

Vida de la Academia y Notas Bibliográficas

Dr. Alberto Angulo Ortega

Individuo de Número

Reuniones con las Sociedades Científicas

Discurso del Dr. José Enrique López en el acto de recepción como Individuo de Número.

Discurso de bienvenida pronunciado por el Académico Dr. Carlos Hernández, con motivo de la incorporación del Dr. José Enrique López como Individuo de Número.

Vejiga hiperactiva por el Dr. Julio César Potenciani R. Dr. Oscar Chacón

Reuniones con las Sociedades Científicas

Caracas, 1° de febrero de 1999

Ciudadano

Dr. Oscar Beaujon Rubín

Presidente y demás miembros de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina

Presente

Distinguido Dr. Beaujon:

Acusamos recibo de su comunicación de fecha 3-12-98 con el encargo de estudiar y evaluar una serie de documentos presentados por la Sociedad Venezolana de Cirugía en la reunión conjunta celebrada el día 26-11-98 en nuestra Corporación.

Los documentos presentados fueron los siguientes:

1°. **Análisis del Servicio de Cirugía Sistematizada:** trabajo presentado por los Dres. José M. Betancourt, Luis L. Guerrero y Francisco Romero, y publicado en la Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía (1980;33(3-4):3-9.

Los autores presentan un análisis de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Centro Ambulatorio de Puente Real en la ciudad de San Cristóbal en sus 6 meses de funcionamiento en 1978; ellos clasifican los actos quirúrgicos por niveles de complejidad, y establecen como unidad de medida para evaluar la productividad a la

hernia inguinal. Analizan 420 pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas electivas de varias especialidades y presentan los resultados de su estudio.

2°. **Selección y evaluación preoperatoria de pacientes en Cirugía Ambulatoria:** por los Dres. Constantino Kiriakidis, Josefina L. de Kiriakidis y María Kiriakidis Longhi, trabajo publicado en la Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía (1989;42:183-185).

En él, los autores evalúan a cada paciente y toman en cuenta las siguientes variantes: residencia, status socioeconómico, estado de salud, tipo de operación y motivación del enfermo, del cirujano y del anesthesiólogo. Estudian a 3 176 pacientes y los actos quirúrgicos los clasifican en cuatro tipos de acuerdo a su complejidad.

3°. **XII Congreso Venezolano de Cirugía 1973. Organización de los Servicios de Cirugía Ambulatoria.** Publicado en el Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía Ambulatoria. Se menciona en él, que desde la mitad del siglo pasado se operaban a los pacientes en sus casas de habitación, de esta manera se efectuó la primera ovariectomía practicada por el Dr. F.F. Bustamante en 1874. Se estudian 771 pacientes operados en 7 diferentes especialidades y se relaciona la frecuencia de operaciones en los Hospitales de Valera, San Cristóbal, Valencia y Maracaibo.

4°. **XVIII Congreso Venezolano de Cirugía 1987.** En relación a trabajos presentados por diferentes autores sobre cirugía ambulatoria.

5°. **Conclusiones del XXIV Congreso Venezolano de Cirugía en 1997.** Relacionadas a la cirugía ambulatoria (Rev Venez Cir 1997;50:46-47).

6°. **Posgrado de cirugía general.** Los directivos de la Sociedad Venezolana de Cirugía comentan brevemente la historia de los posgrados de cirugía, con exclusiva referencia al efectuado en el Hos-

pital Vargas de Caracas. Su programación, sus resultados y señalando recomendaciones (Se adjunta la información leída por el Dr. Miguel Zerpa Zafrané).

La Academia Nacional de Medicina y las Especialidades Médicas y Quirúrgicas.

Creemos que debido a la crisis que existe en el Sistema Nacional de Salud y de la Seguridad Social, la Directiva de nuestra Corporación ha considerado indispensable y necesario mantener reuniones periódicas con las Juntas Directivas de las diferentes especialidades que existen en el país con el objeto de conocer cómo debe formarse un médico en cada especialidad, intercambiar ideas, oír sus sugerencias y planteamientos con el fin de contribuir a que nuestra Institución diseñe una política de salud, basada en los datos objetivos que obtengamos de estas reuniones.

Colaboradores: Consideramos que para la elaboración de este plan, todos los entes involucrados en el proceso de la salud deben ser actores.

1. Academias: Medicina y Economía.
2. Ministerios: Sanidad y Asistencia Social, Hacienda y Trabajo.
3. Las Universidades Nacionales
4. Federación Médica Venezolana.
5. Colegios de Médicos.
6. Sociedades científicas.
7. Oficina Central de Estadística e Informática.
8. Comisionados de Salud de los Estados.
9. Compañías de Seguros que ofrezcan atención médica.

Instrumentos: Para lograr el fin propuesto es necesario e imprescindible que obtengamos y analicemos una variada gama de datos, que consideramos deben ser catalogados como instrumentos primarios, como son los siguientes:

- a. Debe realizarse un censo nacional de los hospitales y ambulatorios, con indicación del número de camas que cada uno posea, así como también de consultorios.
- b. Frecuencia de las enfermedades que se atiendan

en las consultas externas. El diagnóstico definitivo de los pacientes egresados en cada uno de los Estados de la República.

- c. Número de egresados de las Facultades y Tecnológicos relacionados con la salud (medicina, odontología, laboratorio, dietética, farmacia, ingeniería sanitaria, radiología, terapia física y rehabilitación, mantenimiento, etc., etc.)
- d. Dedicación en horas laborales, de cuántas horas trabaja el personal en las diferentes especialidades de medicina, desde los 5 años de graduados a los 50 años, y en lapsos de 10 años.
- e. Distribución geográfica de los especialistas egresados de los cursos de posgrados por Estados, Municipios y Alcaldías.
- f. Número de Ph.D., doctorados y magister existentes en las Universidades, en relación a la salud.
- g. Sistemas de ascenso en el escalafón universitario, asistencial y en las sociedades científicas.
- h. Cómo y cuánto dedica el Estado para el financiamiento del sector salud y de la seguridad nacional.
- i. Cursos de perfeccionamiento tanto en Venezuela como en el exterior.
- j. Debemos conocer el número de especialistas venezolanos en el exterior (TELVEN).

Las sociedades científicas pueden contribuir de manera eficaz por medio de sus Capítulos y Seccionales a obtener de los Colegios de Médicos y de los Sistemas de salud de los Estados, los siguientes parámetros:

- 1°. Número de hospitales y ambulatorios con su respectivo número de camas y consultorios.
- 2°. Número de especialistas y años de graduados.
- 3°. Frecuencia de enfermedades de los pacientes egresados de los hospitales y de los atendidos en los ambulatorios.
- 4°. Análisis y programas de los cursos de posgrado en cada especialidad y en cada Estado, tanto universitarios como residencias docentes y asistenciales.
- 5°.Cuál sería el curriculum ideal de cada especialidad según el criterio de la Sociedad respectiva.
- 6°. Enviar a la Academia Nacional de Medicina, el nombre de las personas encargadas en los Estados

para la recolección de datos, así como su teléfono, fax o correo electrónico, para establecer contacto cuando sea necesario.

Le sugerimos a la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina, la designación del Dr. Antonio Clemente H., como Coordinador de la Comisión Interinstitucional.

Señores de la Junta Directiva, esperamos de esta forma haber cumplido con la misión que nos fue encomendada.

De ustedes muy atentamente,

Dr. Francisco Montbrun Dr. Carlos A. Hernández H.

Dr. Antonio Clemente H. Dr. Esteban Garriga M.

Dr. Oscar Rodríguez Grimán

Posgrado en Cirugía

Dr. Miguel Zerpa Zafrané

Desde 1962, fecha en la cual comenzó el primer curso de posgrado que tuvo su sede en los hospitales Vargas, Universitario, Oncológico Luis Razetti y Central de las Fuerzas Armadas, ha sido preocupación constante de los organizadores tanto hospitalarios como universitarios, el mejoramiento y la adecuación de estos, tanto a las nuevas tecnologías que hacen su aparición en la medicina, como a las necesidades de nuestra sociedad.

Ha sido preocupación permanente la adopción de un programa común que unifique a todos los hospitales, tanto metropolitanos como de otras ciudades del país, tratando en lo posible que las universidades y los hospitales asistenciales hagan acuerdos para que bajo la supervisión de aquellas, los cursos puedan elevar su categoría académica hasta donde las condiciones de cada lugar lo permitan.

La Sociedad Venezolana de Cirugía ha sido

pionera de esta empresa desde sus comienzos, ya que en 1960 por comunicación del Dr. J.I. Baldó dirigida al Dr. Arnaldo Gabaldón entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social proponía constituir una comisión integrada por los profesores jefes de cátedras quirúrgicas de los Hospitales Vargas y Universitario junto con el Presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía para que se abocaran a planificar estos cursos.

Durante los muchos Congresos realizados por la Sociedad Venezolana de Cirugía, se presentaron numerosas ponencias de destacados profesores, que incluían recomendaciones sobre la forma cómo estos posgrados deberían realizarse. El material acumulado por la Sociedad es muy abundante y voy hacer referencia a uno de ellos en particular que dirigió el Dr. F.R. Coronil y en la cual formamos parte también el Dr. José Puchi Ferrer y yo, donde hicimos un exhaustivo análisis en escala nacional con un detallado cuestionario sobre diferentes aspectos de su funcionamiento, programas, recursos materiales y humanos, aspiraciones, críticas, etc., el cual fue presentado en un Congreso de nuestra Sociedad y cuyas conclusiones y recomendaciones voy a leer a continuación:

“Pág. 282”

De esta lectura se comprende que aunque han transcurrido nueve años de este esfuerzo, estas conclusiones siguen en pie, pues aún no se han cumplido la mayoría de ellas.

Posgrados universitarios y no universitarios

Las universidades nacionales y en particular la Universidad Central de Venezuela, por la misma razón de su existencia, han elevado las exigencias académicas de los cursos de posgrado mediante adopción de programas con un alto contenido docente y asignaturas que van más allá del simple entrenamiento práctico. En este sentido hace varios años se programó y se realizaron los primeros cursos de una Maestría en Cirugía la cual hubo de convertirse en Especialidad por que fue imposible instrumentar en todas las sedes la parte de investigación obligatoria que contenía este programa. Como Jefe del Departamento Quirúrgico Docente, cargo que desempeñé años atrás, me tocó formar parte de esa comisión universitaria que buscaba que los programas de todos los posgrados universitarios fueran exactamente iguales, con idéntico número de

horas créditos.

En principio, esto era deseable pero existían en las diferentes sedes, condiciones variables que podían aprovecharse en beneficio de los cursantes. Por ejemplo, en nuestro Hospital Vargas, sede de una escuela de medicina, era propicio enseñar materias como fisiología, fisiopatología, farmacología, inmunología, investigación quirúrgica, etc., ya que contábamos con las cátedras respectivas y con la disposición de los profesores de ciencias básicas a colaborar con nosotros, recurso de los cuales no disponían otros hospitales afiliados al posgrado. Dentro de esta idea hemos insistido numerosas veces en la necesidad del laboratorio quirúrgico como parte del entrenamiento de los cirujanos. Es una sana práctica llevar al laboratorio los problemas del enfermo para buscar soluciones en los animales de experimentación que puedan ser aplicadas a la clínica con las preocupaciones que cada caso amerita.

Finalmente, logramos un entendimiento mediante un programa básico común a todos y se nos permitió anexar las materias antes citadas compensándolas en otros hospitales con materias electivas de importancia.

El Hospital Vargas ha luchado durante muchos años por establecer un programa de posgrado de cuatro años de duración, pues tenemos la firme convicción de que tres años son insuficientes a la luz de los nuevos conocimientos y técnicas quirúrgicas.

Esto no ha sido posible aprobarlo por diversas razones entre las cuales figura la dificultad que existe para poner de acuerdo a un elevado número de personas.

Hace varios años formé parte de un grupo nombrado por la Comisión de Posgrado de la Universidad Central de Venezuela (Facultad de Medicina) para evaluar todos los posgrados de cirugía dependiente de la Universidad. Me acompañaban en esa Comisión los Doctores Víctor Grosman y César Romero.

Visitamos todas las sedes hospitalarias y sostuvimos largas reuniones con los coordinadores para oír sus razonamientos y recomendaciones para mejorar estos cursos.

Lamentablemente, estos posgrados cuyos docentes en su gran mayoría no forman parte del profesorado universitario, resultan difíciles para que la normativa que rige para la Universidad sea aplicada allí con toda formalidad. Destaca también el hecho

de que estos profesores colaboran en esta tarea voluntariamente, sin recibir remuneración adicional y a veces sin un simple reconocimiento universitario.

Como todos sabemos, los fallos existentes en nuestros hospitales disminuyen en gran medida la eficacia y calidad de este entrenamiento.

Muchas de estas recomendaciones se quedaron como siempre, en el papel.

La Sociedad Venezolana de Cirugía ha tomado gran interés en participar junto con la Universidad Central de Venezuela en la evolución de los posgrados y en la actualidad tenemos un representante de la Sociedad en la Comisión de Posgrado. Igualmente, la Sociedad Venezolana de Cirugía ha luchado para participar con la Federación Médica Venezolana en la calificación de especialistas, materia que ha sido de la incumbencia de la Comisión de Credenciales del Colegio de Médicos. Un representante nuestro en esa Comisión puede ser una factibilidad cercana.

Hay muchos problemas por resolver, además del ya crónico de la dotación de nuestros hospitales, como son el baremo de ingreso de residentes de posgrado y el régimen de permanencia de estos, entre otros.

El baremo, que es diferente para todos los Hospitales (Sanidad, Gobernación, Seguro Social, Universidad) tiene grandes defectos que serán corregidos el venidero año 1999 para tratar de hacer uno solo que funcione para todos los hospitales del área metropolitana.

El régimen de permanencia debe ser reglamentado para excluir a tiempo aquellos residentes que no cumplan con lo programado y cuyo rendimiento sea insatisfactorio.

Hay muchísimo trabajo que realizar en esta área de posgrado y a todos nos toca una parte. Es inútil utilizar la queja como pretexto para no hacer lo que debemos.

Confucio en una de sus brillantes expresiones dijo: "Es preferible encender una vela que maldecir la oscuridad".

Conclusiones

1. Los estudios de posgrado en cirugía general en Venezuela tienen un conjunto de características comunes positivas que permiten formar buenos especialistas, además tienen factores específicos que aporta cada hospital para determinar formas

de variedad entre ellos.

2. Por las opiniones de sus participantes se interpreta que todas las instituciones formadoras de estos especialistas, tienen sus insuficiencias y problemas que deben ser estudiados y tratados para buscar un mejoramiento.
3. No está establecido, a nivel nacional, un marco de referencia teórico que ofrezca pautas y normas de procedimiento comunes que garanticen un modelo formativo mínimo, que le de las características necesarias al cirujano venezolano.
4. No existen vínculos o convenios de acuerdo sobre la educación de posgrado entre las universidades, los hospitales, las instituciones administradoras de la salud y las sociedades científicas y gremiales, que estudien los problemas y propongan soluciones en la búsqueda del desarrollo en la formación de recursos humanos en cirugía.
5. Este estudio aporta resultados e interpretaciones válidos, que tienen la potencialidad para iniciar un proceso de replanificación y ajuste de la organización de programas, instituciones y actuación docente, en la búsqueda del desarrollo de la educación de posgrado en cirugía.

Recomendaciones

A la Sociedad Venezolana de Cirugía, universidades e instituciones administradoras de los hospitales docentes corresponde:

1. Propiciar las reuniones periódicas del personal directivo de cursos de posgrados a nivel nacional, para presentar y discutir problemas y sus soluciones, promover acciones conjuntas, mantener vínculos permanentes, intercambiar recursos, proyectos, metodologías, etc.
2. Proporcionar la realización de eventos académicos-científicos periódicos con los egresados de cada institución hospitalaria o con asociaciones de instituciones sedes de cursos de posgrado de cirugía general. Aprovechar estos eventos para hacer el estudio de seguimiento de los egresados y obtener de ellos información útil para retroalimentar el proceso docente de posgrado.
3. Definir los criterios indispensables para la creación de los recursos de especialización en cirugía general en el país, así como los objetivos que deben lograrse en su desarrollo.
4. Promover la realización de un estudio de demanda

y oferta de los cirujanos generales en Venezuela, para tener una base sobre la cual definir políticas de formación.

5. Tomar los resultados y las cifras estadísticas de esta ponencia, como un primer intento en escala nacional, de obtener información directamente de coordinadores, profesores y cursantes y por lo tanto sujeto a repetición y mejoramiento en tiempo prudencial.
6. Desarrollar de manera urgente Unidades de Investigación Quirúrgica anexas a todos los posgrados universitarios.
7. Desarrollar de manera urgente Unidades de Terapia Intensiva Quirúrgica (Modelo UCI-Hospital Vargas) en todos los hospitales.
8. Incorporar la enseñanza de la bioética en los cursos de posgrado y todas aquellas materias que mejoren su nivel académico.
9. Mejorar en lo posible las condiciones que contribuyan a que los cursantes puedan tener una mejor permanencia y dedicación hospitalaria: facilidades de habitación, de bibliotecas, condiciones económicas y otros logros sociales.
10. Definir en Venezuela el campo que abarca la cirugía general y adecuar los programas de enseñanza nacionales a los requerimientos definidos.
11. Lograr para la Sociedad Venezolana de Cirugía representación oficial ante las comisiones técnicas o directivas de los hospitales donde se realizan cursos de posgrado.
12. Lograr para la Sociedad Venezolana de Cirugía representación oficial ante las divisiones, comisiones o secciones de estudios de posgrado, de las universidades nacionales en lo referente a cirugía general.
13. Establecer los requisitos mínimos que deben llenar los hospitales para que en ellos puedan realizarse cursos de posgrado en cirugía general.
14. Tratar de obtener uniformidad en el tiempo que deben durar los cursos de cirugía general, recomendándose (4) cuatro años como mínimo.
15. Insistir y obtener la estricta aplicación de los requisitos para el ingreso de los aspirantes a los cursos de posgrado de cirugía general.
16. Insistir y recalcar ante el profesorado lo fundamental que significa "enseñar con el ejemplo", tanto en lo que a la bioética se refiere como a la enseñanza de la propia cirugía.

Sociedad Venezolana de Oftalmología (SVO)

La Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Oftalmología expresa su más sentido agradecimiento a la Academia Nacional de la Medicina por la oportunidad que le ha brindado para expresar nuestros puntos de vista en dos temas de profunda importancia para el desarrollo de nuestra especialidad, como son: la situación actual de los posgrados en Venezuela y el intrusismo en nuestra especialidad. Esta actitud de la Academia demuestra el interés de esa corporación en tomar parte activa en la situación de la salud en el país y cumple cabalmente con sus funciones de asesoría del Gobierno Nacional en todo lo referente a la salud. Felicitamos a la Junta Directiva por esta iniciativa que nos permitirá encarar los problemas enumerados conjuntamente con la Academia, desde un sitio de autoridad moral que nos permita dirigirnos a los organismos gremiales responsables de la normativa y acreditación de los posgrados y ser oídos por estos con el interés que los temas revisten.

