita el profesor David C Sabiston, en el “Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher” (México, 1978). Halsted creó los “internos quirúrgicos” o residentes, quienes vivían en el hospital y tenían responsabilidades progresivas en el cuidado de los pacientes, residencia que duraba seis años como en Alemania.

En 1890 Osler adoptó el mismo régimen, manteniéndolos “hasta que obtuvieran conocimientos médicos satisfactorios”. Estas iniciativas que comenzaron en Johns Hopkins, contribuyeron a elevar la preparación de los médicos. La Asociación Médica Americana en 1917 amplió su consejo de educación médica a los hospitales y en 1933 comenzaron las juntas de calificación de las especialidades, hoy llamadas *boards*.

La calificación y acreditación de los especialistas, dependen de los países. Pueden ser efectuadas por las sociedades científicas de las especialidades (Canadá, EE.UU), las universidades (Italia) o los ministerios de salud (Rusia). En Venezuela son los colegios de médicos los que por ley tienen esta competencia.

Entre las contribuciones de la FMV debemos citar además las siguientes ponencias: “Análisis de los cursos de posgrado en Venezuela”, presentada en la XXXVI reunión ordinaria de la Asamblea, celebrada en Barcelona, entre el 31 de agosto y el 4 de septiembre de 1971, por los doctores Antonio Clemente H, Néstor Bracho S, Rosendo Castellanos G, Félix E Castillo T y Héctor Cedeño P.

“Análisis de los cursos de posgrado, actualización 1971-1973”, presentada en la XXIX reunión ordinaria de la Asamblea, celebrada en Puerto Ordaz en 1974, por los doctores Antonio Clemente H, Rafael Andrade N, Néstor Bracho S, Rosendo Castellanos, Héctor Cedeño P, Nicéforo Rosales A y Luis Vega.

“Estado actual de la formación de médicos de posgrado”, presentada en el LXIII Consejo Nacional, celebrado en Maturín, entre el 26 y el 27 de marzo de 1992, por los doctores Félix E Castillo T, Felipe Bello G, Thibaldo Garrido D, Humberto Valbuena, Antonio Clemente H, Néstor Bracho S y Cristino García.

En cuanto al IVSS, la ponencia “Residencias universitarias de posgrado en cirugía, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, medicina familiar, anatomía patológica, anestesia y ortopedia y traumatología”, presentada por el doctor Antonio Clemente en 1981.

Las etapas que cumplió el doctor Guillermo Colmenares Arreaza, son evidentemente lo más avanzado que se ha hecho en materia de calificación y supervisión de un complejo proceso educativo que dura más de veinte años. En el momento que se presentó la necesidad de hacer este trabajo, desempeñaba la dirección del posgrado de cirugía general del Hospital Universitario de Caracas, al mismo tiempo que era el director del comité de disciplina de los cinco cursos de posgrado de la Comisión de posgrado de la Facultad de Medicina (CPFM), dirigida por los doctores Ana Teresa Torrealba de Ron y José Angel Puchi Ferrer.

El trabajo explica muy bien el basamento jurídico y procedimental del Consejo Nacional de Universidades (CNU), en general y en especial, en la materia objeto de esta comunicación.

La CPFM inició sus actividades en 1962, durante el decanato del doctor Rafael Teodoro Hernández Arriens y me tocó la responsabilidad de coordinarla en su comienzo. Ha cumplido un papel extraordinario en sus 41 años y dirige el mayor número de cursos de posgrado del sistema universitario venezolano.

Para lograr el objetivo de la acreditación se elaboró un esquema de trabajo detallado, con dos actividades primordiales: información y asesoría, las cuales culminaron con las “jornadas de acreditación”. Fueron visitadas las sedes de los distintos posgrados y en los hospitales se intercambiaron ideas con los profesores y alumnos de los cursos.

El director de los cursos fue apoyado por el coordinador, doctor Salvador Navarrete y los profesores de las distintas cátedras de cirugía. Tomó dos años y un seguimiento continuo lograr la aprobación. La evaluación es un procedimiento complejo que consta de 17 aspectos, que van desde la justificación hasta la planta física sede del curso.

El CNU designó tres profesores de las distintas universidades del país, quienes recomendaron su acreditación por tres años.

Este trabajo señala en una forma muy clara como nuestro sistema universitario y nuestra capacidad de organización, cumple una encomiable labor que redundará en la preservación y el mantenimiento de la salud, de quienes se benefician al ser tratados por profesionales de excelencia, acreditados por un proceso tan minucioso y estricto.

Profesor Colmenares: reciba mis más sinceras felicitaciones por este trabajo. Pido a los integrantes de la Junta Directiva y a esta honorable Asamblea que le den su beneplácito para que ocupe el Sillón VII.

Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios

El cáncer cervicouterino representa un importante problema de salud pública entre las mujeres adultas de los países en desarrollo de América del Sur y Centroamérica, el África subsahariana y Asia meridional y sudoriental. Los programas de cribado citológico frecuente, organizados o puntuales, han logrado reducir considerablemente la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada en los países desarrollados. En cambio, este tipo de cáncer sigue sin controlarse apenas en los países en desarrollo de alto riesgo, donde las medidas de cribado son ineficaces o inexistentes. El artículo analiza brevemente la experiencia de las iniciativas de cribado e investigación llevadas a cabo actualmente en países en desarrollo.

La infraestructura, los recursos humanos, el material fungible, el seguimiento y la vigilancia que requieren los programas de cribado del cáncer cervicouterino —tanto los organizados como los puntuales— entrañan grandes costos. Debido a lo limitado de sus recursos de atención sanitaria, los países en desarrollo no pueden permitirse el cribado frecuente que durante un amplio intervalo de edades aplican los países desarrollados. Muchos países en desarrollo de bajos ingresos, en particular la mayoría de los países de África subsahariana, no poseen ni los recursos, ni la capacidad necesarios para que sus servicios de salud organicen de forma sostenida

programa alguno de cribado. Los países en desarrollo de ingreso medio, que aplican hoy medidas de cribado ineficientes, deberían reorganizar sus programas a la luz de las experiencias de otros países y de las lecciones extraídas de sus pasados fracasos. Los países de ingresos medios que decidan organizar un nuevo programa de cribado deberían ensayarlo primeramente en un área geográfica limitada, antes de estudiar su eventual ampliación. Es más realista y eficaz intentar cribar a las mujeres de alto riesgo una o dos veces a lo largo de su vida mediante una prueba de alta sensibilidad, procurando sobre todo asegurar una amplia cobertura (> 80 %) de la población destinataria.

Como parte de las actividades desplegadas para organizar un programa de cribado eficaz en esos países en desarrollo, habrá que hallar recursos financieros suficientes, desarrollar la infraestructura oportuna, capacitar al personal necesario e idear mecanismos de vigilancia para el cribado, investigación, tratamiento y seguimiento de las mujeres destinatarias. A la hora de reorganizar los programas existentes y de planear nuevas iniciativas de cribado, deberán tenerse en cuenta los resultados de las numerosas investigaciones realizadas sobre los diversos enfoques de cribado aplicadas en los países en desarrollo, así como las directrices de gestión disponibles.

Tomado del Bull WHO 2001;79(10):961.