

*Eva Essenfeld de Sekler**

Este número 2 del año 2006 celebra con emoción y orgullo los 50 años de la Fundación de nuestra Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

Su edición ha sido laboriosa y hecha con amor a nuestra Sociedad y a nuestra Especialidad; constituye un viaje a través de la historia de la Especialidad, pero también su presente y futuro, como se puede ver en los artículos que la constituyen.

La incansable labor de toda las Juntas Directivas y la lucha por la medicina interna están reflejadas en el primer artículo, que constituye un arduo trabajo de recopilación de todas las etapas de nuestra Sociedad.

La Galería histórica (primera de varias que serán publicadas en los números siguientes de este año cincuentenario) nos pone frente a frente con los Fundadores y ex-presidentes, y en muchos de nosotros despierta recuerdos y nostalgia, así como agradecimiento, por quienes aún sin estar físicamente presentes, viven en el corazón de los internistas y han sido NUESTROS MAESTROS.

La labor del internista en todas las áreas del quehacer médico, especialmente la docencia, se plasma en los tres artículos de pregrado y posgrado, y allí se proponen importantes lineamientos de cambios para el futuro, con el fin de adaptarnos a la realidad que vive Venezuela, y sus Facultades de Medicina. A ello se agregan los lineamientos de los Estandares de la educación médica de posgrado, también presente en esta publicación.

La investigación en múltiples áreas está plasmada en la recopilación y análisis de las Jornadas de Egresandos de la SVMÍ, con la presentación de los Trabajos Especiales de Investigación y deben servir de ejemplo para continuar en esta línea.

Finalmente, se presenta un importante documento sobre la relación del internista con los dispensadores de salud en nuestro país, que expone todas las situaciones por las cuales *“El médico internista forma parte del recurso humano necesario para garantizar la eficacia y eficiencia de las instituciones de salud y, por su formación científica y humanística, está capacitado para ejercer funciones académicas, asistenciales, docentes, de investigación, social-comunitaria, gremial y administrativa; de allí que el internista no sólo es un valioso recurso humano de los servicios de medicina de los grandes hospitales, sino que ha demostrado competencia y liderazgo en el equipo de salud en todos los niveles de atención”*

Espero, en nombre del Comité Editorial, que este histórico número de nuestro Órgano Oficial, sea del provecho y agrado de todos nuestros lectores

* Médico Internista, Ex-presidenta de la SVMÍ, Editora de la Revista Medicina Interna, Caracas

Historia y biografía documentadas de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

Israel Montes de Oca*, Alberto Leamus*, Eddie Kaswan*, Pedro Armas**

*“Lo trascendental se plasma con la historia pero la biografía descubre sus raíces”
I.M.*

INTRODUCCIÓN

La Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna del período 1994-1996, presidida por el Dr. Rito Prado Pérez, conjuntamente con el Consejo Editorial de la Revista Medicina Interna, presidido por su editor, Dr. Carlos A. Moros Ghersi, decidieron dedicar el primer número del volumen del año 1996, a la conmemoración del 40º aniversario de la Fundación de la Sociedad, para ser entregado durante la instalación del IX Congreso Venezolano de Medicina Interna celebrado en Maracaibo del 21 al 25 de mayo de 1996. Por tal razón los autores de este documento fueron invitados a recoger la Historia de la Sociedad desde su fundación hasta esa fecha.

Después de 10 años de esta publicación¹ y con razón de la celebración de los 50 años, de la SVMI, la Junta Directiva presidida por la Dra. Trina Navas (2005-2007) nos encargó realizar una actualización de este documento y que recogiera los hechos, labores y avances más importantes, promocionadas por las diversas juntas directivas desde el año 1996 hasta el presente.

Puede considerarse que el desarrollo de la especialidad de medicina interna en Venezuela, se divide en 2 etapas históricas, altamente significativas, constituidas por los hechos médicos y académicos acontecidos antes y después de su fundación, ocurrida en 1956, gracias al esfuerzo y promoción de una pleyade heterogénea de especialistas de la época, que consideraron en aquella oportunidad la necesidad de tener una organización que permitiera hacer conocer la trascendencia de servicio y doctrina de la especialidad de medicina interna.

Inicialmente, antes de su fundación, hubo precedentes que permiten pensar que era aquel el momento de dar tan significativo paso, porque no existía una conceptualización en la comunidad médica, de lo que constituía la medicina interna y mucho menos acerca de su origen, métodos y objetivos.

A comienzos del siglo XX existía en Venezuela, la figura del médico clínico que practicaba la parte de la medicina denominada clínica médica, que por su esencia y raíces se constituyó en la base de una especialidad que con más amplio significado y sentido se conocía desde 1882 en Alemania, como medicina interna.

Por lo tanto, la creación y fundación de la Sociedad se realiza más como una necesidad de afirmar doctrina y concepto, que de aglutinar a diversos especialistas en una práctica tan exigente como la

* Ex-presidentes de la SVMI.

** Internista.

medicina interna, la cual ha tenido tal desarrollo e importancia en los servicios de la salud pública nacional, que su consolidación actual no admite ambigüedades de definiciones sino oportunidades de acción, las cuales no le han sido facilitadas por las autoridades de salud de Venezuela, en los 50 años de su existencia.

En el campo histórico, los hechos ocurridos, deben ser conocidos, porque constituyen una de las vías para poder interpretar el pasado de la medicina nacional, porque hubo muchas dificultades, luchas y esfuerzos intelectuales de los promotores de la especialidad en el país. Esos factores se caracterizaban siempre por problemas políticos, sociales y económicos; pero que no impidieron concretar la idea de hacer una realidad institucional la fundación de la Sociedad.

Hemos denominado este trabajo “Historia y biografía documentadas de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna” por dos razones. La primera, porque no consideramos sólo la historia de la medicina en Venezuela como un conjunto de hechos sucedidos en forma aislada y de carácter cronológico, sino que va más allá del acontecer histórico; es el papel de los hombres y mujeres que la produjeron con su entusiasmo, intelecto, inteligencia, organización y desprendimiento; ellos nos legaron un organismo del cual nos sentimos orgullosos todos los internistas venezolanos. La segunda es que nuestra fuente de información fueron los propios documentos de la SVMI²⁻⁴, y de su estudio y análisis surgen las evidencias que reflejan la realidad de los acontecimientos y de ese modo hacer justicia a sus protagonistas. La historia no existe sin los hombres, no nos limitaremos a vivir sin ella, hagámosla con el legado que nos dejaron los hombres que nos precedieron en esta labor única en beneficio de la salud de los venezolanos y hacer honor y reconocimiento igualmente a los líderes actuales de la organización.

Hablar de la historia de la Sociedad, es describir la continuidad de sus actividades desde su fundación hasta el momento actual. La característica primordial de todas las juntas directivas ha sido la de crecer, sin nunca apartarse de la doctrina de la medicina interna, por ser ella una especialidad incólume por la esencia misma de sus objetivos, metas y misiones.

Etapas preliminares a la fundación de la SVMI

La Sociedad Alemana de Medicina Interna es la más antigua y fue fundada en 1882, por Frerichs y Leyden (1832-1919)⁵. El número inicial de sus miembros fue de 188. Las palabras de Frerichs refiriéndose a la motivación de la iniciación de la Sociedad fueron las siguientes:

“Se trata de establecer un lazo espiritual a los fines de mantener y cultivar conscientemente el concepto de la UNIDAD DEL ORGANISMO HUMANO, propio de la Medicina Interna”.

Dos años antes, también en Alemania los médicos acuñaron por vez primera el término medicina interna, *Interne Medizin*^{6,8}, con el fin de diferenciar un área de la asistencia médica de la patología externa y del concepto clásico para la época, de clínica médica, que se limitaba sólo al estudio de la enfermedad y no al de la persona enferma. Este concepto, al pasar a Francia, fue identificado como el de patología interna (*Pathologie Interne*) y al llegar a España, se definió como clínica médica.

Los médicos alemanes que emigraron a finales del siglo XIX a Estados Unidos de Norteamérica, llevan consigo la doctrina de la Medicina Interna y en ese país se empezó a denominar como: “*Internal Medicine*” y ya para 1908 se publica por primera vez la revista norteamericana “*Archives of Internal Medicine*”. En la primera parte del siglo XX William Osler fue uno de sus más prominentes promotores.

En nuestro país, por la influencia de la medicina europea, lo primero que se creó fueron las cátedras de clínica médica⁹, y ya entrada la primera mitad del siglo XX, es cuando surge el interés de formarse como internista; por tal motivo muchos pioneros de esta Sociedad fueron autodidactas, y otros se habían formado en las Cátedras de Clínica Médica y es en 1950, cuando comienzan a llegar los primeros especialistas en medicina interna formados en el exterior, dándose comienzo al movimiento médico que llevó a la fundación de la Sociedad. La razón por la cual inicialmente participaron en su creación y fundación muchos especialistas de otras disciplinas fue el escaso número de internistas existentes. En el año 1959, se inician los posgrados de medicina interna en nuestro país, de donde emergen todas las nuevas generaciones de internistas con formación

académica, que van a incrementar el número de sus miembros.

Como ha sido señalado en muchas ocasiones, los términos de medicina interna y el de médico internista, no han sido suficientemente entendidos para transmitir a la colectividad y hasta a los mismos médicos y autoridades sanitarias el tipo de servicio que puede proporcionar la especialidad. Ante la limitación y dificultad para definir a la medicina interna, es apropiado que citemos a Keefer quien sostiene que “es más fácil definir al especialista en medicina interna por lo que hace, que por la denominación que recibe”.

En la primera mitad del siglo XX y por influencia de la medicina francesa, se inició en Venezuela la práctica de la Clínica Médica y se funda la primera Cátedra el 10 de marzo de 1894 en la Universidad del Zulia, regentada por el Dr. Manuel A. Dagnino. El 6 de marzo de 1895 se funda la Cátedra de Clínica Médica de la UCV con sede en el Hospital Vargas de Caracas, dirigida por Santos Anibal Dominici hasta el año 1901: su lección inaugural se publicó en la Gaceta Médica de Caracas, el 3 de marzo de 1895. Desde 1901 a 1936 dirigieron dicha cátedra los Dres. Juan de Dios Villegas (1901-1904); Manuel A. Dagnino, Manuel Fonseca (1904-1912). Francisco A. Rísquez y Luis F. Blanco lo hicieron desde 1912 a 1919. Eduardo Fernández, Beltrán Perdomo Hurtado, Tomas Landaeta Sojo, Héctor Landaeta Payares y Héctor Cuenca la ejercieron sucesivamente hasta el año 1935.

El Dr. Santos Anibal Dominici, de nuevo en el país, en 1936, obtiene la Jefatura de la Cátedra por concurso y la ejerce hasta 1945.

Posteriormente surgieron otros destacados clínicos cuya labor debemos reconocer por ser los que consolidaron la clínica médica en el país como fueron: Dres. J.M. Ruiz Rodríguez quien sustituyó a Dominici; René Finol; Pedro Misle Peña; Carlos Gil Yépez; Rafael Hernández Rodríguez; Francisco Samaniego; Gabriel Trompiz y Cecilio Terife.

En 1949 Leopoldo García Machado, entonces, Director de Hospitales del MSAS, con motivo de la inauguración del Hospital de Valencia, contrató al internista alemán Henrich Berning para iniciar la formación de especialistas en medicina interna en nuestro país.

Es esta la primera vez que se empieza a utilizar el término medicina interna en Venezuela. El Dr. Adolfo Starosta, entonces radicado en Valencia recibió la influencia y las bondades de este nuevo concepto. Desde 1949 al 1956, fue un período de desarrollo de la Clínica Médica y sirvió de base a la formación del Médico Internista, especialmente en el Hospital Vargas de Caracas, con las directrices de Henrique Benaim Pinto y Otto Lima Gómez; en Maracaibo con Augusto León y José A. Lamberti y en Valencia, con Adolfo Starosta.

Primeras fases y origen de la SVMI

En 1956, con motivo de la inauguración del Hospital Universitario de Caracas, se crean nuevas Cátedras de Clínica Médica y con las preexistentes en el Hospital Vargas, permitieron a sus integrantes concretar la idea de la fundación de una Sociedad Científica, que reuniera a todos aquellos especialistas que tuvieran interés en el desarrollo de una medicina integral, más centrada en el enfermo, considerado como persona y no sólo como un ente que sufre una enfermedad determinada. Es esta una de las bases doctrinarias de nuestra especialidad.

Como había necesidad de fomentar y de promover esta doctrina, sus principales promotores determinaron la consecución de una primera meta como fue la fundación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. El 18 de abril de 1956 se convocó a una Asamblea para realizar el Acta Constitutiva de la misma; asistiendo 90 Miembros que se constituyeron en sus Fundadores, de los cuales sólo 22 de ellos eran internistas (Tabla 1).

En la misma se eligió la primera Junta Directiva presidida por el Dr. J.M. Ruiz Rodríguez (Tabla 2) y se aprobó la realización de reuniones mensuales, que incluía una parte administrativa y otra científica y al mismo tiempo se rindió homenaje a Beltrán Perdomo Hurtado, considerado como pionero de la especialidad en el país en ese momento. La primera exposición científica mensual, estuvo a cargo del Dr. Adolfo Starosta, quien presentó el trabajo: “El uso de la mostaza nitrogenada en el síndrome nefrótico, presentación de 3 casos” y se realizó 1 mes después de convocada la primera asamblea.

Tabla 1
 FUNDADORES
 18 ABRIL DE 1956
 Lugar: Colegio de Médicos del Distrito Federal, Hora: 08:00 pm.

Dr. Henrique Benain Pinto	Dr. Otto Lima Gómez
Dr. Frank Rísquez Cotton	Dr. Alberto Aagaard
Dr. Tulio Villalobos	Dr. Francisco Herrera Luque
Dr. Adolfo Starosta	Dr. Máximo Corrales
Dr. Luis Alberto Muro	Dr. Teodoro Uzum-Haedel
Dr. J.R. Zerpa Morales	Dr. J.M Ruiz Rodríguez
Dr. Edward Grom	Dr. Hans J. Gathman
Dr. Juan Calistri	Dr. J.R. Velásquez Reyes
Dr. Hector Artiles Huerta	Dr. Enrique Pimentel Malausena
Dr. Elías Pinto Pilo	Dr. Hans Osott
Dr. Pablo Oliendo	Dr. Armando Pérez Lozano
Dr. Pedro González Rincones	Dr. Raul Valery
Dra. Zaida Páez de Andrade	Dr. Pedro Luis Ponce D.
Dr. José Barnola	Dr. Fernado Rísquez
Dr. Aquiles Armas	Dr. Fuad Lechin
Dr. Francisco Kerdel Vegas	Dr. Alberto Drayer B.
Dr. Eduardo Hirsch Aut	Dr. José Luis Vethencourt
Dr. Rafael José Neri	Dr. José Lucio González
Dr. Edmundo Vallecalle	Dr. Fritz Miller
Dr. Rafael Millan Guilarte	Dr. Bernardo Gómez
Dr. Marcel Granier D	Dr. Alejandro Aguayo
Dr. Angel Bajares	Dr. Juan Delgado Blanco
Dr. Carlos Gil Yépez	Dr. Otto Osorio C
Dr. Carlos Arreaza Plaza	Dr. Alfonzo Müller Rojas
Dr. Patricio Penuela Ruiz	Dr. Feliciano Acevedo Gallegos
Dr. Cesar Herrera Pinto	Dr. Gabriel Trompiz
Dr. Alberto Sira Gutiérrez	Dr. Pedro Castro
Dr. Cecilio Terife	Dr. Rene Finol
Dr. Francisco Samaniego	Dr. Alfredo Plachart
Dr. Alfonso Jacir	Dr. Gilberto Morales Rojas
Dr. Miguel Ruiz Guia	Dr. Ibañez Petersen
Dr. Moises Feldman	Dr. Fidas Bianchi Cayama
Dr. Chichi Coronil	Dr. Elio Chamate
Dr. Julio Lander	Dr. Mijares Gómez
Dr. David Belleli	Dr. Simón Beker
Dr. Eduardo Páez Pumar	Dr. José Rafael Rangel
Dr. Guillermo Olaizola	Dr. José Antonio Carbonell
Dr. Edmundo Henrique C.	Dr. Victor Madureri
Dr. Rafael Santander	Dr. Juan Mata de Gregorio
Dr. William Hidalgo	Dr. L. Figalo
Dr. Rodríguez Yllas	Dr. Hason Roldan
Dr. Armando Tremarias T.	Dr. Mario Pantaleo
Dr. Abraham Haratz M.	Dr. Jaime Jaimes Berti
Dr. Angel Baisetri	Dr. Herman Wuani
Dr. Pedro José Armas	Dr. León Mir
Dr. Beltran Perdomo Hurtado	Dr. Marcel Roche
Dr. Augusto León C.	Dr. J.A. Lamberti
Dr. Joel Valencia Parparcén	Dr. Ruben Merinfeld
Dr. Enrique Vivas Salas	Dr. Juan José Puigbo

Tabla 2
Primera Junta Directiva
(1956 – 1957)

Presidente	José María Ruiz Rodríguez
Vicepresidente	José Ramón Zerpa Morales
Secretario general	Henrique Benaim Pinto
Secretario de actas	Augusto León
Tesorero	Frank Rísquez Cotton
Bibliotecario	Edmundo Henríquez Cedraró.
Vocales	Otto Lima Gómez
	Félix Pifano
	Julio de Armas
	Francisco Samaniego
	René Finol

En diciembre de 1956, se hace el registro legal de los primeros Estatutos de la SVMÍ. El 18 de julio de 1957, se notari6 su fundaci6n la cual fue firmada por 100 de los miembros. Ese mismo a6o se fund6 el Capítulo del Zulia, siendo su primer Presidente el Dr. Omar Benitez. En julio de 1959, se realiz6 una asamblea para discutir las primeras modificaciones de los Estatutos y así cumplir mejor con los objetivos de la Sociedad. En enero de 1961, se cre6 el Capítulo de Carabobo, presidido por el Dr. Fabián de Jesús Díaz, contando con 36 miembros. En 1958, se propone y se aprueba el Premio “Julio de Armas”, del cual no se conoce su publicaci6n o sus ganadores. En junio de 1958 se inicia una lucha gremial y administrativa con el Seguro Social, es el primer intento para que los internistas sean reconocidos como especialistas. El Capítulo Tachirense se funda en octubre de 1964, siendo el Dr. Israel Montes de Oca su primer presidente.

Despu6s de Ruiz Rodr6guez siguieron los doctores Samaniego, Terife, Benaim Pinto, León, Starosta; como los presidentes de las Directivas hasta 1962 (Tabla 3). Desde el a6o 1962 por modificaci6n de los Estatutos se amplía a 2 a6os el per6odo de actuaci6n de las directivas y el Dr. Jos6 A. Lamberti (1962-64) es quien inicia este nuevo r6gimen de duraci6n de actividades de las Juntas Directivas, modelo que se ha mantenido hasta el momento actual. Bajo la presidencia del Dr. Alberto Aagaard y con motivo de los 10 a6os de la fundaci6n se realizaron las 1ras. Jornadas de Medicina Interna en el Hospital Vargas, y constituyeron un avance tanto

en lo cient6fico como en lo doctrinario. Se cumplía un decenio de una sociedad en plena organizaci6n y lucha, y como expres6 H. Benaim Pinto desde su fundaci6n “el pertenecer a la Sociedad no es sin6nimo de ser internista”.

La sociedad fue abierta a todos los especialistas; pero con los cambios introducidos por la modificaci6n de Estatutos, los cuales establecían requisitos de ingreso y con el n6mero cada vez mayor de internistas egresados de los posgrados; pudo darse un reforzamiento progresivo de su conceptualizaci6n y doctrina.

Tambi6n en ese decenio, pudieron desarrollarse muchas actividades cient6ficas, incluyendo cursos, conferencias mensuales y bimensuales, jornadas y reuniones conjuntamente con los Capítulos hasta

Tabla 3

Per6odo	Presidentes de la SVMÍ
1956-1957	Dr. Jos6 M. Ruiz Rodr6guez †
1957-1958	Dr. Francisco Samaniego †
1958-1959	Dr. Cecilio Terife †
1959-1960	Dr. Henrique Benaim Pinto †
1960-1961	Dr. Augusto León C.
1961-1962	Dr. Adolfo Starosta †
1962-1964	Dr. Jos6 A. Lamberti †
1964-1966	Dr. Alberto Aagaard †
1966-1968	Dr. Herman Wuani
1968-1970	Dr. Ram6n F. Soto
1970-1972	Dr. Jos6 María Espa6a †
1972-1974	Dr. Jos6 María Espa6a †
1974-1976	Dr. Gustavo H. Machado †
1976-1978	Dr. Gustavo H. Machado †
1978-1980	Dr. Israel Montes de Oca
1980-1992	Dr. Alberto Leamus
1982-1984	Dr. Eddie Kaswan
1984-1986	Dr. Carlos A. Moros Gherzi
1986-1988	Dr. Carlos A. Moros Gherzi
1988-1990	Dra. Eva Essinfeld de Sekler
1990-1992	Dr. Marcos L. Troccoli H.
1992-1994	Dr. Luis L6pez G6mez
1994-1996	Dr. Rito Prado P6rez
1996-1998	Dr. Ram6n Castro Alvarez
1998-2001	Dr. Mario Ogni Cechini †
2001-2001	Dr. Luis Chacín Alvarez (E)
2001-2003	Dr. Hector Marcano Amador
2003-2005	Dr. Hector Marcano Amador
2005-2007	Dra. Trina Navas Blanco

(†) Fallecidos, (E) Encargado

ese momento fundados; además se le dió un auge importante a los aspectos administrativos de la Sociedad.

Veintinueve han sido las Juntas Directivas de la SVMI, cuyos integrantes en forma completa se muestran en las tablas 4A; 4B; 4C y 4D; que van desde la fecha 18 de abril de 1956 hasta mayo 2005.

Tabla 4 - A
Juntas Directivas de la SVMI -1956-1966

Período	Presidente	Vice-pdte	Sec. Gen	Sec actas	Tesorero	Bibliotecario	Vocales
1956-57	JM Ruiz Rodríguez	JR Zerpa M.	Henrique Benaim P.	Augusto León	Frank Rísquez	Edmundo Henríquez	Otto Lima G, FÉlix Pifano, Julio de Armas Francisco Samaniego Rene Finol
1957-58	Francisco Samaniego	Cecilio Terife	Henrique Benaim P.	Augusto León	Frank Rísquez	Otto Lima Gómez	Carlos Gil Yepez, JM Ruiz Rodríguez, JA Carbonell Gabriel Trompiz
1958-59	Cecilio Terife	Otto Lima Gómez	Tulio Villalobos	Tibaldo Garrido	Frank Rísquez	Feliciano Acevedo	Augusto León Francisco Samaniego JM Ruiz Rodríguez, Henrique Benaim, J Mata de Gregorio
1959-60	Henrique Benaim P.	Augusto León	Adolfo Starosta	Armando Pérez L.	Frank Rísquez	Herman Wuani	Alberto Aagaard Tibaldo Garrido, Luis Sucre, Francisco Herrera Luque
1960-61	Augusto León	Adolfo Starosta	Tulio Villalobos	Simon Beker	Frank Rísquez	Gustavo Machado	Henrique Benaim, JR Rangel, Herman Wuani, Arnobio Padua, Henry Collet
1962-62	Adolfo Starosta	José A Lamberti	Tulio Villalobos	Ali Rivas	Frank Rísquez	Estela H de Di Prisco	Augusto León Juan Delgado, Armando Tremarias, Guillermo Olaizola
1962-64	José A Lamberti	Estela H de Di Prisco	Pedro Armas	Jesús España	Frank Rísquez	Marcos Bossiere	Adolfo Starosta, Pedro Febres, Henrique Benaim, Italo Marsiglia, A Muller
1964-66	Alberto Aagaard	Herman Wuani	Italo Marsiglia	Ramón Soto S.	José M. España	Luis Martínez	Feliciano Acevedo Estela Hernández, José A Lamberti, Carbonell, Adolfo Starosta

Tabla 4 – B

Juntas Directivas SVMI (1966 - 1982)

Período	Presidente	Vice- pdte	Sec. Gen.	Sec. Actas	Tesorero	Bibliotecario	Vocales
1966-68	Herman Wuani	Pedro Armas	Ramón Soto S	JM España	Rafael Muci	Alberto Leamus	Alberto Aagaard, Armando Tremarias, Italo Marsiglia, Luis Lairret, Feliciano Acevedo,
1968-70	Ramón Soto S	Pedro Armas	Rafael Mucci	Luis E. España	Jesús España	M. Armando Tremarias	Marcos Boissiere, Carlos Moros, Eddie Kaswan
1970-72	Jesús M. España	Miguel Romer	Dario Curiel	José Rodríguez	Enrique Bendahan	Regulo García M	Angel González L, Isaac Abadi, Tomas Landaeta, Moises Atias, Ernesto Hercules
1972-74	Jesús M. España	Isaac Abadi	Régulo García M.	María C. Blanco	Enrique Bendahan	Dario Curiel	Miguel Romer, Carlos Moros, José Rodríguez, H. Paublini, Parid Cure M.
1974-76	Gustavo Machado	Isaac Abadi	Tomas Landaeta	Ali González	Israel Montes de Oca	Armando Tremarias	Henrique Bendahan, Miguel Romer, Regulo García M., Alberto Rafael Muci,
1976-78	Gustavo Machado	Rafael Muci M	Jacobo Dib E.	Armando Pérez M.	Israel Montes de Oca	Angel Prado	López Oswaldo García A Rigoberto Graterol, Tomas Landaeta, Regulo García M. Rito Parado
1978-80	Israel Montes De Oca	Alberto Leamus	José F. Oletta	Rito Prado Pérez	Miguel Espinoza	Herman Wuani	Carlos Moros, JM España, Ramon Soto R. Graterol, Florencio Jiménez, Israel
1980-82	Alberto Leamus	Eddie Kaswan	Rafael Anselmi	Carlos Bocarddo	Miguel Espinoza	Herman Wuani	Montes De Oca, Luis Navarrete, Fradel Holzblat Regulo GarcíaM Tomas Landaeta

Tabla 4 - C

Juntas Directivas SVMI (1982 – 1996)

Período	Presidente	Vice- pdte	Sec. Gen	Sec. Actas	Tesorero	Bibliotecario	Vocales
1982-84	Eddie Kaswan	Oswaldo García	Rafael Anselmi	Luis López Gómez	Eva E. de Sekler	Manuel Guzman	Hayde Ríos, Roberto Ochoa, Napoleón Peña, Troccoli H, Israel Montes De Oca
1984-86	Carlos Moros	Oswaldo García A.	Eva E. de Sekler	Luis López Gómez	Marcos Luis Troccoli	Roberto Ochoa	José Moros G, Nadin Haddad, José Jattem, Pedro Armas, Eddie Kaswan
1986-88	Carlos Moros Guersi	Eva E. de Sekler	Marcos Luis	Francisco Croquer	Roberto Ochoa	Nadin Haddad	Enrique Barreto, Alfredo Benmergui, Feñix E. Castillo, Juan Montenegro, Pedro Perdomo
1988-90	Eva E. de Sekler	Marcos Luis Troccoli	Luis López Gómez	Ramón Castro Alvarez	Roberto Ochoa I.	Mario Ogni Cechini	Carlos Moros G. Félix E. Castillo Napoleon Peña, Delia Camargo de Martínez César Cuadra
1990-92	Marcos Luis Troccoli	Luis López Gómez	Ramón Castro Alvarez	Judith Pérez Ojeda	Mario Ogni Cechini	Rafael Vargas Arenas	Eva E. de Sekler Carlos Moros G. Rito Prado Pérez, Jesús Boanerges, José E. López
1992-94	Luis López Gómez	Rito Prado Pérez	Ramón Castro Alvarez	Alfredo Rajoy	Mario Ogni Cechini	Roberto Ochoa I.	Marcos L. Troccoli, Régulo García, Israel Montes De Oca, Ricardo Aliendres, Pedro Escalona,
1994-96	Rito Prado Pérez	Ramón Castro Alvarez	Mario Ogni Cechini	Gonzalo Pérez Delgado	Marcos Luis Troccoli	Roberto Ochoa Iturbe	Luis López Gómez, Rafael Anselmi, Romulo Méndez, Vanel Machuca

Tabla 4 – D

Juntas Directivas SVMI (1996 – 2007)

Período	Presidente	Vice- pdte	Sec Gen	Sec. Actas	Tesorero	Bibliotecario	Vocales
1996-99	Ramón Castro Alvarez	Mario Ogni Cechini	Luis Chacin Alvarez	Trina Navas Blanco	Hector Marcano Amador	Vanel Machuca	Rito Prado, Cesar Cuadra, Haroutian Adjounian, Freddy Pereira, Marino Ruiz
1999-2000	Mario Ogni Cechini	Luis Chacin Alvarez	Hector Marcano Amador	Trina Navas Blanco	Guillermo Boggiano	José A. Parejo	Ramón Castro A. Vanel Machuca, Morella Arreaza, María del Pilar Mateo, Onoria Reyes
2000-2001	Luis Chacin Alvarez (e)		Hector Marcano Amador	Trina Navas Blanco	Guillermo Boggiano	José A. Parejo	Ramón Castro A. Vanel Machuca, Morella Arreaza, María del Pilar Mateo, Onoria Reyes
2001-2003	Hector Marcano Amador	Trina Navas Blanco	Guillermo Boggiano	José A. Parejo	Jaques P. Bergel B.	Mario Patiño Torres	Vanel Machuca, Izzi Blitz, Anibal J. Rocheta G., Zaida La Rosa, Felix Amarista
2003-2005	Hector Marcano Amador	Trina Navas Blanco	Mario J. Patiño A.	José A. Parejo	Connye García	María Ines Marulanda	Felix Amarista Raul Camino, Evelin Monsalve, Elias Mubayed, Anibal Rocheta
2005-2007	Trina Navas Blanco	Mario J. Patiño Torres	María Evelyn Monsalve	José A. Parejo A	Connye García	Luis R. Gaslonde B.	Yajaira Monteiro, Marisol Sandoval, José A. Cabrera Miguel Contreras, Humberto Valbuena

OBJETIVOS Y DOCTRINA ESTATUTARIOS

Tanto los Estatutos originales del 56 como las modificaciones de ellos, realizadas en 1969, 79, 93, 94, 2000, han mantenido en forma precisa los objetivos y los principios por los cuales se ha regido la Sociedad, como se ve a continuación en el Documento N° 1:

Documento N° 1

ESTATUTOS
DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA INTERNA

Capítulo I

Definición y objetivos de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

Artículo 1.- La Sociedad Venezolana de Medicina Interna es una Sociedad de carácter científico y sin fines de lucro, con personalidad jurídica, patrimonio propio y registrada conforme a la Ley; fue fundada el 18 de abril de 1956. Su sede es la ciudad de Caracas. Usará las siguientes siglas: SVMI

Artículo 2.- Los objetivos de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna son los siguientes:

- a) Promover el desarrollo de la Medicina Interna en Venezuela en sus aspectos asistenciales, docentes y de investigación.
- b) Estimular el mejoramiento, perfeccionamiento profesional y recertificación periódica de sus Miembros
- c) Establecer en el ejercicio de la práctica médica, el concepto de la Medicina Interna como especialidad, y sus relaciones y vínculos con las demás especialidades.
- d) Auspiciar el acercamiento de sus miembros y establecer relaciones con otras Sociedades Médicas Científicas del país y del extranjero
- e) Ofrecer su cooperación a las Universidades en todo lo relacionado con el campo de Medicina Interna especialmente en el ámbito de Postgrado.
- f) Promover el cumplimiento entre sus Miembros de la Ley de Ejercicio de la Medicina y velar el Código de Ética y Deontología Médica y el Código de Bioética entre sus Miembros.
- g) Ofrecer el máximo concurso que la Sociedad pueda brindar para la óptima conformación de los servicios de salud tanto en el ámbito público como privado en lo que la Medicina Interna concierne.