Situación actual de los Posgrados de Oftalmología

Drs. Rosendo Castellano y Juan Carlos Vieira

Situación actual de los posgrados en Venezuela

1. En la actualidad egresa un número significativo de oftalmólogos por año en consecuencia del número exagerado de posgrados que se encuentra en funcionamiento en la actualidad. Consideramos que en la creación de cursos de posgrado no se han tomado en cuenta los factores a considerar

para proponer la existencia de estas instituciones. Un ejemplo sería:

- a. ¿Qué necesidades tenemos de oftalmólogos en la actualidad? Para contestar a esta pregunta es indispensable contar con un censo adecuado de los oftalmólogos existentes, establecer su distribución nacional y comparar con los requerimientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para este tipo de especialistas. De acuerdo con esta información se establecería idealmente la necesidad o no de seguir formando oftalmólogos, la necesidad de formar sólo aquellos que se comprometan a ejercer en los sitios donde la población de oftalmólogos sea menos que la requerida o alentar la formación de sub especialistas.
- b. Los oftalmólogos deberíamos cuidarnos de la creación de un proletariado oftalmológico que supere la demanda de estos especialistas y que traerá como consecuencia inevitable que estos sean presa fácil de instituciones de índole comercial y/u ópticas que, aprovechándose de la dificultad económica para adquirir equipos por parte de las nuevas generaciones, ofrecerían a estos, sitios de trabajo donde sus honorarios sean explotados o que su trabajo sirva de puente para la comercialización de lentes u otros implementos derivados de la práctica médica, lo cual está reñido con el Código de Deontología Médica.

Actualmente sólo en la ciudad de Caracas egresan anualmente aproximadamente 30 oftalmólogos y en el interior unos 16 más.

El curso básico que dicta la Sociedad Venezolana de Oftalmología está dedicado a los residentes de primer año de los posgrados de Caracas y de algunos del interior y su demanda cada año crece. Ha matriculado este año a 30 residentes, uno solo

de ellos sin estar en el curso de posgrado. Esto hace inferir que la demanda cada día es mayor y presumiblemente aumentará el número de egresados.

Las motivaciones para crear posgrados entre los oftalmólogos son de diversa índole.

La obtención de prestigio que haga a su jefe, sobresaliente entre la comunidad oftalmológica es una de las más encontradas. Otra motivación podría ser la obtención de mano de obra para el cumplimiento de las metas de servicios asistenciales donde es en teoría más fácil dirigir al grupo de residentes en la consulta que hacerla el grupo de oftalmólogos que a tal fin están contratados. Otra motivación más peligrosa aún es la obtención de mano de obra barata para adaptarse a las nuevas leyes del subsistema de salud que están por aprobarse.

2. Subespecialistas. Formación. Distribución nacional.

Los subespecialistas son oftalmólogos egresados de alguno de los posgrados, que dedican uno o más años adicionales de su formación al estudio con más profundidad de una disciplina oftalmológica en particular. Por ejemplo hoy en día se habla de retinólogo, estrabólogo, etc.

La formación de estos subespecialistas resulta de alguna de estas variables:

- Oftalmólogos particulares de alto grado de reconocimiento en determinada subespecialidad y con alto volumen asistencial y quirúrgico que contrata a un ayudante en entrenamiento y al cabo de algún tiempo éste adquiere destrezas que permiten reconocerlo como subespecialista. Tiene el problema de la falta de credencial o de reconocimiento legal.
- Cursos de posgrados que dedican parte de su esfuerzo en la creación de este tipo de especialistas y los egresan con su respectiva credencial. Son conocidos con el anglicismo "fellow".
- Cursos de subespecialización en el exterior que se han popularizado en la medida que las oportunidades para los oftalmólogos generales han disminuido como consecuencia de la superpoblación de estos. Son de mucha demanda México, Colombia, EE.UU., Alemania, entre otros. Estos se realizan, o bien autofinanciados

o por medio de becas de las embajadas o la Fundación Gran Mariscal de Ayacucho por la vía de créditos educativos.

La gran mayoría de los subespecialistas llegan a ejercer en Caracas, con un pequeño grupo que se radica en la región central y occidental.

3. Programa mínimo a cumplir:

Cada curso de posgrado debe cumplir un programa mínimo que abarca a todas las ramas de la especialidad, desde las ciencias básicas, su relación con el órgano de la visión y a su vez la relación de éste con el resto del cuerpo humano como un todo que permita al especialista en formación, el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias del globo ocular en sí y de las enfermedades sistémicas que tengan relación con la visión o con el órgano de la visión. Este programa debe ser cumplido por etapas y cada residente debe pasar como mínimo una vez por año por todas las especialidades que el programa contempla. Anexo el programa de posgrado del Hospital Rísquez para cualquier aclaratoria, dado lo limitado del tiempo para desarrollarlo en detalle.

Requerimiento mínimo de personal.

Jefe de Servicio - Director del Posgrado (1)

Coordinador docente (2)

Supervisar cumplimiento del programa.

Elaborar horarios.

Establecer pasantías.

Planificar actividad quirúrgica.

Planificar evaluaciones.

Adjuntos instructores o especialistas

Enfermera jefe de consulta

Enfermera quirúrgica

Personal especializado de quirófano

Técnico en oftalmología

Condiciones mínimas del personal médico:

1. Haber completado curso de posgrado.
2. Experiencia docente.
3. Capacitación pedagógica.
4. Suficiente entrenamiento clínico y quirúrgico.

En la actual situación económica del país, la obtención de cargos es casi imposible por lo que el único recurso apelable es la obtención de prestigio académico como aliciente para el desempeño en los cursos de posgrado.

Esto no garantiza la idoneidad del personal que se reclute, sino que más bien se capta personal que al lograr acumular cierto grado de experiencia (mano quirúrgica) abandona el hospital para dedicarse a la actividad privada.

Requerimientos mínimos de instrumental

Diagnóstico:

Unidades de examen oftalmológico para el fácil desenvolvimiento del mismo por parte de dos residentes de diferente año en cada uno.

Ecografía.

Angiografía fluoresceínica.

Campo visuales computarizados.

Biometría ultrasónica.

Microscopía especular.

Topografía de la cornea.

Fotografía video.

Tratamiento:

Microscopios operativos con visor de ayudante.

Adecuado instrumental quirúrgico.

Principales problemas de los posgrados en ejercicio

Dr. Alejandro Rubín

La Sociedad Venezolana de Oftalmología, fundada en 1953, tiene como objetivo fundamental, el velar por el mantenimiento de un elevado nivel en la enseñanza y la asistencia oftalmológica en el país.

La situación actual en la que se desarrollan los posgrados en oftalmología en nuestro país es compleja.

Observamos que existe una desigualdad y falta de coordinación en la creación y mantenimiento de los posgrados a nivel del país.

En el Zulia notamos que existen tres sedes diferentes: Hospital Central, Hospital Universitario y Hospital General del Sur, para formar en promedio un total de 10 nuevos oftalmólogos por año. En los Estados Lara y Mérida se gradúan otros 3 en cada sede. En ciudades densamente pobladas como Valencia, por ejemplo, no hay un posgrado en oftalmología reconocido y en todo el oriente del país sólo en el Estado Monagas, en Maturín se gradúan 3 oftalmólogos por año.

En el área metropolitana, en 7 hospitales funcionan posgrados, para un promedio de 27 nuevos oftalmólogos por año (sólo tres son universitarios). Esta desigual distribución, no obedece a los requerimientos nacionales y no está justificada en la situación actual de nuestro país.

La Sociedad Venezolana de Oftalmología, no ajena a esta desigual distribución desde sus inicios ha cumplido con velar por el buen funcionamiento de estos posgrados con limitaciones impuestas por la diligencia política.

Las diferentes directivas de la SVO han coincidido en la falta de un organismo rector, externo, que debidamente capacitado pueda y mantenga una continua supervisión del desarrollo de los posgrados, que defina las necesidades reales de oftalmólogos y que centralice el ingreso a los diferentes cursos.

En muchos de estos posgrados, la situación actual, conocida por todos nosotros de falta de equipamiento, pérdida de la mística, huelgas médicas, increíblemente no ha paralizado sus actividades y continúan con la formación de residentes, a pesar de no poderles brindar, incluso, un número mínimo de procedimientos quirúrgicos.

Todo posgrado en cualquier especialidad va a desarrollarse en base a un personal humano, una infraestructura básica y una solvencia administrativa. En la interacción de estas tres variables podrá desarrollarse y evolucionar hacia un posgrado de alta calidad de atención oftalmológica, en cuanto a la formación médica quirúrgica y ética.

El personal de adjuntos que labora en los diferentes posgrados, ejerce una labor asistencial y conjuntamente una labor formativa docente. En la

mayoría de los posgrados no se exige al personal de adjuntos que mejore su formación profesional en las técnicas actuales de educación y enseñanza. Asimismo, tampoco hay exigencia en su mejora profesional con la participación activa en cursos, congresos y publicaciones científicas.

El especialista según su capacidad docente se integrará o no a una coordinación docente para cumplir una labor formativa. La Sociedad Venezolana de Oftamología conocedora de este hecho ha planteado a los diferentes jefes de servicio la necesidad de buscar el acercamiento entre los diferentes coordinadores docentes para poder conocer exactamente sus limitaciones y experiencias en cada servicio.

Esta situación originó hace cuatro años la creación del Curso Básico en Ciencias Oftalmológicas, curso teórico intensivo, de 12 semanas de duración, dirigido a los residentes del primer año, impartido en nuestra sede, con la finalidad de unificar criterios en la formación básica de los residentes y con la participación no sólo del personal de adjuntos de cada hospital, sino de invitados nacionales.

La oftalmología moderna requiere que en los servicios de atención oftalmológica y en especial los que cumplen labores docentes, tengan una infraestructura mínima que permita el desarrollo de las subespecialidades oftalmológicas: oftalmología pediátrica y estrabismo, cirugía plástica ocular, glaucoma, córnea y enfermedades externas, retina y vítreo.

Actualmente en la mayoría de los posgrados esto no se cumple y para cubrir este déficit, en algunos de ellos, los residentes son enviados a las consultas privadas para mejorar su formación profesional.

Consideramos que hay que darle todo el apoyo a los servicios hospitalarios para lograr la infraestructura necesaria y así poder ofrecer en su propio centro asistencial la formación integral que necesitan los residentes.

Para lograr en un centro hospitalario, que un servicio oftalmológico logre el equipamiento necesario, requiere un apoyo político fuerte para poder conseguir los recursos económicos necesarios para la compra y el mantenimiento de los mismos. Es por esta causa que generalmente en la mayoría de nuestros hospitales, sólo se realizan los procedimientos generales de la oftalmología y hay que referir al paciente a centros privados para completar

su estudio y en muchos casos el tratamiento. Para citar un ejemplo, en la gran mayoría de los hospitales no cuentan con equipos de rayos Yag-láser para resolver la opacidad de la cápsula posterior del cristalino, que ocurre hasta en un 50% de los pacientes operados de catarata y, lo que es más grave, no cuentan con un equipo de láser de argón o de diodo, para tratamiento de retinopatía diabética.

Necesidades de oftalmólogos en Venezuela ¿Conocemos el problema?

Dr. Rafael González Vivas

Introducción

El mejoramiento de las condiciones de salud en nuestras comunidades necesita de un esfuerzo mancomunado entre los organismos gubernamentales responsables de la salud y los demás organismos no gubernamentales, entre los cuales se encuentran las organizaciones profesionales. Para poder organizar un programa de acción en salud pública es necesario tener un conocimiento exacto y preciso de los factores que determinan y modulan el estado de salud de los individuos.

En salud pública se utiliza el concepto de "indicador de salud". Este indicador representa una manera de medir el estado de salud de la población de manera indirecta. Entre los indicadores de salud más comúnmente usados se encuentran:

- Indicadores generales (tasa de mortalidad, expectativa de vida, etc.)
- Indicadores específicos (tasa de mortalidad infantil, tasas de morbilidad, etc.)
- Indicadores sobre las condiciones ambientales (porcentajes de la población con agua potable, con sistema de disposición de excretas, etc.)
- Indicadores de recursos y actividades de salud (número de profesionales de la salud por habitante, número de camas hospitalarias, número de consultas prestadas, porcentaje de defunciones con atención médica, etc.)

Si estamos interesados en diseñar un programa de salud pública para el mejoramiento de la salud

ocular en Venezuela, es necesario conocer lo mejor posible los indicadores de salud relacionados con esta disciplina. Evidentemente, muchos de estos indicadores son difíciles de conocer dada las características especializadas y particulares de los trastornos oftalmológicos.

Es bien conocido que la oftalmología precisa de equipos diagnósticos-terapéuticos complejos y costosos, de difícil adquisición por parte de las instituciones prestadoras de salud. Además, la formación del recurso humano en oftalmología implica importantes inversiones en infraestructura y logística.

Por tal motivo, la Sociedad Venezolana de Oftalmología inicia un programa de estudio acerca de los indicadores de salud ocular en nuestro país con la esperanza de contribuir con organismos gubernamentales y no gubernamentales en el desarrollo de un proyecto de salud pública ocular nacional.

El objeto de esta presentación es compartir parte de la información disponible hasta ahora y estimular una discusión fructífera que genere interés para transformar la dramática situación de la salud ocular en Venezuela.

Factores socioeconómicos determinantes en la salud visual en América Latina

La atención de salud en los países de América Latina se caracteriza en primer lugar por atender a una enorme proporción de población con bajos ingresos económicos. Los niveles de pobreza crítica se han elevado a cifras muy importantes comparables a los niveles de algunos países asiáticos. Lamentablemente, los análisis sugieren que esta tendencia no va a cambiar en las próximas décadas, dado el panorama de la economía mundial.

Por otra parte, los sistemas de salud en la región se encuentran orientados hacia el aspecto terapéutico de la medicina más que el aspecto preventivo, tendencia ésta mucho más costosa, ineficaz, de menor cobertura y mayor complejidad operativa. Los niveles de atención terciaria representados por los grandes hospitales y centros terapéuticos acaparan la mayor proporción de los presupuestos gubernamentales, mientras que los centros de atención primaria de salud desaparecen o subsisten con escasísimos presupuestos. Esto se refleja también en las tendencias que muestran los profesionales de

la salud. Se prefiere seguir carreras de alta especialización médica (más prestigio y ganancias económicas) en detrimento de especialidades generales orientadas a la base de la pirámide (menos prestigio y menos ingresos económicos).

Evidentemente, estos sistemas de salud dan prioridad a programas dirigidos a disminuir la mortalidad general que a programas dirigidos presuntivamente hacia otros aspectos de la salud, como son la nutrición, la salud visual, etc.

Para concluir este breve análisis, se agrega el hecho que nuestros sistemas de salud responden fundamentalmente más a la demanda de los servicios médicos-asistenciales por parte de la población enferma, que a la oferta de verdaderos servicios de salud que cubran todos los aspectos que permitan al individuo, familia y comunidad, mantenerse en un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo libre de enfermedades.

Relación oftalmólogos - población en Venezuela

Cifras obtenidas por la Sociedad Venezolana de Oftalmología durante un censo nacional de oftalmólogos en 1994, permiten realizar una aproximación a la relación de oftalmólogos-población en Venezuela (*). Es de particular interés comparar estas cifras con otras obtenidas en países desarrollados y en vías de desarrollo.

País	Oftalmólogos	Población	Relación
Etiopía	18	47 millones	1/2,6 millones
Kenya	30	21 “	1/700 000
India	5 000	700 “	1/140 000
Dinamarca	210	5 “	1/20 000
Venezuela	1 035	20 “	1/19 323
EE.UU	17 000	264 “	1/15 529

Estas cifras sugieren que la relación entre el número de oftalmólogos y población en Venezuela son comparables a las cifras de países desarrollados como EE.UU y Dinamarca. Si consideramos esta

* Es necesario acotar que la población venezolana parece haber crecido para el presente alrededor de los 29 millones de habitantes. Claro está, mientras el nuevo censo nacional no determine con exactitud nuestra población, debemos usar las cifras del último censo nacional.

relación como un índice de salud, nuestro país se encuentra bastante bien en comparación con otros países del mundo. Cuando comparamos estos hallazgos con las cifras conocidas de otros países de América Latina encontramos datos muy interesantes:

País	Oftalmólogos	Población	Relación
Brasil	7 500	150 millones	1/20 000
México	3 000	95 “	1/31 600
Argentina	4 400	33 “	1/7 500
Colombia	900	33 “	1/36 600
Perú	750	24 “	1/32 000
Venezuela	1 035	20 “	1/19 323
Ecuador	400	12 “	1/30 000
Bolivia	180	8 “	1/44 400

Venezuela ocupa un lugar privilegiado en la región. Su relación es muy similar a la de Brasil y es superada solamente por Argentina. Todos los demás países mantienen una relación oftalmólogo/habitante mayor que la de Venezuela.

Ahora bien, si realizamos un análisis de la distribución de oftalmólogos por Estados encontramos cifras alarmantes (**):

Estado	Oftalmólogos	Población	Relación
Amazonas	1	81 826	1/81 826
Apure	2	183 014	1/91 507
Portuguesa	10	526 826	1/52 683
Mérida	32	508 674	1/15 896
Miranda	162	2 174 423	1/13 422
Distrito Federal	333	2 836 979	1/8 519
Venezuela	1 035	20 mill	1/19 323

Estos números demuestran que la gran mayoría de los oftalmólogos venezolanos se encuentran distribuidos primordialmente en el área metropolitana y grandes centros urbanos. Las regiones menos favorecidas económicamente se encuentran desasistidas desde el punto de vista oftalmológico. Esto lo corroboran algunos índices de salud bien conocidos, como lo es la mortalidad infantil:

Estado	Tasa de mortalidad infantil
Amazonas	40,7 x 1 000 nacidos vivos
Mérida	29 x 1 000 nacidos vivos
Distrito Federal	21 x 1 000 nacidos vivos
Venezuela	22 x 1 000 nacidos vivos

Necesidades actuales de oftalmólogos

Una rápida reflexión sobre estas cifras permite concluir que Venezuela cuenta con un número suficiente de oftalmólogos, pero su distribución en el país no es idónea. Existen regiones con cifras similares a las de países como Bolivia. Además, desconocemos la distribución exacta de estos especialistas (urbana, rural, sector público, sector privado, etc.). No tenemos una idea ni siquiera aproximada de los recursos médico - asistenciales con que cuentan estos oftalmólogos, si los recursos existentes se utilizan, qué población atienden mensualmente, cuál es la cobertura de sus servicios, el número de procedimientos quirúrgicos que realizan, la tasa de complicaciones que presentan, los grupos de edad que atienden, sus ingresos por asistencia prestada, etc.