Artículo 3.- La Sociedad publicará una revista médica periódica, órgano oficial de divulgación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

Capítulo II

De los Miembros

Artículo 4.- La SVMI estará integrada por las siguientes clases de Miembros.

- a) Miembros Fundadores
- b) Miembros Asociados
- c) Miembros Agregados
- d) Miembros Titulares
- e) Miembros Correspondientes
- f) Miembros Honorarios

Artículo 5.- Miembros Fundadores son aquellos que firmaron el Acta Constitutiva.

Artículo 6.- Miembros Asociados.

Postulados por tres (3) Miembros Fundadores, Titulares o Asociados, que no formen parte de la Junta Directiva Nacional, quienes presentarán ante la Directiva de la Sociedad la petición escrita del interesado acompañado de las Credenciales y otros recaudos correspondientes.

- a) Título de Médico Cirujano otorgado por una universidad venezolana.
- b) Diploma de la Especialidad, otorgado por una Universidad del País o constancia de haber presentado su Trabajo especial de Investigación (TEI) en las Jornadas de Egresandos de Postgrado Universitario de la SVMI. En caso de aspirantes con Postgrado en Medicina Interna realizado en el exterior, deberán cumplir los siguientes requisitos: Una residencia universitaria en la especialidad no menor de tres años, presentación y aprobación de su pensum de estudio, curriculum vital y aprobar un examen de conocimientos elaborado por la Junta Directiva de la SVMI
- c) Podrán incorporarse como Miembros Asociados aquellos Miembros Agregados que cumplan con los requisitos de ascenso correspondientes.

HISTORIA Y BIOGRAFÍA

Los contenidos de los Estatutos tienen como misión y meta:

- a. Propender al desarrollo de la medicina interna en Venezuela, así como en estímulo y perfeccionamiento de sus miembros.
- b. Establecer en el ejercicio de la práctica médica el concepto de la medicina interna como Especialidad y sus relaciones y vínculos con las demás especialidades médicas.
- c. Propugnar el acercamiento de sus miembros y establecer relaciones con otras sociedades médicas y científicas del país y del extranjero.

Los cambios estatutarios más importantes han sido: promover entre sus miembros el cumplimiento de la Ley de Ejercicio de Medicina y los Códigos de Deontología Médica. Ofrecer el máximo de esfuerzo y contribución por parte de la Sociedad, para brindar unas óptimas condiciones a los servicios de salud pública y privada en lo que a medicina interna concierne. Es trascendente comentar que la SVMI, desde sus raíces como clínica médica ejercida en los servicios médicos de nuestros principales hospitales hasta los momentos actuales cuando es reconocida como especialidad de medicina interna, ha cumplido las más nobles y generosas funciones docentes, tanto en pregrado como en posgrado, cuando sus representantes, genuinos médicos internistas han contribuido a la formación de múltiples generaciones de médicos generales, internistas y de otras especialidades aplicando de esa forma sus principios estatutarios. El Consejo Nacional cuyos objetivos son mostrados a continuación de este párrafo, fue creado bajo la presidencia de Luis Enrique Lopez Gómez en 1993 (Documento N° 2)

Documento N° 2

CAPITULO III

CONSEJO NACIONAL

ARTÍCULO 15

El Consejo Nacional (C.N) estará integrado por la

Junta Directiva Nacional, los Presidentes de Capítulos y los Ex presidentes de la SVMI

Parágrafo Único: El Presidente y el Secretario de la Junta Directiva Nacional lo serán también del Consejo Nacional.

ARTÍCULO 16

El Consejo Nacional será convocado en forma ordinaria en el mes de diciembre de cada año y en forma extraordinaria cuando la Junta Directiva Nacional o la tercera parte de los Miembros del Consejo así lo consideren y lo manifiesten debidamente por escrito.

ARTÍCULO 17

La asistencia a las reuniones del Consejo Nacional será obligatoria para cada uno de sus miembros.

ARTÍCULO 18

Las atribuciones del Consejo Nacional son las siguientes:

- a. Conocer y resolver las cuestiones que le sean presentadas por la Junta Directiva Nacional.
- b. Aprobar los Miembros Honorarios y los Correspondientes.
- c. Conocer y resolver acerca de las decisiones que debe tomar la Sociedad, que tengan carácter nacional y les sean presentadas por la Junta Directiva Nacional.
- d. Ratificar o no la sede de los Congresos Nacionales.
- e. Decidir acerca de las Ponencias oficiales y resolver lo diferente a la organización de los congresos.
- f. Designar al Presidente y demás Miembros de la Comisión Electoral Nacional (CEN) para cada período de la SVMI.

- h. Conocer el informe general de actividades presentados por la Junta Directiva Nacional.
- i. Resolver acerca de la creación de nuevos Capítulos o su reestructuración.
- j. Aprobar o improbar las gestiones de la Junta Directiva Nacional o de los Capítulos, y tomar las decisiones a que hubiere lugar.
- k. Elaborar su Reglamento Interno.

Desarrollo de las actividades científicas y académicas en los 50 años como Sociedad Científica

Para cumplir con los objetivos establecidos en los estatutos, las primeras directivas de la Sociedad decidieron realizar asambleas mensuales incluyendo las sesiones científicas. En octubre de 1959 se inicia el 1er. Curso de Posgrado de Medicina Interna a instancia de los Dres. Leopoldo García Maldonado, Fernando Urdaneta, José Ignacio Baldo por parte del MSAS y H. Benaim Pinto, Otto Lima Gómez y Augusto León como Directores y los Dres. Félix Eduardo Castillo y Pedro Armas como coordi-

nadores, en los Hospitales Vargas y Universitario de Caracas, respectivamente. Este curso de posgrado, conjuntamente con los de Anatomía Patológica y Salud Pública, fueron los más importantes porque produjeron cambios sustanciales en la atención médica integral y altamente calificada en los hospitales del país, cumpliéndose así con los planes de salud pública proyectadas por los departamentos médicos de dichas instituciones que pasaron a ser dirigidos por internistas formados en dichos cursos.

El 8 de septiembre de 1961, la Sociedad hizo entrega del diploma a los primeros egresados de los Cursos de Posgrado de Medicina Interna. Esto significó el paso más importante para el desarrollo de las Actividades Científicas de la Sociedad en todo el país, conjugado con la fundación de los Capítulos ya iniciada en años anteriores. El Capítulo de Aragua se fundó durante la gestión de Dr. Adolfo. Starosta en 1961 y tuvo, ha tenido actividades en el pasado reuniones y jornadas, pero actualmente no tiene Directiva. La fundación de nuevos capítulos como los de Nueva Esparta, Monagas y Miranda, es evidencia de la preocupación de las directivas de los períodos 1996-2005 de ampliar y proyectar a ciudades del interior, todos los programas científicos y académicos de la SVMI. (Tabla 5).

Tabla 5

Capítulos de la SVMI

Sede	Primer Presidente	Presidentes 1994-2005	Fecha de la fundación
Anzoátegui	F. Moreno Cañas	Alicia Navarro de Medina	13 - 01 - 1987
Bolívar	Maruja Guevara	Romulo Méndez	05 - 11 - 1983
Carabobo	Fabian de Jesús Díaz	Nadin Haddad	15 - 01 - 1961
Falcón	J. J. Jattem	Honorio Reyes de Cariel	04 - 07 - 1992
Lara	Carlos Zapata	Vanel R. Machuca	1970
Mérida	Eloy Davila Celis	Ovidio Rojas V	1977
Miranda		Jorge Rocafull	22 - 10 - 2004
Monagas		Rafael Pérez Suzarini	01 - 11 - 2002
Nueva Esparta		Félix Amarista A.	04 - 8 - 2001
Sucre			
Táchira	Israel Montes de Oca	Antonio Ramírez C	1964
Trujillo	Lesbia La Torre de Moreno	Lesbia La Torre de Moreno	06 - 02 - 1981
Zulia	Omar Benítez	Florencio Jiménez	1957

HISTORIA Y BIOGRAFÍA

El conjunto de actividades científicas desarrolladas por la Sociedad desde su fundación hasta ahora puede resumirse de la manera siguiente:

- a. Reuniones científicas mensuales, incluidas en los programas de las Asambleas hasta 1961.
- b. A partir de 1962 se hicieron reuniones bimensuales, independientes de las asambleas.
- c. Cursos y jornadas científicas, promovidos conjuntamente con los capítulos, con otras Sociedades del país, así como con el Colegio Americano de Médicos (ACP), que desde 1962 hasta el presente, ha tenido nexos de colaboración en la organización y envío de invitados para estas actividades y para la celebración de los Congresos de la Sociedad.

El primer invitado fue Félix Wroblewsky (Agosto 1962) quien actuó también como profesor invitado de la UCV.

- d. Realización de jornadas científicas, en fechas que no coincidan con la de los congresos y promovidas con más intensidad desde el año 1999 hasta el presente y denominadas Orientales, Occidentales, Metropolitanas, así como en asociación y con el aval de otras sociedades científicas.
- e. Participación, cursos intersociedades y distintos consensos con otras sociedades científicas sobre: hipertensión, diabetes, dislipidemias, tromboembolismo, cardiopatía isquémica y otros.
- f. Congresos: esta es una de las más importantes actividades desde el punto de vista científico, ya que ha constituido un estímulo al incremento de la participación de sus miembros, y por otra parte la excelencia científica y éxitos de su realización han sido progresivamente mayores. Hasta ahora se han realizado 13 Congresos incluyendo en sus programas diversos temas científicos y la Ponencia Central. En la Tabla 6 se menciona sitio, fecha de los congresos y título de las ponencias así como los Presidentes del Comité Organizador de dichos eventos desde mayo del 74 al 2005.

Como lo señalamos, la Sociedad se inició sólo con 90 Miembros Fundadores y actualmente cuenta con más de 1 500, crecimiento que representa el interés y estímulo que han producido en la colectividad médica, la doctrina, así como las actividades científicas, administrativas y gremiales de la Sociedad. Existen actualmente diversas categorías de Miembros como son: Fundadores, Asociados, Agregados, Titulares, Correspondiente y Honorarios.

- g. Obedeciendo a los principios Estatutarios se inició en septiembre de 1967, la publicación de un sencillo Boletín Informativo durante la presidencia del Doctor H. Wuani, el cual fue publicado a partir de 1978 durante la presidencia del Dr. Israel Montes de Oca; posteriormente bajo la presidencia del Dr. Carlos A. Moros G se creó la Revista Medicina Interna, Órgano Oficial de la Sociedad, y desde 1985 y hasta el presente se han publicado 21 volúmenes. Esta publicación constituye el recurso más importante de todos sus miembros para informar sobre sus trabajos y su relación con las diversas actividades de la SVMI. Actualmente la Dra. Eva E. de Sekler es la editora y con 8 miembros, conforman el Comité de Redacción. Es importante comentar que esta publicación que es el órgano oficial de la SVMI, ha cambiado su formato de publicación, mejorando de esa manera la calidad no sólo de su contenido, sino también la de su presentación.
- h. Las reuniones anatomo-clínicas se iniciaron en abril de 1984, y constituyen una de las actividades más importantes en las cuales se pone en evidencia la capacidad de análisis y razonamiento clínico de los Internistas, motivo por el cual las directivas de la SVMI las han promocionado en los hospitales y en los congresos. Estas tienen siempre muy alta calidad clínica y deben persistir como evidencia de la preocupación de la Sociedad en la formación científica y por el carácter integral de las mismas. Por resolución de Asamblea, se introdujo en los Programas de los Congresos el Internista en Acción y Perlas Clínicas en Medicina.
- i. Las Reuniones Científicas en 1971, coincidieron con la visita de E. Rosenow y B. Asper del Colegio de Médicos Americanos (ACP), quienes intervinieron en sesiones tanto administrativas como científicas y reforzaron los lazos de unión, entre las dos organizaciones, incluyendo la

Tabla 6

Congresos SVMI (1974 – 2005)

Congreso	Sede	Fecha	Presidente	Ponencia central
I	Caracas	13/18 mayo 74	Henrique Benaim Pinto	Estado actual de la medicina interna
II	Maracaibo	21/26 octubre 79	Oswaldo García Arenas	El papel de la medicina interna en el desarrollo de una nueva medicina nacional
III	Cumaná	25/31 marzo 84	Enrique Barreto C	Medicina interna, salud pública y universidad
IV	Valencia	14/19 abril 86	José Enrique López	Medicina interna y sub-especialidades
V	Barquisimeto	18/23 abril 88	Kepler Orellana	El internista en el ambulatorio
VI	Caracas	17/21 abril 90	Eva ES de sekler	la eficacia y eficiencia del internista en los niveles de atención, investigación y docencia
VII	Puerto la Cruz	26/30 mayo 92	Efdal Mikati	Análisis del diseño curricular de los posgrados de medicina interna
VIII	Puerto Ordaz	10/14 mayo 94	Romulo Méndez	Medicina ocupacional
IX	Maracaibo	21/25 mayo 96	Cesar Cuadra	La investigación en medicina interna
X	Caraballeda	25/30 mayo 1998	Ramón Castro	Prevencion y medicina interna
XI	Caracas	23/27 mayo 2000	Mario Ogni	El médico internista es el médico del adulto
XII	Caracas	20/24 mayo 2003	Hecto R Marcano A. Eddie Kaswan	Recertificacion en medicina interna
XIII	Margarita	24/28 mayo 2005	Hector Marcano Luis López Gómez	Análisis crítico del diseño curricular y propuesta de cambios

colaboración de la SVMI desde el año 1993, cuando se hizo posible la instalación del Capítulo del ACP en Venezuela. Las relaciones en los eventos científicos de la SVMI y la ACP, han continuado, especialmente con invitación de miembros de ACP a participar en los congresos de la SVMI.

- j. El 26 de septiembre de 1973, la SVMI fue aceptada como filial de la Sociedad Internacional de Medicina Interna, permaneciendo en ésta, hasta el momento actual y sus nexos se han incrementado con la participación en los congresos de esa sociedad.
- k. En noviembre de 1981, la SVMI preocupada por la posición y papel de la medicina interna tanto en pre como en posgrado, publica un documento donde se clarifica el papel de la especialidad en ambos sectores educativos, y el 25/5/82, se da a conocer el documento “Perfil del Internista”,

donde se transcribe la doctrina y actuación del médico internista. Es justo reconocer que durante la gestión de la Directiva de la Sociedad en el período 1980-82, cuando el Dr. Alberto Leamus era su Presidente, se produjeron diversos y valiosos documentos, que consolidaron los aspectos doctrinarios del internista y de la especialidad, y que constituyen ellos un paso definitivo sobre la clarificación de las definiciones en relación a la especialidad^{1,2}.

- l. En julio de 2005, por iniciativa del Dr. Luís Gaslonde, y bajo la presidencia de la Dra. Trina Navas, se comienza a emitir un boletín informativo periódico llamado “Noticias”, cuyo objetivo es mantener una mayor comunicación ente los agremiados y la junta directiva.
- m. En febrero de 2006, con motivo del año cincuentenario de la SVMI, se inicia la columna de la Sociedad de Medicina Interna en el

suplemento de salud del periódico “El Nacional”, cuyo objetivo es proyectar la medicina interna a la comunidad, ofrecer sus servicios educativos y mantener un flujo de noticias acerca de eventos y actividades de la sociedad.

Muchos de esos papeles de trabajo, sin precedentes, hicieron posible que tanto la comunidad médica como el público en general, conocieran la doctrina de la Medicina Interna y constituyeron la base para la creación y publicación del “Perfil del Médico Internista”¹⁰ en 1982, elaborado por los Dres. E. Kaswan, A. Leamus e I. Montes de Oca. Este perfil fue posteriormente actualizado por los Dres. Rito Prado, H. Wuani e I. Montes de Oca, con el título “Bases Doctrinarias del Perfil del Médico Internista” en 1992 y fue publicado en nuestra Revista¹¹. Esos trabajos han sido la base del documento elaborado por la Junta Directiva 1994-1996 y conteniendo los mismos principios. Más recientemente y con motivo de la realización del XIII Congreso de la Sociedad, en el 2005, en el contenido de la Ponencia Central sobre Currículo, se estableció, a través de la propuesta presentada por el Dr. Mario Patiño, una revisión histórica y actualizada del Perfil del Médico Internista, la cual refuerza las bases doctrinarias de dicho perfil.

- l. El cambio de los estatutos en 1994, estableció que para ser Miembro Asociado, se requiere un curso de posgrado universitario de una duración no menor de 3 años y para ser Miembro Agregado, se necesita de un curso no universitario de igual duración, que tendría un carácter temporal.
- m. Se instaló durante la presidencia del Dr. Luis López Gómez una Galería con los nombres de los diferentes Presidentes de la SVMI, en la sede de la misma, en octubre de 1992. Las Directivas presididas por los Dres. Ramón Castro 1996, Mario Ogni (1999-2000) Luis Chacín (2000-2001), Héctor Marcano (2001-2005) y Trina Navas (2005-2007) han tenido la preocupación de actualizar a través de la informática todos los datos de sus miembros.
- n. El Consejo Nacional de la SVMI, el cual debe reunirse periódicamente de acuerdo al Capítulo III, de los Estatutos de la Sociedad, ha sesionado anualmente desde enero del 1995 y han constituido estas reuniones un éxito desde el punto de vista administrativo y organizacional.

Documento N° 3

Sociedad Venezolana de Medicina Interna
Bases doctrinarias del perfil del médico internista

El médico internista es un especialista dedicado al cuidado integral de la salud de adolescentes, adultos y ancianos con una amplia formación científica y humanística. Su interés es la persona, lo cual le permite establecer un diálogo amplio y continuo y una excelente relación médico paciente.

Requiere para su formación de un entrenamiento de posgrado sistemático y gradual de un mínimo de tres años de duración, lo cual lo capacita para entender la salud y la enfermedad en relación a la totalidad bio-psico-social de la persona y la comunidad.

Su herramienta fundamental de trabajo es la Historia Clínica, la cual desarrolla en todos sus aspectos. Posee profundas bases cognoscitivas, destrezas y habilidades técnicas que le permiten recabar y organizar toda la información relacionada con los problemas que presenta el paciente y elaborar un juicio clínico que lo lleva a la toma de decisiones en la resolución de esos problemas.

En su formación adquiere conocimiento de técnicas para realizar el diagnóstico y controlar la efectividad del tratamiento. Deberá usar e interpretar críticamente esta tecnología, para el cual aplicará los conceptos de sensibilidad, especificidad y razón de probabilidad, enlazando a todos estos Servicios Auxiliares de diagnóstico con la clínica, de manera de determinar la mejor relación costo y riesgo/beneficio en la atención médica.

En el Servicio de Anatomía Patológica, estudia y analiza los resultados de las biopsias y necropsias para poder realizar de esta forma una adecuada correlación clínico morfológica.

Posee el internista una alta precisión diagnóstica, para la mayoría de las causas de morbilidad y mortalidad del país.

- A partir de 1990, se dispone del Recurso de la Informática, incluyendo el Med-Line, actualizado por las Directivas más recientes con la creación de la Página web de la Sociedad www.svmi.org.ve
- o. Desde el punto de vista académico, una trascendente fecha fue la del 24 de junio de 1987 durante la presidencia del Dr. Carlos A. Moros G., cuando la SVMMI presentó una Ponencia en el XI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas realizado por la Academia Nacional de Medicina, en Valencia en julio de 1987, cuyo título fue “El papel de la medicina interna en los diferentes equipos de salud”, coordinada por el Dr. Carlos Moros G., esta Ponencia constituye la posición de la Sociedad, ante la crisis permanente de la salud en Venezuela, una parte de ella, se tituló “La Medicina Interna y el Anteproyecto de la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud”, presentada por los Dres. Alberto Leamus, Luis López Gómez, Felix Eduardo Castillo, y otra titulada “Las funciones que el internista puede y debe cumplir en la atención médica”, realizada por los Dres. Jose Enrique Lopez, E. Divo, Raul Lasalle, Nadim Haddad y Eva E. de Sekler, ambas partes publicadas en la Gaceta Médica de Caracas¹².
- p. Las bases doctrinarias, científicas y académicas de la SVMMI, toman un alcance extraordinario al tener un órgano oficial de divulgación tan importante como es la Revista de Medicina Interna, cuyo primer número se publica el 12 de abril de 1985 y sustituye al Boletín que se publicaban desde 1978, viniendo a satisfacer un anhelo de los internistas de tener un espacio donde publicar sus trabajos y comunicar sus opiniones. Esta Revista se hace posible por el empeño y constancia del Dr. Carlos A. Moros Gherzi, quien a pesar de las dificultades económicas de aquel momento pudo mantener al día la publicación, junto a la eficiente labor y contribución de todo el Comité de Redacción, dirigido desde 1998 por la Dra. Eva Sekler quien es la editora³.
- q. La SVMMI, organizó en 1987 un Seminario Nacional sobre “La enseñanza de posgrado de la medicina interna en Venezuela. Fundamentos y Organizaciones”, demostrando los aspectos académicos, docentes y de formación del internista.
- r. La Sociedad, a través de toda su historia ha sido un organismo orientado en su actuación a obtener soluciones a los diferentes problemas presentados a los internistas en sus variados campos de acción y en numerosos documentos, cartas y comunicaciones tanto a los organismos oficiales (MSAS), en relación con la Sección de Medicina Interna, así como a la Federación Médica Venezolana, Seguro Social y Universidades; ha hecho conocer su posición en cuanto a la crisis de salud del país y sus soluciones. Nuestra revista se ha hecho eco de estos problemas publicando múltiples trabajos elaborados por los médicos internistas, quienes han expresado en forma diáfana las amplias funciones del médico internista en el área de atención médica (desde el ambulatorio y cuidados primarios hasta su papel en los hospitales del 3er. Nivel). Todo lo anterior confirma que las Bases Históricas y Doctrinarias de la Sociedad han sido cumplidas, pero poco tomadas en cuenta por los organismos mencionados, con grave perjuicio para la colectividad.
- s. Augusto León, miembro Fundador de esta Sociedad, ex presidente de la misma y promotor de la especialidad en nuestro país, con motivo de los diez años de la fundación de ella, en su trabajo: “Presente y Futuro de la Medicina Interna”¹³, dividió la formación de los Internistas en 4 etapas históricas: 1. Por autodidactismo, 2. Por entrenamiento en el exterior, 3. Por aprendizaje en las Cátedras de Clínicas Médicas, 4. Por estudios de posgrado. Esta última etapa ha sido apoyada por la SVMMI ya que por sus recomendaciones y cumpliendo los preceptos estatutarios se ha logrado mejorar la calidad de sus integrantes así como la excelencia de sus egresados.
- t. Las Jornadas de Egresandos: Se iniciaron por decisión del Dr. Eddie Kaswan y su Directiva en 1982. Esta actividad se ha cumplido ininterrumpidamente por 23 años, habiéndose realizado hasta el presente 23 Jornadas que representan un modelo de lo que puede ser la investigación clínica en los posgrados y el potencial desarrollo de esta actividad que constituyó la idea original que justificó su creación. Se realizan en forma rotatoria en los hospitales, con posgrado universitario y actualmente se otorga el Premio “Carlos Moros

Gheresi” a los tres mejores trabajos.

- u. Capítulos: Hasta el presente se han creado 13 Capítulos, los cuales realizan sus reuniones periódicas y, además desde 1957 se llevan a cabo reuniones científicas y administrativas intercapitulares que son organizadas periódicamente, así como aquellas propias de cada Capítulo.

Actividades administrativas y organizacionales

En 1967 por instancia de los Dres. José Ignacio Baldó y Pedro Guedez Lima por el MSAS, y por la Sociedad, los Dres. Henrique. Benaim Pinto, Augusto León y Otto Lima Gómez, se creó la Sección de Medicina Interna dependiente de ese Ministerio, para apoyar al número creciente de egresados de los cursos de posgrados que se incorporaron a los distintos hospitales del país, y así ofrecerles asistencia administrativa y organizacional dentro del Ministerio.

Los objetivos fundamentales de esta sección fueron la organización, desarrollo, función y supervisión de los distintos departamentos de medicina de los hospitales y cuya dirección debe estar a cargo de un médico internista.

La sección de medicina interna apenas funcionó durante 3 años, hasta 1970; desde entonces desapareció por razones no bien conocidas.

A partir de la Presidencia del Dr. Montes de Oca (1978-80) y posteriormente todos los directivos de la Sociedad han gestionado repetidas veces ante el MSAS la necesidad de poner en funcionamiento nuevamente dicha sección.

El 8 de abril de 1976, durante la presidencia de Gustavo H. Machado se realizó el Registro de la SVMII, para darle personalidad jurídica, lo cual permitiría cubrir todos los aspectos legales de la Sociedad.

En 1990, durante la gestión del Dr. Marcos Troccoli y y siendo Ministro de Sanidad el Dr. Manuel Adrianza y con el apoyo del Dr. Pedro Rincón Gutiérrez, Presidente de la Federación Médica, se

creó la División de Medicina Interna cuya aprobación fue publicada en la Gaceta Oficial del año 1990, mes XII, y con fecha 8/10/90 No. 4.217. Sin embargo, hasta el presente tampoco ha entrado en funcionamiento, lo cual constituye un obstáculo importante en la organización de la Sección de Medicina Interna y por lo tanto el funcionamiento de los departamentos médicos de los hospitales del país.

En el año 1972 por iniciativa del Dr. Montes de Oca, alquiló la sede de la Sociedad en el Edificio del Colegio de Médicos del Distrito Federal. Anteriormente, las reuniones administrativas y los archivos de las Directivas, dependían del esfuerzo por muchos años de su secretario, Virgilio Zerpa.

Un importante hito lo constituyó la adquisición y equipamiento del local de la Sede, bajo la presidencia del Dr. Hector Marcano, en el edificio Mene Grande, piso 6, conjuntamente con las sociedades de Dermatología y Urología e inaugurado el 4 de octubre de 2002.

El Reglamento electoral vigente fue actualizado en el año 2000.

El 25/11/1970, se crea la primera Comisión de Estudios de Credenciales, integrada por los Dres. Pedro Febres, Enrique Lairer e Italo Marsiglia, durante la Presidencia del Dr. Ramón J. Soto.

Bajo la presidencia del Dr. Jesús María España, el 16/06/1971 se enviaron a todos los hospitales del país, los requisitos mínimos exigidos por la SVMII para la acreditación como internista.

Actualmente se planifica la Recertificación en Medicina Interna, labor realizada en este aspecto por el Dr. Héctor Marcano quien desde el año 2001 hasta el 2005 como Presidente de la Sociedad, se preocupó por establecer la creación, función y aplicación de la Recertificación.

Durante la asamblea general del 23/3/84, la SVMII aprobó la realización de los Congresos cada dos años y hacerlo en sedes decididas por asamblea.

Ese mismo año, bajo la Presidencia del Dr. Carlos A. Moros G. se constituye una Comisión Permanente para el estudio de los posgrados del país y se crea la Comisión para el Estudio de la Arteriosclerosis.

Durante las gestiones de las distintas directivas desde 1996 hasta el presente presididas por los Dres. Ramón Castro (1996-1998), Mario Ogni (1999-2000), Luis Chacín (E) (2000-2001), Héctor Marcano (2001-2005) (2 períodos) y Trina Navas (2005-2007), se realizaron y realizan diversas actividades académicas, administrativas, organizacionales; se constituyeron esos períodos desde 1996 hasta el presente en una época muy significativa para el progreso, prestigio y consolidación de la SVMI; estuvo marcada por el desarrollo de los siguientes aspectos más importantes: impulso de las actividades de Educación Médica Continua, incorporación de la SVMI a SOLAMI (Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna), organización de la membresía, estudios de la prevención de enfermedades crónicas, interrelación con otras sociedades científicas nacionales y extranjeras, actualización de los estatutos y reglamentos, reiniciación de las jornadas intercapitulares, modelos de desarrollo de los congresos nacionales, proyección de la SVMI hacia la comunidad, incremento de los capítulos (Nueva Esparta, Monagas y Miranda), soluciones satisfactorias de crisis institucionales, incremento en el tiraje de la revista en más del 50 %, la fundación y mejoría permanente de la página web que incluye la consulta de todos los números de la revista desde 1985; el número creciente de publicaciones de interés para todos los miembros (Tabla 8), la participación de los miembros de la SVMI y de sus directivas en diferentes Consensos Médicos conjuntamente con otras Sociedades Científicas del país, realización de cursos de Medicina Basada en Evidencia, en conjunto con la Unidad de Epidemiología clínica de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, avances en lo referente a la recertificación, progresos financieros positivos, lo cual es un índice de una solvente administración, representaciones en Congresos Nacionales distintos a los de la SVMI, así como en eventos científicos extranjeros como los realizados en Lima (Perú 2003), Congreso Mundial de Medicina Interna celebrado en Granada (España, 2004), Buenos Aires (Argentina 2005), apoyo a los programas de Educación Médica Continua con asimilación a Programas de actualización en Medicina Interna (PROAMI), con proyección a la recertificación en nuestro país.

Se han realizado las jornadas intercapitulares orientales y occidentales en Porlamar (2002), Maturín (2004), Maracaibo (2004), Jornadas Binacionales en conjunto con el American College

of Physicians y el Capítulo del Norte de Santander de la Asociación Colombiana de Medicina Interna, organizadas por el capítulo del Táchira, Jornadas Intercapitulares de Mérida, Carabobo (2002-2004).

Desde 1967 hasta el presente se han estrechado lazos con otras organizaciones de corte científico en especial con el *American Collage of Physicians*, compartiendo con esta organización múltiples reuniones científicas conjuntas. La SVMI es fundadora de la I Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, a la cual pertenece.

Las últimas directivas, (1996-2005), han tenido el interés, aprovechando la realización de los Congresos, de publicar libros que, junto a la revista, recogen una buena parte de la participación de la SVMI en diferentes actividades y promoción de trabajos científicos, consolidación de la doctrina, definición de funciones en los aspectos asistenciales y educación médica. Las principales publicaciones están contenidas en la Tabla 8.

El 17/07/84, se propone la fundación de la Revista de la SVMI, y en menos de un año, su editor el Dr. Carlos A. Moros G, el 05/05/85 hace su presentación en un acto memorable en el Hotel Tamanaco.

La primera encuesta nacional sobre las actividades de los internistas la realizaron Carlos. Moros, Felix. E. Castillo e Israel Montes de oca, el 13/05/86.

ASEREME, la Asociación que reúne la presentación de todas las revistas médicas y científicas del país, reconoce la Revista de Medicina Interna, como Órgano Oficial de la SVMI (10/06/86).

La Junta Directiva presidida por la Dra. Eva de Sekler, se reúne el 30/06/88 con los Presidentes de los Capítulos, obteniéndose un éxito y resultado de gran transcendencia para el desarrollo de las actividades de la Sociedad. Igualmente esa directiva realizó importantes gestiones ante Entidades Gremiales y la universidad con relación a los internistas. La Dra. Trina Navas en el año 2002, presenta el proyecto de promoción de la medicina interna a las universidades nacionales.

En 1991, la SVMI se adhiere a las demás Sociedades Científicas Venezolanas en el "Manifiesto de la Comisión Científica y de Educación Médica continua", de la FMV, durante la gestión del Dr. Marcos

Trocchi, pero con la crisis de la salud en Venezuela, la SVMMI, ha tenido posiciones solidarias con la Red de Sociedades Científicas.

En 1988, durante la gestión de la Dra. Eva de Sekler se crea el Premio Henrique Benaim Pinto, haciéndose pública su promoción y requisitos; actualmente este premio no está vigente.

Las ideas y pensamientos del Dr. Henrique Benaim Pinto, siempre fueron de gran influencia e importancia y diríamos que, vitales, para dar origen, desarrollo y futuro de la SVMMI. No existió ninguna etapa de su vida profesional hasta su desaparición física donde su análisis y doctrina no se reflejan en la Sociedad. Así al referirse a la medicina interna (Doctrina de la Medicina Interna) amplía la concepción de lo interno y refiere que esta palabra alude “a su carácter central o nuclear con respecto a otras especialidades que quedarían como lo están los rayos de la rueda con respecto a su eje o centro”¹⁴. Este pensamiento dio origen a nuestro Logotipo, exponente gráfico de la Sociedad y el cual fue creado por Jesús Emilio Franco en 1974”¹⁵.

La revista de SVMMI, es incluida en el Index Médico Latinoamericano desde 1987.

La SVMMI, siempre alerta para reconocer los méritos de sus miembros ha realizado un número apreciable de homenajes y reconocimientos a sus miembros.

Actividades gremiales

La SVMMI desde su fundación se ha mantenido en contacto y colaboración permanente con la Federación Médica Venezolana, así ocurrió con su participación en la redacción de la Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela. Atiende todos los aspectos deontológicos planteados por sus miembros a nivel nacional. Igualmente ha tenido nexos con los colegios médicos, con otras sociedades científicas para mantener un intercambio destinado a preservar los aspectos éticos, legales y científicos de la especialidad.

Durante la presidencia del Dr. Herman Wuani en 1967, se logró el reconocimiento de la especialidad por parte de la Federación Médica².

En 1967 Rafael Barreto realiza primera exposición doctrinaria sobre los aspectos gremiales que tienen que ver con los internistas. La Sociedad ha tenido una intensa actividad en esa área, así todas las directivas en alguna forma han hecho sentir la posición de la Sociedad. Ha sido preocupación de esta lucha para que los internistas sean tomados en cuenta por organismos oficiales empleadores defendiendo la práctica de la especialidad médica. Las intervenciones de la Sociedad en las Asambleas de la Federación Médica Venezolana han sido de gran importancia, ejemplos son: La posición de la Sociedad en relación con la medicina familiar y también de su opinión en cuanto a las residencias de la medicina interna no universitarias (21/06/90 y 30/10/90).

En un documento de la Sociedad hecho público en 1981, La Junta Directiva, durante la presidencia de Alberto Leamus, se promociona el papel del internista en los diferentes niveles de atención médica y a pesar de haber logrado algunos alcances, en las gestiones ante los organismos oficiales, ellos aún no han entendido en su plenitud la función del internista. (Documento N° 4).

La Sociedad Venezolana de Medicina Interna, ha tenido que enfrentar grandes retos: La indiferencia de las autoridades sanitarias, el desinterés de los empleadores médicos de utilizar los servicios del internista y hasta la adversidad, por la desertión y embate de algunos de sus miembros. Estos factores han contribuido a que algunos internistas migren hacia otras especialidades, más cómodas, menos obligantes y más remunerativas por el impacto de la tecnología. Eva E. de Sekler y José Enrique López afirmaron lo siguiente:” la Medicina Actual se desvía más del enfermo al instrumento, del padecimiento al procedimiento, debido a la interposición de la técnica entre el médico y su paciente”¹⁷.

La historia de nuestra organización, permite a los autores expresar que la consistencia y beneficios que ha aportado la SVMMI hacia la comunidad ha sido de una importancia ilimitada y entre sus razones más importantes están las siguientes: 1. Desarrollo del concepto y la doctrina de la Especialidad de Medicina Interna por parte de miembros, casi todos médicos internistas, que con la preparación adquirida por los entrenamientos en los posgrados y su permanente actualización médica, han permitido que la especialidad sea mejor conocida no sólo por la

Documento N° 4

La Sociedad Venezolana de Medicina Interna,
Caracas 1981

A la comunidad médica del país: “El médico internista asume un grado de responsabilidad ante la persona, que no es común conseguir en otras ramas de la medicina, y menos aún en otras profesiones” I.M.

La Directiva de esta Sociedad, en reunión efectuada el mes pasado, decidió que es conveniente hacer del conocimiento de las autoridades médicas sanitarias, universitarias y gremiales del país, algunos puntos que sostenemos con relación a nuestra especialidad.

1. Nuestros estatutos establecen como uno de los requisitos para reconocer a un médico como especialista de medicina interna, la realización de un curso de posgrado en medicina interna en un hospital docente acreditado y cuya duración no debe de ser menor de (3) años.
2. El programa del Curso de Posgrado de Medicina Interna es ESPECÍFICO y no debe confundirse con los programas a seguir por el médico cirujano egresado de nuestras universidades, para formarse como médico general o de familia, o el preparatorio para ingresar a una subespecialidad.
3. El posgrado en medicina interna, no puede ser breve, porque es el que exige más dedicación y esfuerzo al cursante, porque no consiste sólo en el estudio para conocer más profundamente determinados órganos o enfermedades, o en el adiestramiento para el manejo de ciertas tecnologías instrumentales, sino que tiene como fin primordial, el desarrollo de una “ACTITUD ANTE EL INDIVIDUO QUE LE PERMITA ACERCÁRSELE Y ENTENDERLO COMO UN TODO”, sin menoscabo de la adquisición de los conocimientos más recientes y de la utilización de todos los recursos que el progreso tecnológico ha introducido en la práctica médica actual.
4. La presencia de la medicina interna y del médico internista, tanto en el pre como en el posgrado, aunque a expensas de una carga docente desproporcionada y pocas veces reconocida. Ha contribuido a rescatar la medicina, del parcelamiento que en los médicos ha producido el avance técnico, siendo la medicina indivisible como el hombre mismo y ha permitido además el cultivo y la enseñanza de la “INTEGRIDAD ANTE LA PERSONA QUE SOLICITA SERVICIOS MÉDICOS”, por lo que estamos convencidos de que el especialista que más necesita el país es el médico internista.
5. Consideramos al internista como líder del equipo de salud moderno (del adulto), por su condición de especialista no comprometido, que puede trabajar tanto en el ambulatorio, junto al médico general o de familia, como en el hospital, con los otros especialistas en el Departamento de Medicina, pudiéndose obtener de ese liderazgo bien entendido y ejercido, y de su función de enlace natural entre la comunidad y el hospital a través de la consulta externa, un uso más racional de las camas hospitalarias y de los recursos diagnósticos y terapéuticos que allí se dispensan. Conducta que sin detrimento de la calidad de los servicios prestados, disminuiría los costos, aumentaría la eficiencia y humanizaría la atención que prestan estas instituciones, públicas y privadas, para mayor bienestar de la ciudadanía.
6. Creemos que la dirección tanto del Departamento de Medicina de los hospitales, como la de los cursos de posgrados de medicina interna, debe ser ejercida por médicos internistas, tengan o no otra especialidad.
7. Sostenemos que en todos los hospitales, el Departamento de Medicina debe estar constituido por pacientes cuya ubicación sólo se determina según la diferencia de sexo y no por la enfermedad del aparato o sistema que lo agregue.
8. Nuestra Sociedad, sin carácter excluyente de ningún tipo, propugna que debemos alentar a los médicos internistas a PERMANECER TODA UNA VIDA PROFESIONAL EN EL EJERCICIO para mantener la indispensable vigencia de la misma y poder realizar cada vez más mejores diagnósticos y terapéutica, por la vía más sencilla y eficaz.
9. Aspiramos a que se establezca un trato igualitario, justo y equitativo, tanto para el médico especialista en medicina interna como para el médico especialista en cualquier otra de sus ramas. Esta decisión aparte de nacional, contribuiría a limitar los cambios de especialidad, los cuales se efectuarían fundamentalmente por razones derivadas de las necesidades del país.

10. Porque lo creemos lógico, pedimos a las universidades del país que otorguen título de especialista y a los colegios de médicos de la república, que reconozcan como tales, en cualquier disciplina médica, sólo a aquellos que satisfagan los requerimientos de la sociedad científica correspondiente. Esperamos que

la información dada sea adecuada, para que la toma de decisiones sea siempre la más justa y beneficiosa para la colectividad a la cual presta sus servicios el médico.

Por la Junta Directiva
Dr. ALBERTO LEAMUS
Presidente
SVMI

comunidad médica nacional, sino por la misma población, que ha entendido el excelente servicio médico que nuestros especialistas aportan en beneficio de la salud del venezolano. 2. El crecimiento permanente de la SVMI le ha proporcionado a través de sus actividades científicas, académicas y gremiales la solidez suficiente para ser considerada una de la más importantes sociedades científicas del país. 3. El constante trabajo de los Internistas, a pesar de las limitaciones remunerativas en las instituciones médicas de cualquier tipo de atención médica del país, ha proporcionado y facilitado la organización de los departamentos médicos de los hospitales e instituciones de servicios médicos. 4. El prestigio adquirido por la SVMI, tanto nacional como internacionalmente por haber tenido en sus juntas directivas las personas que han sabido interpretar las exigencias de sus propios miembros, así como las necesidades de atención médica de la comunidad ¹⁸⁻²¹.

Las razones anteriores han hecho posible también el reconocimiento a la SVMI por parte de los gremios nacionales, cuando en octubre de 2000 la SVMI recibió el Premio Esculapio a la Excelencia en Ciencias de la Salud.

Una proporción importante de los documentos sobre conceptos y doctrinas de la SVMI, así como de las diferentes posiciones científicas acerca de variados tópicos y enfermedades, de los aspectos gremiales y de las más diversas opiniones de sus miembros, están contenidas en las diferentes publicaciones realizadas por la SVMI hasta el 2005 y mostrada en el Tabla 8²²⁻²⁵.

Proyecciones y conclusiones

Las siguientes conclusiones se pueden extraer después de haber realizado esta investigación histórica.

Tabla 8

Publicaciones de la SVMI
1. Revista Órgano Oficial SVMI (Desde 1996 hasta 2005) 21 volúmenes, con 4 números cada año Editora: Dra. Eva Essinfeld de Sekler
2. Prevención y medicina interna 1998 Editores: Dr. Luis F. Chacín Alvarez Dr. Ramón Castro Alvarez
3. El médico internista es el médico del adulto 2000 Editores: Dr. Luis F. Chacín Alvarez Dr. Mario Ogni Cechini
4. Historia y Doctrina de la Medicina Interna en Venezuela 2003 Editores: Dr. Israel Montes de Oca Dr. Mario J. Patiño Torres Dr. Rolando Salvetti Moraos Dr. Héctor Marcano Amador
5. Medicina Interna: Reflexiones sobre Educación Médica 2005 Editores: Dr. Mario J. Patiño Torres Dr. Héctor Marcano Amador Dra. Elizabeth Hernández M Dra. María Evelyn Monsalve

1. Los hechos históricos que precedieron a la creación de la fundación de la SVMI, provenía de la Escuela Médica Alemana, y por su nueva concepción de la integralidad le proporcionó características de doctrina a una nueva especialidad que se denominó medicina interna, acogida posteriormente por todas las escuelas del momento incluyendo la norteamericana.

2. Las etapas iniciales y desarrollo de la medicina en Venezuela en su parte clínica crecieron con el nombre de clínica médica hasta 1949, cuando acontece la contratación por parte de las autoridades sanitarias venezolanas de un médico internista alemán, para trabajar en el Hospital de Valencia e introdujo el concepto de práctica de la medicina interna, asimilándose desde entonces la clínica médica a esta especialidad.
3. En las Escuelas Médicas con sede en los hospitales Vargas y Universitario se reunieron para el momento el mayor número de clínicos y fueron quienes gestaron un movimiento que giraba alrededor de la idea de la medicina interna, como la medicina holística, integradora, base de las demás especialidades médicas.
4. El 18 de abril de 1956, se plasman finalmente en realidad las ideas de una medicina diferente con la creación y fundación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, fecha trascendente en la historia de la Medicina Nacional ya que representó al inicio de una orientación diferente en la atención médica de las personas enfermas. Al comienzo la SVMI aunque creada por especialistas muy heterogéneos. Después de 40 años ella está integrada predominantemente por médicos internistas con formación académica de posgrado.
5. En su historia y biografía, se percibe como ha sido y será la proyección de esta sociedad científica; debido a que las múltiples actividades desarrolladas durante su vida institucional la ubican como un recurso de apoyo en los siguientes aspectos: en lo docente (con sus programas de Educación Continua y su contribución a la Docencia de pregrado y posgrado en las diferentes universidades del país, a través de los departamentos médicos y que deben ser dirigidos por internistas); en lo científico (con sus actualizaciones, reuniones, jornadas, reuniones capitulares, congresos, anatomoclínicas, etc.); en lo académico (con su respaldo a la excelencia de los posgrados, esencial para la formación de nuevos internistas y los aportes para los cambios curriculares de los programas de la formación del internista); en lo administrativo (con sus programas, simposios, seminarios con un contenido donde se expresan las diferentes opiniones que hace la SVMI en cuanto a la atención médica del país); en lo organizacional (con la creación de la Sección y División de Medicina Interna dependiente del MSAS, que desafortunadamente no ha funcionado); en lo gremial con sus permanentes relaciones con la Red de Sociedades Científicas y con todas las instituciones del país así como la defensa de la especialidad; en lo informativo y formativo (con la publicación de la Revista Medicina Interna Órgano Oficial de la Sociedad) así como de publicaciones de libros de alto contenido científico y conceptual; en lo comunicativo (con la posición que toma la SVMI, al orientar el acceso de los pacientes a los diferentes niveles de atención médica) y sus programas dirigidos a la comunidad.
6. La SVMI, con este documento, desea hacer un permanente reconocimiento y homenaje a todas aquellas personas que han contribuido a su consolidación. Merece especial consideración, en este momento de celebración de los 50 años, en honor a todas las Juntas Directivas de la Sociedad, cuyos integrantes en forma desinteresada han agregado aportes y acciones que califican a la Sociedad, como una de las excepciones, en que la comunidad de lo afirmativo ha sido su objetivo.
7. El conocimiento de la historia y biografía de la SVMI, indudablemente servirá de base a las futuras generaciones de internistas, que desempeñarán funciones directivas y aportarán así nuevos elementos de crecimiento y de grandeza a esta organización que en el pasado, ahora y siempre defenderá esencialmente los principios de los internistas y en consecuencia hacer de la medicina interna una especialidad al servicio de la preservación de la salud de los venezolanos.

REFERENCIAS

1. Montes de Oca, Leamus A, Kaswan E, Armas P. Historia y Biografía documentada de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna I. *Med Int Caracas*. 1996;(12):7-21.
2. Actas de Reuniones y Asambleas de la Junta Directiva y SVMI desde su fundación 18 de abril de 1956 hasta el 2005.

HISTORIA Y BIOGRAFÍA

3. Med. Intern 1985 – 2004 (Revisión de la Revista Medicina Interna, Caracas).
4. Archivos y Estatutos de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Actualizados en el año 2000.
5. Romer M. A. Medicina Interna como rama de la medicina. Arch Hosp Vargas. 1967;9:11-19.
6. Moros Ghersi C.A. Medicina Interna, Salud Pública y Universidad. Ponencia III Congreso Venezolano de Medicina Interna (Cumaná 1984). Publicada por Ediciones Rectorado UCV. 1984.
7. Moros Ghersi C.A. La concepción fenomenológica en el origen del nombre “Medicina Interna” Med Intern. (Caracas) 1987; III: 3-12.
8. Boomfield A. L. Origin of Term “Internal Medicine”. JAMA. 1959;169:1622.
9. Bruni Celli B. Historia de la Facultad de Medicina de Caracas. Separata de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. 1958;VI.
10. Montes de Oca I, Kaswan E, Leamus A. Perfil del Médico Internista. Rev Fund José María Vargas. 1982;VI:24-23.
11. Prado R, Wuani H, Montes de Oca I. Bases Doctrinarias del Perfil del Médico Internista. Med Intern. 1992;8:22-23.
12. Ponencia: El papel de la Medicina Interna en la integración de los equipos de salud. XI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas. Academia Nacional de Medicina. Gac Méd Caracas. Valencia, 1988.
13. León CA. Presente y Futuro de la Medicina Interna. Trabajo presentado durante las Primeras Jornadas Venezolanas de Medicina Interna, Hospital Vargas, abril 1976.
14. Benaim Pinto H. Doctrina de la Medicina Interna. Arch Hosp Vargas. 1967;IX:155-170.
15. Armas Alfonso A. Diseño Gráfico en Venezuela. Caracas, 1985:85.
16. Barreto R. A. Problemas Gremiales del Médico Internista. Arch Hosp Vargas. 1967;IX:61-70.
17. Ponencia 1er. Congreso Venezolano de Medicina Interna “Medicina Interna y Medicina General”. Memorias del 1er. Congreso Venezolano de Medicina Interna, Caracas 13 al 18 de mayo de 1974.
18. “Archivos del Hospital Vargas” 1967;IX:21-110.
19. Ponencia. “Estado Actual de la Medicina Interna en Venezuela”, parcialmente publicada en Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social. 1975;XL:19-107.
20. Gómez OL, Mata de Gregorio J, Wuani H. La Formación del Médico Internista. Arch Hosp Vargas. 1967;IX:21-30.
21. Prado R. El Internista del futuro. Med Intern. (Caracas) 1993;9:109-111.
22. Estatutos de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, (Actualizados). Med Intern. (Caracas) 2000;10:142-149.
23. Dominci Santos A. 1era. Lección Inagural de la Cátedra de Clínica Médica. Gaceta Médica de Caracas, 1895;19:161-165.
24. Patiño M. Modelo Socio – Cognitivo. Currículo nuclear para la Educación Médica de Postgrado de Medicina Interna en el marco de la sociedad del conocimiento y la globalidad Proyecto y Propuesta para el Cambio Curricular de la Educación Médica de Posgrado en Venezuela. Centro de Investigación y desarrollo de la Educación Médica (CIDEN) Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti, UCV. Caracas, julio 2005.



Dr. José María Ruiz Rodríguez, Primer Presidente de la SVMI, 1956-1957.



Dr. Henrique Benaim Pinto, Presidente de la SVMI 1959-1960. Presidente del Primer Congreso Venezolano de Medicina Interna.



Afiche del Primer Congreso Venezolano de Medicina Interna.

* Las fotografías fueron recopiladas y proporcionadas a la Revista por los Drs. Israel Montes de Oca, Mario Patiño. Fotografía del Dr. Ruiz Rodríguez por cortesía de la Dra. Virginia Salazar.

GALERÍA



Dr. Leopoldo García Maldonado



Dr. José Ignacio Baldó

Promotores de la Creación de los Cursos de Postgrado de Medicina Interna. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1959



Primera Promoción de Postgrado en Medicina Interna- 1959-1961

El internista en la enseñanza médica de pregrado

Roberto Ochoa Iturbe*

El médico general recién graduado debe ser, en síntesis, un profesional de la salud capaz de, mediante interrogatorio y examen físico de un enfermo, llegar a un diagnóstico y tomar la decisión de solicitar exámenes complementarios o iniciar el tratamiento. Asimismo deberá ser capaz de seguir el caso clínico. Esto es lo que la población espera de un médico y por tanto lo que las Escuelas de Medicina deberían producir. Es en las Cátedras de Clínica Médica y Quirúrgicas, al lado de la cama del enfermo, donde se aprende ese “saber hacer”.

De manera muy predominante, es en las Cátedras de Medicina Interna donde se le enseña al estudiante a interrogar y examinar integralmente a un paciente y redactar con la información recogida una buena historia clínica. Con ella debe llegar a una aproximación diagnóstica sindromática o específica según el nivel. Allí también se les enseña a conocer cuales exámenes complementarios solicitar y cual es la importancia de la especificidad, sensibilidad y valor predictivo de estos. Son las Cátedras de Clínicas Médicas y Quirúrgicas las que les muestran al estudiante, en la práctica, la terapéutica correspondiente y el seguimiento del caso clínico. Por supuesto que la tarea de formar un buen médico no es responsabilidad exclusiva de las Cátedras Clínicas.

La formación de ese profesional con los valores, conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, es decir, con las competencias indispensables, es una tarea larga y compleja que, en la mayoría de las universidades, puede resumirse en tres etapas:

1. Etapa de ciencias básicas.
2. Etapa clínica.
3. Etapa de consolidación mediante pasantías hospitalarias o ambulatorias.

En algunos países, por ejemplo, Estados Unidos, la primera etapa se cumple en un ciclo aparte llamado premedical y es sólo al culminar éste cuando se accede a la escuela de medicina en sí.

Sin embargo, es en la segunda etapa, donde la docencia en las diversas cátedras de clínica médica y quirúrgica, enseña al estudiante de medicina la adquisición del comportamiento (por la vía de la enseñanza directa o por el modelaje) los conocimientos, destrezas y habilidades clínicas que lo diferenciarán de otros estudiantes universitarios convirtiéndolo en miembro de la profesión médica.

No es igual un estudiante de 2º año a uno de 4º año, quien ya recibió formación en semiología. Este último ya ha entrado en contacto con el mundo de los enfermos y los médicos, y habrá adquirido un sentido de pertenencia con la profesión o se habrá dado cuenta que no debe continuar en la carrera. Es justamente en esa 2ª etapa, y en la última, en la que

* Médico Internista, Profesor Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica “C”. H.U.C Escuela Luis Razetti. UCV. Miembro Titular SVMI. MACP

el internista docente juega un rol fundamental.

El rol de la medicina interna en la docencia de pregrado es tema de discusión obligado en diversas actividades de la Sociedad de Medicina Interna, desde su primer congreso en 1974. El VI Congreso, en 1990, dedicó parte de su ponencia central al tema de la docencia de pregrado, bajo la coordinación del Dr. Hermann Wuani¹. Allí se cuantificó la presencia e importancia de médicos internistas generalistas en la Facultad de Medicina de la UCV, mediante el análisis de la nómina docente y una encuesta entre sus estudiantes. Se concluyó en la gran importancia numérica de internistas generalistas en la docencia aunque, según la encuesta, la contribución de estos fue calificada como muy buena o excelente sólo por una minoría.

En nuestra revista el tema se presenta por primera vez por el Dr. Osvaldo García Arenas, en 1987, en un artículo homónimo al actual². En dicho artículo se revisa conceptualmente el rol del internista como médico que tiende a formar un médico general integral y no un médico precozmente orientado hacia la especialización y subespecialización. Hace la observación y recomendación de una mayor necesidad de pediatras e internistas en la formación del médico en Venezuela, dadas nuestras características demográficas y de morbimortalidad. Señala que el área de medicina, en las diferentes escuelas médicas del país, representa entre el 16 % y el 36 % de la distribución de la docencia, mientras que pediatría está entre el 10 % y el 18 % (ibid).

Ese mismo año el Dr. Carlos Moros G. vuelve sobre el tema en otro artículo en nuestra revista "El internista en la clínica médica y la formación del médico general"³. En su artículo hace énfasis en cómo las características específicas de un médico internista generalista lo convierten en un factor decisivo para lograr los objetivos de formar un buen médico general.

En 1986 me correspondió escribir un artículo de opinión sobre el internista en la enseñanza de la semiología⁴. En los 20 años transcurridos desde entonces, considero que los conceptos allí emitidos siguen siendo válidos. Se pueden resumir en dos afirmaciones: El internista es el instructor de semiología por excelencia; ningún otro especialista clínico o quirúrgico puede realizar esta tarea de esa manera integral.

En algunas de las publicaciones mencionadas se hacen consideraciones sobre aspectos curriculares en relación al rol de la medicina interna en la docencia de pregrado en Venezuela y en Latinoamérica.

Si observamos lo que ocurre en otras latitudes nos encontramos con situaciones curriculares parecidas a las nuestras. En España casi una tercera parte del currículo (126 de 400 créditos) está dedicado a las clínicas ocupando la medicina interna un puesto preponderante, tanto en esa etapa intermedia como en las pasantías obligatorias del último bienio.

La necesidad de integrarse al resto de Europa después de la directiva europea de diciembre 2004 y de la Declaración-Proceso de Bologna del mismo año, ha llevado a los españoles a realizar un estudio comparativo entre sus estudios médicos y los del resto de los países europeos, publicados en un "libro blanco", en abril de 2005⁵.

En casi todos esos países las pasantías de medicina interna en la 2ª y 3ª etapa de la formación del médico ocupan un importante lugar.

Una organización, el Instituto Internacional para la Educación Médica, ha elaborado los requisitos mínimos esenciales para la educación médica, de estos se desprenden las competencias específicas del médico, producto de 7 campos⁶.