Sabemos, gracias a algunas estadísticas nacionales y por inferencias de otros países, que la demanda de servicios oftalmológicos en Venezuela es similar a la establecida por la OMS: 7% de la población. También sabemos que esta demanda crecerá hasta un 14 % para el año 2020. De este porcentaje, 74% corresponde a la demanda de asistencia pública estatal mientras que el 17% corresponde a la asistencia privada. Estas cifras no incluyen a aquellos pacientes con defectos de refracción (lentes), por lo que debemos estimar cifras aún mayores.

Es importante destacar que entre los índices de salud específicos se encuentran las tasas de morbilidad específica según cada enfermedad. En lo que respecta a la salud ocular en Venezuela, no sabemos ni el número total de ciegos en nuestro país. La magnitud y distribución de los problemas visuales en el país (prevalencia de ceguera, causas específicas, grupos de edad, impacto económico, etc.) es absolutamente desconocida. Si utilizamos algunos estudios nacionales y las cifras de otros países podemos hacer algunas inferencias. Por ejemplo, estimamos que la prevalencia del glau-

** Datos complementarios se encuentran en la ponencia del Dr. Marcos Boissiere, incluida en este documento.

coma oscila entre el 1-2%, que la prevalencia de ambliopía (en el área metropolitana de Caracas) oscila alrededor del 5,17% y que la incidencia del retinoblastoma (tumor maligno más frecuente en la infancia) es de unos 13 casos nuevos/año.

De manera anecdótica sabemos que las principales causas de ceguera y deterioro visual en Venezuela son la catarata (ceguera reversible con métodos quirúrgicos accesibles y de bajo costo), el trauma ocular (prevenible con campañas educativas, uso del cinturón de seguridad, etc.), glaucoma (sólo puede prevenirse con campañas de pesquisa y educación ya que cuando el daño está presente es irreversible, la retinopatía diabética (en evidente aumento y prevenible con campañas educativas dirigidas tanto a los pacientes como a sus médicos) y la ambliopía (prevenible con el restablecimiento de los programas de higiene escolar).

En conclusión, la importancia de conocer estos indicadores obliga a iniciar un gran programa nacional que estimule la mejoría en la enseñanza de pre y posgrado en el área oftalmológica dentro de las ciencias de la salud, así como la realización de proyectos de investigación epidemiológica que nos permitan aproximarnos a una realidad desconocida que impide tomar las medidas correctivas necesarias.

Intrusismo y Ejercicio Ilegal de Ópticos, Ópticas y Optometristas

Dr. Horacio Serrano

Los argumentos que se deben esgrimir para demostrar el intrusismo y el ejercicio ilegal de la medicina y concretamente de la oftalmología, están basadas en la “Ley del Ejercicio de la Medicina”, en la “Resolución de la XXIX Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana (FMV)”, del día 4 de noviembre de 1974, en la “Declaración de la Asamblea de FMV sobre el ejercicio ilegal de la medicina por parte de los ópticos y los optometristas” del 14 de febrero de 1979 y por la “Opinión del Dr. Enrique Agüero Gorrín, Consultor Jurídico de la FMV sobre el Proyecto de Ley del ejercicio de la optometría” emitida el 22 de agosto de 1980, a petición de la Sociedad Venezolana de Oftalmología.

Se hará repaso de los documentos mencionados anteriormente para que sirva de guía a los colegas

oftalmólogos y para que se puedan emplear como argumentos de denuncia, al mismo tiempo para que sirvan de conocimiento general de las leyes vigentes a todos los elementos involucrados.

Argumentos para demostrar que la prescripción de lentes es un acto médico

- 1°. El prescribir y adaptar lentes está demostrado que es un acto médico, pues existen materias de óptica geométrica y fisiológica, así como de optometría, dentro de todos los programas de los posgrados de oftalmología, y por lo tanto el diagnóstico y la corrección de los vicios de refracción está dentro del examen integral del paciente y es una mínima parte del examen general. El médico oftalmólogo tiene que examinar, y examina, el sistema nervioso central, el sistema vascular, el endocrino (hipertensión arterial, diabetes, tiroides, hipófisis, SIDA, reuma, artritis, etc.) y las enfermedades oculares (glaucoma, catarata, estrabismo, ambliopía, uveítis, tumores intra y extraoculares, desprendimiento de retina, entre otros muchos más) y la función visual, con la corrección de los defectos de refracción que es una mínima parte del examen general, pero que está íntimamente ligada al examen total.
- 2°. Es un peligro para la salud pública visual que un personal **no médico** se circunscriba al simple examen de los vicios de refracción y deje pasar por alto, por su falta de preparación, el resto de la patología que se debe buscar cuando un paciente dice no ver bien. Muchas patologías causan disminución de la visión y no están producidas por falta de lentes y los ópticos y optometristas no tiene la capacidad, por su falta de estudios, para ni siquiera sospecharlo. Al mismo tiempo usan y prescriben medicamentos (soluciones antisépticas, detergentes y colirios, entre otras) de manera autónoma sin estar aprobados por un médico o estar trabajando bajo la directa supervisión de un oftalmólogo, como lo estipula el Artículo 3° de la “Ley del Ejercicio de la Medicina” cuando dice: “...Las acciones relacionadas con la atención médica, que por su naturaleza, no tuvieren necesariamente que ser realizadas por los médicos, deberán ser supervisadas por estos y se determinarán en el reglamento de esta ley ..”
- 3°. Para corroborar esta afirmación se transcribe la opinión de la Junta Directiva de la “Comisión de

Actividades Técnicas y Afines de la Medicina”, de fecha 28 de julio de 1980 y constituida por los Drs. Jaime Henríquez Asprino, Régulo Argote y José Luis Canelón Arocha (citada por el Dr. Agüero en la obra mencionada, págs. 43 y 44) que dice textualmente: “En el caso que nos ocupa, es decir, el ejercicio de una supuesta rama híbrida de la física y la medicina, denominada optometría, esta comisión de Profesiones Técnicas y Afines, de la Federación Médica Venezolana, fija su posición de la manera siguiente:

“Rechazamos categóricamente la pretensión de instaurar un “examen de la vista” como un acto independiente del examen físico del ser humano”.

“Este examen de la vista” no es sino una parte del examen integral del órgano de la visión y por tanto, no puede ser interpretado independientemente sino en conjunto con el resto del examen oftalmológico. La práctica del examen de la vista por personas que no sean médicos, no sólo es una actividad ilegal, susceptible de sanción penal, sino que es un acto injusto, pues priva a las personas que de buena fe se lo dejan ejecutar, de ser evaluados por un profesional capacitado por más de veinte años de estudios, cual es el médico oftalmólogo, quien además de practicarle el “examen de la vista” le hará una evaluación integral de su órgano de la visión y quien en el caso de que exista alguna enfermedad, está en capacidad, de diagnosticarla e instaurar el tratamiento adecuado, sea médico o quirúrgico de acuerdo al caso, y tiene la preparación académica suficiente, para interpretar cualquier síntoma o signo de enfermedad sistémica que se manifieste a través del órgano de la visión”.

Se ratifica esta apreciación con la declaración de la FMV, en la Asamblea sobre el ejercicio de la medicina, con fecha 14-02-79, que dice: “la actuación de los optometristas, ópticos y técnicos auxiliares de la oftalmología debe estar bajo la estricta vigilancia y supervisión del médico oftalmólogo, pues de lo contrario se constituirá dicha actuación en ejercicio ilegal de la medicina”.

- 4°. Las ópticas son negocios, registrados con patente de industria y comercio, y su objetivo fundamental es la venta de lentes. Para cumplir su objetivo practican el mal llamado “examen de la vista” con el único propósito de vender sus mercancías y se cae frecuentemente en el error de no diagnosticar otra patología que el paciente tenga y, en el

mejor de los casos, mandar unos lentes con el único fin de venderlos.

- 5°. Según el razonamiento del Dr. Agüero, págs. 12 a 17 de la obra citada, el título que reciben los optometristas en Venezuela está dado por la “Escuela de Optometristas” que no tiene reconocimiento legal ni está avalado por ninguna universidad nacional.

El Comité Ejecutivo de la FMV en el documento señalado, de fecha 14-02-79 dice: “La FMV debe advertir a la opinión pública nacional sobre el hecho de que la optometría no es una profesión universitaria en Venezuela, ni existe ley alguna que autorice su ejercicio como profesión independiente”.

- 6°. Algunos propietarios de ópticas están inscritos a un “Colegio de Optometristas” que es una asociación civil y privada. El pretender meterlos dentro de los colegios profesionales contraviene el artículo 82° de la Constitución que dice así: “La Ley determinará las profesiones que requieren título y las condiciones que deben cumplirse para ejercerlas. Es obligatoria la colegiación para el ejercicio de aquellas profesiones universitarias que señala la ley”. En la Ley del Ejercicio de la Medicina están perfectamente explicados los requisitos para ser médicos, para ser especialistas y por lo tanto para hacer actos médicos. Ni los ópticos, ni las ópticas, ni los optometristas son profesionales universitarios y por lo tanto no pueden hacer actos médicos.

Es obligatoria la colegiación para el ejercicio de aquellas profesiones universitarias que señala la Ley y los optometristas no son universitarios. Lo confirma y apoya el comité Ejecutivo de la FMV en el documento señalado, de fecha 14-02-79, cuando dice: “El llamado Colegio de Optometristas de Venezuela no tiene fundamento legal y sólo puede ser reconocido como asociación civil y no como colegio de profesionales, ya que de conformidad con lo previsto en el artículo 83 de la Constitución Nacional, para que un Colegio pueda existir se requiere: 1. que la profesión sea universitaria y 2. que exista una ley que ampare su colegiación”.

En este caso concreto no se cumplen ninguno de los dos requisitos.

- 7°. Pretenden ser profesionales de la salud por aparecer en el “Diccionario Nacional de Ocupaciones”, publicado por el Ministerio del Trabajo,

en el año 1965, con inspiración en las recomendaciones de la “Organización Internacional del Trabajo” (OIT), se argumenta lo expuesto por el Dr. Agüero Gorrín cuando dice en la pag. 35 del mencionado informe: “El objetivo de este Diccionario, como todo documento elaborado siguiendo directrices de la OIT, es ayudar a proteger al trabajador asalariado, determinándole, con la mayor precisión posible las labores y tareas que debe desarrollar en el ejercicio de su cargo o puesto” y sigue “Este Diccionario no pretende, no puede pretender, sustituir o contradecir las leyes vigentes, especialmente las normas contenidas en las leyes de ejercicio de las profesiones universitarias, y cualquier contradicción en este sentido es radicalmente nula, y no debe tener ninguna aplicación en la práctica”. Y el Dr. Agüero termina diciendo: “Por lo tanto considero que el Diccionario Nacional de Ocupaciones, es un documento que sólo tiene carácter puramente referencial, sin que pueda pretender dársele la categoría de instrumento legal”. Y agregamos siempre y cuando no se contraponga a las leyes vigentes venezolanas, como en este caso ocurre.

8°. El Dr. Agüero Gorrín, en el numeral 7, pág. 54 y 55, de las conclusiones dice: “El ejercicio de los optometristas, tal como se realiza actualmente, constituye una serie continuada de realizaciones de actos médicos, que deberían ser ejecutadas por los médicos oftalmólogos, de acuerdo con lo establecido en los artículos 1° y 2° de la Ley de Ejercicio de la Medicina, por lo que constituye, en consecuencia, un ejercicio ilegal de la misma, de conformidad con lo estatuido en el numeral 3. de dicho artículo, que dice a la letra”: “Las parteras, comadronas, enfermeras, ópticos, enfermedades auxiliares, técnicos, masajistas, hidroterapeutas, fisioterapeutas, quiropedistas y estudiantes de medicina que asuman el tratamiento de enfermos sin haber recibido por escrito las instrucciones del médico tratante”, y por lo tanto los anteriormente mencionados que no cumplan este requisito ejercen ilegalmente la medicina.

Y sigue el Dr. Agüero: “8. El ejercicio de los optometristas, no beneficia, por las razones que he destacado en el capítulo XIII de este documento, a los sectores o clases pobres o marginales de la población “y termina con el

apartado “9. El ejercicio de los optometristas está íntimamente ligado supeditado a la actividad mercantil de compraventa de anteojos y lentes de contacto”.

El Comité Ejecutivo de la FMV en el documento señalado, de fecha 14-02-79, menciona la actividad puramente mercantil de los ópticos y dice: “El óptico desarrolla la actividad mercantil de la fabricación y venta de los materiales solicitados por el cliente de acuerdo con las indicaciones medicas”.

9°. La Federación Médica Venezolana en la XXIX Reunión Ordinaria de la Asamblea, del 4 de 1974 dice:

“ACUERDA declarar que:

- “1. La actuación de los optometristas, ópticos y técnicos auxiliares de la oftalmología deben estar bajo la estricta vigilancia y supervisión del médico oftalmólogo”.
- “2. Considerar que de no cumplirse esta condición, la actuación de estas personas constituye ejercicio ilegal de la medicina”.
- “3. Apoyar a la Sociedad Venezolana de Oftalmología en su demanda de que se funden las Escuelas de Técnicos Auxiliares para la formación del personal paramédico necesario en el ejercicio de la oftalmología”. Ya están en funcionamiento estas escuelas.
- “4. Dirigirse al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, planteándole el problema que se confronta con el ejercicio ilegal de la medicina en esta especialidad”.
- “5. Hacer público este Acuerdo y enviar copia del mismo a la Sociedad Venezolana de Oftalmología, al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y Ministerio de Educación.

Perfil del oftalmólogo que formamos y del que necesitamos

Dra. Gema Ramírez

Los expositores que me han precedido, han aportado datos muy importantes del estado actual de los posgrados y el número existente de oftalmólogos en el país, así como los datos epidemiológicos del número que es necesario por cada 100 000 habitantes.

Esto refleja que, se está sacrificando la calidad del profesional por la cantidad.

¿Cuál es el perfil del oftalmólogo que Venezuela requiere?

El Código de Deontología Médica, en su artículo 1, establece:

“El respeto a la vida y la integridad de la persona humana, al fomento y la preservación de la salud como componentes del bienestar social, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico”.

Partiendo de la base, de que el profesionalismo individual es la manera de “ser” médico, los intereses del profesionalismo se confunden con los intereses propios de la medicina en cuanto al conocimiento de la ciencia y conjuga con los del paciente en cuanto a la esencia del ejercicio profesional, pero se separan de ambos en lo que se refiere a los beneficios materiales que otorga la praxis médica. Los intereses más importantes son:

- El conocimiento científico.
- La especialización.
- El ejercicio privado o público.
- La investigación, la docencia y la administración médica.
- El acto médico y la relación médico - paciente.
- La libertad de ejercicio.
- Los intereses materiales.
- Los intereses de asociación.

(Profesionalismo médico. Dr. Víctor Rago. Cuaderno de la Federación Médica Venezolana. N° 2, 1994).

Esta publicación del año 94, nos hace reflexionar acerca del perfil del médico que necesitamos. Debe obtener las siguientes metas:

1. Debe haber objetividad en los criterios de elección de los candidatos, rigiéndose todos los posgrados por las mismas normas y exigencias.
2. Debe haber cumplido con cursos básicos donde aprenda a manejar los instrumentos de trabajo para lograr el máximo provecho en la obtención de un diagnóstico adecuado (lámpara de

hendidura, queratómetros, oftalmoscopios, etc.).

3. Para la formación oftalmológica integral, se debe establecer un curriculum básico uniforme, los cuales pudieran seguir los esquemas de la Academia Americana de Oftalmología, quienes lo clasifican en doce materias:
 - a. Generalidades de medicina interna.
 - b. Principios y fundamentos de la oftalmología.
 - c. Óptica, refracción y lentes de contacto.
 - d. Patología ocular y tumores intraoculares.
 - e. Neuro oftalmología.
 - f. Oftalmología pediátrica y estrabismo.
 - g. Enfermedades externas y córnea.
 - h. Inflamación intraocular y uveítis.
 - i. Glaucoma.
 - j. Cristalino, catarata.
 - k. Retina, vítreo.
4. Haber recibido cursos de cirugía experimental, antes de practicar cirugía con el paciente. Esto les dará dominio del microscopio operatorio y las técnicas de microcirugía.
5. La investigación clínica, de laboratorio y epidemiología juegan un papel importante en la formación del profesional; esto le permite el contacto y la escogencia del paciente, con informática, métodos estadísticos, participar en la presentación y publicación de los trabajos, así como manejar los diferentes métodos audiovisuales.
6. La presentación de seminarios, casos, fichas bibliográficas y club de revistas, permiten formar al futuro docente, el cual debe saber enseñar a sus residentes de años anteriores, al personal médico, paramédico, técnico y proyectarse hacia la comunidad de ceguera y detección de patología en grandes masas.
7. La formación en la administración de recursos, contactos con agentes gubernamentales para que sepan aprovecharlos en campañas y en hospitales.
8. Debe haber cumplido una labor asistencial, se le debe aportar y exigir un mínimo de experiencia, con la tutoría de docentes y residentes de años superiores, para garantizar así una formación en las disciplinas clínico quirúrgicas en oftal-

mología, permitir la interrelación con las demás especialidades, tener la capacidad de tomar conductas y resolver complicaciones y adquirir así una formación integral.

9. Estimular la participación en las organizaciones científicas nacionales e internacionales.
10. Debe formarse una base sólida, ética y legal, conocer los valores morales y éticos al tratar a sus pacientes, que demande la preparación de un profesional actual, pero que no pierdan el sentido social de nuestra profesión.

Partiendo de la premisa, que el resultado depende del conocimiento, debemos abocarnos a conseguir el profesional ideal.

A continuación, me voy a referir al profesional que se forma en la actualidad y ésta es la parte más difícil de precisar sobre todo por la falta de uniformidad en esa formación del profesional. Si bien hay posgrados que cumplen en una forma no ideal pero bastante adecuada, con la mayoría de las exigencias antes descritas, hay otros en donde no podemos saber cuál es el personal docente que allí labora y mucho menos los registros de actividades acumulados por los residentes en su formación. Esto trae como consecuencia la formación de un grupo de profesionales que, en muchos centros, sólo han cumplido una labor administrativa, sacrificando la calidad de su formación donde sus últimas consecuencias se verán reflejadas en el trato futuro de sus pacientes.

Haría falta un organismo neutral que supervise y vigile a los posgrados, haga cumplir exigencias mínimas para que el mismo pueda funcionar y también si una vez aprobados, pierden lo que tenían, este centro debería cerrar el posgrado.