La docencia impartida por internistas está involucrada en los campos de: 1. Habilidades clínicas, 2. Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos, en ambos como responsabilidad directa, y en los campos de 3. Habilidad de comunicación, 4. Manejo de la información y 5. Análisis crítico e investigación de manera compartida pero con un rol preponderante. En ese esquema solo los campos de 6. Salud Pública/ sistemas de salud y 7. Fundamentos científicos de la medicina, competen de manera más marginal a la medicina interna en sus aspectos docentes. Es decir, de los 7 campos de los cuales derivan las competencias específicas profesionales, la medicina interna está directamente involucrada en cinco de ellos.

En la Directiva Europea de 2021 de diciembre, 2004, una visión a futuro de lo que debe ser un médico recién egresado, se estipula

La formación básica del médico garantizará que se

han adquirido los siguientes conocimientos y competencias.

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos incluidos los principios de medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente comprobados y del análisis de datos.
- Un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos, sanos y enfermos, así como de las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno físico y social.
- Un conocimiento adecuado de las materias y de las prácticas clínicas que le proporciona una visión **coherente** de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina sus aspectos preventivo, diagnóstico y terapéutico así como de la reproducción humana.
- Una experiencia clínica adecuada en **hospitales** bajo la oportuna supervisión. (resaltado nuestro)

El rol de la medicina interna se inserta en los dos últimos apartados siendo estos los más relevantes en la formación de ese médico esencial que al comienzo de este artículo se definió.

Una última consideración acerca del estado actual de la medicina interna en la docencia de pregrado a través de la realidad de una escuela de medicina, la Escuela Luis Razetti de la UCV. En la escuela existen tres cátedras de medicina en las cuales, a comienzos de los años 80, trabajaban más de 50 internistas, la mayoría internistas generalistas. El currículum contemplaba pasantías por medicina interna en 3º, 4º y 5º año con un total de 44 semanas de docencia activa. Para esa década ya se había creado el internado rotatorio el cual contemplaba pasantías de medicina interna de 10 semanas con rotaciones por emergencia.

En la actualidad el número de docentes en las 3 cátedras de medicina se ha reducido a menos de 30, se ha eliminado la participación de medicina interna en el 4º año (Nosografía) y se ha reducido la docencia activa previa al internado rotatorio a solo 27 semanas. El internado rotatorio en sí ha sido dividido en pasantías hospitalarias y pasantías ambulatorias con lo cual el tiempo que dedica el estudiante a las salas de hospitalización se ha reducido significativamente. Aun cuando la situación de la Escuela Razetti no es extensible al resto de las escuelas de medicina del país, no deja de preocupar que una de las más grandes en número de estudiantes haya evolucionado hacia una merma de la medicina interna en el pregrado.

En el futuro la presencia de internistas generalistas y la duración de las pasantías de medicina interna deben aumentar para así contribuir a una mejor formación del médico general que el país necesita.

REFERENCIAS

1. Memorias VI Congreso Venezolano de Medicina Interna. Caracas, 17-21 abril, 1990.
2. García Arenas. El Internista en la enseñanza médica de pre-grado. *Med Intern.* (Caracas). 1987;3:27-32.
3. Moros Ghersi C. El Internista, la clínica médica y la formación del médico general. *Med Intern* (Caracas). 1987;3:115-118.
4. Ochoa Iturbe R. El internista en la enseñanza de la semiología. *Med Inter* (Caracas). 1986;2:164-165.
5. Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina en España. Libro blanco. Programa de Convergencia europea. Titulación Medicina. Abril 2005.
6. Global Minimum Essential Requirements in Medical education. Institute for International Medical Education Core Committee. *Medical Teacher.* 2002;24:130-135.

Perspectiva de la educación médica de posgrado de medicina interna en Venezuela

Mario J. Patiño Torres, Carlos A. Moros Gherzi

LA EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO DE MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA.

El papel de la medicina y el concepto de salud no son principios inamovibles sino que están sujetos a los cambios culturales de una sociedad dinámica en continua renovación¹. Así, la educación médica en general y la educación médica de posgrado en Venezuela se enfrentan a una serie de desafíos en una sociedad que se transforma, y que plantea revisar su situación actual. Situación que debe ser vista desde una perspectiva diacrónica, para mirar el futuro sin perder el pasado y poder redefinir muchas de sus tareas sustantivas; en especial, aquellas que se relacionan con las necesidades en materia de modelos educativos. En este sentido planteamos el devenir de la educación médica de posgrado de medicina interna en Venezuela con una visión de futuro.

En cuanto al inicio de la educación médica de posgrado de medicina interna en Venezuela, los primeros cursos de posgrado de la especialidad se programaron en 1957, promovidos por los doctores. Otto Lima Gómez, Henrique Benaim Pinto, Augusto León, fundadores de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, y el Dr. José Ignacio Baldó del Ministerio de Salud, y se hicieron realidad en 1959, al empezar en los Hospitales Vargas y Universitario de Caracas, adscritos a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela^{2,3}.

La creación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna en 1956, constituyó un elemento fundamental para la consolidación y progreso de la especialidad

y su influencia en la creación de los cursos de posgrado fue determinante. Desde su fundación, esta Sociedad ha señalado que las residencias de posgrado de medicina interna tienen como meta fundamental la formación de médicos internistas integrales de acuerdo a las necesidades que la nación tiene de la especialidad⁴. Ha promovido y propiciado durante sus 50 años de historia, en conjunto con las universidades nacionales, espacios para la discusión en función del desarrollo, revisión y actualización de los currícula.

En 1984 bajo la presidencia del Doctor Moros Gherzi en la Sociedad se constituye la Comisión Permanente para el estudio de los posgrados del país. Como conclusión del Primer Seminario Nacional sobre la Enseñanza de Posgrado de Medicina Interna celebrado en Caracas en 1987⁵, se consideró auspiciar la elaboración de un currículum nuclear para la educación médica de posgrado de la especialidad a nivel nacional, tomando como referencia el currículum mínimo propuesto por el Dr. Herman Wuani para la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela⁶. En ese sentido, Montes De oca en 1988⁷, plantea como componentes fundamentales de la competencia profesional de un médico internista para aplicar y practicar la especialidad, los siguientes:

- Buen juicio clínico.
- Amplios conocimientos.
- Actitudes profesionales y de comportamiento.

- Habilidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales con el paciente, la familia y los colegas.
- Excelentes cualidades humanísticas, morales y éticas.
- Habilidad diagnóstica, así como para la realización y utilización racional de los procedimientos.
- Habilidad para reunir datos a través de una entrevista médica organizada y de la realización de un examen físico completo (Historia Clínica).
- Uso apropiado (costo / efectivo) de los recursos diagnóstico y terapéuticos, con una adecuada logística durante el cuidado médico.

En lo concerniente a la meta que deben tener las residencias de posgrado de medicina interna, esta quedó establecida como la de “Formar especialistas que correspondan de manera adecuada a la definición que la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, órgano oficial autorizado para ello, promulgó en 1973 y mantiene sobre la especialidad”:⁸

“La medicina interna es una especialidad integral, cuyo campo de acción es el paciente adulto, desde su adolescencia hasta la senectud, y cuyo objetivo es el mantenimiento de la salud, mejorándola, previniendo, curando o aliviando las enfermedades que la interfieren, y rehabilitando las secuelas de estas. Los medios para lograr su objetivo son: 1) La visión integral de la persona: psiquis, organismo y medio ambiente, lo cual configura una actitud filosófica propia; 2) La coordinación de las acciones de todas los miembros del equipo necesario para el mantenimiento y promoción de la salud; y 3) El ejercicio de la docencia y la investigación en los tres niveles del sistema de salud en los que actúa”.

En 1992, en el marco del VII Congreso Venezolano de Medicina Interna, la ponencia central se dedicó al “Análisis curricular de los Posgrados de Medicina Interna”, los objetivos de ese encuentro obedecieron a la premisa de que es en el currículum, donde las tendencias innovadoras deben encontrar su mejor expresión⁹. De ese análisis y discusión se desprendieron algunas observaciones problematizadoras para ese momento¹⁰:

- Los posgrados tenían bases curriculares y programáticas diferentes.
- El 29 % no habían actualizado el currículum en los últimos 5 años.
- El 82 % no tenían actividades ambulatorias separadas del hospital.
- Existía formación doctrinaria (cultura social e institucional) en sólo 47 % de los cursos.

En las recomendaciones de esta ponencia, se reitera una vez más la necesidad de realizar esfuerzos para promover un currículum nuclear para todas las residencias de posgrado a nivel nacional, a fin de poder obtener un egresado de excelencia en la totalidad de las mismas¹¹. Por otra parte, se establece al “perfil de competencia profesional” del médico internista desarrollado por la Sociedad Venezolana de Medicina Interna en conjunto con las universidades nacionales, como la base fundamental o el referente para elaborar los currícula en todos los posgrados de la especialidad.

Es hasta ahora una verdad insoslayable que la Sociedad Venezolana de Medicina Interna en sus 50 años de historia, con las ponencias centrales de sus XIII Congresos Nacionales y la elaboración del perfil profesional del médico internista, ha contribuido a orientar a los organismos oficiales y a los posgrados universitarios y no universitarios en lo que debería ser el fundamento de los diseños curriculares y las nuevas tendencias de la medicina interna en su práctica actual en el país.⁸

Sobre la base de esos valiosos documentos preliminares, en algunos casos el grado de acuerdo ha sido tan completo y las suma de poderes de decisión tan impresionante, que a un observador ingenuo le resultaría imposible explicar las tardanzas o la escasa magnitud de los resultados¹². Es así, como el propósito de lograr la cooperación multiinstitucional para fines comunes en materia curricular y a la vez trascendente a todas las residencias de posgrado de medicina interna en el país, ha tenido hasta la fecha resultados limitados.

No obstante, hoy se mantiene vigente el planteamiento de Prado y Castro¹³, en cuanto que, es

sobre los currícula de las residencias de posgrado de la especialidad que debemos trabajar para lograr las transformaciones requeridas para el médico internista del futuro. En consecuencia en el año 2003, en el marco del XII Congreso Venezolano de Medicina Interna, la SVMI antes los cambios sociales y las fuerzas actuales que modelan la medicina interna como especialidad médica, se propone como medio para garantizar que los futuros internistas puedan seguir cumpliendo la misión que la sociedad les reclama, profundizar y promover desde su seno y en conjunto con las universidades nacionales una intensa reforma del currículum que sirva de marco de referencia para la formación del médico internista en Venezuela, partiendo de una definición precisa del perfil de competencia profesional del médico internista¹⁴. Este es un paso indispensable para cumplir con los estándares de calidad para la asistencia sanitaria que están en desarrollo a nivel internacional¹⁵, y que permitirán la acreditación periódica de la calidad de nuestras residencias de posgrado y sus programas, así como el establecimiento de un deseable nivel de excelencia.

Todos los cambios de contextos referidos, conducen a la definición de lo que podríamos llamar un nuevo modelo educativo y de universidad, caracterizado por la globalidad, por la universalidad, sirviendo a todos y en todo momento, y por la necesidad de dar respuesta a las nuevas demandas de la sociedad del conocimiento¹⁶ y en consecuencia la respuesta de nuestra educación superior de posgrado se debe expresar como:

Un cambio del modelo educativo: de la enseñanza al aprendizaje. Para crear un entorno de aprendizaje continuo alrededor de los residentes de posgrado que les capacite para seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida, y que les permita permanecer receptivos a los cambios conceptuales, científicos y tecnológicos que vayan apareciendo durante su actividad laboral. Hay que pasar de un modelo basado en la acumulación de conocimientos a otro fundamentado en una actitud permanente y activa de aprendizaje. Dado que la transmisión de conocimientos no puede continuar siendo el único objetivo del proceso educativo, el modelo pedagógico sustentado en el profesor como transmisor de conocimientos debe ser sustituido por otro en el que el alumno se convierta en el agente activo del proceso de aprendizaje, que deberá seguir manteniendo durante toda su vida. La función del

profesor será la de mediar y guiar al estudiante en ese proceso de aprendizaje.

- Un cambio de objetivos: de los conocimientos a la competencia. Todo indica que las necesidades del nuevo contexto de la educación superior exigen, además de los conocimientos, formar a los individuos en el amplio conjunto de la competencia profesional entendida como el desarrollo de capacidades y valores por medio de los contenidos y métodos, que es requerida en el desempeño de la profesión y de nuestra especialidad médica. Es preciso introducir métodos proactivos que transmitan la competencia que va a necesitar el futuro profesional, una educación activa que desarrolle las capacidades potenciales individuales y sociales que el estudiante de posgrado va a necesitar en el futuro. La formación de la competencia médica exige impulsar mucho más la formación general que la específica, por supuesto, una formación general que a la vez sea una formación contextualizada, en la que los residentes tengan la oportunidad no sólo de saber muchas cosas sino de aplicarlas.
- Un cambio en los modelos organizativos. Si la universidad es un lugar de formación para una porción mayoritaria de la sociedad, su principal deber como servicio público será el de estar atenta a las necesidades globales de esa sociedad, que son muy distintas de las necesidades tradicionales de las élites o de las del propio Estado. Eso exige nuevos modelos organizativos bastante más flexibles y ágiles.
- Un nuevo enfoque para los procesos de evaluación. Si el objetivo de un nuevo modelo es la formación de la competencia profesional, lo importante sería evaluar si tal competencia ha sido adquirida por los estudiantes; de lo que se trataría, por tanto, sería de evaluar en qué medida las grandes metas de la formación en competencia son alcanzadas en y por la universidad y las residencias de posgrado.

Por ello se promueve desde la Sociedad Venezolana de Medicina Interna y las universidades nacionales, el desarrollo de una propuesta para la reforma curricular que pretende ir más allá de la mera descripción de conocimientos, para promover durante el período de formación de los residentes de posgrado de

medicina interna, el logro de las capacidades y los valores propios de la profesión y de la especialidad, construyendo y socializando en un mediano plazo, un currículum nuclear nacional para la educación médica de posgrado de medicina interna que pueda dar respuesta a lo que nuestra sociedad espera de la especialidad.

En el ámbito de esta perspectiva de la educación médica de posgrado de medicina interna en el país y bajo la premisa de que una auténtica reforma de nuestros posgrados, en última instancia tiene que traducirse en una modificación profunda del currículum, como único medio de obtener los cambios cualitativos que esperamos. Así, se inicia en el año 2003 el proyecto de actualizar el perfil de competencia profesional¹⁴ y diseñar un modelo de currículum nuclear para la educación médica de posgrado de medicina interna, aplicando para ello el modelo socio-cognitivo como teoría educativa y de diseño curricular.

APLICACIÓN DEL MODELO SOCIO-COGNITIVO EN LA EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO DE MEDICINA INTERNA

Se trata más que de una época de cambios, de un cambio de época, donde para la educación médica se necesitan modelos pedagógicos basados en el aprendizaje, que incorporen los avances en las ciencias cognitivas y sus importantes implicaciones en el diseño curricular y en la práctica pedagógica¹⁷, para formar médicos que aprendan a aprender y a emprender como expresión del desarrollo de capacidades y valores. El modelo socio-cognitivo con su teoría y práctica curricular, resulta un sugestivo modelo educativo y de diseño curricular para intentar superar las limitaciones que los modelos tradicionales presentan actualmente en la educación médica venezolana, para así adecuarnos a las situaciones y necesidades emergentes de la sociedad local y global.

Se promueve una propuesta y un trabajo para lograr una educación médica más realista y una práctica de la medicina más centrada en el paciente. La sociedad piensa ahora que una salud óptima requiere mucho más de un médico, que lo que se logra con el modelo de “diagnóstico y tratamiento” o sus productos¹⁸ (Figura 1).



Figura 1. Modelo centrado en la enfermedad y modelo centrado en el paciente.

Se promueve un modelo de currículum para la educación médica de posgrado de medicina interna, con la suficiente flexibilidad para adoptarse y adaptarse a los ambientes particulares y a los recursos disponibles en cada residencia de posgrado a nivel nacional. Con este currículum, se aspira superar la falta de conexión clara entre el currículum, la enseñanza, los métodos de aprendizaje y la evaluación, fenómeno objetivado en las evaluaciones hechas a nuestras residencias de posgrado a nivel nacional¹⁰. Un buen diseño curricular, nos debe permitir hacer explícita la relación entre estos elementos, así como la unión entre procesos y resultados, vinculando un buen aprendizaje con una buena atención de los pacientes.

Modelo socio-cognitivo como modelo para la competencia médica

Para la aplicación del modelo socio-cognitivo en la educación médica se incorporó el concepto de competencia. Concepto que fue planteado inicialmente por David McClelland en 1973¹⁹, como una reacción ante la insatisfacción con las medidas tradicionales utilizadas para predecir el rendimiento en el trabajo, y como parte de la búsqueda de una manera confiable de predecir el éxito en el mundo laboral, saliéndose de las medidas de inteligencia, personalidad y conocimientos. Este énfasis sobre el desempeño en el lugar de trabajo sigue considerándose de gran importancia²⁰.

En el marco específico de la psicología, el concepto de competencia responde a la concepción de la psicología cognitiva y del constructivismo, que concibe una mayor fluidez en la estructura del intelecto, en el procesamiento de la información y en la adaptabilidad del ser humano, que lo que se concebía en el pasado²¹.

En la sociedad del conocimiento la competencia como desarrollo de capacidades y valores va más allá del empleo, para incluir también las demandas y los patrones que la sociedad y la comunidad académica han establecido en relación con determinada profesión o especialidad. La competencia favorece la diversidad porque añade ángulos y niveles, y permite la selección de los conocimientos y métodos apropiados para desarrollar las capacidades y los valores de un determinado

perfil profesional. La iniciativa curricular que tome en consideración los objetivos expresados en el idioma de la competencia presentará no solamente una perspectiva más integral del currículum, sino que podrá desarrollar un enfoque sistemático de cada una de las partes del mismo en términos de las capacidades y los valores que se esperan desarrollar²². La competencia profesional es parte y producto final del proceso educativo.

Dado el carácter polisémico y multidimensional de la palabra competencia, se establece la necesidad de consenso en torno al término. Para facilitar el entendimiento, se adapta el concepto de competencia del Profesor Pérez González del Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación Médica (CIDEM) de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela:

“La competencia es el producto del desarrollo de las capacidades/destrezas y valores/actitudes por medio de contenidos y métodos de aprendizaje de una manera que permite desempeñar adecuadamente las labores profesionales, de acuerdo a los patrones de actuación vigentes para la profesión y la especialidad en un determinado momento”.

El concepto de competencia empleado trata de seguir un enfoque integrador, en una dinámica combinación de atributos que juntos permiten un desempeño competente como parte del producto final del proceso educativo²³. Así, en la estructura de la competencia profesional participan formaciones psicológicas cognitivas (capacidades/destrezas), afectivas (valores/actitudes) junto a los conocimientos y métodos de aprendizaje, que en su funcionamiento se integran en la regulación de la actuación profesional. La competencia se plantea como multidimensional en sí misma y con una relación directa con el contexto en el que se expresan. A diferencia del término objetivo que implica intención, el término competencia implica resultado.

El poseer la competencia profesional significa que un profesional de la medicina interna, al manifestar una cierta destreza o actitud en el desempeño de una tarea, puede demostrar que la realiza de forma tal que permite evaluar el grado de realización de la misma. La competencia al poder ser verificada y valorada, puede y debe situarse en un continuo. Así, la complejidad de la integración de los componentes estructurales y funcionales en la regulación de la

actuación profesional, determina la existencia de diferentes niveles de desarrollo de la competencia profesional que se expresan en la calidad de la actuación profesional del médico, y que transitan desde una actuación incompetente, a parcialmente competente, hasta una actuación competente y más (eficiente y creativa). Los hermanos Dreyfus describieron su modelo de aprendizaje como un tránsito desde un comportamiento basado en reglas a uno basado en el contexto, el cual es más próximo al médico²⁴⁻²⁶. Por ello, en educación médica se recomienda el modelo Dreyfus como un proceso para efectivamente comprender y educar para la competencia^{27,28}.

El modelo Dreyfus describe un proceso de movimiento a través de seis etapas: novato, principiante avanzado, competente, proficiente, experto y maestro. Ese movimiento a través de esas etapas sucesivas de desarrollo ocurre como el tránsito por un camino de vinculación e íntima relación con el contexto de aprendizaje. Íntima relación que dota al aprendiz de la habilidad de ver las posibilidades y complejidades en el contexto, como opuesto al simple aprendizaje de reglas acerca del contexto e implica también una estrecha relación con el profesor como mediador del aprendizaje y de la cultura social e institucional de la profesión. Es a través de la práctica e integración de una variedad de estilos y técnicas que el estudiante descubre y cultiva su único e individualizado estilo²⁹.

La competencia es un estándar mínimo para el médico, ésta ciertamente no es el punto final deseado. A través de un compromiso y proceso de aprendizaje permanente y autodirigido, se espera que los médicos se sigan moviendo a otros estadios de desarrollo: proficiente, experto y maestro. Una buena escuela de medicina debe facilitar el progreso del estudiante de novato a principiante avanzado, una buena residencia de medicina interna debe facilitar el progreso de principiante avanzado a médico competente, y un buen desarrollo profesional continuado facilita el progreso hasta alcanzar el nivel de proficiente y finalmente maestro.

En el proceso de educación para la competencia profesional entendida como el desarrollo de capacidades y valores por medio de contenidos y métodos, tanto en la escuela de medicina como en la residencia de posgrado, los docentes y tutores asumen un rol de mediador mientras que los estudiantes y

profesionales asumen un rol de sujeto de su formación y desarrollo profesional. En vista del carácter protagónico de sujeto que asumen los estudiantes y profesionales en el proceso de construcción de su competencia profesional es necesario tener en cuenta que la educación profesional debe sustentarse en una metodología participativa de aprendizaje/enseñanza, en una comunicación dialógica entre docentes y discentes, tutores y profesionales, así como en una evaluación centrada en el proceso de construcción de la competencia profesional a través de la auto-evaluación, la heteroevaluación y la coevaluación en el ejercicio de la profesión. Más allá del credencialismo, la competencia profesional adquirida posee un valor en sí mismo³⁰.

Así la competencia profesional entendida como el desarrollo de capacidades y valores por medio de contenidos y métodos, tiene como rasgos característicos los siguientes:

- La competencia se pueden describir con un pequeño número de enunciados, los cuales proporcionan una referencia intuitiva, amigable y transparente para el currículum planeado, enseñado, aprendido y evaluado.
- La competencia enfatiza una visión global del currículum y un diseño del mismo con una aproximación descendente, para terminar en una especificación más detallada en la unidad de aprendizaje, curso o tema. Las áreas claves del aprendizaje son enfatizadas, haciéndose más fácil el alcanzar acuerdos, flexibilizando su uso.
- Existe una interrelación de la competencia profesional en sus diferentes niveles de consecución, sirviendo unas capacidades las bases para el desarrollo de otras. Esto resulta finalmente en el desempeño esperado de un médico y de un médico especialista.
- La competencia profesional garantiza el desarrollo de las capacidades/destrezas, valores/actitudes como metas del proceso educativo, las cuales resultan institucionalizadas e incorporadas en la práctica.
- El desarrollo de la competencia como capacidades y valores debe comprometer al profesor/a y tutor/a en métodos centrados en el estudiante, donde

el profesorado se identifica con la competencia profesional y los estudiantes por su parte toman más responsabilidad en su propio aprendizaje.

Currículum nuclear

El concepto de currículum nuclear no es nuevo, ha estado vinculado a la educación médica de grado y posgrado durante mucho tiempo³¹. Y a pesar de la confusión asociada al término debido a las muchas interpretaciones sobre qué constituye lo nuclear, se ha establecido correctamente que la misma noción de lo nuclear implica que es solamente una parte del currículum completo³².

Actualmente, el desarrollo de un currículum nuclear donde estén claramente identificadas y especificadas las metas mínimas de aprendizaje, es un componente esencial del proceso educativo en medicina^{33,34}. Al menos dos razones justifican la necesidad de un currículum nuclear: la sobrecarga de información biomédica, y la creciente tendencia a la subespecialización. Para la educación médica de posgrado, lo nuclear está representado por aquellos elementos del currículum que son comunes y esenciales para todos los residentes y su práctica profesional, asumiendo que ellos están siendo preparados para el mismo rol.

El currículum nuclear, según la definición anterior, debe constituir una parte significativa del currículum completo, manteniendo el suficiente grado de flexibilidad para facilitar su adaptación a cada residencia de posgrado según las necesidades locales y recursos disponibles. A partir de lo nuclear el currículum de cada residencia de posgrado debe ser abierto y flexible, de manera que favorezca el diálogo, permita el mayor desarrollo de las diferencias y de los intereses individuales de cada posgrado y sus integrantes; intentando contrarrestar con ello, la excesiva rigidez de nuestro sistema de educación superior.

El currículum nuclear propuesto debe ser entendido, desde el punto de vista socio-cognitivo como una selección pedagógica de la cultura social e institucional de la medicina interna venezolana, lo cual ha sido una demanda en nuestra especialidad en los últimos veinte años a nivel nacional^{6,11}. Adicionalmente a la mayoría de los directores,

miembros de las comisiones de currículum y profesores de posgrado de medicina interna, les falta tiempo, recursos y entrenamiento específico en desarrollo curricular; no obstante, están cada vez más conscientes de la contribución de un currículum bien formulado y fundamentado para su profesionalización pedagógica y la eficacia educativa de cada una de las residencias de posgrado.

La disponibilidad de un currículum nuclear para la educación médica de posgrado de medicina interna, con un modelo subyacente de teoría y práctica curricular, para ser adoptado a nivel nacional, representa una opción para la educación médica de posgrado, por lo que ha sido asumido como área prioritaria de gestión por la Comisión de Educación Médica de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, promoviendo su socialización, análisis, discusión y futura implementación.

Para la construcción del currículum nuclear orientado a la educación médica de posgrado de medicina interna, se sistematizó una secuencia de aplicación del modelo socio-cognitivo como teoría educativa y de diseño curricular:

Perfil de competencia profesional como panel de capacidades y valores

El primer paso de la secuencia de aplicación del modelo socio-cognitivo para el diseño del currículum nuclear de medicina interna, fue la identificación y definición de un perfil de competencia profesional del médico internista, que representa nuestro panel capacidades/destrezas y valores/actitudes y por lo tanto el eje para la construcción del currículum.

La estructura del perfil de competencia profesional como panel de capacidades y destrezas, está conformado en primer lugar por seis áreas de la competencia profesional, en cada área de la competencia se identifican las capacidades como herramientas mentales generales y/o los valores como tonalidad afectiva que se deben desarrollar. Cada capacidad y cada valor a su vez se descomponen en sus respectivas destrezas y actitudes, como elementos específicos (Figura 2).

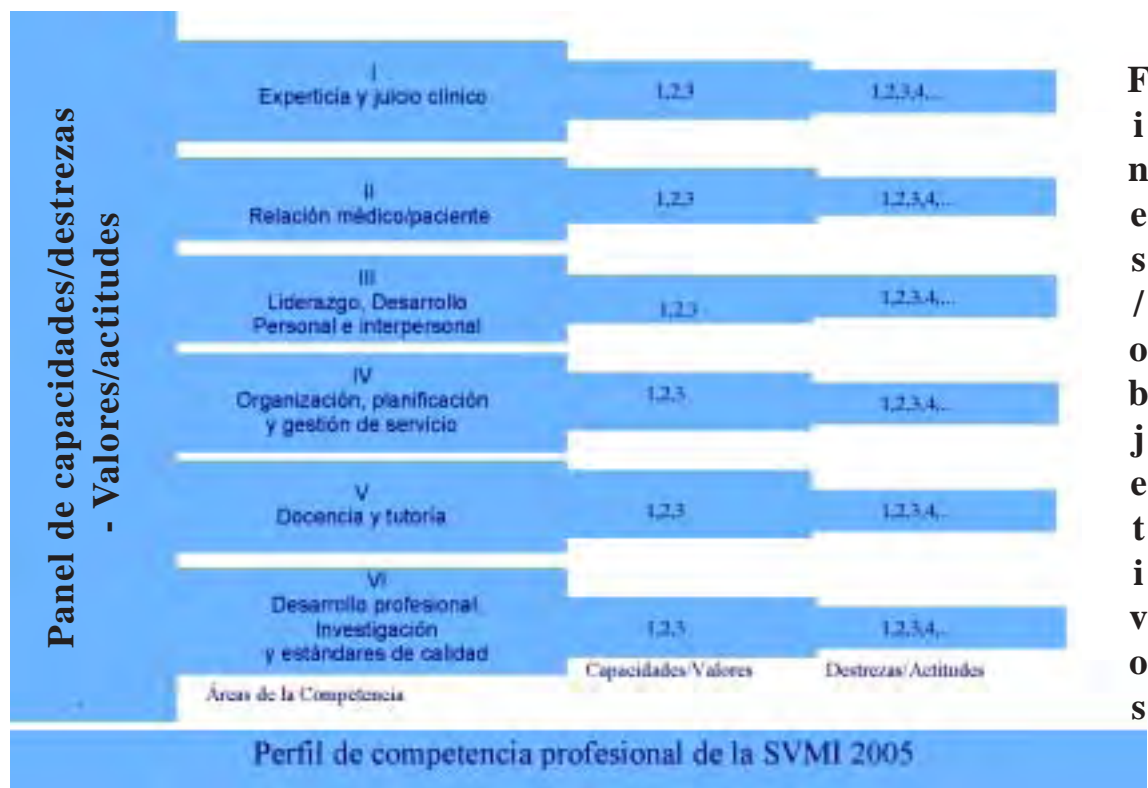


Figura 2. Estructura del perfil de competencia profesional.

Para la identificación y selección de las seis áreas de la competencia profesional y sus respectivas capacidades, destrezas, valores y actitudes se realizó una extensa revisión de la literatura en educación médica. El análisis de diversas propuestas, modelos de competencia profesional; estándares de calidad, currícula de grado, de posgrados de medicina interna y otras especialidades médicas, así como de desarrollo profesional continuado, guiaron el trabajo: Perfil de competencia profesional de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna de 1992³⁵; Nuevas tendencias en la práctica de la medicina interna y su proyección en la enseñanza de posgrado en Venezuela⁷, Guía de Formación de Especialistas en Medicina Interna: Propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna para la modificación al programa vigente, 2002, 1 Guía de desarrollo curricular del Grupo de Trabajo de posgrados de Medicina Interna

del Consejo Federado de Medicina Interna³⁶, Proyecto Profesionalismo del Comité Americano de Medicina Interna (*American Board of Internal medicine*)³⁷, Proyecto competencias finales del Consejo de Acreditación para Graduados de la Educación Médica (*Accreditation Council for Graduate Medical Education/ACGME*)³, Proyecto CanMEDS 2000 del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá (*Royal Collage of Physicians and Súrgenos of Canada*)³⁹, Currículum genérico y específico para el entrenamiento en medicina interna general del Comité Conjunto de Entrenamiento en Educación Superior del Reino Unido (*The Joint Committee on Higher Medical Training*)⁴⁰, El Proyecto de Reforma del Currículum Nuclear de Residencias de Posgrado de la Sociedad de Medicina Interna General y Directores de Residencia de Medicina Interna (SGIM/CDIM)⁴¹, Necesidades educativas de las residencias

de medicina interna⁴², Competencias finales definidas por el Consejo Médico General del Reino Unido⁴³; Modelo de los tres círculos y las doce competencias finales del Centro para la Educación Médica de la Universidad de Dundee⁴⁴; Objetivos de Aprendizaje para la Educación Médica de la Asociación Americana de Colegios de Medicina y su implementación en un currículum basado en competencia (Proyecto MD2000)^{45,46}, Currículum basado en competencia de la Escuela de Medicina, Universidad West Virginia⁴⁷, Proyecto Requisitos Globales Mínimos Esenciales del Instituto Internacional para la Educación Médica (IIEM)⁴⁸, Trilogía Estándares Globales para la mejora de la Calidad en Educación Médica de la Federación Mundial de Educación Médica⁴⁹, Proyecto Cruzando la Cima de la Calidad: Un nuevo sistema de salud para el siglo XXI, del Instituto de Medicina.¹

Como resultado, las áreas de la competencia profesional especificadas incluyen un conjunto de capacidades/destrezas y valores/actitudes, que constituyen los elementos fundamentales para

interpretar la cultura social e institucional de la medicina interna como especialidad y se concreta en un perfil de competencia profesional del médico internista como especialista integral del paciente adulto (Tabla 1).

De acuerdo con el modelo socio-cognitivo como marco conceptual, las diferentes capacidades/destrezas y valores/actitudes han sido definidas con el suficiente nivel de generalidad para permitir la adaptabilidad de las fases del currículum, de las estrategias de aprendizaje, necesidades de aprendizaje de los estudiantes y de la evolución. Las capacidades y los valores como metas, son las referencias para la planificación del *vitae*; de esta manera el perfil de competencia profesional (áreas de la competencia profesional con sus respectivas capacidades y valores), constituyen una aproximación intuitiva y transparente para comunicar las metas de aprendizaje en la formación del médico internista; siendo además una estructura fácilmente adaptable a las necesidades locales de cada residencia de posgrado.

Tabla 1

Perfil de competencia profesional del médico internista, como panel de capacidades/destrezas – valores/actitudes.

AREA DE COMPETENCIA	CAPACIDAD/DESTREZA VALORES ACTITUDES
<p>I. Experticia y Juicio Clínico.</p>	<p style="text-align: center;">Experticia Clínica Básica.</p> <p>Destrezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener e identificar la información clínica. • Seleccionar las pruebas apropiadas. • Interpretar los hallazgos. • Ejecutar los procedimientos prácticos <p style="text-align: center;">Razonamiento Clínico.</p> <p>Destrezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las evidencias y diagnosticar los problemas. • Tomar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento. • Determinar la prioridad relativa de los problemas. <p style="text-align: center;">Gestión de Experto</p> <p>Destrezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar los problemas clínicos. • Elaborar planes de atención centrados en el paciente. • Aplicar los conocimientos establecidos y los avances. • Ofrecer las mejores opciones de tratamiento. • Atender al paciente adulto de una manera integral. • Determinar el momento y condiciones para referir al paciente. • Reconocer cuando el énfasis de tratamiento debe cambiar. • Demostrar efectividad como consultante.

II. Relación médico/paciente efectiva

Comunicación efectiva.

Destrezas/actitudes:

- Obtener y proporcionar información útil.
- Promover la confianza y cooperación
- Elaborar y sostener con el paciente una relación terapéutica.
- Entender las necesidades del paciente.
- Educar y motivar al paciente
- Considerar los puntos de vistas y conocimientos del paciente.
- Resolver con solvencia las situaciones especiales.
- Elaborar los informes y registros médicos (Historia Clínica) en forma clara, concisa y precisa.

Profesionalismo.

Actitudes:

- Ofrecer un servicio médico de alta calidad con respeto, integridad y compasión.
- Demostrar un sentido personal de altruismo.
- Mantener la responsabilidad.
- Demostrar un compromiso permanente con estándares excelencia,
- Demostrar un compromiso sostenido de servicio.
- Demostrar honestidad e integridad
- Comportamiento de alta consideración y respeto por los colegas.

Humanismo

Actitudes/destrezas:

- Crear y mantener una relación médico/paciente que aumente al máximo la probabilidad de mejores resultados.
- Identificar tipos de relación médico/pacientes
- Atender a pacientes terminales.
- Reconocer y atender al “paciente difícil”
- Entender sus propias reacciones personales ante situaciones difíciles.
- Analizar y respetar en cada paciente “su modelo de creencias sobre la salud”.

Principios Éticos y Legales.

Destrezas/Actitudes.

- Observación y cumplimiento de principios éticos y/o legales.
- Analizar y aplicar la legislación vigente.
- Reconocer y afrontar conductas no profesionales
- Evaluar los aspectos éticos de la práctica clínica.

III. Liderazgo y Desarrollo Personal.

IV. Organización, Planificación y Gestión de Servicio.

Realización Personal.

Destrezas:

- Elaborar un juicio independiente
- Tomar decisiones propias para la consecución de resultados.
- Demostrar un alto estándar académico, profesional y personal.
- Mantener la efectividad en el trabajo bajo presión.
- Aceptar y actuar ante la crítica constructiva.

Realización Interpersonal.

Destrezas:

- Consolidar buenas relaciones.
- Liderizar con el ejemplo.
- Disposición para ponerse en el lugar del otro.
- Anticipar el efecto de sus palabras o acciones.
- Programar sus acciones.

Trabajo en Equipo.

Destrezas:

- Trabajar coordinadamente.
- Trabajar efectivamente con otros profesionales.
- Identificar el rol, experticia y limitaciones de cada uno de los miembros de un equipo.
- Orientar a otros a trabajar efectivamente.
- Entrenar y supervisar a otros miembros del equipo.

Mejorar la Gestión de los Servicios Médicos.

Destrezas:

- Desarrollo efectivo de las actividades administrativas.
- Evaluar el servicio prestado.
- Participación efectiva en comisiones de trabajo.
- Coordinar y facilitar el trabajo del personal de secretaría.
- Promover el desarrollo de estrategias y sugerencias.

Práctica Basada en el Sistema de Salud.

Destrezas:

- Comprender el contexto del Sistema Nacional de Salud.
- Solicitar y usar racionalmente los recursos
- Aprender cómo el cuidado de un paciente individual afecta a otros profesionales, la organización del sistema, y a la sociedad.
- Analizar las diferencias en los tipos de práctica médica y los sistemas dispensadores de salud para ofrecer un servicio costo/efectivo.
- Defender la óptima calidad en el cuidado sanitario
- Reconocer la importancia de trabajar, evaluar y coordinar con los gerentes sanitarios, planificadores y proveedores.

V. Educación y Habilidades de Tutoría.

Ejercer el rol de modelo.

Destrezas:

- Representar un ejemplo de buena práctica y ser respetado como profesional de la medicina interna.

Disposición docente.

Destrezas:

- Argumentar, demostrar y explicar las razones de sus decisiones.
- Facilitar el aprendizaje de pacientes, colegas, estudiantes de medicina y otros profesionales del equipo de salud.
- Construir relaciones favorables con los aprendices.
- Usar apropiadamente los modelos educativos y métodos de aprendizaje.
- Usar adecuadamente los métodos de evaluación del proceso y de los resultados.

VI. Investigación y Desarrollo Clínico, Efectividad y Estándares de Calidad.

Aprendizaje Permanente y Autodirigido.

Destrezas:

- Asumir la responsabilidad de identificar en la práctica clínica diaria sus propias necesidades de aprendizaje.
- Mantener actualizado el conocimiento.
- Usar activa y efectivamente los recursos de la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC).

La Medicina Basada en Evidencia como modelo de decisión clínica.

Destrezas:

- Integrar en la toma de decisión la mejor evidencia científica disponible, las preferencias del paciente y su juicio clínico.
- Elaborar durante el encuentro con el paciente las preguntas que orienten una búsqueda precisa de la información.
- Evaluar críticamente las evidencias
- Implementar con fundamentos la solución del problema en la práctica clínica.

Investigación Clínica.

Destrezas:

- Demostrar en su actividad profesional un punto de vista crítico, creatividad y escepticismo científico.
- Contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento, participando en proyectos de investigación.
- Planificar y conducir los estudios de auditoría clínica de los servicios de medicina interna para mejorar la calidad de los mismos.
- Presentar y defender los resultados de los estudios.
- Identificar áreas de futura investigación.

Adicionalmente, las capacidades/destrezas y los valores/actitudes como expresión de la cultura social e institucional de la especialidad y de cada residencias de posgrado, pretenden ser claras e inequívocas para ser fácilmente entendidas y servir como una imagen general de currículum; así como específicas y manejables en términos del número, para que puedan tener una contribución práctica en la planificación curricular.

Desde este primer paso de la secuencia de aplicación del modelo socio-cognitivo, se promueve al currículum nuclear como un referente para que cada una de las residencias de posgrado lo desarrolle de acuerdo a sus propias necesidades, usando para ello los recursos del modelo socio-cognitivo. Este modelo comprendido y usado apropiadamente debe resultar un instrumento poderoso para que los profesores/as concreten el diseño curricular de su curso, pasantía, unidad de aprendizaje, así como la implementación y evaluación del desempeño del programa, y no menos para los/as estudiantes o residentes quienes tienen finalmente la responsabilidad de su propio aprendizaje.

Programa de estudios

El siguiente paso en la secuencia de aplicación del modelo educativo y de diseño curricular, es elaborar el programa de estudios. Identificando inicialmente las dos dimensiones de la competencia profesional del médico internista: 1. Competencia integradora y 2. Competencia transdisciplinaria. Para construir el programa de estudios, en cada dimensión de la competencia profesional con sus respectivos dominios, componentes y contextos de aprendizaje, se identifican las capacidades y los valores que queremos desarrollar como metas del proceso educativo, y se seleccionan los contenidos o conocimientos y los métodos de aprendizaje pertinentes que servirán como medios para alcanzar esas metas a fines fundamentales en el aprendiz. De esta manera se consigue reunir los cuatro elementos fundamentales del currículum con la interrelación adecuada: capacidades y valores como metas o fines, contenidos y métodos de aprendizaje como medios (Figura 3). Esta figura es similar conceptualmente al Modelo T usado en el diseño curricular de unidad de aprendizaje y tema.

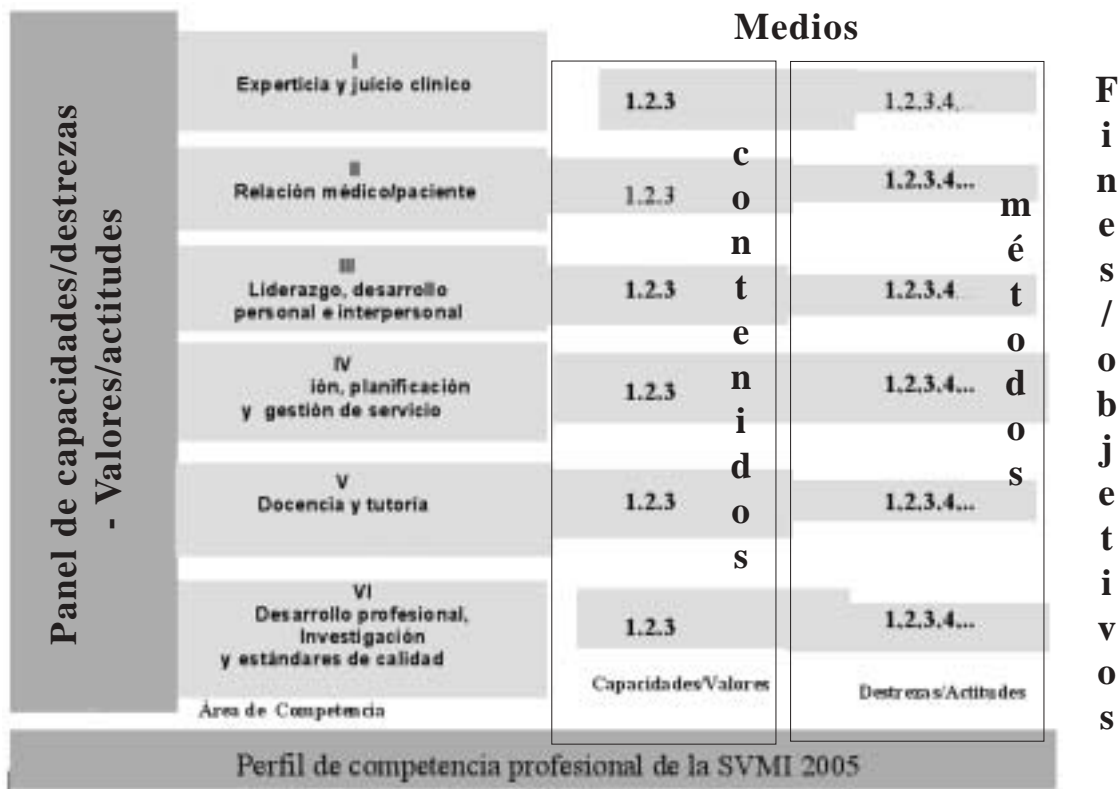


Figura 3. Currículum nuclear: Sus cuatro elementos fundamentales.

Así, el programa de estudios del currículum nuclear se estructura en función de las dos dimensiones de la competencia profesional del médico internista:

- Primera dimensión: competencia integradora. Que representa el núcleo de la medicina interna, siendo la esencia de la misma como especialidad médica.
- Segunda dimensión: competencia transdisciplinaria. Que comprende las capacidades/destrezas, valores/actitudes, desarrolladas por medio de contenidos y métodos de aprendizaje relacionados con las situaciones y/o condiciones clínicas más comunes para la formación del médico internista y organizadas por órganos y sistemas, poblaciones específicas, pruebas de laboratorio e imagen y procedimientos clínicos básicos, que los residentes de medicina interna habrán desarrollado durante su educación de posgrado.

En la competencia integradora se identifican cinco dominios con sus respectivos componentes y contextos (Tabla 2): buena práctica clínica; comunicación y relación médico/paciente; mantener una práctica clínica efectiva; generar y mantener

Tabla 2

Dominios de la competencia integradora.
1. Buena práctica clínica.
1.1 Elaboración de la historia clínica (anamnesis, examen clínico, plan diagnóstico y terapéutico), elaboración y registro del informe.
1.2 Gestión del tiempo y toma de decisiones.
1.3 Soporte básico de vida.
2. Comunicación y relación médico / paciente.
2.1 Comunicación efectiva.
2.2 Educación del paciente y prevención de enfermedades.
2.3 Trabajar con colegas y en equipos interdisciplinarios.
3. Mantener una práctica clínica efectiva.
3.1 Aprendizaje permanente.
3.2 Aplicar la Medicina Basada en Evidencia como modelo de decisión clínica.
3.3 Práctica basada en el Sistema de Salud.
4. Generar y mantener una práctica profesional.
4.1 Comportamiento Profesional/Profesionalismo.
4.2 Conducta ética y observación a la norma legal.
5. Disposición para la docencia.

una práctica profesional efectiva; y disposición para la docencia. Para la competencia transdisciplinaria se proponen 24 dominios con sus respectivos componentes y contextos o problemas médicos (Tabla 3).

Tabla 3

Dominios de la competencia transdisciplinaria.
1. Decisión de ingreso hospitalario.
2. Planificación del egreso hospitalario.
3. Resucitación cardiopulmonar avanzada.
4. Evaluación nutricional.
5. Escenarios clínicos en farmacología clínica.
6. Escenarios clínicos en geriatría.
7. Escenarios clínicos en medicina del adolescente.
8. Escenarios clínicos en medicina ocupacional.
9. Escenarios clínicos en medicina física y rehabilitación.
10. Escenarios clínicos en cuidados paliativos.
11. Escenarios clínicos en enfermedades cardiovasculares.
12. Escenarios clínicos en enfermedades del tracto respiratorio.
13. Escenarios clínicos en enfermedades gastroenterológicas y hepáticas.
14. Escenarios clínicos en enfermedades neurológicas.
15. Escenarios clínicos en enfermedades infecciosas.
16. Escenarios clínicos en enfermedades endocrinológicas y metabólicas.
17. Escenarios clínicos en enfermedades dermatológicas.
18. Escenarios clínicos en enfermedades hematológicas.
19. Escenarios clínicos en enfermedades oncológicas.
20. Escenarios clínicos en enfermedades psiquiátricas.
21. Escenarios clínicos en enfermedades renales.
22. Escenarios clínicos en enfermedades reumatológicas.
23. Selección e interpretación de las pruebas diagnósticas.
24. Procedimientos prácticos.

Para finalizar la secuencia de aplicación del modelo socio-cognitivo en el diseño del currículum nuclear, en cada dominio y sus respectivos componentes de la competencia integradora y transdisciplinaria, se identifica el contexto de aprendizaje, las capacidades y sus respectivas destrezas, los valores y sus respectivas actitudes, consideradas como las metas a alcanzar en cada contexto, y se interrelacionan con los contenidos pertinentes y un grupo adecuado de métodos de aprendizaje como medios. (Tabla 4).

EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO

Esto representa una aproximación intuitiva a lo que debe ser para un docente o tutor la elaboración de las actividades como estrategias de aprendizaje en una rotación o unidad de aprendizaje particular.

En el currículum nuclear, el contenido básico propuesto está contextualmente situado, la selección ha sido influenciada fundamentalmente por la actividad como estrategia de aprendizaje, en la que se usarán, y como respuesta al reto de la sobrecarga de información biomédica en la especialidad, lo cual ha sido motivo de preocupación en la educación médica durante las últimas dos décadas⁵¹. Se trata del desarrollar si sobrecargar de contenidos, las dos dimensiones de la competencia profesional (integradora y transdisciplinaria) y que los residentes puedan pensar y razonar científicamente con los datos suficientes, en lugar de una enorme cantidad de información y la acumulación de hechos inertes. Necesitamos asegurar que lo que estamos enseñando

y los residentes aprendiendo sea clínicamente y socialmente importante, y que la información que se retiene y refuerza realmente será útil ante el reto de que una mejor educación médica de posgrado debe preparar al residente para construir conocimiento nuevo.

En el currículum nuclear, para la selección de los métodos y experiencias de aprendizaje se priorizan aquellos que promueven el aprendizaje experiencial y la comprensión de la importancia del lugar de trabajo para el aprendizaje³. Se parte de la tendencia de relacionar el aprendizaje del futuro profesional de la medicina interna con su lugar de trabajo y de servicio, conciliando la responsabilidad de la prestación de servicio y de la educación. Se trató de identificar los métodos de aprendizaje que permitan añadir valor educacional al compromiso de servicio del residente.

Tabla 4

Dominio y componente de la competencia e integración de los cuatro elementos fundamentales del currículum.

Buena práctica clínica. A. Realización de la historia clínica (anamnesis, examen clínico, plan diagnóstico y terapéutico), elaboración del informe.			
Meta: desarrollar en el residente de medicina interna las capacidades/destrezas, valores/actitudes a través de contenidos y métodos (conocimientos aplicados) que le permitan usar la historia clínica como instrumento diagnóstico efectivo y mantener un registro médico exacto.			
Contexto	Destrezas	Contenidos	Actitudes
Historia clínica (anamnesis) Experticia clínica básica		Patrón de síntomas. Síntomas de la alarma.	Valorar la importancia de los problemas físicos psicológicos y sociales en la calidad de vida del paciente y familiares
Gestión de experto		Principios de la bioética	Promover la confianza y cooperación para ayudar al paciente adulto a afrontar sus angustias y emociones
Humanismo			Elaborar y sostener con el paciente una relación terapéutica y éticamente legítima, caracterizada por la empatía y un ambiente de entendimiento, verdad y confidencialidad
Profesionalismo			

El currículum nuclear propuesto para la reforma curricular en medicina interna, debe permitir asegurar a mediano plazo, en cada residencia de posgrado como institución académica, que el modelo educativo para la formación médica de posgrado se ha movido más allá de la definición tradicional de objetivos de los aprendizajes en el currículum y de los profesores/as de aula y clases magistrales, permitiendo asumir las nuevas realidades de la educación médica, donde la creatividad, el juicio y la responsabilidad no puedan ser ignorados⁵³, donde la competencia práctica llegue a ser profesional cuando la solución de los problemas se fundamente sistemáticamente en capacidades, valores y en el conocimiento científico, el cual surge dinámicamente del intercambio dialéctico entre el sujeto y sus acciones en las situaciones prácticas⁵⁴, y finalmente, confirmando que en la educación médica de posgrado, el profesional aprende en respuesta a una necesidad básica de conocimiento, generada por el contexto, los problemas y las tareas que debe resolver.

En el modelo socio-cognitivo todas las decisiones con respecto al currículum están basadas y orientadas al desarrollo de las capacidades y los valores como metas del aprendizaje. De esta manera mientras más clara es la definición de las metas, el proceso de la evaluación puede ser planificado e implementado con mayor efectividad.

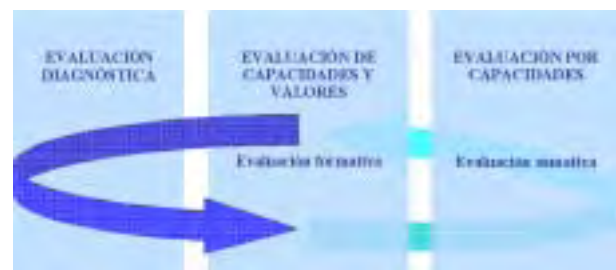
Implicaciones en la responsabilidad de la evaluación.

La meta de la educación en cualquiera de sus niveles es ayudar al estudiante a aprender, de manera que los involucrados deben saber qué se está haciendo para valorar el logro de las metas de aprendizaje propuestas. Por ello, la evaluación es el proceso por el cual el profesor/a o tutor/a y el alumno/a ganan conocimiento del progreso del aprendizaje. La evaluación es quizás, el más importante de todos los procesos involucrados en la educación, sobre todo en la educación superior.

En el modelo socio-cognitivo como modelo educativo para la competencia profesional, entendida como el desarrollo de capacidades y valores por medio de contenidos y métodos, la evaluación representa un aspecto lógico y esencial del mismo,

la evaluación es un componente intrínseco del currículum. Para la valoración del logro de la competencia profesional se requiere que las capacidades/destrezas y los valores/actitudes que deben desarrollar los estudiantes, estén claramente especificadas, así como los métodos de evaluación por los cuales los estudiantes van a ser evaluados. Las capacidades y los valores como metas son las referencias para la valoración en cada fase del currículum, por lo tanto es esencial que en la evaluación diagnóstica, formativa y sumativa de los estudiantes se utilicen métodos de evaluación que reflejen las metas del aprendizaje, lo cual es posible con el uso de métodos y técnicas que valoren el desempeño⁵⁵.

Una evaluación comprensiva debe estar integrada a todas las fases del currículum y del ciclo didáctico desde su concepción inicial (Figura 4). Las actividades de evaluación deben estar implícitas en el proceso de aprendizaje, estimulando al estudiante a aprender de su propia experiencia de evaluación. Así, la evolución diagnóstica, la evaluación de capacidades (formativa) y la evolución por capacidades (sumativa) implican criterios explícitos, retroalimentación y autoevaluación. La evolución como continuum debe ser acumulativa y global, y las deficiencias deben ser remediadas⁵⁶.



Ciclo didáctico

Figura 4. La evaluación integrada al ciclo didáctico.

Evaluación diagnóstica.

Como método para la evaluación diagnóstica se plantea la construcción de mapas conceptuales por parte de los residentes, como instrumento para la interrelación de conceptos e ideas previas conectadas y relacionadas con la presencia y demostración de

desarrollo de un mínimo de destrezas previas. El mapa conceptual constituye para este fin de la evaluación diagnóstica un recurso^{57,58}, presentando la información en un formato visual, así como una fácil ilustración de la relación holística de las ideas. De igual manera el mapa conceptual resulta un instrumento útil para apoyar el aprendizaje significativo, especialmente demostrado en el campo de la educación médica⁵⁹⁻⁶¹.

En el mapa conceptual elaborado al inicio de cada curso, rotación o pasantía, los alumnos deben representar su desarrollo cognitivo hasta el momento, a través de la creación de relaciones lógicas y jerárquicas entre los conceptos y su representación gráfica. Partiendo de los hechos y de las experiencias propias en la base del mapa, para terminar en sentido ascendente identificando las destrezas y actitudes que se han desarrollado. El mapa conceptual se presenta como un método de información para el docente y de evaluación para el residente en cuanto a su práctica hasta el momento, como un recurso para juzgar el nivel de desarrollo de las destrezas y actitudes al inicio de un curso, pasantía o rotación.

- Evaluación de capacidades y valores o evaluación formativa.

Los educadores médicos tenemos una responsabilidad mayor en la evaluación de la competencia de los residentes, para proporcionarles una retroalimentación oportuna y útil, para asegurar así el progreso continuo y la corrección de las deficiencias. Desde la perspectiva cualitativa la esencia de esta evaluación es comprender lo que sucede en los procesos de aprendizaje y enseñanza. Es mucho más que un momento final del proceso formativo en el que se comprueban los logros, es una actividad permanente, reflexiva, compartida entre estudiantes y profesores y apoyada en evidencias de diversos tipos. Durante la evaluación formativa se comparará hasta dónde los logros esperados se van convirtiendo en logros alcanzados.

Los indicadores de logros son señales o evidencias sobre el desempeño del estudiante. Para ello se deben establecer los criterios de evaluación, los cuales deben detallarse suficientemente (qué evaluar, logros e indicadores de logros, etc.) y ser compartidos con los estudiantes para que puedan juzgar hasta

dónde dichos criterios han sido satisfechos durante el proceso y poder realizar las correcciones en el mismo proceso.

Para la evaluación diagnóstica se promueve la observación directa como método de evaluación, utilizando como instrumentos a las escalas de observación sistemáticas, individualizadas y cualitativas. Diferentes instituciones vinculadas con la educación médica de posgrado recomiendan formalmente la observación directa como método para la valoración de la competencia profesional de los residentes en sus dos dimensiones (integradora y transdisciplinaria)^{57,58}.

Para la evaluación de capacidades y valores los profesores/as de posgrado debemos aceptar la responsabilidad primaria de la observación del residente durante sus interacciones con los pacientes. La observación directa del residente mientras realiza sus actividades y servicios es obligatoria para una valoración fiable y válida, esencial para proporcionar la retroalimentación formativa dirigida a mejorar el desarrollo de las destrezas y actitudes durante la residencia de posgrado, como última experiencia educativa estructurada y supervisada. Y por lo tanto para asegurar que los nuevos médicos internistas alcancen niveles suficientes de la competencia profesional.

Además de la heteroevaluación, la autoevaluación y la coevaluación entre pares, también es un proceso formativo que facilita la retroalimentación permitiendo a los estudiantes valorar su progreso, valoración generalmente bien aceptada. El uso de la autoevaluación y la coevaluación por pares implica la premisa de comprender cómo la evaluación es un importante atributo del aprendizaje permanente, de la habilidad de auto apreciación, enfatizando el ambiente de aprendizaje cooperativo entre iguales. Tanto la observación directa del docente como la autoevaluación y la coevaluación por pares, debe estar guiada por escalas de observación que especifiquen las destrezas y actitudes como expresión de las capacidades y de los valores que deben ser observados y valorados. El uso de listas de cotejo y escalas de estimación facilitan en el observador atender y apreciar las destrezas y actitudes específicas, aumentando la detección de errores⁵⁹. El propósito de estas evaluaciones es proveer al alumno/a con información específica y suficiente sobre sus fortalezas y debilidades, de tal modo que

pueda aprovechar las posibilidades y rectificar las deficiencias identificadas.