La vigilancia y el control una vez graduados no existe, el profesional una vez graduado debería cumplir con un mínimo de asistencia a cursos de actualización, debería exigírsele un número de horas crédito anuales para permitir su práctica.

El valorar el número real de oftalmólogos que Venezuela necesita por número de habitantes y distribución geográfica de los mismos, por una parte, y la uniformidad en los programas de estudios, por otra, mejoraría la formación del profesional que realmente necesita Venezuela.

Censo nacional de oftalmólogos en Venezuela

Dr. Marcos Boissere

Se han expuesto en este trabajo los problemas relativos al número creciente de posgrados, no siempre bien estructurados, así como el egreso de nuevas promociones de oftalmólogos cuya formación profesional es en algunos casos menor de lo deseable.

Más que una crítica, esta investigación debe servir como guía a las estrategias que se sigan con miras a solventar esta situación. Pero como todo programa debe estar fundamentado sobre información concreta, que defina y de forma al problema, y parte de esa definición está dada por el número y distribución actual de los oftalmólogos en el país, hemos decidido incluir en nuestra presentación un censo de oftalmólogos. La fuente corresponde a datos obtenidos en la SVO y cifras aportadas por laboratorios; para el caso de la población oftalmológica y la distribución y los datos sobre la población general corresponden a la Oficina Central de Estadística e Informática, hemos hecho además una proyección para el año 2000.

La primera consideración que debemos hacer es que muy probablemente exista una subestimación del número total de oftalmólogos reportados en los cuadros. Esto se explica porque no todos están inscritos en la SVO. El no participar en las actividades de la SVO pensamos que refleja un poco esa apatía o desinterés por parte de muchos de estos colegas, derivado de una desinformación en los cursos de posgrado.

Llama también la atención la desigual distribución en el país, o más concretamente, una relación habitante/oftalmólogo completamente irregular al comparar los diferentes territorios, con diferencias tan marcadas como por ejemplo Distrito Federal y Miranda (Zona 4) al compararse con Zulia, Falcón (Zona 1). En otra parte del trabajo se hizo una descripción de cuáles son las necesidades por población según la OMS.

Presentamos a continuación las tablas que reúnen la población nacional y de oftalmólogos para el año 95 y su proyección en el año 2000.

VIDA DE LA ACADEMIA Y NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

Población nacional y oftalmólogos año 1995

Zonas	Población	Oftalmólogos	Porcentaje	Hab / Oft.
Zona 1 Zulia, Falcón	3 519 482	150	14,24	23 463,21
Zona 2 Mérida, Táchira, Trujillo	2 190 204	85	8,07	25 767,10
Zona 3 Barinas, Lara Portuguesa, Yaracuy	3 137 162	86	8,16	36 478,62
Zona 4 DF, Miranda	4 582 979	495	47	9 258,54
Zona 5 Apure, Aragua, Carabobo, Cojedes, Guárico	3 921 400	142	13,48	27 615,49
Zona 6 Amazonas, Monagas, Nva. Esparta, Bolívar, Delta Amacuro, Sucre, Anzoátegui	4 532 269	95	9,02	42 665,98
Total	21 404 496	1 053		20 327,15

Fuente: OCEI y SVO.

Población nacional y oftalmólogos año 2000

Zonas	Población	Oftalmólogos	Porcentaje	Hab / Oft
Zonas 1 Zulia, Falcón	3 957 298	152	13,5	26 034,85
Zona 2 Mérida, Táchira Trujillo	2 363 424	89	7,9	26 555,32
Zona 3 Barinas, Lara Portuguesa, Yaracuy	3 513 985	145	12,88	24 234,37
Zona 4 DF, Miranda	4 964 084	443	39,3	11 205,60
Zona 5 Apure, Aragua, Carabobo, Cojedes, Guárico	4 655 443	155	13,78	30 035,11
Zona 6 Amazonas, Monagas, Nva. Esparta, Bolívar, Dta. Amacuro, Sucre, Anzoátegui	4 491 513	141	12,53	31 854,70
Total	23 945 744	1 125		21 285,11

Fuente: OCEI y SVO.

Sociedad Venezolana de Gastroenterología

Dr. Ramón Piñero

Presidente de la Sociedad

La Sociedad Venezolana de Gastroenterología (SVG) fue fundada el 13 de julio de 1945 en la Ciudad de Caracas y tiene como órgano oficial de difusión científica la revista GEN desde julio de 1946, la cual es distribuida a todos sus miembros cuatro veces por año.

Actualmente, en sus filas agrupa a casi todos los gastroenterólogos venezolanos y algunos extranjeros, que se reúnen anualmente en alguna ciudad venezolana, para difundir y expandir los conocimientos de avanzada en la especialidad.

Los miembros de la SVG están agrupados en cinco capítulos que abarcan las regiones: Táchira: Estado Táchira; Zulia: Estado Zulia; Guayana: Estado Bolívar y Amazonas; Centro-Occidental: Estados Lara, Falcón, Yaracuy y Portuguesa; Central: Estados Aragua, Carabobo, Cojedes y Guárico; el resto de los Estados pertenecen a la Sede Principal.

Para ingresar a la SVG es necesario presentar un examen de admisión, que se realiza dos veces al año y los aceptados entran en la categoría de Asociados y luego de dos años deben ascender a Miembros Activos para ocupar posiciones en las respectivas directivas elegidas.

Actualmente tenemos registrados 650 miembros de los cuales (104) son Miembros Activos y (204) son Miembros Asociados que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

1. Área Metropolitana Distrito Federal:	299
2. Capítulo Táchira:	28
3. Capítulo Zuliano:	70
4. Capítulo Guayana:	31
5. Capítulo Centro – Occidental:	67
6. Capítulo Central:	72

En Caracas existen 9 posgrados de gastroenterología de adultos de los cuales siete son universitarios. En gastroenterología pediátrica existen tres cursos no universitarios. Anualmente en Caracas se gradúan veinte nuevos gastroenterólogos de adultos y seis de niños.

Se considera que en Caracas estamos saturados de especialistas que de acuerdo a la población estimada si es de 2,5 millones de habitantes existen 4,5 veces más gastroenterólogos de los necesarios y si consideramos que la población es de 4,0 millones son 2,9 veces más que el número ideal según la Organización Mundial de la Salud.

Los problemas de salud más importantes pueden distribuirse en tres grandes categorías:

- Emergencias: y las más frecuentes son las hemorragias digestivas superiores, seguidas de litiasis biliar, ictericias, pancreatitis aguda, dolor abdominal y hemorragia digestiva inferior.
- Consultas: dolor abdominal, litiasis vesicular, hepatopatías de etiología a precisar y hepatitis crónica viral.
- Hospitalización: emergencias, tumores abdominales y pruebas hepáticas alteradas.

Los problemas relacionados con la especialidad son:

- Materiales: carecemos con frecuencia de los accesorios que son descartables y eso limita las técnicas a realizar, los instrumentos son reutilizables pero son muy delicados y se dañan frecuentemente, además el recambio no siempre es posible debido a los costos de adquisición.

Presentado en la Sesión de la Academia Nacional de Medicina, el 18 de noviembre de 1999.

- b. Humanos: no siempre se dispone de los especialistas apropiados, debido al tipo de concurso que es limitante, y eso no permite que si alguien es experto o ha desarrollado una nueva técnica sea ingresado o adquirido para un servicio. Generalmente, hay discreta insuficiencia en el número de especialistas por servicio y trabajan un solo turno con la excepción de algunos hospitales. No hay capacidad de renovación del personal así como tenemos dificultades con las asistentes que deben ser enfermeras con entrenamiento similar a las de quirófano. Las contrataciones son de horarios insuficientes y se desperdician los ambientes y equipos en turnos ociosos.
- c. Administrativos: dificultades para decidir en los materiales y reparaciones, no disponer de presupuestos sin tener que pasar todas las trabas administrativas que retrasan las soluciones en pacientes.

Recertificación ¿Por qué?

Existen muchas y variadas subespecializaciones lo que conduce a desconocimiento en diversas áreas.

El entrenamiento de la especialidad es corto. Sólo dura dos años y no es suficiente para adquirir todas las destrezas en las diferentes subespecialidades.

Hay un exceso en la indicación de las técnicas exploratorias y eso lleva a riesgos de mala práctica.

Los baremos de las compañías de seguros privados pudieran establecerse según el grado de competencia o destreza del médico y esto produciría un mayor interés por parte de los especialistas en mantenerse al día.

En caso de demandas la recertificación podría eventualmente ayudar a proteger al médico involucrado.

¿Cómo realizarla?

Paso a paso, voluntaria al comienzo y luego obligatoria en especial si los seguros intervienen en su deseo de aceptar solamente a los recertificados.

Deben realizarse actualizaciones guiadas por las sociedades científicas involucradas.

Acumulación de créditos con cursos.

Examen de recertificación en la sociedad científica.

Asistencia a los congresos de la especialidad.

Capítulo Tachirenses de Gastroenterología

Dr. Denny Javier Castro Soteldo

El Estado Táchira está situado al occidente de nuestro país, con una proyección de población para el año 2000 de 1 031 158 habitantes. Su capital es San Cristóbal con otras poblaciones de importancia: Abejales, Capacho, Colón, Cordero, El Piñal, La Grita, Rubio, San Antonio, Táriba, Ureña, Umuquena.

1. Número de gastroenterólogos en la zona

Total de gastroenterólogos	28
De adultos:	26
De pediatría:	02
a. Sólo en ejercicio privado:	08
b. Sólo en ejercicio público:	01
c. Ejercicio mixto:	17

Distribución por edad

> 60 años:	4
50 – 60 años:	8
40 – 50 años:	11
40 – 30 años:	5

2. Número de posgrados en el área

- a. Un solo posgrado en el centro de Control de Cáncer Gastrointestinal “Dr. Luis E. Anderson”, posgrado complementado con los servicios de Gastroenterologías del Hospital Central de San Cristóbal y del Hospital Militar de esta ciudad. Asistencia a todos los servicios donde se requiera la presencia del gastroenterólogo, incluida la realización de guardias en el área de emergencia.
- b. El posgrado actualmente es de carácter asistencial (por los momentos).
- c. Su creación se basó en la necesidad de formar generaciones de relevo en una zona con características particulares en patología digestiva.

3. Problemas de salud del área de influencia.

- a. Problemas de salud:
- Alta morbimortalidad por cáncer gástrico.
 - Alta prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* (HP).
 - Alta frecuencia de lesiones precancerosas en estómago como: gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal y displasia.

- Zona oncogénica para otras áreas del tracto digestivo, hígado y área bilio-pancreática.
 - Patología benigna similar a otras zonas de nuestro país.
 - Emergencias digestivas semejantes al resto de nuestra geografía: hemorragias digestivas, síndromes diarreicos, pancreatitis, enfermedades hepáticas, etc.
- b. Posibles soluciones:
- Políticas de Estado que contribuyan a mejorar la calidad de vida de nuestra población.
 - Políticas sanitarias para mejorar la calidad del agua de nuestros acueductos, y también condiciones higiénicas, lo cual, traería repercusiones positivas en algunas patologías digestivas de nuestra zona.
 - Educación a nuestra población, en cuanto a la importancia de una buena y variada alimentación, lo cual sería otro elemento importante que pudiera modificar algunas fases del modelo carcinogénico.
 - Identificación de grupos de alto riesgo para cáncer gástrico y aplicar terapias de erradicación para HP.
 - Actualización y modernización desde el punto de vista tecnológico de los servicios de gastroenterología para así, optimizar sus funciones.
 - Educación médica continua.

4. Número óptimo de especialistas en el área.

- a. Distribución inadecuada de gastroenterólogos en el Estado.
- b. 100% de los especialistas ejercen en la ciudad de San Cristóbal.
- c. Se necesitan especialistas en zonas como: San Antonio, Rubio, Colón, Ureña, La Fría

5. Problemas más importantes para el ejercicio.

- a. Inadecuada dotación de la mayoría de los servicios de gastroenterología.
- b. Falta de actualización tecnológica en algunos servicios.
- c. La no inserción de generaciones de relevo en algunas instituciones públicas y privadas.
- d. Congelación de cargos jubilados y contratación muy limitada de los cargos existentes.

6. Acreditación del gastroenterólogo

- a. Es necesaria la acreditación
- Se debe hacer a través de la Sociedad Venezolana

de Gastroenterología, como ente científico representativo de la especialidad.

- Para otorgar la acreditación debe ser fundamental la realización de un examen teórico- práctico y los antecedentes éticos del aspirante.
- b. La recertificación:
- Intervalos de 5 años.
 - Evaluación durante ese período de asistencia a congresos nacionales e internacionales, realización y presentación de trabajos científicos, realización de investigaciones.
 - Si la evaluación no es satisfactoria, se debe realizar nuevo examen teórico – práctico.
 - Designación de junta evaluadora por la Sociedad Venezolana de Gastroenterología en base a meritocracia para la recertificación.

Capítulo Zuliano

Dra. María Mercedes Sulbarán C.

1. ¿Número de gastroenterólogos en el área de su capítulo?
N = 70
 - a. ¿Cuántos en ejercicio privado sólo?
N = 26
 - b. ¿Cuántos en ejercicio público sólo?
N = 10
 - c. ¿Cuántos en ejercicio mixto?
N = 34
2. ¿Número de posgrados de gastroenterología en la zona?
 - a. Universidad = 2 (dos)
 - Hospital Universitario: dos (2) residentes: 1 resid. 2º año, 1 resid. especialista.
 - Hospital Central: siete (7) residentes: 3 resid. 1º año, 4 resid. 2º año.
 - b. Asistenciales = ninguno
 - c. ¿Necesidad del mismo?

La OMS establece un gastroenterólogo por cada 40 000 habitantes como necesidad mínima requerida en cuanto al recurso humano; se necesita además que el posgrado, cumpla con algunos requisitos que garanticen la formación idónea del gastroenterólogo. Debe haber entonces:

- Planes de estudio adecuadamente elaborados a nivel general y local en áreas de diagnóstico y terapéutica.
- Equipamiento técnico para hacer posible el cumplimiento de estos planes de estudio.
- Proyección a la comunidad.

3 ¿Problemas de salud en gastroenterología en el área de influencia?

El análisis de morbilidad demuestra que en nuestra región la patología gastroenterológica ocupa el 2º lugar sólo precedida por las enfermedades cardiovasculares.

El 19% de las hospitalizaciones en nuestros centros obedecen a problemas digestivos distribuidos de la siguiente forma:

Patología	%
Diarreas	5,71
Dolor abdominal	2,93
Helmintiasis	2,61
Abscesos (hepáticos, anorrectales)	1,38
Amibiasis	1,19
Enf. esófago/estómago/duodeno	1,11

Fuente: Seminario Epidemiología Regional.

De acuerdo a nuestra propia investigación hemos observado una diferencia en la posición y tipo de patologías con respecto al cuadro oficial en pacientes ambulatorios. La patología está representada en el siguiente cuadro:

Enfermedades benignas de esófago/estómago/duodeno.
Enfermedades benignas de colon.
Enfermedades hepáticas
Enfermedades malignas de colon
Enfermedades malignas de esófago/estómago/duodeno.

Extraoficialmente se ha notado un incremento en el número de rectocolitis ulcerosa idiopática y lesiones malignas en pacientes jóvenes, según colegas encuestados de la zona.

Asimismo, es importante resaltar que en nuestro Estado las etnias yucpa y bari son uno de los focos más importantes del mundo en hepatitis D.

Las cifras de mortalidad del Estado Zulia revelan que el cáncer ocupa el 2º lugar dentro de las 10

primeras causas de muerte durante la última década y las enteritis y otras enfermedades diarreicas el 8º lugar.

Desde el año 1997 se han incrementado las muertes por enfermedades hepáticas, especialmente por cirrosis.

4. ¿Cuál sería el número de especialistas óptimo en su área?

Un gastroenterólogo por cada 40 000 habitantes. En la actualidad existen 70 especialistas registrados en el Capítulo Zuliano de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, que atiende una población aproximada de 3 200 000 habitantes para todo el Estado Zulia, de las cuales 2 000 000 habitan en la ciudad de Maracaibo y un 1 200 000 habitan en el resto del Estado. La relación entre los especialistas gastroenterólogos disponibles y la población del Estado Zulia es de un gastroenterólogo por cada 45 714 habitantes.

Mediante una proyección en base a la tasa de crecimiento demográfico anual, la cual es de 2,82% para el Estado Zulia, y 2,83 para la ciudad de Maracaibo, se tiene que en el lapso de 10 años (año 2009) existirán las siguientes cifras:

- Población para el Edo. Zulia: 4 225 960 habitantes
- Población para Maracaibo: 2 643 793 "

Si se considera la posibilidad de la disminución de diez en el número de especialistas en la ciudad de Maracaibo (jubilación, muerte, enfermedad, mudanza), y se planifica la formación de cuatro especialistas por año (cifra ideal), lo cual totalizaría cuarenta especialistas, asumimos que de estos, treinta (30) se establecerían en el Zulia; y de los 30, veinticinco (25) en la ciudad de Maracaibo.

Basados en estos datos se obtendría para el Estado Zulia una relación aproximada de un gastroenterólogo por cada 42 259 habitantes, lo cual cae dentro de la relación óptima según postulados de la OMS.

Lo antes expuesto demuestra la necesidad de la formación del recurso humano al ritmo señalado, pero debe iniciarse la búsqueda de mecanismos que estimulen una mejor distribución de los recursos mencionados, para evitar masificación en un área determinada, como sucede en la ciudad de Maracaibo.

5. ¿Cuáles son los problemas más importantes en el ejercicio de su área?

- Poca disponibilidad de cargos en el área pública.
- Altos costos de equipos que dificulta la

adquisición de los mismos y limitan el ejercicio.

- Faltas de programas de subespecialización.
- Pocas oportunidades del ejercicio en centros privados por altos costos de ingreso.
- Fallas de equipos, sobre todo en el área de dilatadores, prótesis, ultrasonido endoscópico y equipos de manometría.
- Necesidad de modernizar los equipos de radiología en el área pública.
- Necesidad de laboratorios equipados para la investigación de marcadores tumorales.
- Falta de programas para manejo de epidemias y para prevención de patologías prevenibles.
- No existencia de un centro de referencia para pacientes con cáncer del aparato digestivo, donde se pueda tratar integralmente desde la prevención hasta la terapéutica. Puesto que existe una Institución sin fines de lucro, llamada Liga Anticancerosa del Estado Zulia, valdría la pena apoyarla y equiparla para hacer posible su uso como hospital oncológico del área.

Tenemos en el Hospital Universitario la única Unidad de Trasplante de Hígado de la zona occidental del país, la cual ha realizado los primeros trasplantes de hígado y páncreas en Venezuela; creemos que esta Unidad debería recibir un apoyo importante para convertirla en un centro de referencia para toda Venezuela.

6. ¿Considera necesaria la acreditación del gastroenterólogo?

Sí

- ¿Cómo debe hacerse?

Podría establecerse un número determinado de unidades créditos, que el gastroenterólogo en ejercicio debería cumplir y realizarse conferencias, simposios, congresos, convenciones, talleres, etc., que las acreditaran; éstas se contabilizarían cada 4 años y de esta manera se acreditaría al especialista.

Situación de la gastroenterología en Guayana

Dra. Aleida Romero Barreto

El Estado Bolívar tiene una extensión territorial de 248 000 km² con una población de 1 328 360

habitantes, de los cuales, alrededor del 80% se encuentran ubicados en una franja en la margen sur del Orinoco entre los paralelos 6 y 8, concentrados en Ciudad Guayana con 674 809 habitantes y Ciudad Bolívar con 309 448 habitantes.

Desde el punto de vista sanitario, el Estado está dividido en 7 Distritos.

Existen 4 hospitales tipo IV: uno del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS) (Hospital Ruíz y Páez de Ciudad Bolívar) y tres del Seguro Social (SSO), dos en Ciudad Guayana (Raúl Leoni en San Félix y Uyapar en Puerto Ordáz) y uno en Ciudad Bolívar (Dr. Héctor Nouel Joubert). Un hospital tipo II en Upata y 4 hospitales tipo I ubicados en El Callao, Caicara, Tumeremo y Santa Elena de Uairén.

El número de gastroenterólogos en el área del capítulo es de 31, distribuidos de la manera siguiente:

Ciudad Guayana	21
Ciudad Bolívar	9
Upata	1

Tipo de ejercicio:

20 ejercicio mixto

9 ejercicio privado sólo

1 ejercicio sólo público

1 retirado

Posgrado de gastroenterología: no existe en la zona. Contamos con una Escuela de Medicina de la Universidad de Oriente pero no existe infraestructura para dictar posgrado y creemos que no se necesita.

Los problemas de salud en el área no difieren de los problemas nacionales. Para el período 1990-1996, la División de Enfermedades Notificables y División de Vigilancia Epidemiológica, reportan en morbilidad por aparatos y sistemas, el aparato digestivo en el número 7 y entre las 25 primeras causas, la diarrea en el número 3, el dolor abdominal en el número 10 y las enfermedades de esófago, estómago y duodeno en el número 21.

En cuanto a patología tumoral, el número de muertes por cáncer en el Estado Bolívar para 1998 fue de 593, correspondiendo 162 (27,31%) a causa digestiva. El cáncer gástrico ocupó el 4º lugar después de pulmón, útero y próstata. El cáncer de colon ocupó el 6º lugar y el de hígado el 7º lugar.

En las consultas de gastroenterología, los problemas más frecuentes son los trastornos funcionales gástricos y de colon y la litiasis vesicular.

La hemorragia digestiva superior fue la indicación del 42,26% de las gastroscopias realizadas en dos hospitales tipo IV para el año 1998. La etiología más frecuente fue la gastritis alcohólica o medicamentosa, más que por úlcera o várices esofágicas. No contamos con equipos para su solución por vía endoscópica en caso de necesidad.

Se ha observado un aumento de la incidencia de rectocolitis ulcerosa y enfermedad de Crohn y no hay en el mercado nacional, disponibilidad de los medicamentos utilizados en este tipo de enfermedad.

El manejo de la ictericia obstructiva es difícil por no contar con recursos de endoscopia terapéutica y su solución sólo se realiza de forma quirúrgica si no es factible el traslado del paciente a otro centro.

En los pacientes, mineros de oro, la intoxicación mercurial con sintomatología gastrointestinal ha disminuido en relación con la década de los 80.

Soluciones

Dotar a los Servicios de los equipos necesarios para endoscopia diagnóstica y terapéutica y de equipos de ultrasonido.

Facilitar entrenamiento a los especialistas de la zona interesados en este tipo de procedimientos.

Pedir disponibilidad y/o accesibilidad a las farmacias, de los medicamentos que utilizan en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias intestinales y de las hepatopatías crónicas.

Necesidad de especialistas

Si se toma en cuenta la necesidad ya establecida de un gastroenterólogo por cada 40 000 habitantes, para una población del Estado de 1 328 360 habitantes, se necesitan 33 gastroenterólogos, existen 31 por lo que teóricamente serían suficientes. La situación real es que los especialistas se encuentran concentrados en Ciudad Bolívar y Ciudad Guayana, pertenecientes a los Distritos Sanitarios 1 y 2. Se requieren en los otros Distritos Sanitarios con zonas pobladas de más de 40 000 habitantes y con hospitales tipo I en Caicara de Orinoco, Tumeremo, El Callao y Santa Elena de Uairén.

Problemas para el ejercicio en el área

Los problemas más importantes son:

1. La carencia de equipos. Cada uno de los grandes hospitales de la zona: Ruíz y Páez, Héctor Nouel de Ciudad Bolívar y Raúl Leoni y Uyapar de Ciudad Guayana, cuentan con un solo gastro-

scopio, no tienen colonoscopio o si lo hay, está dañado. No se realizan procedimientos de endoscopia terapéutica, excepto polipectomías y esclerosis en algunos de ellos. No disponen de inmunología. Los equipos de ultrasonido son de los Servicios de Gastroenterología, pero inadecuados u obsoletos. Los estudios radiológicos se realizan en radiología general, manejados por un radiólogo y tienen gran volumen de estudios convencionales y de emergencia, sin disponibilidad para el uso por los gastroenterólogos. Sólo un hospital tiene tomógrafo. No disponen de equipo de resonancia magnética.

2. Los Servicios de Gastroenterología no disponen de camas propias, dependen de los Servicios de Medicina y Cirugía.
3. En los Centros privados sólo se realizan procedimientos de endoscopia diagnóstica y en algunos, polipectomías y esclerosis.
4. En cuanto al factor humano, no obstante haber un número importante de gastroenterólogos en la zona, es notoria la falta de entrenamiento en procedimientos de endoscopia terapéutica de cualquier tipo.
5. No hay disponibilidad de patólogos, ni anestesiólogos para procedimientos especiales, tampoco de personal paramédico entrenado.

Necesidad de acreditación

Consideramos que la acreditación es necesaria.

De hecho, quien acredita son los diferentes cursos de posgrado y los Colegios de Médicos quienes reconocen al médico como especialista.

La Sociedad debería realizar esfuerzos para lograr ser quien informe a los posgrados el número de gastroenterólogos que necesita el país, de acuerdo a las necesidades de las diferentes regiones.

Establecer parámetros que unifiquen la información requerida y definan el perfil necesario para ser considerado especialista.

Presentar sus normativas a los diferentes posgrados, independientemente de las características particulares de trabajo de la institución que los dicte.

Presentar ante la Federación Médica Venezolana los requisitos que considere indispensables para acreditar a un especialista y que esta información sea aceptada por los Colegios de Médicos.

Necesidad de recertificación

Debe recertificarse al gastroenterólogo.

La recertificación puede hacerse cada 3 años, por medio de varios parámetros, por ejemplo, la asistencia a congresos y cursos de actualización en la especialidad o en otras especialidades afines e incluso en informática o idiomas. Actualización en el uso de nuevas técnicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuya implementación debe ser facilitada por la Sociedad. Presentación o publicación de trabajos científicos. Participación en mesas de trabajo o en charlas o conferencias de la especialidad.

Realmente consideramos que la Sociedad no tendría problemas en implementar la recertificación, y trabajar conjuntamente con las Universidades, tanto en parte normativa como en el desarrollo de programas de recertificación.

Opinamos que debe tenerse en cuenta la posibilidad de problemas de índole legal, así como de trabas administrativas que pudieran presentarse para el cumplimiento obligatorio de la recertificación.

En las Universidades existe el mecanismo académico en forma de requisitos para los ascensos y los gastroenterólogos docentes hasta cierto punto son recertificados, pero estos son los menos, la gran mayoría de los gastroenterólogos están adscritos al MSDS al SSO o ejercen sólo en clientela privada y quizás no les resulte muy placentero someterse periódicamente a una recertificación.

Informe del Capítulo Centrooccidental (Estados Lara, Yaracuy, Portuguesa y Falcón) de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología

Dr. Raúl A. Arocha

1. Existen en la Región Centrooccidental (que incluye los Estados Lara, Yaracuy, Portuguesa y Falcón) un total de 67 gastroenterólogos laboralmente activos, de los cuales 29 trabajan exclusivamente a nivel privado, 2 a nivel público exclusivamente y 36 a nivel mixto (público + privado), distribuidos de la siguiente forma:

	Privado	Público	Mixto	Total
Lara	17	1	17	35
Yaracuy	2	0	2	4
Portuguesa	3	0	8	11
Falcón	7	1	9	17
Total	29	2	36	67

2. Existe un posgrado universitario de gastroenterología en toda la región, con sede en Barquisimeto, dependiente de la Universidad Centrooccidental "Dr. Lisandro Alvarado", del cual egresan 2 especialistas por año.
3. En la actualidad las necesidades de posgrado en la región se encuentran cubiertas por el curso ya existente.
4. Problemas de salud en gastroenterología
 - A. Hemorragia digestiva superior e inferior
Posible solución: aumentar los recursos materiales y humanos intrahospitalarios que permitan atención especializada en nuestros hospitales las 24 horas diarias.
 - B. Úlcera péptica y enfermedad por reflujo gastroesofágico
Posible solución: aumentar los recursos materiales y humanos intrahospitalarios que permitan una mejor atención preventiva y curativa en nuestros hospitales.
 - C. Cáncer gástrico
Posible solución: ampliar, crear y generalizar los planes de pesquisa apropiados para un diagnóstico cada vez más precoz y reforzar los ya existentes.
 - D. Patología biliar
Posible solución: mejorar los recursos materiales y equipos relacionados con la patología e incentivar el entrenamiento en otras regiones o países del personal médico y paramédico en las técnicas de patología biliar.

Nota: En la consulta de gastroenterología pediátrica el problema de salud más importante es la diarrea crónica y la posible solución está en mejorar las condiciones sanitarias de la región en todos sus aspectos.
5. Los siguientes cuadros explican las necesidades de gastroenterólogos para la región.

Población según Estados

Estados	Población 1990	Población estimada 1999
Lara	1 193 161	1 515 314
Yaracuy	384 536	435 752
Portuguesa	576 435	752 824
Falcón	599 185	701 645

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 1990.

Requerimientos de gastroenterólogos según Estados

Estados	Existentes	Necesarios
Lara	35	37,8
Yaracuy	4	10,8
Portuguesa	11	18
Falcón	17	17,5

- Se necesitan más y mejores equipos endoscópicos, ecosonográficos, radiológicos y en general todo lo relacionado con la especialidad. Se necesitan crear los cargos de gastroenterólogos de adultos antes reflejados y al menos 4 gastroenterólogos pediatras en los hospitales de la región Centrooccidental para cubrir las actuales demandas.
- Creemos que sería muy positiva la recertificación de los gastroenterólogos, probablemente bianual, mediante la asignación de horas crédito certificadas por: asistencia a congresos, simposios, talleres y otros cursos de la especialidad, tanto como asistentes como expositores y por la publicación de trabajos de investigación en ese período de 2 años. Y si las horas crédito acumuladas por el especialista no fueran suficientes, deberá realizar una prueba de conocimientos y actualización académica para lograr la recertificación, que debe ser hecha por la Sociedad Venezolana de Gastroenterología y avalada por la Federación Médica Venezolana.

**Sociedad Venezolana
de Gastroenterología
Capítulo Central**

Dra. Trinidad Tortoledo

El Capítulo del Centro está integrado por

gastroenterólogos pertenecientes a los Estados Aragua, Carabobo, Cojedes y Guárico.

En la región central hay 78 gastroenterólogos, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: en el Estado Aragua ejercen 30, de los cuales 24 en medio privado (80%), 9 públicos (30%), mixto 6 (20%), en Carabobo 42, privado: 42 (100%), público 5 (12%), mixto 5 (12%), Cojedes 4, privado 4 (100%), público: 2 (50%), mixto: 2 (50%). Guárico: 2 privado 2 (100%), público: 2 (100%).

Entre los problemas de salud en la gastroenterología de la zona (en orden de frecuencia según resultados de encuesta): parasitosis intestinales, colecistopatías, cáncer de vías digestivas, gastro-duodenitis, cirrosis hepática, úlcera péptica, hepatitis, hemorragia digestiva superior e inferior.

Los problemas más importantes para el ejercicio de la especialidad en la zona son:

- Falta de equipos adecuados. No existen ni el área pública ni privada, unidades completas.
- Falta de personal auxiliar capacitado.
- Falta de gastroenterólogos pediatras, hepatólogos.
- Cargos insuficientes en medio público.

Soluciones

- Crear cargos en el medio público.
- Crear servicios de gastroenterología dotados adecuadamente.

Todos los encuestados están de acuerdo con la acreditación del gastroenterólogo y la recertificación.

Recertificación: debe realizarse cada 2 años.

- Censo de los acreditados.
- Participación en congresos, cursos y conferencias.
- Presentación de trabajos en eventos nacionales e internacionales.
- Cursos de actualización.
- Calidad científica de los trabajos presentados.

En el área central no existe pogrado en gastroenterología. El 90% de los gastroenterólogos que respondieron la encuesta consideran que no hace falta crear posgrados en la zona y que no se necesitan más gastroenterólogos en los estados de Aragua y Carabobo.

Discurso pronunciado por el Dr. José Enrique López en el acto de recepción como Individuo de Número, Sillón XVII a la Academia Nacional de Medicina

La medicina interna. El internista y la tecnología

Dr. José Enrique López

Dr. Pedro Manrique Lander

Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Académicos Miembros de la Junta Directiva

Académicas y Académicos de Número y Correspondientes

Invitadas e Invitados de Cortesía

Familiares del Académico fallecido Profesor Doctor Pablo Izaguirre

Sra. Concepción Loreta, mi madre, fallecida recientemente, en reconocimiento por haber forjado mi vida para el estudio y la superación constante, además de inculcarme el elevado sentido ético de la vida.

Sra. Jacinta Salazar, mi amada esposa, compañera de mi vida e inspiradora de mis mejores logros.

José Enrique, Yolanda Concepción, Humberto y Marina, hijos del alma mía, quienes juntos con José Enriquito, Mayelis Desiree, Estefanía Andrea, María Gabriela Jacinta y la que está por venir, nietos y nietas que llenan de felicidad mi vida.

Profesor Braulio Salazar, Doctor Honoris Causa de la Universidad de Carabobo, pintor de relevantes méritos. Premio Nacional de Artes Plásticas, 1976.

Drs. Augusto León C., Enrique Benaím Pinto, actualmente en otra dimensión y Otto Lima Gómez, con el agradecimiento por haber sido mis Maestros de medicina interna.

Dr. Rolando Smith, Vicerrector Académico de la Universidad de Carabobo.

Alumnas y alumnos del Posgrado de Medicina Interna del Hospital Central de Valencia.

Quiero expresar mi agradecimiento a los Académicos que dieron el voto favorable para elegirme como Individuo de Número de esta Docta Corporación y

Leído en el Paraninfo del Palacio de las Academias el 06 de junio de 2000.



Figura 1. Discurso de Recepción Académica del Dr. José Enrique López, pronunciado en el Paraninfo del Palacio de las Academias, el día 06 de julio de 2000.

pudiera esta tarde hablarles desde este púlpito de Santo Tomás de Aquino.

A los Profesores Drs. Blas Bruni Celli y Augusto León por presentar mi nombre a la consideración del Cuerpo Colegiado para Miembro Correspondiente Nacional, electo el 4 de abril de 1995.

A los Profesores Doctores Augusto León C. y Carlos Hernández quienes propusieron mi candidatura para Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina, para ocupar el Sillón XVII, electo el 4 de mayo del año 2000.

El Sillón XVII inicia su historia con la incorporación del **Dr. Bernardino Mosquera** el 11 de junio de 1904, como Miembro Fundador; fue uno de los 35 Profesores de la Universidad Central de Venezuela que iniciaran las actividades de la Academia Nacional de Medicina. Bernardino Mosquera se graduó en la Universidad de Pensilvania en 1880 y revalidó en la Universidad Central. Su más notable aporte fue la introducción de los rayos X como disciplina rutinaria auxiliar del diagnóstico.

El segundo ocupante del Sillón XVII fue el **Dr. Julio C. Rivas Morales**. El 9 de enero de 1924 fue elegido Individuo de Número. Se incorporó el 13-08-1925 con su trabajo “Simpatectomía periarterial”. Fue electo Miembro del Colegio Americano de Cirujanos en 1925. Introdujo el formol para la conservación de los cadáveres para la disección en la Cátedra de Anatomía. Fue uno de los primeros en utilizar la transfusión sanguínea.

El tercer ocupante del Sillón XVII fue el **Dr. Pablo Izaguirre**. Electo Individuo de Número el 08 de noviembre de 1962, se incorporó el 15 de agosto de 1968 con su trabajo “Sobre la disparidad de longitud de los miembros inferiores”. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela en 1936 con su Tesis “Acerca de la natalidad y mortalidad infantil en Caracas”. Como estudiante, en 1935 obtuvo el premio “Luis Razetti” por su trabajo “Primeros resultados obtenidos por el empleo de los test mentales en Venezuela”. En 1949 obtuvo el premio “José Gregorio Hernández” con su trabajo “Enclave medular de Kuntscher” y en el mismo año el premio “Otto Alvizu” por el trabajo “Dolor del hombro: un motivo frecuente de consulta”. Su carrera docente comenzó como Preparador de Anatomía en 1935, llegó hasta Profesor por Concurso de la Cátedra de Traumatología y Ortopedia en 1955, dignidad que conservó hasta su jubilación.

Su carrera asistencial fue también brillante, se inició en el Hospital Vargas como cirujano adjunto y luego en 1948 gana la jefatura del Servicio de Traumatología y Ortopedia. Miembro fundador de la Sociedad Venezolana de Cirugía y también de la de Traumatología y Ortopedia. Fue Miembro de los Capítulos Venezolanos del Colegio Internacional de Cirujanos, de la Sociedad Internacional de Cirugía, de la Sociedad Latinoamericana de Traumatología y Ortopedia.

Sin embargo, lo mejor de su vida no fue su curriculum vitae, que es muy extenso y excelente, sino su calidad humana, su distinción, la elegancia

de sus disertaciones y lo enjundioso de sus opiniones en las reuniones de la Academia. Yo tuve el privilegio de sentarme a su lado por muchos meses y pude constatar su bondad, su bonhomía, y agradecerle el calor humano y el estímulo que siempre dio a mi persona.