En la evaluación formativa, la retroalimentación juega un papel fundamental, debe hacerse de manera regular como responsabilidad del docente. La retroalimentación no debe tener un sentido positivo o negativo, más bien debe tener un propósito descriptivo, identificando y aprovechando todas las áreas de mejoras posibles. Asimismo, el uso de evaluación formativa como apoyo del aprendizaje debe ser una parte integral del sistema de la valoración, la evaluación formativa con la retroalimentación asociada es un soporte para el aprendizaje centrado en el residente. Y esto es un elemento para desplazarse de la cultura de la medición a la cultura de la valoración.

En la evaluación formativa, las observaciones más rigurosas pueden llevar a estándares de realización superior y a una retroalimentación más significativa para ayudar a los residentes al logro satisfactorio de las destrezas y de las actitudes deseadas. La identificación de los residentes con un desarrollo insatisfactorio de las capacidades y de los valores es una obligación educativa de las residencias de posgrado y sus docentes, es crucial que la actuación poco satisfactoria de un residente se identifique temprano para permitir la intervención oportuna y asegurar que al graduarse, el residente haya logrado un nivel aceptable de la competencia profesional integradora y transdisciplinaria, como garantía para la sociedad. El ciclo de acción, evaluación y acción modificada debe ser familiar porque esta es la vía por la cual el residente de posgrado mejorará el cuidado de sus pacientes y su propio aprendizaje.

- Evaluación por capacidades o evaluación sumativa.

El propósito de la evaluación sumativa es juzgar el progreso de los/as residentes de posgrado en reunir los criterios establecidos para lograr su certificación como médico especialista en medicina interna. En el modelo socio-cognitivo la evaluación por capacidades o sumativa requiere la aplicación simultánea de conocimientos, métodos, capacidades y valores, por lo que debe ser estructurada e interactiva, al tiempo de proporcionar soporte como parte del ciclo didáctico en todas las áreas del entrenamiento. Debe estar orientada a asegurar a los residentes, a la especialidad y a la sociedad los estándares de calidad exigidos.

El proceso de la evaluación por capacidades está referido a criterios previamente establecidos y concensuados, entendidos como los estándares que todos los residentes deben de cumplir al valorar su progreso. Por su parte los métodos, instrumentos o técnicas de evaluación seleccionadas deben ser válidos, fiables, prácticos y con un impacto apropiado en el aprendizaje del estudiante, esos cuatro requisitos deben tenerse en cuenta cuando se elige un instrumento para evaluar las diferentes capacidades.

Se pueden incluir a los instrumentos de evaluación en cinco categorías: evaluación escrita, evaluación clínica/práctica, observación directa, registro de desempeño como el portafolio y la autoevaluación y coevolución por pares (Tabla 5).

Tomando como referencia la pirámide de aprendizaje de Miller durante el desarrollo profesional⁶⁵, se puede hacer corresponder cada nivel de aprendizaje con uno o más de los instrumentos de evaluación. La evaluación escrita es el instrumento predominante en los niveles “que sabe” y “cómo sabe”, la evaluación clínica y práctica en el nivel “muestra como” y la observación y el portafolio en el nivel “hace en la práctica” (Figura 5)⁶⁶.

Es improbable que un único instrumento de evaluación pueda orientarse a todas las capacidades con sus contenidos y métodos. Para comprender cómo estas técnicas o instrumentos de evolución se complementan unos con otros, es importante entender los detalles de cada uno y tener presente al construir el ítem para la evaluación sumativa, que los contenidos y los métodos deben estar en función del desarrollo de una destreza/capacidad que es el fin de la evaluación (evolución por capacidades). Se trata de lograr con los instrumentos de evolución seleccionados una vista balanceada de los elementos fundamentales de cada una de las dimensiones de la competencia profesional a desarrollar durante la residencia de posgrado.

Para ello, es necesario seleccionar los instrumentos de evaluación que permitan hacer el trabajo, lo cual requiere del conocimiento de los métodos, de sus usos y propiedades psicométricas. Conocimiento éste, disponible en diversas fuentes⁶⁷.

Se seleccionan diferentes alternativas para la evaluación, que además de valorar sean un

Tabla 5
Categorías de instrumentos de evaluación con ejemplos de cada uno.

Categoría.	Instrumento representativo.
Evaluación escrita: Ensayo.	Preguntas de respuestas cortas. Preguntas para completar. Pregunta de múltiple elección. Reporte.
Evaluación clínica/práctica:	Examen de aptitud clínica. Examen clínico estructurado Examen clínico objetivo y estructurado
Observación:	Reporte del tutor Reporte del paciente.
Registro de desempeño:	Portafolio.
Autoevaluación y Coevaluación por pares:	Reporte del compañero. Auto reporte.

instrumento más del proceso de aprendizaje de los residentes. En general, se requiere la construcción de un panel con los métodos de evaluación seleccionados, que muestre adecuadamente la competencia con sus capacidades/destrezas y valores/actitudes, como metas, a ser evaluados con cada método o instrumento. Así, el trabajo basado en una auténtica evaluación debería ser menos estresante y al mismo tiempo lograr una valoración más fiable de la competencia profesional y de sus capacidades y valores. Mientras que el instrumento de evaluación puede cambiar con el tiempo, lo que no debe cambiar es la insistencia en que sólo el mejor y más confiable método o instrumento disponible debe ser usado para la evaluación de la competencia profesional.

Así, concluida la secuencia de aplicación del modelo socio-cognitivo en la educación médica de posgrado, se debe tener siempre presente que ese esfuerzo está orientado hacia la formación integral del médico internista, como única garantía para satisfacer tanto las necesidades de los pacientes como los requisitos de una sociedad y un sistema de salud complejos y cambiantes.

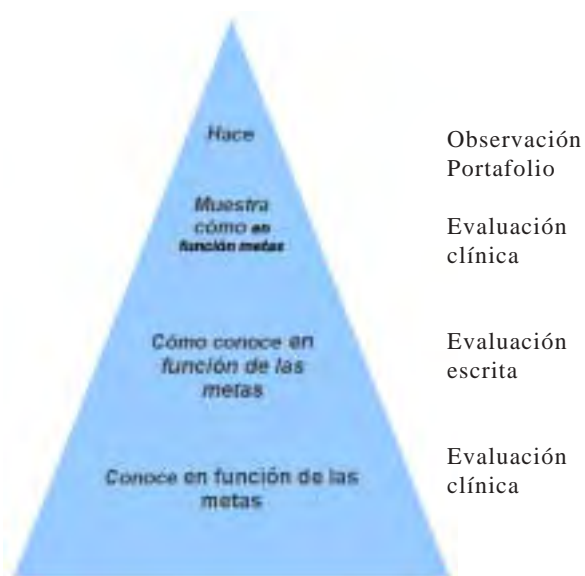


Figura 5. Pirámide de evaluación de aprendizaje.

REFERENCIAS

1. Guía de Formación de Especialistas Medicina Interna. Propuesta SEMI de Modificación al Programa Vigente. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura. 2002. [Citado 01/12/2003]. Disponible: <http://www.fesemi.org/>.
2. Moros C. La Enseñanza de Postgrado de Medicina Interna en Venezuela. Análisis Histórico. Estado Actual. *Med Intern.* 1988;4(3-4):106-113.
3. Patiño M. Medicina Interna: Historia y Doctrina. *Med Intern.* 1997;13(4):179-186.
4. SVMI. Seminario Nacional sobre la enseñanza de Postgrado de Medicina Interna en Venezuela. Fundamentos y Organización. [Editorial] *Med Intern.* 1988;4(3-4):97-99.
5. SVMI. Medicina interna, educación médica y comunidad. Conclusiones del Primer Seminario Nacional sobre la Enseñanza de Postgrado de Medicina Interna en Venezuela. *Med Intern.* 1988;4(3-4):127-128.
6. Wuani H. Programa mínimo de las Residencias de Postgrados de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la UCV. *Med Intern.* 1988;4(3-4):114-117.
7. Montes de Oca I. Nuevas tendencias en la práctica de la Medicina Interna. Su proyección en la enseñanza del postgrado de la especialidad. *Med Intern.* 1988;4(3-4):118-126.
8. Moros C. El currículo como estrategia en la formación de los Internistas. *Med Intern.* 1992;8(4):149-155.
9. SVMI. Objetivos de la ponencia central del VII Congreso sobre el análisis curricular de los cursos de postgrado universitarios [Editorial]. *Med Intern.* 1993;9(1):5.
10. Sekler E, Montes De Oca, I. Análisis curricular de los Postgrados Universitarios de Medicina Interna en Venezuela. *Med Intern.* 1992;8(4):156-161.
11. SVMI. Conclusiones y Recomendaciones de la Ponencia: "Análisis de los Diseños Curriculares de los Postgrados Universitarios de Medicina Interna en Venezuela". VII Congreso Venezolano de Medicina Interna. *Med Intern.* 1993;9(1):19-23.
12. Castillo F. Análisis Crítico de los cursos de postgrados Médicos en Venezuela. Estado actual. *Med Intern.* 1988;4(3-4):100-105.
13. Prado R, Castro R. Hacia una transformación de los currículos en la perspectiva de las funciones del Internista. *Med Intern.* 1993;9(1):15-18.
14. Montes de Oca I, Patiño M, Salvetti R, Marcano H. Editores. Historia y Doctrina de la Medicina Interna en Venezuela (Recopilación crítica y proyección al futuro). Caracas: SVMI; 2003.
15. Postgraduate Medical Education. WEF Global Standard for Quality Improvement. World Federation for Medical Education. WFME office. University of Copenhagen. Denmark, 2003. [Citado 12 Nov 2004]. Disponible en: www.wfme.org.
16. Mora J. La necesidad del cambio educativo para la sociedad del conocimiento. *Revista Iberoamericana de Educación.* 2004;35:13-37.
17. Reese A. Implications Of Results From Cognitive Science Research For Medical Education. *Med Educ Online* [serial online] 1998;3,1.[Citado 5 Febrero 2004]. Disponible en: <http://www.utmb.edu/meo/>.
18. Jamshidi H, Cook D. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. *Medical Teacher.* 2003;25(3):229-238.
19. McClelland D. Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist.* 1973;28(1):1-14.
20. Boyatzis RE. *The Competent Manager*, John Wiley & Sons; 1982.
21. Vargas J. Las reglas cambiantes de la competitividad global en el nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653). [Citado 10 julio 2004]. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/revista/deloslectores/Vargas.PDF>.
22. Agudin Y. La Educación Superior para el siglo XXI. *DINAC.* 2000;36:16-25.
23. Tejada J. Acerca de las competencias profesionales (I). *Revista Herramientas.* 1999;56:20-30.
24. Dreyfus H. *On the Internet.* Nueva York: Routledge; 2001.
25. Dreyfus H, Dreyfus S. *The power of human intuition and expertise in the era of the computer. Mind over machine.* Nueva York: The Free Press; 1986.
26. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Affairs.* 2002;21(5):103-111.
27. Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287:226-235.
28. Leach D. Competence is a habit. (Editorial). *JAMA.* 2002;287(2):243.

29. Dickey J, Girard D, Geheb M, Cassel C. Using systems-based practice to integrate education and clinical services. *Medical Teacher*. 2004;26(5):428-434.
30. UNESCO, World Conference on Higher Education, Higher Education in the Twenty-First Century: Vision and Action 9 October 1998. [Monografía en Internet]. París: UESCO; 1998. Citado 10 Enero 2004]; [aprox.15 p.]. Disponible:[http://portal.unesco.org/education/en/file_download.php/fd5fac67025698a4e79e7a781fd7c87bWorld+Declaration+on+HE+\(Full+text\).pdf](http://portal.unesco.org/education/en/file_download.php/fd5fac67025698a4e79e7a781fd7c87bWorld+Declaration+on+HE+(Full+text).pdf).
31. Bandaranayake R. The concept and practicability of a core curriculum in basic medical education. *Medical Teacher*. 2000;2(6):2000.
32. Harden R, Davis M. AMEE Medical Education Guide No. 5. The core curriculum with options or special study modules. *Medical Teacher*. 1995;17:125-148.
33. Harden R, Davis M. The core curriculum with options or special study modules. *Medical Teacher*. 1995; 18:125-148.
34. General Medical Council. Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. Londres: GMC; 1993.
35. Prado R, Wuani H, Montes de Oca I, López JE, Rajoy A, Ogni M, et al. Bases Doctrinarias del Perfil del Medico Internista. *Med Intern*. 1992;8(1):22-23.
36. Federated Council for Internal Medicine Task Force on the Internal Medicine Residency Curriculum. Report on Graduate Education in Internal Medicine: A Resource Guide to Curriculum Development. Filadelfia: The Federation Council for Internal Medicine 2002. 2ª edición. [Citado 28 Enero 2004]. Disponible: <http://www.acponline.org/fcim/?in>.
37. Stobo, J, Blank L. Project Professionalism: Staying Ahead of the Wave. Filadelfia: American Board of Internal Medicine; 1998.
38. ACGME - Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome Project 2001. [Citado 6 Agosto 2004]. Disponible en www.acgme.org/Outcome/comp2.asp
39. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. *Medical Teacher*. 2000;22(6):549-554.
40. Joint Committee on Higher Medical Training. Higher Medical Training: Generic Curriculum. 2003. [citado 16 May 2004]. Disponible en:<http://www.jchmt.org.uk>.
41. Goroll A, Gail Morrison G, Bass E, Jablonover R, et al. Reforming the Core Clerkship in Internal Medicine: The SGIM/CDIM Project. *Ann Intern Med*. 2001;134:30-37.
42. Baker, Scofield. Educational needs of internal medicine residency graduates: General internist versus subspecialists. *Medical Education*. 1998;32(5):527.
43. General Medical Council. Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. Londres: GMC; 1993. Rubin P, Franchi-Christopher D. New edition of tomorrow's doctors. *Medical Teacher*. 2002;24(4):368-369.
44. Harden R, Crosby J, Davis M, Friedman M. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5 - From competency to meta-competency: A model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher*. 1999;21(6):548-552.
45. AAMC - Association of American Medical Colleges. Learning Objectives for Medical Student Education: Guidelines for Medical Schools. Washington DC: AAMC; 1998.
46. Smith S, Dollase R. Planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Medical Teacher*. 1999;21:15-22.
47. Cottrell S, Linger B, Shumway J. Using information contained in the Curriculum Management Information Tool (CurrMIT) to capture opportunities for student learning and development. *Medical Teacher*. 2004;26(5):423-427.
48. Schwarz R, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: A road towards competence-oriented medical education. *Medical Teacher*. 2002;24(2):125-129.
49. WFME. WFME Global standards in medical education: Status and perspectives following the 2003 WFME World conference. *Medical Education*. 2003;37:1050-1054.
50. Committee on the Health Professions Educations Summit, Institute of Medicine. Health Professions Educations: A Bridge to Quality. Washington DC: National Academy Press; 2003.
51. Walton H. Medical education worldwide. A global strategy for medical education: Partners in reform. *Medical Education*. 1993;27:394-398.
52. Harden R, Laidlaw J. Task-Based Learning: An educational strategy for undergraduate, postgraduate and continuing medical education, part 1. *Medical Teacher*. 1996;18(1):1-13.
53. Davidoff F. Who has seen a blood sugar? Reflections on Medical Education. Filadelfia: American College of Physicians; 1996.
54. Schön D. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós; 1998.
55. Snadden D, Thomas M. The use of portfolio learning in

- medical education. AMEE Guide No 11. Medical Teacher. 1998;20(3):192-199.
56. Davis M, Harden R. Planning and implementing an undergraduate medical curriculum: The lessons learned. Medical Teacher. 2003;25(6):596-608.
57. Laight D. Attitudes to concept maps as a teaching/learning activity in undergraduate health professional education: influence of preferred learning style. Medical Teacher. 2004;(26)3:229-233.
58. Novak J. Applying psychology and philosophy to the improvement of laboratory teaching. American Biology Teacher. 1979;41:466-470.
59. Novak J. Concept maps and vee diagrams: Two metacognitive tools to facilitate meaningful learning. Instructional Science. 1990;19:29-52.
60. Watson G. What is . . . concept mapping? Medical Teacher. 1989;11:265-269.
61. Pinto A, Zeitz H. (1997) Concept mapping: A strategy for promoting meaningful learning in medical education. Medical Teacher. 1997;19:114-121.
62. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGMA Outcome Project: The General Competencies. 2003. [Citado 22 Agosto 2004]. Disponible en: www.acgme.org.
63. Holmboe E, Hawkins R, Huot, S. Effects of training in direct observation of medical residents' clinical competence. Ann of Intern Med. 2004;140(11):874-881.
64. Noel G, Herbers J Jr, Caplow M, Cooper G, Pangaro L, Harvey J. How well do internal medicine faculty members evaluate the clinical skills of residents? Ann Intern Med. 1992;117:757-765.
65. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine. 1990;65(Suppl):6-67.
66. Shumway J, Harden R. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Medical Teacher. 2003;25(6):569-584.
67. Toolbox of Assessment Methods. A Product of the Joint Initiative ACGME Outcomes Project Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties (ABMS). Version 1.1. September 2000. [Citado 14 Sep. 2004]. Disponible en: <http://www.acgme.org/Outcome/assess/Toolbox.pdf>.

Las Jornadas de Egresandos de los Posgrados de Medicina Interna como evidencia de la Investigación del Médico Internista

Eva Essenfeld de Sekler, Trina Navas***

Las Jornadas de Egresandos de los Posgrados de Medicina Interna, se iniciaron en el año 1983 por idea y durante la presidencia del Dr. Eddie Kaswan con el objetivo de presentar los trabajos que eran elaborados para optar al título de Magister Scientiarum en las diferentes especialidades. Pocos años más tarde la Comisión de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de nuestra Ilustre Universidad Central de Venezuela estableció como requisito la realización de los Trabajos Especiales de Investigación (TEI) para optar al título de Especialista, que es otorgado por las universidades hasta el presente.

Así, se inició en Caracas una actividad donde cada cursante presenta ante sus compañeros y profesores de los seis hospitales sede de Caracas el fruto de su investigación. Las presentaciones se hacen en las seis sedes en forma rotatoria, generalmente en noviembre de cada año.

Las Jornadas se convirtieron en un exitoso y esperado evento anual, para compartir la experiencia en las investigaciones realizadas en cada hospital, permitiendo experimentar una actividad académica de alto nivel científico y de convivencia de profesores y estudiantes, en la culminación de la educación del nuevo internista.

Los altibajos en la producción de los TEI suceden ocasionalmente en las Jornadas y expresan las vicisitudes de cada grupo humano, pero con la constancia a través de los años, se ha logrado, no sólo mantener viva la motivación de la investigación de nuestros posgrados, sino que se han alcanzado

metas adicionales, como integrar en el evento a los posgrados de otras partes del país, y luego, la presentación de trabajos de los cursos no universitarios, que hayan sido avalados por la Sociedad de Medicina Interna.

Paulatinamente esta iniciativa se fue extendiendo por el país, y así los Capítulos de Carabobo y Zulia han realizado sus Jornadas de Egresandos donde reúnen los trabajos de los hospitales de los Estados, demostrando gran calidad y un espectro amplio en la investigación básica y clínica; con ello aumenta el sentido de pertenencia de cada capítulo a nuestra Sociedad. Los Estados Bolívar y Monagas ya han planificado para este año la realización de sus Jornadas de Egresandos.

En el año 1995 se creó el premio Carlos Alberto Moros Gherzi, que consiste en un diploma y metálico para el primer premio y 2 menciones honoríficas con un diploma de reconocimiento. Los tres trabajos premiados, además, son objeto de publicación en la Revista de la Sociedad.

Después de unos años, hemos presenciado con agrado que similares jornadas han sido instauradas también por las sociedades científicas de otras especialidades con resultados tan satisfactorios como los nuestros.

Además, cada año crece el número de trabajos presentados y lo variado de las áreas de investigación, incluyendo la repercusión sociodemográfica de las patologías estudiadas con lo cual se demuestra el compromiso del médico internista con la medicina contemporánea.

A continuación, presentamos en tablas los títulos de los trabajos presentados, de los autores y sus sedes, pero debemos pedir excusas porque no fue posible encontrar en ningún archivo (SVMI y CEPG-UCV) la lista total de los trabajos presentados en las

* Ex-presidenta de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (1988-1990).

** Presidenta de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (2005-2007).

Jornadas II, III, IV y V, por lo cual no aparecen en esta recopilación, excepto por varios trabajos cuyos títulos y nombres han sido recogidos de diversas formas.

Este resumen muestra al lector el inmenso esfuerzo hecho por los residentes y profesores de posgrado, las instituciones y universidades que representan, y se convierte en fuente de consulta para otros investigadores.

Año 1983. Hospital Vargas de Caracas. I Jornadas

Título	Autores	Sede
1. Perfil psicossomático de pacientes diabéticos. Presentación preliminar	Carlos Jiménez	Hosp. del Sur Mcbo.
2. Los marcadores nutricionales en pacientes desnutridos y sujetos sanos. Estudio prospectivo en 100 pacientes	Jorge Bastidas	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
3. Estudio comparativo: prueba de tolerancia glucosada y hemoglobina glicosilada en el diagnóstico precoz de diabetes mellitus. Presentación preliminar	Angel Urdaneta	Hosp. del Sur Maracaibo
4. Función renal en personas de edad avanzada	Ana E. Duarte	Hosp. Vargas. Caracas
5. Estudio del mecanismo regulador dependiente de la prostaglandina en la Leishmaniasis Americana	Daniel Scott	Hospital Universitario. Caracas
6. Complicaciones tardías en el infarto del miocardio	María de Baudoin	Hosp. Miguel Pérez Carreño, Caracas
7. Evaluación inmunológica en pacientes con alto riesgo de adquirir síndrome de inmunodeficiencia. Presentación preliminar	José Clemente Núñez	Hosp. del Sur Maracaibo
8. Proyecto Cáncer-Lípidos	Giovanni Vermiglio	Hosp. Vargas. Caracas
9. Prazosin y lípidos séricos en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca	Germán Torres	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
10. Aspectos inmunológicos del cáncer del pulmón	Nayesca Aranaga	Hosp. Vargas. Caracas
11. Hipertigliceridemia en hipertensos esenciales. Estudio doble ciego	Pablo Carpio	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
12. Índices de contractilidad cardíaca por ecocardiograma modo M en pacientes con insuficiencia aórtica crónica	Alvaro Matheus	Hosp. Vargas. Caracas
13. Prueba de esfuerzo precoz en el infarto del miocardio	Lorenzo Basile	Hosp. Miguel Pérez Carreño. Caracas
14. Efectos de una dieta rica en fibra sobre la glicemia, lípidos séricos, hierro y calcio en un grupo de pacientes diabéticos tipo II	Ana García	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
15. Alteraciones metabólicas en el etilismo agudo	Ingrid Izaguirre	Hosp. Vargas. Caracas
16. Efecto de la nifedipina sublingual sobre las cifras tensionales y la función ventricular en hipertensión moderada y severa	Marcos Ingberg	Hosp. Vargas. Caracas
17. Evaluación de la prueba de esfuerzo en pacientes sanos mayores de 35 años y en pacientes que reciben estrógenos conjugados	Julio Pedrosa	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
18. Neuropatía autonómica cardiovascular en lupus eritematoso sistémico	William Peraza	Hosp. Vargas Caracas
19. Regresión de la hipertrofia miocárdica en pacientes hipertensos posterior a tratamiento y control. Evaluación ecocardiográfica	José A. Zerpa	Hosp. Vargas Caracas
20. Influencia de la anemia sobre la prueba de esfuerzo	William Sánchez	Hosp. Vargas Caracas
21. Manifestaciones cardiovasculares en disfunción tiroidea	Carlos Bujanda	Hosp. Vargas Caracas
22. Sepsis e insuficiencia renal aguda	Mariana De Beiss de Moreno	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

JORNADAS DE EGRESANDOS

23.Sepsis y síndrome de distress respiratorio del adulto	Hecda Meléndez Franco	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
24.Fiebre reumática: casos agudos en el Hospital General del Oeste	Cesar Valbuena	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
25.Evaluación no invasiva del sistema cardiovascular en un grupo de maratonistas bien entrenado	Ivan Gallegos, Aarón Cohen	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1984. Hospital Universitario de Caracas. II Jornadas

Título	Autores	Sede
26.Alteraciones del metabolismo de carbohidratos y lípidos en pacientes con cáncer	Rhadames Figueroa	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
27.Análisis comparativo de 600 historias orientadas por problemas vs. la historia tradicional	Sergio Osteicoechea	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1985. Hospital General del Oeste, III Jornadas

Título	Autores	Sede
28.Trazodona: tratamiento de la neuropatía diabética	Raul Arocha y Luís Chirinos	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
29.Medicina interna y subespecialización	Alicia Rivero	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
30.Relación entre niveles de paratohormona y alteración de la velocidad de conducción periférica en pacientes urémicos	Jhonny Cuellar	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
31.Receptores estrogénicos en ganglios linfáticos de pacientes con LES	Zimbul Zinguer	Hosp. Vargas Caracas
32. Estudio de inmunofluorescencia en mucosa oral sana de pacientes con LES	Robert Cedeño y Carlos M. Zabala V	

Año 1986. IV Jornadas. Hospital Militar.

Título	Autores	Sede
33. Valor de la evaluación nutricional de la embarazada y posibles indicaciones	Jesús Contreras	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
34. Antitrombina III y Proteína C en tromboembolismo pulmonar	Claudio Lopez Bruzual	Hosp. Vargas Caracas
35. Tumores renales. Estrategias diagnósticas	Jeanette Reyes	Hosp. Domingo Luciani El Llanito
36. Prevalencia de cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos	Maria de Lourdes Wilson	Hospital Ildemaro Salas.IVSS
37. Mieloma múltiple. Análisis clínico. Revisión de 55 casos	Eduardo Ogly	Hospital Ildemaro Salas.IVSS
38. Efectos de la cinemia sobre la inmunidad celular en la senescencia	Jaime Rodriguez	Hospital Universitario de Caracas

Año 1987. Hospital Universitario de Caracas. V Jornadas

Título	Autores	Sede
39. Intoxicación mercurial en personal odontológico	Marcos Gatti	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
40. Diferencias de la creatinquinasa según las diferentes etnias	Carlos Rondón	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
41. Función tiroidea en pacientes geriátricos. Incidencia de hipotiroidismo	José Alberto Cabrera	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
42. Estudio de la prevalencia de la hipertensión arterial en adolescentes. Características demográficas y efecto en la función VI con eco modo M	Walid El Yamed, Oscar Talavera	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1988. Hospital Domingo Luciani. VI Jornadas

Título	Autores	Sede
43. Microorganismos patógenos en la faringe de escolares sanos.	María T. García	Hospital Vargas. Caracas
44. Uso de antibióticos en las recaídas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Alejandro Espinera	
45. Evaluación de la función renal en el anciano	Víctor Marín R	
46. Efectividad de la diálisis gastrointestinal en el tratamiento del coma barbitúrico inducido en perros	Ovidio Rojas Velásquez	Hosp-Domingo Luciani. El Llanito
47. Modificaciones del fósforo en pacientes sometidos a ventilación mecánica	Aura M. Rodríguez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
48. Diagnóstico de anemia en el paciente médico	Susana Hernández M.	
49. Demencia: Estudio clínico	Víctor Mújica	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
50. Efecto de los ácidos grasos polinsaturados de pescado sobre la agregación plaquetaria y lípidos séricos en pacientes sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria	María Montes de Oca y María C. Rodríguez	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
51. Accidente cerebrovascular isquémico. Tratamiento con nimodipina	Helmer Gámez	Hosp. Vargas, Caracas
52. Hipertensión arterial. Experiencia con placebo.	Margarita Oliver	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
53. Paludismo: Tratamiento profiláctico con pirimetamina-sulfadoxina y mefloquina	Lourdes Morales de Naime	
54. Endocarditis infecciosa	José González	Hosp. Militar, Carlos Arvelo
55. Hipertensión arterial. Riesgos operatorios	Saad Lorenzo, Pedro Velásquez	
56. Estudio de hemofílicos venezolanos como grupo de riesgo para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.	José Luis López	Hosp. Vargas Caracas
57. Asociación entre tiroiditis crónica y miopatía	Saverio Russo	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
58. Patología tiroidea y prolapso de válvula mitral	Mirza Pulgar V	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
59. SIDA. Alteraciones neurológicas y cognitivas precoces.	Regina López	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
60. Colonización por el <i>Corynebacterium</i> grupo JK en pacientes	Eduardo Passariello	Hosp. Vargas Caracas

JORNADAS DE EGRESANDOS

con enfermedad hematológica maligna		
61. Anemia drepanocítica: Nifedipina y funcionalismo pulmonar	Eudoro Montero	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
62. Neoplasias hematológicas. Uso de catéteres venosos centrales	Miguel Salomón	Hosp. Miguel Pérez Carreño. Caracas
63. Enfermedad tiroidea autoinmune y lupus eritematoso sistémico	Paolo Tassinari	Hosp. Vargas Caracas
64. Evaluación del efecto bloqueante Beta en la respuesta proliferativa de linfocitos estimulados con antígenos específicos y mitógenos.	José Gregorio Flores	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
65. Valoración de las proteínas y anticuerpos anticardiolipinas en lupus eritematoso sistémico.	Luis Gaslonde y Angelo Lanza	Hosp. Vargas Caracas
66. Velocidad de sedimentación globular; Estudio en 500 pacientes	Pía Gali G	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
67. Virus Delta: Estudio en hemofílicos en Venezuela	José Antonio Sanabria	Hosp. Vargas Caracas
68. Crisis asmática aguda: Estudio comparativo de la eficacia de clenbuterol vs aminofilina	Zaida J. Fuenmayor	
69. Estudio de agregación plaquetaria y ciertos parámetros de la coagulación en pacientes con prolapso de la válvula mitral	Lergui Villahermosa	Hosp. Vargas Caracas
70. Radiografía del tórax: Valor de un examen de rutina	Erazo Lozada	Hosp. Vargas. Caracas
71. Cardiopatía isquémica silente en diabéticos no insulino dependientes.	Pedro Sacramento, Ramón Velásquez	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año: 1989 Hospital Vargas de Caracas. VII Jornadas