En esta noche de exultación, donde se hacen presentes entre brumas y nieblas, recuerdos que van desde mi infancia, tengo la imperiosa necesidad interior de hablarles de lo que ha sido el objeto de mi vida por 4 décadas, la medicina interna y también como un justo homenaje a Augusto León, Enrique Benaím Pinto y Otto Lima Gómez, mis maestros de la especialidad que cultivó. Durante 40 años he calzado las sandalias del peregrino pregonando las bondades de la medicina interna y del elevado sentido ético que de la especialidad trasciende.

El tema seleccionado es la medicina interna, el internista y la tecnología

Fórmase un talento en el silencio,
pero un carácter sólo en el fragor
del mundo.

Johann Wolfgang Goethe

El concepto de medicina interna —*innere medizin*— se debe a los clínicos alemanes de fines del siglo pasado. Esta concepción académica y práctica de la especialidad, se desarrolló en las consultas externas y salas de célebres hospitales y a ella se vincularon los nombres de grandes clínicos, culminó en 1882, cuando Frerys y Leyden, en Wiesbaden, Alemania, funda con 188 miembros la Sociedad Alemana de Medicina Interna, cuyo objetivo fundamental fue colocar la actividad clínica a la misma altura que la patología experimental, en contraposición a la tendencia de Claude Bernard de desplazar la medicina desde el lecho del paciente al laboratorio, ya que en su criterio ésta era una ciencia eminentemente experimental (1).

El término “medicina interna” no es de fácil comprensión por el público, ya que no es ni descriptivo, ni etimológicamente comprensible como ocurre con la neurología (enfermedades del sistema nervioso), cardiología (enfermedad del corazón), gastroenterología (enfermedad del aparato digestivo), hematología (enfermedad de la sangre), infectología (enfermedades infecciosas). Nuestra especialidad tuvo desde el inicio un criterio fenome-

nológico, representó y representa una tesis dentro de la práctica profesional que mantiene profunda validez y que ha permitido una funcional adaptación de nuestra especialidad a las transformaciones de la medicina, a los cambios y necesidades del sistema de salud.

No hay otra especialidad, por más que no sea de fácil comprensión por la colectividad que en definitiva exprese lo que es y ha sido el internista. Su actuación ha estado y estará ligada a una calificación que quiso por sí misma expresar un conjunto de valores que resistieran a la prueba del tiempo.

Se exigía al internista un fino y cuidadoso espíritu de observación y un recto juicio en la interpretación de los datos anamnésticos y del examen físico. El razonamiento lógico fue su mejor apoyo para elaborar un diagnóstico y establecer una estrategia terapéutica. Para ello, el cultivo del intelecto era la base fundamental, y el cerebro, su mejor instrumento.

Posteriormente surgieron dos factores de transformación de la medicina: la introducción de las ciencias básicas y el desarrollo de la tecnología. Las ciencias físico matemáticas y las químico biológicas han dado su aporte fundamental a la investigación médica, la cual a su vez, ha sido la gran generadora de los avances que hoy, asombrados, constatamos.

La tecnología, rama de las aplicaciones pragmáticas de la ciencia, se ha convertido en el mejor aliado de la experimentación médica, al ofrecerle un preciso y rico instrumental de trabajo.

Estos prodigiosos avances han hecho que la medicina cambie desde un arte empírico hacia una disciplina eminentemente científica orientada, tecnológica y cuantitativamente, hacia la investigación. Así la disciplina quirúrgica y la salud pública, fueron transformadas gracias a los avances de la microbiología y de la anestesia y los notables logros en el campo de la física, bioquímica, fisiología y farmacología fueron capaces de transformar la medicina clínica, al punto de originar una revolución en la enseñanza de la misma.

Así, en 1910 el informe de la comisión presidida por el Dr. Abraham Flexner, aconsejaba y estimulaba el desarrollo de una medicina eminentemente científica, y con este fin propició la eliminación de las escuelas de medicina aisladas y, por tanto, su integración a una determinada universidad. También se exigió que la enseñanza clínica de los estudiantes de medicina fuese realizada por científicos clínicos,

a dedicación exclusiva y no por médicos que practicasen la medicina tradicional (2).

Esto llegó a producir un modelo de enseñanza médica para un grupo muy seleccionado de estudiantes que practicaban, junto con sus profesores, una medicina muy elevada, tipo investigación clínica, dedicada también a un número muy restringido de pacientes. Estos profesores progresivamente se especializaron y subespecializaron cada vez más, lo cual produjo considerables avances científicos, pero al mismo tiempo grandes desajustes para una prestación más universal de la asistencia médica, y con el riesgo aún mayor, de cambiar la esencia misma de la medicina, aquel espíritu que la anima desde hace más de 20 siglos. Trajo por tanto, grandes problemas para el médico y el paciente.

Henrique Benaím Pinto afirmaba en 1957 que “Las especialidades, que surgieron como necesidad histórica, han justificado su existencia”. Su permanencia está asegurada por indispensables y, seguramente, en el futuro continuará su desarrollo y aparecerán otras nuevas, “Creced y multiplicaos” fue aquí también el imperativo. Y así fue. Tanto y tanto, que las consecuencias, aunque en dos tiempos sucesivos aparecieron: en forma inmediata y ostensible no solamente se renovó y extendió la medicina, con importantes descubrimientos y aplicaciones, sino que se creó una nueva medicina. En forma mediata y menos perceptible, a medida que las fronteras se hicieron inabarcables por un solo hombre, el centro de atención se fue desviando del enfermo al instrumento, del paciente al procedimiento, debido a la interposición de la técnica entre el médico y su enfermo. A este distanciamiento se le ha llamado la “deshumanización de la medicina” (Benaím Pinto H, no publicado).

Los científicos clínicos al estilo Flexner y algunos médicos influenciados por ellos, han pensado que la actividad clínica a la cabecera del paciente es sólo un arte y que la actividad intelectual de la ciencia médica sólo se produce en el laboratorio, donde se investiguen los mecanismos de la biología y de las enfermedades y que el único papel científico que podríamos desarrollar se produciría al trasladar los descubrimientos básicos de la ciencia experimental al fenómeno clínico, convertidos exclusivamente en explicaciones fisiopatológicas.

Esta errónea concepción, ha traído como consecuencia inmediata que muchos jóvenes internistas de talento comprobado, enamorados de la captación de hechos científicos nuevos, hayan abandonado el

contacto cálido con el paciente para sustituirlo por el fetichismo de los equipos técnicos, ignorando muchas veces que el instrumento cumple numerosas funciones, pero está imposibilitado para comprender el sufrimiento del paciente y suprimir la angustia tácita o expresa que trae consigo la pérdida de la salud.

Creo, por tanto necesario en esta conferencia, analizar con ustedes los fundamentos que sustentan la investigación biomédica básica y que los comparemos con las actividades que nosotros los internistas realizamos a la cabecera del enfermo, para así dilucidar si ellos son esencialmente prácticos y empíricos o si, por el contrario, pueden englobarse en actividades humanísticas y científicas.

La investigación biomédica se sustenta en 4 paradigmas (3-6):

1. El objetivo primario de la ciencia es la explicación de los mecanismos.
2. La precisión de los datos científicos debe ser rigurosamente establecida.
3. La formulación de hipótesis y contra hipótesis constituye el principal reto creativo de la ciencia.
4. La experimentación es el principal mecanismo que utiliza el método científico para realizar investigaciones.

Sin embargo, estos 4 parámetros conceptuales no ofrecen una base de sustentación lo suficientemente adecuada para la escogencia de las conductas y decisiones que deben tomarse a la cabecera del enfermo. Para nosotros el objetivo científico primario es la predicción y el pronóstico, más que explicación aislada.

Los detalles cruciales que rodean los fenómenos personales y clínicos no son datos rigurosamente precisos y el gran desafío creativo es desarrollar una metodología para obtener datos adecuados y realizar comparaciones imparciales.

La práctica de la medicina clínica implica, por lo menos, dos diferentes tipos de decisiones: la primera nos provee rótulos diagnósticos para los problemas clínicos de los pacientes y nos ofrece explicaciones etiológicas y fisiopatológicas para los mecanismos involucrados y las causas subyacentes de esos problemas. La segunda decisión se refiere al manejo de esos problemas conducentes, por tanto, a la creación de una estrategia de acciones que tienen por objeto mejorar la situación clínica presente,

prevenir que no aparezcan otras y restaurar o mantener la salud.

En los últimos 150 años las intenciones explicativas han sido el interés y la razón de ser de la ciencia médica básica. Durante el siglo XIX la experimentación de laboratorio, la microbiología y la histopatología establecieron las bases científicas de las enfermedades que diagnosticábamos, y nos explicaban las manifestaciones clínicas que encontrábamos en el paciente. Los métodos clínicos de exámenes y el razonamiento, fueron utilizados para el diagnóstico físico de las enfermedades y los métodos radiográficos, fueron introducidos para explorar la interioridad del ser humano y traer precisión a los hallazgos morfológicos.

Durante el siglo XX estos avances científicos, básicos para la explicación de fenómenos clínicos, fueron acelerados por la tecnología que aportó la bioquímica, la electrofisiología del corazón, cerebro y músculos; la microscopía electrónica; el estudio de los cromosomas y genes, la biología molecular; la posibilidad de tomar una biopsia de casi todas las estructuras anatómicas del cuerpo humano y de realizar exploraciones endoscópicas a través de cualquier orificio y las nuevas imágenes producidas por el ultrasonido, por los radionucleidos, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear y la tomografía por emisión de positrones.

A través de estos avances tecnológicos, la ciencia explicativa médica ha llegado a ser magnificante. Las enfermedades pueden ser diagnosticadas con exactitud y precisión y los hallazgos científicos actuales son capaces de explicarnos su etiología y los mecanismos fisiopatológicos responsables del proceso.

Los avances tecnológicos han producido también un poderoso y efectivo armamentario terapéutico para ser utilizado en el tratamiento de nuestros pacientes. Nosotros podemos transferir sangre, médula ósea y diferentes órganos de un donante a un receptor; nosotros podemos realizar diálisis para extraer las sustancias nocivas que se retienen en la insuficiencia renal y extraer del cuerpo, tóxicos y venenos exógenos y, a través de los nuevos agentes terapéuticos, impedir el desarrollo de los virus, destruir a las bacterias, reemplazar las hormonas, retardar el cáncer, mejorar la respiración, modificar el ritmo cardíaco y modificar las emociones, y todavía no sabemos hasta dónde nos va a llevar el conocimiento del genoma humano y el proceso de

clonación.

A pesar de estos avances tecnológicos, su contribución ha sido relativamente pequeña en el manejo de las decisiones. Una poderosa tecnología del tratamiento ha sido creada pero, nosotros los internistas, no estamos seguros de cuál será la mejor vía para utilizarlos, ya que en el ámbito clínico práctico, algunas veces, el uso y la evaluación de la terapéutica están rodeados y signados por la disensión, la controversia y la duda.

Mientras los médicos se han esforzado por obtener beneficios asistenciales de la tecnología, los pacientes cada día se quejan más amargamente del profundo deterioro en la calidad humanitaria de la atención médica. Nuestros enfermos han llegado a creer que los clínicos estamos obsesionados primordialmente con la ciencia y no suficientemente compenetrados con el arte de la medicina; que nosotros confiamos demasiado en los datos tecnológicos y no suficientemente sobre las percepciones y el sufrimiento humano y que nuestra excesiva preocupación sobre la enfermedad ha distraído nuestra atención sobre lo que el enfermo espera de nosotros, cual es, que demostremos un profundo interés sobre el problema personal que los aqueja. Los conceptos de la ciencia básica, los materiales y los métodos de la investigación científica explicativa son insuficientes para el desafío que significa el pronóstico, la terapéutica y otro tipo de decisiones que debemos tomar en la conducción de la atención médica que debemos prestar a nuestros pacientes.

Indudablemente que la solución no estriba en atacar las ciencias básicas sino ampliar su cobertura, complementarla y suplementarla, sin olvidar que la misión fundamental nuestra es la atención del hombre enfermo y no el conocimiento de las enfermedades. Esto significa que las ideas básicas de la información deben ser desarrolladas, no sólo por anatomistas, patólogos, bioquímicos, por biólogos moleculares, sino también por los internistas que se ocupan del cuidado directo de sus enfermos.

Habíamos dicho anteriormente que el primer fundamento de la investigación biomédica era la explicación de los mecanismos, cómo y por qué ocurrieron los fenómenos observados y la predicción aislada llegó a ser un objetivo científico insatisfactorio, inadecuado, a menos que se agrupara en la explicación.

La omisión de la predicción como un objetivo mayor de la ciencia médica básica ha empobrecido

el contenido intelectual del trabajo clínico, ya que el desideratum en el cuidado de nuestros pacientes es hacer predicciones. Por ejemplo, es hacer predicción, escoger después de una anamnesis y un examen físico minucioso, un diagnóstico determinado que posteriormente podríamos ratificar o modificar según la evolución y los resultados de los exámenes paraclínicos. Es predicción, estimar qué va a suceder en el curso natural del padecimiento del paciente y es también predicción, seleccionar el esquema terapéutico que pudiera alterar más favorablemente el curso natural anticipado.

Si la predicción no es un propósito importante para la ciencia biomédica básica, nuestro trabajo clínico en el lecho del paciente, no tendría contenido científico a excepción de lo concerniente a las decisiones explicativas de la enfermedad. Sin embargo, esta concepción no es aplicada, de manera absoluta a la medicina clínica y por lo tanto, los médicos internistas debemos restaurar con orgullo la predicción como un desideratum básico importante que nos permita tomar decisiones para el manejo adecuado de nuestros pacientes.

El segundo fundamento establece que los datos científicos deben ser rigurosamente precisos; es decir, la información debe ser inequívoca, derivada de especímenes preservables (sangre, células, tejidos, radiografías) con observaciones hechas objetivamente (preferiblemente con una máquina de elevada precisión) expresados en términos dimensionales cuantitativamente: ng/dl, mg/dl.

Este concepto restringe los datos científicos a una vía que excluye toda información que sea intrínseca a la vida humana y a todos los juicios que a diario, nosotros los internistas, hacemos en nuestra práctica clínica. Así, el dolor, la molestia, el insomnio, la alegría, el júbilo, el regocijo, la felicidad, el pesar, la pena, la congoja, la aflicción, la tristeza, el duelo, no pueden expresarse en porcentaje ni en cifras absolutas. Es decir, se excluyen todas las características humanas que distinguen a un hombre de un animal, de un microorganismo o de un agente químico y se crea una ciencia clínica sobre datos que están deshumanizados, ya que la información humana convincente, lógica, ética, ha sido deliberadamente rechazada y colocada fuera de los linderos y fronteras de la ciencia. Los síntomas y los problemas personales de los pacientes son desdeñados o ignorados por que no se considera que esa información sea meritoria desde el punto de vista de la atención médica científica.

A veces no se registran los tipos de síntomas, la severidad de ellos, el tiempo que ha durado determinado síntoma y la manera como ha progresado o extendido la enfermedad y las afecciones concomitantes que pueden estar presentes, además de la enfermedad principal; si el paciente vino al médico con la queja de una enfermedad importante o si ésta se diagnostica sin ser la sintomatología básica. ¿Por qué se escogió una determinada terapéutica y se rechazaron otras? ¿Si las pruebas de laboratorio que confirmaron el diagnóstico se hicieron precoz o tardíamente? Se omite también frecuentemente las características constitucionales y psíquicas del paciente, sobre todo cuando se trata de abuso del cigarrillo, obesidad, alcoholismo, exposiciones ocupacionales. Se insiste mucho en las características de las lipoproteínas, sin embargo, la conducta psíquica del ser humano se divide groseramente en A o B.

Por tanto, para el renacimiento de la ciencia clínica se hace necesario que el internista recabe con tiempo suficiente toda la información que nos brinda la anamnesis, por muy subjetiva que sea y que el examen clínico sea minucioso para detectar todos los signos clínicos que presentan nuestros pacientes.

El tercer fundamento expresa que la formulación de las hipótesis y contra hipótesis constituyen el principal reto creativo y se requiere para ello de una profunda imaginación. En la actividad clínica, sin embargo, la formulación de hipótesis requiere relativamente poca imaginación, así por ejemplo, no se requiere una introspección muy intensa para preguntarse si es mejor el tratamiento médico o el quirúrgico para resolver una determinada situación clínica; la contra hipótesis no requiere tampoco mucha imaginación. Sin embargo los problemas clínicos se refieren a la metodología ¿Cómo agrupar apropiadamente a los pacientes que vamos a investigar? y ¿Cómo debemos reunir los datos clínicos importantes para responder las preguntas de la hipótesis y contra hipótesis de una manera científica, efectiva y convincente?

La tecnología sola no ofrece soluciones fáciles para estos dos problemas, no provee métodos adecuados para reunir grupos humanos semejantes y eliminar así la parcialidad que puede ocurrir en el momento de comparar los diferentes grupos, y en general, no nos puede señalar el tipo de datos clínicos necesarios para describir qué es lo que nosotros deseamos conocer.

El cuarto fundamento se refiere a la experimentación como el principal mecanismo que utiliza el método científico para realizar investigaciones: usualmente aplicado en circunstancias de laboratorio con animales o con diferentes sustancias inanimadas como material.

Este fundamento excluiría de las consideraciones científicas la observación de las circunstancias clínicas bajo condiciones naturales, ya que el clínico que practica su especialidad no se compromete con experimentos y, por tanto, la atención de los pacientes, ciertamente, no es una actividad experimental, y por eso la actividad clínica quedaría fuera de la metodología científica.

Sin embargo, cada fase de la terapéutica clínica es un modelo experimental. El internista recibe sus pacientes en la forma como ellos se presentan, ya que es obvio que no podemos, ni debemos, crear enfermedades. Nosotros estudiamos nuestros pacientes, los catalogamos, los ubicamos adecuadamente, establecemos un esquema terapéutico y seleccionamos las variables más apropiadas para evaluar el efecto del tratamiento. La ciencia médica básica se orientará hacia la explicación de los mecanismos biológicos, mientras que la terapéutica clínica se orienta hacia el manejo de las anomalías constatadas; la principal motivación de la experimentación básica es investigar sobre el conocimiento natural, mientras que la actividad clínica intenta remediar la situación presente y hacer profilaxis de lo que pudiera aparecer mucho más tarde. Un investigador de laboratorio está interesado en explorar nuevas hipótesis y no debe repetir experimentos realizados en el pasado; al contrario las hipótesis clínicas son repetitivas; el internista recuerda todas sus experiencias pasadas y aquellos enfermos cuyo cuadro clínico más se le asemejan al paciente que en ese momento está bajo su consideración; él revisa todos los diferentes tratamientos que ha intentado en grupos semejantes y determina qué espera en respuesta de cada tipo de tratamiento empleado.