Título	Autores	Sede
72. Preclampsia y actividad de la esterasa de calcio en eritrocitos	Gianfranco Nardulli	Hosp. Vargas Caracas
73. Sistema Nacional de Salud: funciones del médico internista y del médico familiar	Irene Moraleda C.	Hosp. Miguel Pérez Carreño. Caracas
74. Hemopatías malignas y micosis	Carlos Schneider W	Hosp. Vargas Caracas
75. Infarto del miocardio. Uso de estreptoquinasa	Ricardo Andueza	Hosp. Miguel Pérez Carreño. Caracas
76. Linfomas: alteraciones citogenéticas	Diomaira Galdona	Hosp. Vargas Caracas
77. Síndrome premenstrual. Evaluación del funcionamiento tiroideo	Nelson Álvarez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
78. Hipertensión arterial en el anciano: maniobra de Osler	José R. Pérez	Hosp. Vargas Caracas
79. Infarto agudo del miocardio. Correlación entre el electrocardiograma de superficie y el ecocardiograma bidimensional	José Marcano	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
80. La autopsia: correlación clínico-patológica	Manuel Corujo	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
81. Diabetes mellitus y microalbuminuria	Orlando L. Bordones	Hosp. Vargas Caracas
82. Hipertrigliceridemia: valor pronóstico en pacientes graves	María Ducharne	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
83. Flora microbiana de las manos del personal de salud y su relación con infecciones asociadas a catéteres endovenosos	Rafael E. Bredy	Hosp. Vargas Caracas
84. Evaluación inmunológica de pacientes con diabetes mellitus.	Catharina Blanco	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
85. Distrofia miotónica: Carácter secretor y dermatoglifos	Ana Rabucha	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
86. Inmunoglobulina E y cardiopatía isquémica	José Gregorio Loyo	Hosp. Vargas Caracas

87. Hemorragia subaracnoidea primaria y sustancia inmuno-reactiva endógena similar a la digoxina	Alfredo J. Martínez	Hosp. Vargas Caracas
88. Enfermedad ulcero péptica, gastritis y/o duodenitis: Uso de Calcioantagonistas	Luis Pérez Mata	Hosp. Vargas Caracas
89. Asma. Modelo para la estratificación del paciente asmático	Rafael I. Cabrera	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
90. Inmunidad en el anciano: estado nutricional	Aurarrosa de Armas	Hosp. Vargas Caracas
91. Acetilación en adultos: determinación de la velocidad.	Víctor Balducci	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
92. Artritis reumatoidea: relación y correlación con stressores psicosociales y morbilidad psiquiátrica menor.	Rafael A. Marcano.	Hosp. Vargas Caracas
93. Hipercalciuria: efecto de la nipedipina.	Darío J. Saturno	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
94. Paludismo: tratamiento	Luis R. Millán	Hospital Militar Dr. Carlos Arvel
95. Insuficiencia cardíaca: efecto de la nisoldipina	Federico Hoffmann	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
96. Estudio comparativo de la inmunidad celular en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria continua y hemodiálisis	Adolfo R. Pinzón	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
97. Enfermedad arterial coronaria e isquémica silente	Angel F. Avendaño	Hosp. Dr Domingo Luciani, El Llanito
98. Utilidad de la actividad de adenosina deaminasa en el diagnóstico de derrame pleural por tuberculosis	Carlos Montalvo	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas

Año 1990. Hospital Universitario de Caracas. VIII Jornadas

Título	Autores	Sede
99. Frotis de sangre periférica. Variabilidad interobservador	M. González, J. Bracho y José G. Quijada.	Hosp. Universitario. Caracas
100. Lípidos sanguíneos: influencia del suplemento oral de magnesio	Cesar Maestre y Yolanda Orta	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
101. Hipertensión arterial: estudio y tratamiento en el adolescente. Experiencia con nitredipina	Mary Carmen del Negro	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
102. Neumonía intersticial en el SIDA: tratamiento con pirimetamina-sulfadoxina (FANSIDAR)	Adolfo González	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
103. Preeclampsia severa: tratamiento profiláctico con difenilhidantoina sódica y sulfato de magnesio	N. González, I. Pérez	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
104. Antigalactosil Alfa 1=3 Galatosa (ANTIGAL) y cáncer de mama	Jaime Wilder Chersonky	Hosp. Vargas Caracas
105. Hemodiálisis crónica, tratamiento de la hiperpotasemia con Beta 2 agonistas.	Santiago Bacci	Hosp. Vargas Caracas
106. Nefritis lúpica: correlación clínica, inmunológica e histopatológica y su modificación con pulsos endovenosos de ciclofosfamida	Christiane Saltiel y Vivian Sukerman	Hosp. Vargas Caracas
107. El paciente geriátrico: Su epidemiología en el Hospital General del Oeste	Trina M. Navas Blanco	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
108. Infarto del miocardio, evaluación de la terapia trombolítica	Marco A. Yáñez	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
109. Diabetes mellitus no insulino dependiente: efecto del enalapril sobre el control metabólico	Isabel Duarte	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
110. Micosis oportunista en pacientes inmunocomprometidos	Juan J. Canals	Hosp. Vargas Caracas
111. Diálisis peritoneal continua ambulatoria experiencia de	Lina Bofill	Hosp. Vargas Caracas

JORNADAS DE EGRESANDOS

7 años		
112. Determinación de mecanismo enzimáticos de resistencia en enterobacterias aisladas de pacientes hospitalizados.	Igor Hernández	Hosp. Vargas Caracas
113. Enfermedad cerebrovascular: estudio comparativo de los neurotransmisores en el LCR de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y hemorrágica	Merita Azara y Lucía Merola	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
114. Embarazo: intolerancia a la glucosa	Carolina Caruso	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
115. Diabetes mellitus insulino-dependiente. Antígeno humano leucocitario y neuropatía diabética	Vladimir Fuenmayor	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1991. Hospital José María Vargas de Caracas. IX Jornadas

Título	Autores	Sede
116. Experiencia del primer año en una consulta externa de adolescentes, dependiente de un servicio de medicina interna	Simón Madriz	Hosp. Vargas Caracas
117. Frotis de sangre periférica: Utilidad en la evaluación de los índices hematimétricos y los niveles séricos de ferritina	Isidro Delgado y Alexis Manrique	Hospital Universitario. Caracas
118. Rbdomiolisis: Estudio retrospectivo.	Elizabeth Hirschhaut	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
119. Complicaciones pulmonares en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana.	Sylvia Pérez y Enrique Vicent	Hosp. Vargas. Caracas
120. Neumonías extrahospitalarias. Criterios de hospitalización	Alicia Sampera	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
121. Lavado broncoalveolar en lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica progresiva	Verónica Liendo	Hosp. Vargas de Caracas
122. Diabetes mellitus: Limitación de movilidad articular y correlación clínica	Gino Cisneros, Efraín Páez y Mario Patiño	Hospital Universitario Caracas
123. Aborto séptico y factor de necrosis tumoral alta	Grecia Marcano y María Evelin Monsalve	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
124. Diabetes gestacional	Pedro Caraballo y Carlos Cardenas	Hospital Universitario Caracas
125. Asma bronquial, estudio comparativo entre fenoterol-bromuro de ipatropium con clenbuterol en crisis agudas	María José Códova y Guillermo Salas	Hosp. Vargas de Caracas
126. PPD: Valor diagnóstico en ancianos	Rosa Chacón y Esther Rodríguez	Hospital Militar. Carlos Arvelo
127. Hipertensión arterial "síndrome metabólico" (cardio-angiorrenal)	José Mavares y Fidel Ramírez	Hospital Universitario. Caraca
128. Hipertensión arterial esencial: efectos de la metformina	José Contreras	Hosp. Vargas Caracas
129. Enfermedad de chagas correlación clínico-serológica usando las técnicas de "Elisa" y electrotransferencia a papel nitrocelulosa	Francisco Pérez	Hosp. Vargas de Caracas
130. Eficacia de la heparina sódica subcutánea en el tratamiento de la 1ª. Crisis de la psicosis esquizofrénica paranoide	María Torres	
131. Angor estable: uso de la trimetacina	David Rodríguez y Coimbra Villapol	
132. Contratransporte Na ⁺ / Li ⁺ en los glóbulos rojos. Hipertensión arterial y nefropatía en pacientes con DMID	Salvatore Verlezza	Hosp. Vargas Caracas
133. Insulina humana en el tratamiento del paciente diabético	Javier Salas	
134. Diabetes mellitus no insulino-dependiente e hipertensión arterial. Influencia del suplemento oral de magnesio	Jose Gregorio Call	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
135. Sepsis e insuficiencia renal aguda	Mariana De Beiss de Moreno	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1992. Hospital General del Oeste, X Jornadas

Título	Autores	Sede
136. Várices esofagogástricas sangrantes en adultos cirróticos	Carlos A. Gainza	Hos. Universitario de los Andes
137. Anticuerpos contra los Epitopes Gal (Alfa 1-2) Gal y Gal (Alfa 1-3) Gal en suero de pacientes con cáncer	Esther Arbona e Ivo Tremont	Hosp. Vargas Caracas
138. Evaluación de la osteoporosis de alta remodelación con niveles séricos de osteocalcina (Bone Gla Protein) en pacientes que reciben hormona tiroidea	Javier Febles e Inés Jiménez	Hosp. Dr Domingo Luciani .El Llanito
139. Anticuerpos Antigalactocerebrósidos luego de un accidente cerebrovascular agudo	Rando García	Hosp. Vargas Caracas
140. Lupus calcio e inmunoregulación	Carlos Porras	Hosp.Gen.Oeste, Los Magallanes. Caracas
141. El exudado pleural maligno. Valor diagnóstico del análisis citogenético	José Angulo y Gustavo Villasmil	Hosp. Vargas Caracas
142. Evaluación preoperatoria y riesgo de mortalidad posoperatoria en cirugía electiva.	Luis Cortazar y Jorge Vera	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
143. Lupus eritematoso sistémico: perfil serológico: Anti DNA. Anti Sm y correlación clínica	Mirna Istillarte	Hosp. Vargas Caracas
144. Flora bacteriana en el Hospital General del Oeste	Barbaro Giraldo	Hosp.Gen.Oeste, Los Magallanes. Caracas
145. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): Prevalencia de parásitos intestinal	Osiris Da Costa y Luisa Franco	Hosp. Vargas Caracas
146. Valor diagnóstico y pronóstico de la inmunoglobulina E en ecardiopatía isquémica aguda	María Rivera y Carmen Zambrano	Hosp. Domingo Luciani El Llanito
147. Melatonina: Efecto antiagregante sobre las plaquetas en ratas	Gerardino Della-Fera y Marcos Ramella	Hosp. Vargas Caracas
148. Diabetes mellitus no insulino dependiente: ácidos grasos libres y resistencia insulínica	María Ignacia Arriaga y Fernando Sambrano	Hosp.Gen.Oeste, Los Magallanes.Caracas
149. Infecciones bacterianas agudas y variaciones plasmáticas del hierro en un modelo experimental	Antonio Saglimbeni	Hosp. Vargas Caracas
150. Diabetes mellitus, determinación de subpoblaciones de linfocitos T y su relación antígenos HLA en diabéticos Tipo I y sus familiares	Roxana Amaro y Roxana Zaro	UCV-IVIC
151. Enfermedad del colágeno-vascular. Correlación clínica, cardiológica no invasiva e inmunoserológica	Jorge Rocafull	Hosp. Vargas Caracas
152. Comportamiento de los anticuerpos anticardiolipinas en ACV isquémico.	Emilia Colella y José I. Romero	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1993. Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. XI Jornadas

Título	Autores	Sede
153. Eficacia terapéutica de la nifedipina, captopril y clonidina utilizadas por vía sublingual en el tratamiento de las crisis hipertensivas	Georges Agobian y Carlos Mendoza	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
154. Netilmicina: Dosis óptima en pacientes con insuficiencia renal utilizando valores de creatinina sérica corregidos con la administración de cimetidina	Lisbeth Chacín y Emilio Clavell	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo

JORNADAS DE EGRESANDOS

155. Depresión: niveles de colesterol	Patricio Torres y Yoli Vitale	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes.
156. Diagnóstico precoz del síndrome mental orgánico en pacientes > de 55 años	Gregorio Guidriz y Belkys Reina	
157. <i>Streptococcus pneumoniae</i> . Evaluación de la resistencia a la penicilina en cepas venezolanas	Néstor Da Costa	Hosp. Vargas Caracas
158. Magnesio: valor pronóstico en pacientes críticamente enfermos.	Palmira Pérez y Ana Milena	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
159. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: hallazgos ecocardiográficos y su asociación con los niveles plasmáticos de L-carnitina.	Mario Comegna y Franco Lotta	Hosp. Vargas Caracas
160. Infección nosocomial: Incidencia en los Servicios de Medicina Interna y Terapia Intensiva.	Juan Morillo	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes.
161. Compromiso pulmonar en cirrosis hepática.	Carlos E. Torrealba y Mireya Wessollosky	Hosp. Vargas Caracas
162. Sida: Nivel de información en trabajadores de salud	Evelyn Bracho y Carmen Gutiérrez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1994. Maternidad Concepción Palacios. XII Jornadas

Título	Autores	Sede
163. Utilidad de los parámetros bioquímicos en el tratamiento del derrame pleural paraneumónico	Angel Laguna y María T. Polanco	Hosp. Vargas Caracas
164. Evaluación nutricional de 91 ancianos aparentemente sanos.	Zaida Núñez y Blanca Lugo	Hospital Universitario. Caracas
165. Etiología de las complicaciones pulmonares en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.	Manuel Rigueira y Evelyn Sánchez	Hosp. Vargas Caracas
166. Diabetes mellitus e hipertensión arterial: Metabolismo del calcio	José L. Gouveia y María T. Fuentes.	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
167. Efectos del inhibidor de la enzima convertidora captopril sobre los capilares del músculo esquelético en diabetes mellitus Tipo 1.	María Briceño.	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
168. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana:	Corina Martínez y Rita Arteaga	Hosp. Vargas Caracas
169. Tuberculosis humana: diagnóstico por reacción en cadena de la polimerasa e hibridación.	María Serafín y Liliana Suárez	Hosp. Domingo Luciani, El Llanito
170. Aspectos hematológicos de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)	Leocadio Cabrera y Edith Petit	Hosp. Universitario. Caracas
171. Disfunción pulmonar en pacientes diabéticos no insulino-dependientes	Domingo Lara y José H. Varela	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
172. Procedimientos diagnósticos para el estudio del derrame pleural exudativo. Utilidad clínica	Lesbia Silva y Luis Herrera	Hosp. Domingo Luciani. El Llanito
173. Neuropatía asociada a la Infección por el virus de inmunodeficiencia humana	María Portillo y Celina Pérez	Hosp. Vargas Caracas
174. Hipercalcemia, hipercalciuria en pacientes con TBCP Activa.	Ramona Parada y Graciela Zambrano	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
175. Penetración de amikacina en el tracto respiratorio interior	Yisel González y Urania Rodríguez	Hosp. Vargas Caracas
176. Fibrinopéptido A y cardiopatía isquémica aguda. Valor diagnóstico y pronóstico.	Lucrecia Contreras y José Pérez	Hosp. Vargas Caracas
177. Efectos de una fórmula enteral en el estado nutricional del paciente con SIDA	Gioconda Colmenares y Michelena Yafigliola	Hosp. Vargas Caracas

178. Lesiones paraneoplásicas en piel de pacientes con carcinoma pulmonar	Angel Villalobos y Francisco Velásquez	Hosp. José I. Baldó. Algodonal.
179. Agentes oportunistas en colagenopatías	Evelyn González y Silenia Rojas	Hosp. José I. Baldó. Algodonal.
180. Neumonías adquiridas en la comunidad	Yajaira Roldán	Hosp. José I. Baldó. Algodonal.
181. Test de hipersensibilidad retardada en pacientes con SIDA	Juan Betancor e Irama Sánchez	Hosp. José I. Baldó. Algodonal. Caracas
182. Alcohol como factor de riesgo en salud pública	Luciano De Vibo	Hosp. José I. Baldó. Algodonal. Caracas

Año 1995. Hospital General del Oeste, Los Magallanes. XIII Jornadas

Título	Autores	Sede
183. Alteraciones neurológicas en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana	Ricardo Serbanescu	Hosp. Vargas Caracas
184. Elevación sérica de la creatinaquinasa y sus isoenzimas en enfermedad pulmonar neoplásica	Lucy Dagher y Meri Moretti	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
185. Efecto del misoprostol en la prevención de la nefrotoxicidad inducida por indometacina	Antonella Marcotulio	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
186. Stress en residentes de posgrado universitario de medicina interna	Elena Muriel y Francesco Molinaro	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
187. Exposición a la tuberculosis en estudiantes de medicina de la Escuela José María Vargas: Factores de riesgo para desarrollar una prueba de tuberculosis positiva.	Povilas Dambrava	Hosp. Vargas Caracas
188. Lupus eritematoso sistémico. relación de factores hormonales con evolución clínica	Rafael Barillas y Humberto Perozo	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
189. Comparación de clonidina, nifedipina y lorazepan sublingual en el tratamiento inmediato de crisis hipertensiva	Elizabeth Jiménez y Alfredo González	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
190. Enterobacterias: identificación, incidencia, procesos infecciosos asociados y patrón de resistencia microbiana	Alcira Torres Juan Amaro y Pedro García	Hosp. Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia
191. Insulina y crisis hipertensiva	Pedro García	Hosp. Domingo Luciani, El Llanito
192. Efectos de la administración de dexametasona parenteral en la evolución de pacientes con síndrome de HELLP.	Isabel Iturria	Maternidad Concepción Palacios. Caracas
193. Resistencia a los antibióticos en cepas de Enterococcus aislados en tres centros hospitalarios de Caracas.	José Rodríguez	Hosp. Vargas Caracas
194. Enalapril. Efectos sobre la proteinuria y el control metabólico de la glicemia en diabéticos Tipo II normotensos	Virginia Salazar y Marta Sánchez	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
195. Prevalencia de resistencia en gérmenes gramnegativos por el Método Etest y Kirby-Bauser de la Unidad de Terapia Intensiva del Centro Médico de Caracas. 1994-1995	Julio Simón Castro	Hosp. Vargas Caracas
196. Anticuerpos anticardiolipina en pacientes con anemia drepanocítica	María C. Caamaño y César Cabrera	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
197. Niveles séricos de Proteína C reactiva y óxido nítrico en gestantes normales y con diferentes estados hipertensivos del embarazo	Jenny Garmendia	Maternidad Concepción Palacios. Caracas

Año: 1996 Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. XIV Jornadas

Título	Autores	Sede
198. Variaciones diurnas del sodio y potasio en ancianos	Deyanira Amaya y Rubén Padilla	Hosp. Angel Larralder. Valencia
199. Utilidad de la broncofibroscopia en el diagnóstico y etiología de las neumonías nosocomiales.	María Alonso y María Arévalo	Hosp. Vargas Caracas
200. Incidencia y tratamiento de la menopausia y el climaterio en un departamento de medicina interna	Claudia Acuña y Nakary Ramírez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
201. Variación de la concentración lipídica como factor pronóstico en la hipertensión inducida por el embarazo.	María E, Morantes	Maternidad Concepción Palacios. Caracas
202. Análisis ultraestructural en músculo esquelético del efecto de la ciclofosfamida en pacientes lúpicos	Pedro Gómez y Jhonny Magdaniel	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
203. Enfermedad de Alzheimer: biopsia de mucosa olfatoria	Alfredo L. Paz y Juan M. Vieira	Hosp. Domingo Luciani. El Llanito
204. Indicadores del metabolismo del hierro: efecto de la hemoterapia en su medición.	Francisco Mejías y Harold Torrealba	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
205. Pronóstico materno-fetal en la relación al síndrome preeclampsia-eclampsia	Nellys Avila	Maternidad Concepción Palacios. Caracas
206. Sensibilidad de la insulina y transporte de potasio en glóbulos rojos (Ki) en sujetos normales hijos de hipertensos	María Delgado	Hosp. Angel Larralder. Valencia
207. Efecto hipotensor de la metoproclomida en pacientes con urgencia hipertensiva	María Herrera y Erika Iriza M.	Hosp. Vargas Caracas
208. Determinación de un nuevo índice radiológico de hipertrofia ventricular izquierda y su relación con otros criterios diagnósticos.	Ana de Socio y Pedro L. Márquez	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
209. Anticuerpos antifosfolípidos: Frecuencia en preeclampsia y otros estados hipertensivos del embarazo	María Andrade y Alvaro Ramírez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas

Año 1997. Hospital Universitario de Caracas. XV Jornadas

Título	Autores	Sede
210. Utilidad Clínica de Marcadores sustitutos del recuento absoluto de linfocitos TCD4 en pacientes infectados y enfermos por virus de inmunodeficiencia humana	Elizabeth Hernández y Rita Bravo	Hospital Universitario. Caracas
211. Diagnóstico de salud en una población de adolescentes escolarizados del Distrito Sanitario II	María Delpiani y Manuel Fonseca	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
212. Niveles séricos de parathormona, ingesta de calcio e hipertensión arterial	Elizabeth Cursio y Carlos Pérez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
213. Efectos a corto plazo del misoprostol sobre la función renal y presión arterial en pacientes hipertensos que reciben diclofenac	Lourdes Camacho y Azueg Hong	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
214. Lipemia posprandial y agregación plaquetaria en diabéticos tipo 2	Francisco Alfonso	Hosp. Vargas Caracas
215. Accidente cerebrovascular: evaluación de las funciones cognitivas	Delia Ariza y Rosa Baldonado	Hosp. Vargas Caracas

216. HIV/SIDA: manifestaciones neuroautonómicas	Rafael Rodríguez y Enrique Vera	Hosp. Vargas Caracas
217. Evaluación de factores de riesgo para complicaciones cardiopulmonares posoperatorias en pacientes sometidos a cirugía abdominal electiva	Luisa Melean y Heriberto Torrealba	Hosp. Vargas Caracas
218. Evaluación de la efectividad de la interconsulta en medicina interna	Juan C. De Gouveia y Adolfo González	Hosp. Domingo Luciani. El Llanito
219. Utilidad clínica del antígeno prostático específico en la evaluación de pacientes con cáncer de mama	Rodolfo Camacho y Manuel Carreiro	Hosp. Domingo Luciani. El Llanito
220. Estudio clínico epidemiológico de la esclerosis múltiple en Venezuela	José Guevara y Juan Rivera	Hosp. Domingo Luciani. El Llanito
221. Enfermedad coronaria aterosclerótica; fibrinógeno como factor de riesgo	Lucrecia Arvelo	Hosp. José I. Baldó. Algodonal. Caracas

Año 1998. Hospital Vargas de Caracas XVI Jornadas

Título	Autores	Sede
222. Resistencia a la insulina y activación plaquetaria	Sydney González y Esther Sandra	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
223. SIDA: Discrepancia entre los diagnósticos clínicos de sus complicaciones y los hallazgos de autopsia	Connye García y Maryet Pérez	Hospital Universitario. Caracas
224. Diagnóstico de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas sanas	Joyce Epelboim y Adriana Salazar	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
225. Morbi-mortalidad en pacientes de 60 o más años egresados del Servicio de Medicina Interna, Septiembre 1995 – agosto 1996	Carmen Pirela	Hosp. Universitario Dr. Luis Razetti Barcelona
226. Sensibilidad y especificidad del electrocardiograma de superficie en el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda	Rosa Da Silva y	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
227. Aspirado de médula ósea en el diagnóstico etiológico del proceso febril en el paciente adulto con SIDA	Dorylu Hernández Constantino Ramez	Hospital Central de Valencia
228. Dispersión del QTC: valor predictivo en arritmias posinfarto del miocardio	Ioannis Giannopoulos, María Vegas	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
229. Fosfatemia como indicador pronóstico de evolución clínica en infecciones bacterianas	Dalila Marcano y Samuel Serfati	Hosp. Militar Dr. Carlos Arvelo
230. Exactitud predictiva de la manifestaciones clínicas de la toxoplasmosis cerebral en casos de SIDA.	María Fuentes	Hospital Universitario. Caracas
231. Nuevo método para calcular clínicamente la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y su relación con el ecocardiograma	Jeannette Colmenares y Orlando Rodríguez	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
232. Efecto de la dopamina sobre el tono bronquial	Yurima Lezama	Hosp. Vargas Caracas
233. Efecto de la hidralazina en las concentraciones de óxido nítrico en pacientes con pre-eclampsia severa	María Suárez	Maternidad Concepción Palacios. Caracas
234. Medicina interna: análisis crítico de la especialidad y su enseñanza en el posgrado	Horacio Bargiela A. y Hernando Villasmil C.	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
235. Determinación de los niveles de leptina y su relación con la hipertensión inducida por el embarazo	Verónica Anato	Maternidad Concepción Palacios. Caracas

Año 1999. Hospital Universitario de Caracas. XVII Jornadas

Título	Autores	Sede
236. Hemocromatosis: prevalencia en donantes de sangre presumiblemente sanos	Nahil Cabrera y María Sánchez	Hospital Universitario. Caracas
237. Función gonadal y desnutrición en mujeres no menopáusicas	Paúl E. Camperos y Alfonso E. Tovar	Hosp. General Oeste, Los Magallanes.
238. Ferritina con factor pronóstico en pacientes con SIDA	Yaraima Franco y Moraima Molina	Hosp. Vargas Caracas
239. Infección crónica por <i>Chlamidia pneumoniae</i> y enfermedad cerebrovascular isquémica	Eglaé Castillo e Ivette Montes de Oca	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito Caracas
240. Estrongiloidiasis: frecuencia en pacientes hospitalizados	Yvonne Canchica	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
241. Hallazgos en el fondo de ojo de pacientes con leucemia aguda	María Calatroni y José Labrador	Hosp. Universitario. Caracas
242. Lisis-centrifugación: diagnóstico de gérmenes intracelulares en pacientes con SIDA	Claudia Petrucci	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
243. Pacientes VIH/SIDA: estudio comparativo de la calidad de vida CON/SIN tratamiento antirretroviral triple.	María Marín	Hosp. Vargas Caracas
244. Comportamiento de la hormona paratiroidea en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana	Héctor Reyes y José Sánchez	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
245. Malaria por Plasmodium Vivax: efectos del tratamiento sobre los dinteles de inmunoglobulinas y variación de la expresión del antígeno CD23	Sergio Rodríguez y Rossana Ruiz	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
246. Óxido nítrico y desnutrición	Cristina Álvarez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
247. Hormona paratiroidea e infarto del miocardio	Luís Fernández y María Serrano	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
248. Síndrome antifosfolípido primario y secundario: Diferencias clínicas, inmunológicas y pronósticas	Lucía Amándola y Merita Senior	Hosp. Vargas Caracas
249. Uso de la nimodipina por vía oral en el tratamiento precoz de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico	Martha Alfonso e Indira Rodríguez	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
250. Análisis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca como método diagnóstico de neuropatía autonómica cardíaca en diabéticos	Mariolga Bravo y Paúl García	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
251. Características inmunológicas de los pacientes con urticaria crónica	Jenny Garmendia	Inst. Inm. Clin. UCV
252. Cronoterapia con digoxina: nuevas perspectivas terapéuticas	Rosaura Acevedo y Asunción Acosta	HMLT
253. Efectos agudos del trabajo en pacientes con cardiopatía isquémica crónica e hipertensión arterial sistémica, evaluado mediante prueba de esfuerzo	Milagros Álvarez y Dilia Rodríguez	Hosp. José I. Baldó. El Algodonal. Caracas
254. Pneumocystosis pulmonar en pacientes con SIDA	Rubén Villalobos	Hosp. José I. Baldó. El Algodonal. Caracas
255. Comportamiento de la amplitud del volumen de los glóbulos rojos (RDW) y del volumen corpuscular medio (VCM) posterior a transfusión de concentrados globulares	Marisabel Cardier	HFAR