Las consideraciones anteriores nos permiten señalar que la actividad clínica del internista integra dos vertientes fundamentales: una primordialmente humanitaria y otra rigurosamente científica, particularmente en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y por ello, podemos concluir que en el ejercicio de nuestra especialidad no requerimos abusar de la tecnología para imprimirle el espíritu científico a la práctica clínica,

puesto que, éste es intrínseco al acto médico que se ejecuta a la cabecera del enfermo.

No obstante, hoy en día, el cúmulo de informaciones que da la técnica instrumental podría hacer que el médico internista se interesara más en el manejo de su equipo que en el ejercicio de su razonamiento.

Sumergido cada vez más dentro de equipos técnicos complicados, poseedor de recursos materiales que rinden más y mejor trabajo que sus solas manos, por adiestradas que estén, harán desgraciadamente, que el médico internista vaya poniendo cada día más confianza en sus instrumentos, lo cual lo conducirá irremediablemente a procurar más un entrenamiento tecnológico y no a mejorar su educación científica; a hacer culto hacia las máquinas en detrimento del uso de su cerebro.

Esta actitud mental distorsiona la relación humana entre el médico y el paciente y la torna fría e impersonal. No debemos, ni podemos olvidar que el sujeto de la medicina es el hombre enfermo y enfermo es aquel, que tiene una necesidad y llama al médico. Que éste lo auxilie con la palabra, con medicamentos, mediante instrumentos o métodos físicos, es, en última instancia, problema del médico que interesa secundariamente al enfermo; para él lo principal es ser socorrido y sentir garantizada la intimidad que forzosamente habrá de develar.

Ambas condiciones presuponen la asistencia por un hombre apto en lo intelectual, en lo espiritual y en lo moral. La profesión médica pertenece mucho más a la civilización que al progreso: éste ha cambiado mucho a la medicina pero ha dejado sin grandes modificaciones al hecho médico.

Ningún enfermo es objeto, cada uno es sujeto y mi igual, lo que da a entender que una medicina que reduzca la vida y la enfermedad del hombre a un proceso biopatológico manipulable y deja de percibir en el mismo "Los ayes del ser humano", se deshumaniza y lesiona la ética médica.

Se puede saber mucho, se puede alcanzar una técnica depurada, tener una preparación de erudito y no ser un verdadero médico internista. Tal condición la determina un hecho intrínsecamente espiritual: es la compenetración anímica con la situación vital del enfermo, con su inmediato padecer, acoplarse a su trance profundo, para así poder dar todo lo que el paciente espera de nosotros. Cabe aquí la mención del poema "Caudal" del Premio Nobel de Literatura, el guatemalteco Miguel Angel Asturias:

"Dar es amar	Señor, su provisión
dar prodigiosamente	y al regresar te diga!
por cada gota de agua	¡Como alforja vacía
devolver un torrente.	está mi corazón!
Fuimos hechos así	Moneda que está en la mano
hechos para sembrar	Quizás se deba guardar.
semillas en el surco	La monedita del alma
y estrellas en el mar	Se pierde si no se da.
y ¡Ay del que no agote,	

Este fenómeno se explica por su dinamismo, no por su calidad y por ello sólo el enfermo sabe cuál es su verdadero médico, sin importarle su posición científica o su rango académico. En ese sencillo hecho humano radica la profundidad del acto médico, y fuera de ello lo demás es superestructura más o menos científica y academicismo a ultranza.

Lo esencial en el arte curativo es la relación médico-paciente. Tal situación básica obliga al médico a un ejercicio doble y simultáneo: tiene que poner todos sus conocimientos para enfrentar la enfermedad desde el punto de vista del científico y tiene que poner su penetración psicológica y espiritual para enfrentar la situación desde el punto de vista del hombre enfermo (7).

La relación médico-paciente es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo por el hecho de haberse encontrado el uno con el otro y cuya índole propia depende de los móviles que, tanto el médico como el paciente han llevado a ese mutuo encuentro. El hombre en su constitución íntima es un ser menesteroso: de material energético (ser animal), de la presencia de otros hombres (ser social) y de la existencia de un ente fundamental, Dios o un sucedáneo de Dios (ser espiritual).

La menesterosidad del hombre se torna terriblemente compleja y aguda en ciertas situaciones, la enfermedad es una de ellas y pide desde su mismo seno, actos de ayuda que, en último término, significan actos de donación amorosa.

¿Qué es lo que mueve al enfermo a buscar al médico?

El menester vulgar, técnicamente llamado enfermedad.

¿Qué es lo que mueve al médico a encontrarse con su paciente?

El hombre además de ser indigente y menesteroso es también un ser oferente y técnicamente lo llamamos “asistencia médica” (*adsistere* = detenerse junto a otro) es decir, la ayuda que el hombre ofrece a un semejante que la pide y la necesita. Este encuentro interhumano conduce además a una actividad cognoscitiva es decir, al diagnóstico:

Yo médico, sé que tú, enfermo, tienes y padeces en tu cuerpo, en tu psiquis o en tu espíritu, tales y cuales anomalías.

Sin embargo, el diagnóstico médico, nunca representa el conocimiento de un objeto pasivo por una mente activa y cognoscente, sino el resultado de una conjunción entre la mente del médico y una realidad: la del enfermo esencial e irrevocablemente dotada de iniciativa y libertad, a la postre de intención.

El diagnóstico médico no es completo, sino es social, ya que el hombre como individuo viviente o animal racional es un ente social y como tal se realiza en todas sus actividades. Se hace, por tanto necesario, tomar en cuenta lo que en la etiopatogenia y en la expresión de la enfermedad, haya puesto la pertenencia del paciente a la concreta sociedad en la cual existe.

La relación médico-paciente no se debe ni se puede agotar en el momento del diagnóstico, sino que el conocimiento debe ordenarse para llegar a la ejecución de los actos propios del tratamiento: ingestión o inyección de fármacos; indicación de agentes físicos; prácticas normativas dietéticas; técnicas psicoterapéuticas o intervenciones quirúrgicas. En este terreno, es aconsejable no tener una idea excesivamente técnica. Ernst Von Leyden en Berlín, en 1900, decía a sus alumnos esta aguda, advertencia “El primer acto del tratamiento consiste en darle la mano al enfermo”.

Queriéndolo algunas veces, sin quererlo otras, el médico nunca deja de actuar terapéuticamente sobre sus enfermos. “El médico es el primero de los medicamentos que él prescribe” ha dicho ingeniosamente M. Balint (8).

Es fundamental una buena relación médico-paciente para el buen éxito terapéutico (12), como bien dice Viktor Von Weizsaker “Se hace necesario una camaradería itinerante, suerte de empresa en que dos hombres: médico y paciente, colaboran en un fin común”. Si un enfermo se siente intelectual y sentimentalmente muy superior al médico, el fármaco que éste prescriba no poseerá toda la eficacia

terapéutica, que en otro caso tendría (13).

La consulta médica no significa sólo el deseo de terminar con alguna molestia corporal, sino también tranquilizar la angustia interna no confesada.

Como diría Luis Portes, estamos en presencia de una confianza frente a una conciencia, a una buena conciencia diríamos nosotros, como la concibió el poeta español de la generación del 98, Antonio Machado, en sus Proverbios y Cantares (14).

Hay dos modos de conciencia
una es luz y otra, paciencia.
Una estriba en alumbrar
un poquito el hondo mar.
Otra, en hacer penitencia
Con caña o red, y esperar
el pez, como pescador.
Dime tú ¿Cuál es mejor?
¿Conciencia de visionario
que mira en el hondo acuario
peces vivos,
fugitivos
que no se pueden pescar
¿o esa maldita faena
de ir arrojando a la arena,
muertos, los peces del mar?...

Cuando la medicina nace y el médico se relaciona con su paciente, surge la historia clínica, que constituye el más auténtico y eficaz de los instrumentos del médico internista.

Una buena historia clínica debe permitir el diagnóstico de la enfermedad, pero además cómo y por qué surge en un momento determinado de la vida de la persona. Para ello, es necesario conocer quién sufre el padecimiento y sólo lo lograremos a través de una historia clínica entendida, no como patografía sino como biografía, donde los acontecimientos sucedidos en el pasado del enfermo, se deslizan sin solución de continuidad hacia la enfermedad actual y permiten así una visión longitudinal del hombre y, por consiguiente, abarcar los múltiples factores que intervienen en la etiopatogenia de la enfermedad.

Esta concepción ha conducido, aun cuando con orientación filosófica, a la medicina de la persona en la cual el paciente no es sólo elemento pasivo,

sino también gestor de su enfermedad. La Escuela de Heidelberg con Rudolf Krehl, Von Bergman, Richard Siebek y Viktor Von Weizsaker, restablecieron el concepto de **persona**, y persona distinto de individuo es el hombre liberado de la tiranía del instinto gracias a su determinación y a su voluntad, es un ente que tiene conciencia de sí mismo, que reflexiona y que es libre. La autoconciencia, la racionalidad, la libertad y la intimidad son pues, los caracteres de la persona (13).

El hombre es simultáneamente agente, actor y autor de su vida: agente, ya que posee funciones y acciones psico-orgánicas; actor, en tanto que miembro de una sociedad y cooperador de lo que en ella sucede; autor, en la medida en que es capaz de proponerse libremente proyectos originales y de realizarse a sí mismo al ejecutarlos. En conclusión, llegar a ser lo que uno es (15).

Sin embargo, la esencialidad de este ser nos lo hace inaccesible por la vía del conocimiento, sólo lo lograremos a través del sentimiento. El ser huye eternamente ante nuestro intelecto, como el horizonte ante el caminante que avanza hacia él. A este ser movedizo e inaprensible que se anuncia en cada objeto, pero que esquiva la garra del pensamiento en cuanto intenta cerrarse sobre él, es lo que Jasper llama lo circunvalante, es el todo que nos envuelve.

No será muy difícil para los Señores Académicos entender, que el hombre tiene que ser necesariamente algo más que el ser vivo que estudia la antropología, que el mundo interior que indaga la psicología, que el complejo de relaciones que analiza la sociología y que la realidad empírica que puede abordarse desde tan diferentes puntos de vista. El hombre ni siquiera es la suma de todas esas cosas, sujeto y objeto de conocimiento, su esencial carácter de unicidad y totalidad se desvanece dejando de ser él mismo. El hombre es radicalmente más de lo que puede saber de sí.

En esa relación interhumana el médico debe saber callar, lo que implica disponer de tiempo suficiente para oír lo que el paciente tiene que decir, hacer sentir al paciente con nuestras palabras y gestos que queremos ayudarlo y no sacar conclusiones.

El hombre que elige la medicina interna como profesión, elige también un modo particular de vivir que lo absorbe total y definitivamente y del cual no debe desertar. Es llenarse de inquietud, hacer votos de desasosiego, promesa de trabajo intenso a diario y llevar como norma la zozobra espiritual.

Representa entonces un proyecto de vida apasionada y perturbada, durante la cual no tendremos, quizás, un solo instante de quietud emocional.

Gibran Khalil Gibran en su libro “El profeta” lo ha expresado de la siguiente manera: “Seréis en verdad libres, no cuando vuestros días estén libres de cuidado y vuestras noches vacías de necesidad y angustia, sino más bien, cuando la necesidad y la angustia rodeen vuestra vida y sin embargo, seáis capaces de elevaros sobre ellas desnudos y sin ataduras, amigos míos, sólo el que está desnudo puede gozar del sol, sólo el que haya pasado la noche a obscuras puede despertar al alba y sólo el que duerme con las raíces bajo la nieve alcanzará la primavera” (16).

El médico internista vive, además, supeditado a la medicina de su época y con ello a la cultura, a la filosofía y a la política de su tiempo. Hacerse internista supone así un voto de perpetua fidelidad a una disciplina que tiene primordialmente un contenido espiritual y humano.

Todo este comportamiento supone en el internista una estructura moral sólida, una vocación, un apostolado, una base cultural amplia, que lo llevará a satisfacer ese pedido angustioso del enfermo con simpatía y generosidad (17).

La mejor manera de hacer buenos internistas es cultivando su espíritu, aquellos que son hombres verdaderos serán médicos a plenitud. Es vital que se comprenda el mundo en que viven nuestros pacientes y debemos estar capacitados para acercarnos a ellos como seres humanos y eso se consigue con la apreciación de los valores del mundo que los rodea.

Entendemos por humanismo la expansión armoniosa de las facultades espirituales y morales del hombre, la más perfecta realización de todas las virtualidades. El humanismo médico, está además matizado por su profesión, que lo marca profundamente como lo hace el sacerdocio; por la naturaleza intrínseca que nace del hecho que en su actividad profesional lo hace hombre de misericordia y de caridad, al servicio del prójimo; por encontrar en el hombre la inspiración de su trabajo.

Humanismo también quiere decir cultura y cultura es un menester imprescindible de toda persona, es una dimensión constitutiva de la existencia humana. Hombre culto es aquel que ve a plena luz los caminos de la vida. Con una formación científica se hará un técnico excelente pero sólo se harán hombres con una cultura humanística, lo cual contribuirá también a la ubicación adecuada del individuo en la sociedad

contemporánea.

El humanismo médico es el camino para huir del pragmatismo puro, del empobrecimiento intelectual que puede llevar el desarrollo de las técnicas y el peligro de elevar los medios al rango de fines. Eric Arthur Blair (conocido con el seudónimo de George Orwell: 25-06-1903/21-06-1956, escribió un libro en 1947 que denominó "El último hombre en Europa" que luego su editor en 1948 cambió por 1984, en el cual profetizó la posibilidad de la instalación de una sociedad totalitaria sobre el planeta, una sociedad donde el hombre habría perdido definitivamente no sólo la libertad, sino su personalidad, su lenguaje, su gusto de existir. Es una advertencia al mundo, que presenta una situación en la cual la tecnología ha copado todo, en la que el estado dirige todo y la libertad para el individuo no existe más.

En ese libro, Orwell simplemente expresa la nueva fórmula del industrialismo gerencial, el cual construye máquinas que actúan como hombres y cría hombres que actúan como máquinas. Esto conduce a una era de deshumanización y completa alienación en la que los hombres son convertidos en cosas y se transforman en apéndices del proceso de producción y consumo.

Por el contrario, el humanismo es la preocupación por el ser del hombre, por lo que el hombre es en el fondo de su ser. La contribución del humanismo a la medicina actual ha sido haberle encontrado su tercera dimensión, la dimensión espiritual, entendida como tal, la sublimación del pensamiento y del sentimiento, comparable a la de los valores éticos de la civilización, pues sin ellos esta última quedaría frustrada.

Augusto León (18) considera que en el desarrollo de la personalidad del médico intervienen varios factores: 1. La base propiamente dicha, suma del conocimiento científico y las habilidades técnicas suministradas por la escuela de medicina durante la etapa preliminar de los estudios de pregrado. 2. Una superestructura representada, por un conjunto de cualidades de diverso orden: a. Su conducta moral, b. El sentido humanitario que imprime a su gestión, tolerancia, bondad, altruismo y c. Humanismo, en lo concerniente al conocimiento de la literatura, arte, historia, filosofía, letras, política.

León considera que los estudios humanísticos en medicina no son una panacea pedagógica ni simples arabescos decorativos alrededor de un núcleo central de educación científica. Ellos permiten adquirir la formación intelectual indispensable, exigida por la naturaleza cambiante de la medicina y de la

sociedad para la protección del paciente y de su integridad como ser moral. Comparto plenamente estas opiniones de mi maestro, el Dr. Augusto León, lo mismo cuando expone que la ética puede constituir el enlace entre las disciplinas biomédicas y las restantes de carácter humanístico.

En otro ensayo Augusto León (19) lo sintetiza diciendo: Considero irrefutable los siguientes hechos: 1. El humanismo es un complemento del conocimiento científico. 2. La renovación tecnológica nos capacita para "poder hacer" no para "saber hacer".

Otto Lima Gómez (20) piensa que definitivamente no podemos sentirnos orgullosos en estas décadas finales del siglo XX. Nos acompañan profundos sentimientos de frustración. La revolución tecnológica ha fracasado estrepitosamente en aspectos que son esenciales para la felicidad humana. Los modelos de desarrollo social cuya meta ha sido el crecimiento industrial no han rendido los frutos esperados. El hombre requiere confort, ciertamente, pero requiere sobre todo seguridad, compañía y plena libertad para la convivencia, la comunicación y la realización. Todo ello es esencial para la salud.

Por consiguiente, el primer deber del médico internista es tratar más que problemas físicos o químicos, el problema del hombre enfermo, con su personalidad psíquica y somática, con su mundo espiritual, con su núcleo familiar y social, quien espera de nosotros ayuda técnica y psicológica, apoyo moral, sentido humano, conciencia profesional, que es lo que debemos preservar si queremos que la medicina mantenga su dignidad y su respeto.

Ignacio Chávez (21), fundador del Instituto de Cardiología de México y ex Rector de la Universidad Autónoma de la misma ciudad se ha preguntado ¿Qué hacer? Los cambios sociales de nuestro tiempo, los cambios científicos y tecnológicos inherentes al progreso son factores que no están en nuestras manos detener. Si las técnicas avanzadas han venido a cambiar la faz de nuestra medicina, ¿Quién puede estar en contra del avance constante de la tecnología, aun cuando nos abrume con todo el peso de su instrumental?

Todo ese armamento, ofrece ventajas y origina riesgos, entendido como lo es, como un medio y no como un fin, el avance tecnológico es de un valor inestimable y del uso inteligente que hagamos de él depende que seamos sus amos o sus esclavos, pidiéndole al instrumento sólo la información, no las decisiones y no caer en la trampa de la tecni-

ficación masiva a costa de nuestra devastación intelectual.

Hay que realizar una síntesis de la cultura con la ciencia; de la tecnología con el humanismo; de la unidad y la multiplicidad; de lo antropológico con lo sociológico; de la investigación con la educación y de lo tradicional con lo reciente, para no desperdiciar así ninguna vía de atender al hombre en la totalidad de los problemas que confronta. Todo ello representa la convergencia de esfuerzos destinada a otorgarle un nuevo perfil a la medicina interna que sin darle la espalda al individuo deberá atender en forma cada vez más eficiente a las agrupaciones humanas (22).

Señoras y Señores, mientras juntos paseábamos por los jardines de Akademos dialogando sobre aspectos trascendentales del quehacer médico, el tiempo ha pasado, la tarde ha caído y se hace necesario concluir, pero antes quisiera dejar como motivo para la reflexión de los Señores Académicos los hermosos versos del poeta español Antonio Machado:

¿Para qué llamar caminos
a los surcos del azar?...

Todo el que camina anda
Como Jesús sobre el mar
Todo pasa y todo queda
pero lo nuestro es pasar
pasar haciendo caminos,
caminos sobre la mar
Al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pasar
caminante, no hay camino
sino estelas en la mar
Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
caminante no hay camino,
se hace camino al andar.

REFERENCIAS

1. Bean WB. Ocassional notes. Origen of the term internal medicine. N Engl J Med 1982;306:182-188.
2. Flexner A. A medical education in United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the teaching. Bulletin N° 4, Washington Science and Health Publication 1910.
3. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine. I. The constraining fundamental paradigms. Ann Intern Med 1983;99:393-397.
4. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine. II. The limitations of randomized trials. Ann Intern Med 1983;99:544-550.
5. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine. III. The challenges of comparison and measurement. Ann Intern Med 1983;99:705-712.
6. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine. IV. The development of clinimetrics. Ann Intern Med 1983;99:843-848.
7. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
8. Balint M. The doctor, his patients and the illness. New York: International University Press. Inc.; 1957.
9. Rodríguez Casas J, Feldman M. La historia clínica. Nuevos desarrollos. Memorias del 1° Congreso Venezolano de Medicina Interna, Caracas, 13 al 18 de mayo, 1974.
10. Von Weizsacker. El hombre enfermo. Barcelona, España: Editorial Luis Miracle; 1956.
11. Machado A. Antología poética. Navarra, España: Salvat Editores; 1970.
12. Lain Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Barcelona, España: Salvat Editores SA.; 1984.
13. Gibrán K. El profeta. Buenos Aires, Argentina: Editorial y Librería Gouncourt; 1972.
14. López JE. Bases modernas de la medicina interna. Memorias del IV Ciclo de Conferencias "La Ciencia en Venezuela" Tomo 4. Universidad de Carabobo, Dirección de Cultura; 1976.p.229.
15. León Cechini A. Humanización de la medicina. Gac Méd Caracas 1985;93:79-96.
16. León Cechini A. Humanizar la medicina. Gac Méd Caracas 1986;94:153-167.
17. Gómez OL. El hombre y la enfermedad. Caracas: Editorial EXLIBRIS; 1996.
18. Chávez I. Grandeza y miseria de la especialización médica. Aspiración a un nuevo humanismo. GEN 1960;14:333-344.
19. Benaím Pinto H. Medicina de la integridad. Acta Méd Venez 1968;15:102-104

Discurso de bienvenida pronunciado por el Académico, Dr. Carlos A. Hernández H.

Dr. Carlos A. Hernández H.

Individuo de Número
Sillón XXV

En aquel setiembre de 1948 la muy ilustre Universidad de Los Andes, abría otra vez sus puertas a la nueva generación de médicos que iniciaba su formación ese año. Entre esa juventud, que había definido algunas de sus ambiciones y escogido el claro camino que debía seguir para llegar a la meta, estaba el porteño Br. José Enrique López, quien llegó allí, enviado por su madre, primero, por que no habían estudios de medicina en Carabobo y segundo, para que el clima merideño compensara las diferencias que tenía en cuanto a talla y peso; el flaco Br. López, efectivamente disfrutó de las bondades de ese ambiente y allí comenzó a cumplir su destino, el cual ya había sido señalado de acuerdo con aquel “Manual de interpretación de los sueños”, que su madre Doña Concepción Loreta y sus tías: María Antonia y la Nena, consultaron ante la expectativa del próximo nacimiento de un quinto hijo que estuvo precedido por cuatro hermanas mayores.

Jamás los dioses trajeron tanta alegría a una familia, ni tampoco habían sido tan acatados y respetados sus designios, pues anunciaron la llegada de un varón que sería médico. Desde entonces su progenitora se dedicó a cultivar el espíritu de su próximo bebé, para que allí naciera y floreciera una vida de médico ejemplar.

La tarea no fue fácil: el padre muere precozmente por accidente cerebro vascular isquémico, antes de que el hijo hubiera cumplido un año de edad. Siguió a esto una vida de carencias y estrecheces amainada por el laborioso empeño de la madre y las tías, quienes como venezolanas de esa época, eran muy hábiles en oficios del hogar, especialmente en tejidos y costuras que contribuyeron a la manutención con decoro de aquellos cinco niños huérfanos de padre. La vida no tenía que haberle resultado tan difícil, pues el padre les dejó de herencia tres casas de habitación: una para vivir y dos para alquilarlas,

Leído en el Paraninfo del Palacio de las Academias el 06 de julio de 2000.



Figura 2. Discurso de bienvenida al Dr. José Enrique López, leído por el Académico, Dr. Carlos Hernández H.

pero el beneficio obtenido no fue esperado y la madre se lo reseñó al hijo con el siguiente consejo: “Hijo, no le alquiles nunca a abogados ni militares, porque no pagan”. Otros consejos fueron más edificantes y valiosos para la formación del espíritu de aquel médico en potencia, como fueron los siguientes: “No esperes recompensas por tus actuaciones o éxitos, no eres moneda de oro para que te acepte todo el mundo, tampoco guardes rencor nunca a nadie por tal comportamiento, eso sí, agradece a todas las personas que te ayuden, ellos no tenían la obligación de hacerlo; guárdales un lugar adecuado en tu corazón”, “descubre las buenas cualidades de tus amigos, no pienses en defectos, sólo así podrás disfrutar permanentemente de su compañía”, “el respeto mutuo, la tolerancia y la comprensión son importantes para conservar las amistades”, “todas las noches al acostarte, piensa qué pudiste hacer hoy por los demás y qué hiciste para tu formación personal, al prepararte mejor podrás ayudar más a tus semejantes”, “ama las cosas bellas de la vida”. Como

ellos vivían en una casita que se comunicaba con el mar, la madre reunía a sus hijos para que contemplaran un amanecer o un atardecer de aquel mar de Puerto Cabello; en ocasiones los llevaba a San Esteban para que contemplaran la belleza lujuriente de la selva tropical. “Cuida tus pacientes cuando apliques un tratamiento” y le decía “nunca inyectes en el brazo, hazlo en la nalga, es preferible que produzcas un cojo que un manco”, “hijo, para que se puedan cumplir tus aspiraciones debes soñarlas y anhelarlas con vehemencia. Aun cuando no la consigas, recuerda que lo importante no es el logro a obtener, sino todo lo que soñaste y anhelaste para intentar obtenerlo”. Estos consejos fueron la preparación filosófica para vivir la vida de médico en la que él ya se había iniciado, pues nunca el pequeño José Enrique tuvo otros juguetes, ni practicó otros juegos que no fueran con maletines de médico, estetoscopio, etc., con enfermos simulados, colocándoles ungüentos, vendas, etc.

Fueron congruentes los juegos que le estimularon y con consejos que daba su señora madre, le permitieron desarrollar su personalidad como médico.

No hay duda de que la consulta con el libro de la interpretación de los sueños, hizo que la madre y las tías se dedicaran a formar su Esculapio y ellas repitieron las tareas de Quirón, tuvieron éxito en su propósito y hoy estamos recibiendo en nuestra Corporación a un médico exitoso y ejemplar, portador de los conocimientos para hacer el bien y de una personalidad que le ha permitido ser un modelo para la vida de los médicos y sobre todo de la docencia médica.

Nunca nadie mejor para ocupar el Sillón XVII que nos dejó vacío la partida del Profesor Dr. Pablo Izaguirre, todos conocemos su obra científica, que no repetiré, sólo señalaré los aspectos humanos que yo pude apreciarle: le conocí cuando era estudiante de la primaria en el Colegio Sucre de Caracas, y su director el Dr. J M Nuñez Ponte, por coincidencia también valenciano distinguido, me señaló que el joven Izaguirre, un estudiante de los años superiores, era el encargado de pronunciar un discurso en honor a su excelencia el Nuncio Apostólico y entonces me dijo que ese joven, por todas las características de su personalidad, llegaría a ser un venezolano importante. Posteriormente me encontré nuevamente con él en mis estudios de medicina y, cuando empecé mi carrera docente, fue él quien me inició en la enseñanza de las prácticas de anatomía, donde fue uno de los discípulos preferidos del Doctor José Izquierdo. Llegó a ser Presidente de la Academia Nacional de

Medicina y tuve el honor de recibir de sus manos mi diploma de Miembro Correspondiente Nacional el día 5 octubre de 1878.

Logrados los propósitos de su estadía en Mérida, López aprueba los dos primeros años de estudio de medicina y al finalizar se inscribe en la Facultad de Medicina de la Universidad Central para continuar su carrera pero, finalizado el tercer año de estudios, la Universidad Central es clausurada en 1952 por orden del General Marcos Pérez Jiménez, y nuestro protagonista, piensa en cuál Universidad le convendría continuar sus estudios, que tuviera una patología médica similar a la nuestra, de país pobre, y escogió a Brasil y a su Universidad de Sao Paulo ¿Cómo hacer para sufragar su manutención y los gastos universitarios en ese país?

Habla con su madre y las tías y les plantea el problema, y otra vez ellas logran poner de acuerdo a los dioses y al azar. La solución propuesta fue reunir entre todas, el dinero para comprar un billete de lotería, el inolvidable número 23 850 que fue el billete ganador del primer premio. Así los deseos se cumplieron, y los sueños se hicieron realidad y José Enrique López, se hace alumno de la muy ilustre Universidad de Sao Paulo, donde cumple los años que le faltaban en su formación para llegar a ser médico y el 2 de diciembre de 1954 obtiene el ansiado título, después de una trayectoria estudiantil sobresaliente.

Revalida en la Facultad de Medicina de la Universidad Central el 31 de julio de 1955. Pero este hombre protegido por Dios, de los dioses y de los hados, no se queda en esto, lo agradece y lo disfruta, sino que por el contrario se dedica a trabajar intensamente, sigue estudiando y creando.

Su vida profesional se enriquece y regresa a Caracas para realizar entre 1959 y 1961 el posgrado de medicina interna, donde se encuentra con los brillantes Profesores Dres. Enrique Benaím Pinto, Augusto León y Otto Lima Gómez, a quienes el distinguido alumno, quien es nuestro beneficiario, los recuerda con emocionado afecto y reconocimiento y descubre en ellos las virtudes que su madre les señalaba, como las características del médico ideal, y si López, ya tenía esa descripción que su progenitora le hizo, ahora la realidad se lo muestra: ¿No son ellos los desinteresados profesores que regalan sus conocimientos sin otra recompensa que la expectativa de que sus alumnos los emulen? ¿Y no es eso, precisamente la posibilidad de trascender en los jóvenes de cada generación como

médicos ejemplares?

Esos profesores fueron los modelos de una ética médica vivida y comunicada en cada uno de los eventos de la vida hospitalaria y de la vida de cada uno de los pacientes que hacen partícipe a su médico, en este caso los dignísimos profesores que hemos citado, de sus problemas y angustias existenciales. Aquí se cierra un ciclo de formación profesional para ser buen médico; la adquisición de conocimientos había llegado a un nivel superior y la transmisión de las características de personalidad que deben acompañar a estos conocimientos se habían integrado. Desde ese momento nuestro recipiendario siguió dos caminos: hacer clínica y hacer docencia.

Esos dos caminos fueron coronados con éxito, el de la clínica hasta alcanzar la Jefatura de Servicio y Jefe de Departamento Médico, y el de la docencia desde Instructor hasta Jefe de Cátedra y Jefe de Departamento Médico Docente.

Alcanza el título de Doctor en Ciencias Médicas el 22 de junio de 1962 en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela con el trabajo intitulado "Diagnóstico diferencial del líquido ascítico mediante métodos bioquímicos y electroforéticos", trabajo realizado en el Laboratorio de nuestro recordado Académico Dr. José Antonio O'Daly Sierraille, también de Valencia, y quien gustosamente le dio todas las facilidades; este trabajo fue dirigido por el Dr. Enrique Benaím Pinto.

Continúa produciendo trabajos científicos e investigando. Publica textos en números de 6, monografías en 19 ocasiones y 95 trabajos científicos. Son publicados en revistas nacionales y extranjeras, que han motivado a 37 profesionales a solicitar separatas de los mismos y 5 de estos trabajos han sido reproducidos en revistas extranjeras de renombre.

Nuestro nuevo Académico ha contribuido con sus trabajos y esfuerzos en: Congresos, Jornadas, Simposium y Mesas Redondas en 67 de estas actividades. Es Miembro de 12 Sociedades Científicas, una de las cuales es nuestra Academia Nacional de Medicina, que hoy lo ha elevado a la categoría de Individuo de Número. De ellas ha recibido múltiples distinciones y obligaciones que lo complacen.

Nuestro homenajeado ha sido distinguido con Condecoraciones de entidades regionales y nacionales en varias oportunidades que lo enorgullecen.

El pasado 29 junio presentó su trabajo de incorporación intitulado "El antígeno prostático

específico y su densidad en el diagnóstico de la hiperplasia prostática benigna y del adenocarcinoma de la próstata". Fue el Académico, Profesor Dr. Augusto León quien le hizo el juicio crítico de una manera brillante.

José Enrique López, nos presenta hoy, en el día de su Juramentación como Numerario de nuestra Institución, su posición doctrinaria ante el ejercicio de la clínica, la aplicación de la tecnología y la relación médico-paciente, basadas en su propia experiencia y en la revisión exhaustiva de los mejores pensadores y filósofos de la medicina mundial y de la nuestra, entre ellos de Augusto León, Enrique Benaím Pinto y Otto Lima Gómez.

Me hago solidario de sus conceptos y de sus apasionadas confesiones sobre las emociones muy profundamente vividas en su intercambio profesional con sus pacientes. "El enfermo es un ser indigente y menesteroso, es también un ser oferente y a este intercambio personal lo llama asistencia médica"; en esta relación de intercambio entre dos vías, arribamos a los aspectos cognoscitivos que es el diagnóstico y a la relación única e intransferible entre esas dos personas. Esta relación es la base de todo el proceso médico desde el encuentro de estos dos protagonistas hasta el desenlace de esta relación y, en el sedimento de su personalidad, la figura del internista se llena de cualidades: es una estructura moral sólida, una vocación y un apostolado que lo lleva satisfacer los pedidos del enfermo y a ser generoso.

Esta ha sido su vida de médico y en su vida de hombre otros amores florecieron. Se casó con Carmen Jacinta Salazar, otra integrante del equipo médico, pues ella es enfermera y fundó familia; de su unión nacieron un varón y una hembra: José Enrique y Yolanda Concepción y tal fue la influencia de la figura paterna que ambos se graduaron de médicos y estudiaron posgrados de medicina interna. Su hija se casó, y para completar el fervor de los López por la especialidad, aparece un nuevo hijo el 4° internista de la dinastía. Completan así un cuarteto de servicio para Valencia y pueblos vecinos y ahora la vida lo premia regalándole cinco nietos.

Ahora distraigo unos minutos para felicitar en ausencia a Doña Concepción y de sus tías María Antonia y la Nena por su perspicacia, amorosos cuidados y a su empeño en que fuera médico. A sus hermanas: Olga Josefina, Mery Yolanda, Alicia Beatriz e Isabel Teresa y a Carmen Jacinta, en su papel de esposa leal, solidaria, amorosa y abnegada

compañera, que supo criar y educar a sus hijos para que hoy sean sus mejores amigos y colegas. Felicito a sus cuatro hijos José Enrique, Yolanda Concepción, Humberto Fasanella y a Marina García, esposa de José Enrique, por la buena suerte de tener tal padre.

La vida docente de López, empieza muy temprano, desde Preparador y siguió rigurosamente todas las etapas exigidas hasta alcanzar la Jefatura de Cátedra y la Jefatura del Departamento Médico Docente. Fue tal su dedicación y esmero en la realización de este ministerio ejercido como un sacerdocio, que no pudo pasar desapercibido por sus alumnos, quienes se lo recompensan con la designación como Padrino de la V Promoción de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Carabobo en 1968. Cuatro Promociones del Posgrado de Medicina Interna, las de los años 1991, 1992, 1993 y 2000 llevan su nombre. Recientemente ha sido distinguido con el título de Presidente Honorario del XI Congreso de la Sociedad Venezolana de Medicina. Además ha sido escogido por muchos de sus alumnos como tutor de tesis de grado.

Otros intereses tiene el Dr. López, entre los cuales resalta el ser coleccionistas de obras de arte y el de habernos deleitado con charlas de este tipo en nuestras reuniones de los jueves. Fue Vicepresidente del Ateneo de Valencia, lo cual lo ha llevado a ser protector de artistas.

Este es el personaje que hoy llega a nuestra Corporación, en reconocimiento a su dilatada vida de clínico y docente, y a su bonhomía adornada con la humildad del científico y del que puede ser generoso, porque tiene mucho que dar. También la sociedad valenciana le ha reconocido sus rectos procederes de ciudadano honesto, en un mundo guiado por la ética fundamentalmente humana con la que se ha identificado.

Dr. José Enrique López, reciba las felicitaciones de la Junta Directiva, la de los Señores Académicos y la mía propia, para que usted ocupe el Sillón XVII y lo invito cordialmente a sentarse a nuestra Mesa Académica. Sea usted bienvenido.

Notas bibliográficas

“Vejiga hiperactiva” por el Dr. Julio César Potenciani R, Editorial Ateproca, Caracas 1999. Formato 21,5 x 15; 372 páginas y algunas gráficas y diagramas.

Dr. Oscar Chacón

Miembro Correspondiente

En este libro se plantea y discuten exhaustivamente los diversos aspectos clínicos, actualizados y aún controversiales, que giran alrededor de la disfunción vesical, motivo de profundos análisis por destacados investigadores de una patología que es y seguirá siendo motivo de estudio, como lo corroboran, las casi 400 referencias bibliográficas del libro.

En el texto, dividido en varios capítulos, destaca el capítulo I por incluir interesantes definiciones de la amplia terminología empleada, unificar ideas, variedad de criterios relacionados todos al sistema urinario inferior, homologar términos y conceptos para hacerlos más comprensibles y utilizables. Del capítulo II al VI se detallan las características anatómicas, funcionales y neuro-urológicas involucradas en el acto de la micción, en la función de almacenamiento del órgano vesical y la hiperactividad vesical en sus diferentes aspectos

etiopatogénicos, epidemiológicos y de valoración clínica y video-radio-urodinámica.

Después de analizar y discutir la clasificación de la disfunción neurogénica vesical y su incidencia infantil y en la ancianidad, en los siguientes capítulos, el número XII es uno de los más importantes al estar dedicado ampliamente al tratamiento de la vejiga hiperactiva. En este punto hace una descripción detallada y minuciosa de las variedades terapéuticas, farmacológicas, fisioterápicas, interferenciales de facilitación y estimulación neuromuscular, quirúrgicas, endoscópicas, así como psicoterápicas, hipnoterápicas y acupunturistas.

En conclusión, esta publicación monográfica que analiza y desmenuza el tema de la vejiga hiperactiva, es de utilidad para el clínico, para el especialista urólogo, ginecólogo, neurólogo o geriatra, que logra mantener el interés del lector por la metodología y la claridad didáctica de los conceptos expresados.