Año 2000 Hospital Miguel Pérez Carreño. XVIII Jornadas

Título	Autores	Sede
256. Hipertensión arterial esencial: actividad de la telomerasa en glóbulos blancos de sangre periférica	María Chollet y Antonio Tristano	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
257. Factores de riesgo y complicaciones asociadas al uso de catéter venoso central en un área de emergencia	Marlene Domínguez y María López	Hospital Miguel Pérez Carreño.
258. Correlación entre hipertensión arterial esencial e hiperuricemia	Emma Fioretty y Johanel Wanderlinder	
259. Arritmias cardíacas en el período intra y posoperatorio y su influencia en la evolución intrahospitalaria	Humberto Casal	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
260. Consumo de alcohol y riesgo de accidente cerebro vascular isquémico	Ramón Terán y Alirio Contreras	
261. Evaluación de la resistencia del <i>Plasmodium vivax</i> al tratamiento con cloroquina en el Estado Sucre, Venezuela	Alicia Cano, José Rivera	Hosp. Militar Carlos Arvelo. Caracas
262. Hemorragia intracerebral espontánea: Variables clínicas con valor pronóstico	Chu Yuen y Julian Pérez	
263. Hiperhomocistemia: frecuencia en pacientes diabéticos Tipo 2	Maira Quiñones	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
264. Óxido nítrico y factor de Von Willebrand como posibles marcadores de función endotelial en pacientes con diabetes mellitus tipo 1	Roberto Correa	Hosp. Universitario de Caracas
265. Enfermedad de Chagas en pacientes con infección por VIH-SIDA	Carlos Castellanos y Sileida Oliveros	
266. Uso de ácido fólico y complejo vitamínico B en pacientes con infarto agudo del miocardio	Alexander Hernández	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
267. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en exacerbación aguda: Variables de valor pronóstico	Trautmanis Cardenas y Quinci Quinci	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
268. Concentración plasmática de leptina y su correlación con el conteo de células CD4 en pacientes desnutridos	Marco Liszka	Hosp. General Oeste, Los Magallanes.
269. Tabaquismo como factor de riesgo operatorio	Francisco Arizaleta	Hosp. Ricardo Baquero González
270. Clopidogrel en el tratamiento de la agregabilidad plaquetaria presente en pacientes diabéticos	Esmerry Moreno y Dejanira Morón	
271. Valsartan vs valsartan + hidroclorotiazida en el tratamiento de la hipertensión arterial	Felipe Giglio y Alberto Wulf	

Año 2001. Hospital Militar. XIX Jornadas

Título	Autores	Sede
272. Concentración sérica de leptina en pacientes diabéticos tipo 2 con micro y macroalbuminuria	Henry Rojas Martini	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
273. Eficacia y seguridad del gabapentin y flunarizina en la profilaxis de la migraña.	Jhonycel Martínez F	Hosp. Central de Maracay
274. Valor pronóstico y diagnóstico de la prueba de esfuerzo realizada posterior a la hospitalización de pacientes con cardiopatía isquémica aguda no complicada	Soteldo B. Alfredo	Hosp. Central de Maracay
275. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Evaluación del tratamiento antirretroviral de alta eficacia	John Ossenkopp y María A Sánchez	Hosp. Vargas Caracas

JORNADAS DE EGRESANDOS

276. Consumo de vegetales y frutas frescas en una población de alto riesgo para cáncer gástrico	Johanna Colmenares	Hosp. Central. San Cristóbal
277. Estatinas como agentes nefroprotectores en pacientes con disfunción endotelial	Claudia Rodríguez e Ignacio Valecillos	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
278. Diabetes mellitus 2 de reciente diagnóstico. Características electrofisiológicas del SNC	María Brito y Jimena Tejos	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
279. Factores relacionados con la mortalidad de los pacientes con neutropenia febril asociada a quimioterapia para leucemia mieloide aguda	Josefa Pinto y Jordana Zalcman	Hosp. Vargas Caracas
280. SIDA. Frecuencia y etiología de manifestaciones dermatológicas	Aleydi Bastos, Nerilis Gonzalez	Hospital Universitario. Caracas
281. Niveles de óxido nítrico en desnutridos que reciben l-arginina	Jacqueline Vásquez y Rubén Meléndez	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
282. Consumo de alcohol y concentración plasmática del activador del plasminógeno tisular endógeno	Mayelis Paz y Yelitza Rodríguez	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
283. Demencia en pacientes ambulatorios que han sufrido un ictus	Maria G. Cortes M, Ruben Darío Ramirez	Hospital Militar. Dr. Carlos Arvelo
284. Trombosis venosa profunda en pacientes con patologías médicas hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.	Elizabeth Saputelli y Eyson Melchor	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
285. Glomerulonefritis lúpica: relación entre severidad de la nefropatía y variables funcionales renales.	Allison M. Bell-Smythe Luis G. Goattache	Hosp. Vargas Caracas
286. Utilidad de la maniobra de Valsalva en el diagnóstico de disfunción diastólica ventricular izquierda	Carmen J. Delgado M y Elsi M. Herrera G	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
287. Epidemiología y frecuencia de infección por hantavirus en pacientes con infecciones respiratorias agudas.	Jairo J. Ruiz R	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
288. Asma bronquial en crisis leve y moderada: comparación de la eficacia del formoterol. formoterol + budesonide y formoterol + fluticasona	Miltte J. Rivero C y Rubén Giner	Hosp. Ricardo Baquero. Caracas

Año 2002. Hospital General del Oeste. XX Jornadas

Título	Autores	Sede
289. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en exarcebación: incidencia y valor pronóstico de insuficiencia cardíaca.	José Braz, Jeannette Padrón, Naileth Torrez	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
290. Tratamiento inmunomodulador en pacientes con insuficiencia cardíaca	María G. Delgado N.	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
291. Cáncer de mama: fatiga como indicador de calidad de vida.	Gloria J. Márquez	Hosp. Vargas Caracas
292. Correlación del electrocardiograma de alta resolución con la patología cardíaca	María V. Giannoni, Sonia Lovera.	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
293. Valor pronóstico de los marcadores de respuesta inflamatoria y procoagulante en pacientes con sepsis severa	Ivel C. De Freitas y Máximo Fernández	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
294. Marcadores inflamatorios y bioquímicos de la evolución del ictus isquémico agudo.	Patricia E Otero B. y Angela Otero V.	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
295. Disfunción diastólica en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico.	Alexis Belisario, Nestor González.	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
296. Evaluación cognitiva en pacientes con insuficiencia cardíaca.	Solange Rodríguez, Carlos Mendoza.	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
297. Empleo de la mirtazepina en el tratamiento de la fibromialgia.	Rosanelly Roye y Sadia Benzaquen	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
298. Ictus isquémico agudo: clasificación etiológica.	Vicente Badía S. y Dixon Peralta P.	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito

299. Microangiopatía mediada por complejos inmunes en pacientes diabéticos tipo 2 con neuropatía proximal	Natalie Rivas Morett	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
300. Estimación del riesgo quirúrgico mediante la evaluación médica perioperatoria.	Ana G. Salaverría y Heidi M. Lara	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
301. Crisis asmática leve y moderada: efectividad del sulfato de magnesio	Richard Escalona y Ana López	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
302. Apoptosis leucocitaria: marcador de sepsis en el frotis de sangre periférica.	Arístides Colmenares y Gisela Páez.	Hosp. Dr. Domingo Luciani. El Llanito
303. Asma bronquial: determinación de deficiencia de magnesio a través de la prueba de carga endovenosa	Marco A. Rivera y Mónica Reyes.	Hosp. Vargas Caracas

Año 2003. Hospital Dr. Domingo Luciani. XXI Jornadas

Título	Autores	Sede
304. Efecto de simvastatina y ácidos grasos omega 3 sobre la regresión del grosor de la íntima media carotídea y niveles de PCRAS.	Noris Durán, Aniuskar García y Higly Tovar.	Hosp. José I. Baldó. El Algodonal. Caracas
305. Accidentes cerebrovasculares: manifestaciones autonómicas cardiovasculares según la localización hemisférica.	Carmen L. Gamboa B y Cervantes D. Negrín D.	Hosp. Vargas Caracas
306. Detección del polimorfismo g/a en la relación – 455 del gen b-fibrinógeno y su relación con el infarto miocárdico agudo	María Gómez y Francisco Méndez	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
307. Cetoacidosis diabética: escala de severidad y pronóstico	Oswaldo Araujo y Neyda Castillo	Hosp. Miguel Pérez Carreño. Caracas
308. Factores predictivos de hospitalización en pacientes con enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica.	Santa Bernabei y María Paz Montedónico.	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
309. Cromomicosis por Cladophialophora carrionii: características citogenéticas básicas.	Federico Naranjo e Ingrid Márquez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
310. VIH I – VIH II: manifestaciones infecciosas iniciales.	Mary Rodríguez y José G. González.	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
311. Relación de cambios fundoscópicos clínicos con hiperlipidemias.	Nellys Campos y Sandra Palavecino	Hospital Universitario. Caracas
312. Niveles de óxido nítrico en individuos con intolerancia a la glucosa en relación a la disfunción endotelial	Auristela Rondón, Clara González y Rosabel Lorenzo	Hosp. José I. Baldó. Algodonal. Caracas
313. Insuficiencia cardíaca: utilidad de la maniobra de Valsalva	María A. Macuare y Natalie A. Jahnke	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
314. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana, histoplasmosis diseminada progresiva y tuberculosis	Milka Díaz y María León	Hosp. Vargas Caracas
315. Neuropatía diabética periférica: correlación de la escala clínica de Toronto y la bioestesiometría	Omidres Pérez de Carvelli	Hosp. Vargas Caracas
316. Hipercalciuria idiopática, efecto de una sobrecarga proteica aguda sobre el ph sanguíneo y su relación con la densidad mineral ósea.	Alejandro Sardi y Gabriel Sardi	Hospital Universitario Caracas
317. Estudio comparativo irbesartan vs captopril en el tratamiento de pacientes con HTA estadio I,II y urgencia.	Isaac Bendahan Ch y María A. Marval.	Hosp. Ricardo Baquero. Caracas
318. Trastornos cognitivos en pacientes hipertensos con descenso anormal nocturno de presión arterial.	Moraima Mendoza y Ewaldo J. Vanderlinder.	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
319. Electrocardiografía de alta resolución posterior al infarto del miocardio y su evolución en el tiempo.	Richard Alcalá y Freddy Díaz.	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
320. Análisis de la neuropatía autonómica cardiovascular diabética en la prueba de esfuerzo.	Francisco Ng.	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito

JORNADAS DE EGRESANDOS

321. Respuesta bronquial a la metacolina en pacientes diabéticos tipo 2 portadores de neuropatía autonómica cardiovascular	Carolina Hernández e Ana Ybell Oropeza	Hosp. Militar Dr. Carlos Arvelo
322. Efecto del ácido fólico sobre la proteinuria en pacientes con disfunción endotelial.	Elizabeth García y Diego Morillo	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
323. Comportamiento de la PCR ultrasensible como marcador de daño endotelial en pacientes con hipertensión arterial estadio 2 que acuden a la emergencia.	Iris Ramos y Jackeline Castellanos	Hosp. Ricardo Baquero González. Caracas
324. Lercadipina en comparación con captopril. Utilidad en el manejo de pacientes que consultan al área de emergencia con hipertensión estadio II, III y urgencia hipertensiva	Juan Arroyo y Javier Morales	Hosp. Ricardo Baquero González. Caracas

Año 2004. Hospital Vargas de Caracas. XXII Jornadas

Título	Autores	Sede
325. Diagnóstico de la neuropatía periférica distal subclínica por electromiografía en pacientes diabéticos tipo 2.	Leila Herrera S y Hernando Zúñiga.	Hosp. José I. Baldó. Algodonal. Caracas
326. Niveles séricos de L-SELECTINA en pacientes con VIH-SIDA	Nestor E. Ospino y Yurami L. Sánchez.	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
327. Sulfato de magnesio como neuroprotector en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico.	Daniela Fortunato y José Cedeño.	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
328. Relación entre las alteraciones del calcio, fósforo y la osteodistrofia renal en los estadios iniciales de insuficiencia renal crónica.	Ana del Nogal, Jonny Camacaro y William Mujica	Hosp. José I. Baldó. Algodonal. Caracas
329. "Obesidad: efecto de la pérdida de peso sobre los valores de proteína C reactiva, fibrinógeno e insulino-resistencia"	Alberto Rodríguez y José Navarro	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
330. "Niveles de homocisteína en pacientes con demencia"	Monique Bourgeois y Enrique Ordaz	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
331. Efecto de la dipirona sobre la agregación plaquetaria.	Figueroa María y Guercio María	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
332. Comparación de la estimulación con baja y alta dosis de SYNACTHEN R en pacientes con SIDA. C3	Liliana J. Fing A y Francisco J. Soria	Hospital Universitario. Caracas
333. "Hipogonadismo en pacientes con SIDA e inmunomodulación con los análogos de la GnRH".	Lorena Malavé y María Narváez	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
334. Bloqueo simultáneo del sistema renina-angiotensina en el control de la disfunción endotelial en pacientes con hipertensión arterial sistémica	Astrid Mon de Lima.	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
335. Factor tisular: niveles plasmáticos en pacientes con hipertensión arterial estadio I, tratados con losartan y su relación con el grosor íntima-media carotídeo	Daniel Montero H.	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
336. Niveles séricos de troponina T como factor pronóstico en pacientes con accidentes cerebrovasculares	Alvaro Jiménez y Ruth Sánchez.	Hosp. Jesús Yerena. Lídice. Caracas
337. Estado nutricional de pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna.	Flokmanas William E.	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
338. Neuropatía autonómica cardiovascular: evolución bajo anestesia general y en el posoperatorio inmediato de pacientes diabéticos tipo 2.	Luz Falcón y Karla Rivas	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
339. Neutropenia febril: factores de riesgo en pacientes hematológicos.	Erika Montero y Carlos Tarazona.	Hospital Universitario. Caracas

Año 2005. Hospital Universitario de Caracas. XXIII Jornadas

Título	Autores	Sede
340. Insuficiencia cardíaca: valor pronóstico del ácido úrico	Alexander Manuel Peña	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
341. Dengue hemorrágico y ácido fólico	Olaya Brewer y Raquel Wahab	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
342. Ictus isquémico agudo: valor pronóstico del ácido úrico y homocisteína.	Rita Carrero y Ana Fernández.	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
343. Evaluación perioperatoria: validación de nueva escala médica integral "LASA"	Giomelia G. González y Antonio J. Vidal	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
344. Relación entre concentración de hemoglobina y progresión de enfermedad en pacientes con VIH	Lizmer Díaz y Lourdes Gabriela Peña.	Hosp. Dr Domingo Luciani. El Llanito
345. El péptido natriurético tipo B como marcador pronóstico de insuficiencia cardíaca en pacientes con síndrome coronario agudo.	Doris F. De Freitas y Doris Concepción T.	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
346. Epidemiología de la neumocistosis	Karina Casanova y Alejandro Sáez	Hosp. Gen. Oeste, Los Magallanes. Caracas
347. Relación entre degeneración grasa del hígado e insulino-resistencia	Roselena Paredes	Hosp. General Oeste, Los Magallanes. Caracas
348. Relación entre los síntomas y los exámenes paraclínicos en el estado hiperosmolar hiperglicémico	Mara González y Jacqueline Valera	Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas
349. Nefropatía por IGA. Estudio clínico-epidemiológico en un grupo de pacientes diagnosticados por biopsia renal	Jorge R. Domínguez Mayra Guerrero	Hosp. Vargas Caracas
350. Tuberculosis pleural	Aglae Duplat y Carlos J Fernández	Hosp. Vargas Caracas
351. Infección por el virus de hepatitis c: seroprevalencia en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana	María Novillo y Mónica Vieira	Hosp. Vargas Caracas
352. Dislipidemia: prevalencia en población hospitalaria y ambulatoria de 15 a 45 años sin enfermedad predisponente.	Alfonsina Carrasco y Erika Ziegler	Hospital Universitario. Caracas
353. Biopsia y cultivo de médula ósea en el diagnóstico de histoplasmosis y tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA	Carlos Moreno y Nayrin Arona Sunico	Hospital Universitario. Caracas
354. Hepatopatía asintomática: prevalencia por determinación de aminotransferasas.	Ana Betancourt y Blas. Rojas	Hospital Universitario. Caracas
355. Análisis de hiponatremia adquirida durante la hospitalización.	Jose Osó y Porfirio Pineda	Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
356. Niveles de proteína C reactiva ultrasensible en pacientes con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa.	Yoselin Díaz y Gladis Herrera	Hosp. Jesús Yerena. Lídice. Caracas
357. Factores de riesgo cardiovascular en familiares de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico y cardiopatía isquémica aguda.	Inesita García, Candelaria Guzmán Rodolfo Catanho y Rosalía Urosa.	Hosp. Jesús Yerena. Lídice. Caracas
358. Sensibilidad y especialidad del diámetro abdominal sagital, comparado con los índices de circunferencia abdominal y de masa corporal para el diagnóstico clínico de insulinoresistencia.	Yalitze Hernández	Hosp. Jesús Yerena. Lídice. Caracas
359. Hallazgos ecocardiográficos comparativos en pacientes de 60 a 90 años con hipertensión sistólica aislada e	Armando Alvarez y Gustavo Espinoza	Hosp. José I. Baldó. El Algodonal. Caracas

hipertensión sistolo diastólica a la relación de la presión de pulso en pacientes con hipertensión arterial sistólica aislada.		
360. Determinación de la densidad mineral ósea en pacientes diabéticos	Yummy Arbelaez Rebeca Istúriz y Xiomara Páez	Hosp. José I. Baldó. Algodonal. Caracas
361. Tumores adrenales: frecuencia en el Hospital Universitario de Caracas (1987-1998)	Peggy J. Quero Salas	Hospital Universitario. Caracas
362. Formas de presentación de tuberculosis en pacientes con SIDA y su relación con el estado inmunológico.	Eduardo García y William Ziegler	Hospital Universitario. Caracas
363. Estudio comparativo de esquemas farmacológicos betamiméticos en el tratamiento de ataque agudo de asma bronquial.	William Vargas y Guislen Salazar	Hosp. Ricardo Baquero. Caracas
364. Distribución del riesgo cardiovascular según la escala de Framingham a 10 años relacionada con el índice de masa corporal en sujetos asintomáticos en una población de Catia	Yajaira Morillo y Rosa Ortega.	Hosp. Ricardo Baquero. Caracas
365. Estudio comparativo de telmisartan vs captopril en el tratamiento de pacientes hipertensos y urgencia hipertensiva.	Ana Esguerra y Zulelaim Hidalgo.	Hosp. Ricardo Baquero. Caracas
366. Logros de metas según pautas del ATP III, en una población de hipertensos que acuden a la emergencia	Aremis Bello y Yorkselin Herrera	Hosp. Ricardo Baquero. Caracas

DISCUSIÓN

El total de trabajos recopilados fue de 367. De acuerdo a las áreas de investigación, la distribución porcentual se presenta en la Figura 1 y la distribución general numérica en la Figura 2.

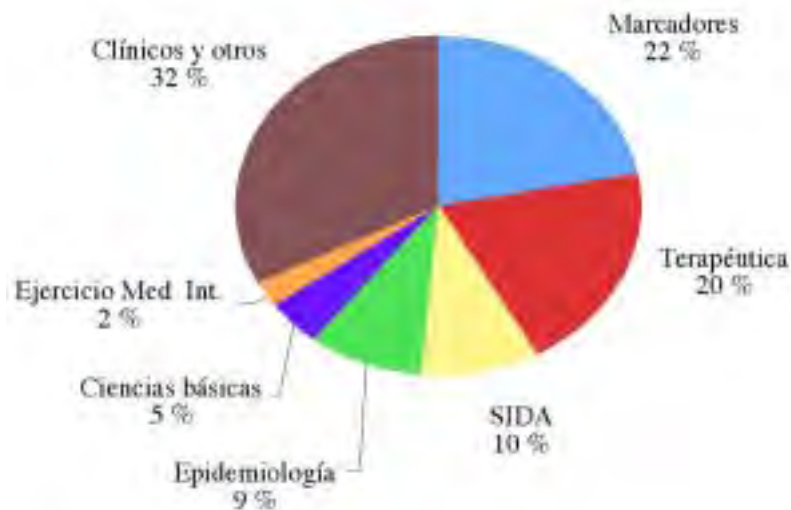


Figura 1. Distribución porcentual.



Figura 2. TEI e investigación en medicina interna 1983-2000.

Del total de los trabajos, 22 % tuvo entre sus objetivos principales la determinación de marcadores clínicos, lo cual refleja el interés del médico internista en aplicar la Medicina Basada en Evidencia en su práctica clínica. Con este mismo fin, aunque no se desglosan por su diversidad, en un apreciable número de trabajos se aplicaron los conceptos de la Epidemiología Clínica, especialmente a partir del año 1997.

Llama la atención el bajísimo porcentaje de trabajos que se refirieron al ejercicio doctrinario de la Medicina Interna: 2 % (N = 9) contemplando las siguientes áreas: la docencia en medicina interna, la historia clínica orientada por problemas, atención al adolescente, la deserción del internista hacia las subespecialidades, el *stress* en residentes de posgrado de medicina interna, información dirigida al público sobre la salud y la gestión hospitalaria.

Se realizaron 35 trabajos en pacientes con SIDA, con una tendencia progresivamente mayor desde 1995, lo cual constituyó prácticamente el 10 %. Esto refleja la influencia que ha tenido esta pandemia en el ejercicio de la medicina interna.

Reflexiones finales

Esta recopilación constituye un testimonio viviente de muchos cursantes y sus profesores, que forman parte de la historia de nuestra Sociedad, y a ellos nuestro saludo y admiración, por su tenacidad y deseo de superación.

También se desprende de este artículo la demostración de cómo las Universidades Nacionales, a través de sus Comisiones de Estudios para Graduados han servido de estímulo invaluable para la formación de nuestros especialistas.

Simultáneamente, nuestra Sociedad ha estimulado la investigación en los cursos no universitarios a través de la presentación de sus tesis finales en las jornadas.

Terminamos esta revisión con la esperanza de que estas Jornadas de Egresandos de la SVM I continúen presentes para servir de tribuna a los investigadores de nuestra especialidad en sus versátiles áreas de ejercicio, con lo cual se demuestra una vez más su capacidad médica y su liderazgo en todos los niveles de atención.

Estándares en la educación médica de posgrado

María Evelyn Monsalve, Ángela Ceglia, Ingrid von der Osten, Grecia Marcano.*

INTRODUCCIÓN

Cada país tiene la responsabilidad de garantizar los programas de formación médica de los posgrados para que se ajusten a los objetivos sanitarios nacionales y de forma ideal cumplan con las especificaciones internacionales.

Tomando en cuenta que la educación médica debe ser permanente y continua, el estudio de posgrado es la fase de educación médica supervisada, por lo tanto debe estar amparada por normas y regulaciones específicas que permitan establecer el perfil académico de la especialidad, preparándolo para el aprendizaje autodirigido que lo llevará a un constante desarrollo profesional. En nuestro país la formación especializada se lleva a cabo en instituciones públicas y privadas donde se imparte instrucción teórica y formación práctica, bajo la supervisión de médicos especialistas que asumen la responsabilidad de la enseñanza docente de los residentes.

Debemos recordar que el país, desde hace varias décadas está sumido en una profunda crisis económica, que se ha acentuado en los últimos años, con un presupuesto dedicado a la salud y educación, deficitario, por lo que estamos en la obligación de

usar los recursos en forma racional, logrando un máximo de bienestar al menor costo, lo cual se obtiene colocando al internista generalista en los cargos claves que le permitirá actuar en los tres niveles de la atención médica, por su capacidad de resolver aproximadamente el 85 % de los problemas médicos que se presentan en la comunidad.

En Venezuela existen dieciocho posgrados universitarios de medicina interna que están regidos por un programa único, adaptado a las condiciones de infraestructura, recursos humanos y materiales de cada centro hospitalario. Existen además posgrados sin reconocimiento universitario, de los cuales, en su mayoría, se desconocen los diseños curriculares y sería interesante determinar si cumplen con los requisitos mínimos exigidos para la formación del internista, definido por la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI), como “los especialistas dedicados al cuidado integral de la salud de los adolescentes, adultos y ancianos con una amplia formación científica y humanística”..., que ameritan ser incorporados con la idea de unificar criterios estructurales y de procesos, logrando al final un producto que reúna las condiciones necesarias para un desempeño acorde a nuestros requerimientos sanitarios.

Basados en estos preceptos se elabora el presente documento, tomando en cuenta los Estándares Internacionales de la Fundación Mundial de Educación Médica (WFME), que fueron diseñados para animar a las instituciones de educación médica de posgrado en diferentes niveles de desarrollo, con

* Médicos Internistas. Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño.”
Caracas, Venezuela.

diferentes condiciones educativas, socioeconómicas y culturales a utilizar el sistema de estándares que permitan la evaluación y acreditación de los posgrados; y puedan ser usados como instrumentos para garantizar la calidad y el desarrollo de la educación médica de posgrado.

Queda claro que no se trata de fomentar la uniformidad de los programas educativos, sino de asegurar la calidad de la formación médica, enfatizando su perfeccionamiento, y ser una guía para alcanzar su desarrollo educativo e institucional, evitando interpretar los estándares como un sistema de igualar los estudios a un nivel de menor calidad.

Esta propuesta de estandarización nos permite sentar las bases para una evaluación local, regional y nacional de la educación médica de posgrado mejorando el sistema de evaluación y acreditación y en definitiva la calidad de atención médica en los sistemas de salud, tanto a nivel nacional como internacional y como ventaja adicional facilitar la movilización y aceptación de sus médicos, a centros de instrucción diferentes a donde se formaron desplazándose inclusive al ámbito internacional.

La implementación de estos estándares internacionales no implica una equivalencia completa del contenido de los programas; pero los cambios deben ser muy bien definidos y razonados. Los estándares no deben ser estáticos y se deben continuar desarrollando y evaluando de forma tal que se puedan adaptar a los cambios vertiginosos que se produce constantemente en el mundo de la medicina; por medio de los consensos internacionales.

El objetivo del presente artículo es dar a conocer las pautas que componen los estándares internacionales de la educación médica y lograr posterior a su divulgación generar discusión, controversias y mesas de trabajos para llegar a un consenso de su implementación, una vez realizados los cambios necesarios para adaptarlas a nuestra realidad socioeconómica, sanitaria y cultural.

Uso de los estándares

La WFME opina que los estándares internacionales presentados pueden ser usados globalmente como un instrumento para garantizar la calidad y el

desarrollo de la educación médica de posgrado.

Esto puede llevarse a cabo de diferentes formas:

- Autoevaluación institucional. La intención principal de la WFME al introducir un instrumento para la mejora de la calidad, es proveer un nuevo marco en el cual las autoridades con responsabilidad en la educación médica de posgrado pueden ellas mismas autoevaluarse a través de procesos de instrumentos institucionales voluntarios institucional voluntaria y establecer procesos de automejora. Las pautas pueden ser consideradas como un manual de autoevaluación.
- Revisión externa. Este proceso aún se puede desarrollar más, incluyendo la evaluación y el consejo de comités de revisión externos.
- Combinación de autoevaluación institucional y revisión externa. La WFME considera que esta combinación es el método más válido.
- Reconocimiento y acreditación. Dependiendo de las necesidades y tradiciones locales, las pautas también pueden ser usadas por agencias nacionales o regionales encargadas del reconocimiento y acreditación de la educación médica de posgrado.

Definiciones

La educación médica de posgrado se podría definir como la fase en la cual los médicos se forman bajo supervisión para una práctica independiente después de completar su formación médica básica. Consta de formación de especialistas y subespecialistas, medicina familiar y otros programas de formación reglamentados. Después de completar un programa de formación de posgrado reglamentado, normalmente se otorga un diploma o certificado.

La educación médica de posgrado es una fase limitada en el continuum de la educación médica, no se puede separar claramente de la educación médica continuada (EMC) o del desarrollo profesional continuo (DPC). Estos se llevan a cabo durante toda la vida profesional después de la licenciatura en la facultad y se caracterizan por el aprendizaje autodirigido y pocas veces comportan formación

ESTÁNDARES

supervisada durante largos períodos de tiempo.

La WFME recomienda el siguiente grupo de estándares globales de la educación médica de posgrado estructurados de acuerdo con 9 áreas y 38 subáreas.

Las áreas definidas como componentes amplios se refieren a la estructura, proceso y resultado de la educación médica de posgrado y formación.

Las subáreas se definen como aspectos específicos de un área, correspondientes a indicadores de actuación.

Los estándares se especifican para cada área utilizando dos niveles de adquisición:

- Estándares básicos.

Los estándares se han de aplicar y su cumplimiento ha de quedar de manifiesto en la evaluación del programa de formación. Los estándares básicos se enuncian con la expresión “se debe”.

- Estándares para el desarrollo de la calidad.

Reflejan el consenso internacional sobre la mejor práctica para la educación médica de posgrado. El cumplimiento de estos estándares dependerá del estadio de desarrollo del programa de formación, sus recursos, la política educativa y otras condiciones locales que influyan en la relevancia y las prioridades. Incluso los programas más avanzados no pueden cumplir todos los estándares. Los estándares para el desarrollo de la calidad, se enuncian con la expresión “debería”.

Las anotaciones se utilizan para clarificar, ampliar o ejemplificar los términos utilizados.

De acuerdo a lo planteado anteriormente, se utilizará el siguiente esquema:

1. MISIÓN Y RESULTADOS

- 1.1. Formulación de la misión y de los resultados
- 1.2. Participación en la formulación de los objetivos y de los resultados
- 1.3. Profesionalidad y autonomía

- 1.4. Resultados del proceso formativo

2. PROCESO DE FORMACIÓN

- 2.1. Metodologías de aprendizaje
- 2.2. Métodos científicos
- 2.3. Contenido del proceso de formación
- 2.4 Estructura, composición y duración de la formación
- 2.5. La relación entre la formación y el servicio
- 2.6. Gestión de la formación

3. EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

- 3.1. Métodos de evaluación
- 3.2. Relación entre la evaluación y la formación
- 3.3. Feedback a los residentes

4. RESIDENTES

- 4.1. Políticas de admisión y selección
- 4.2. Número de residentes
- 4.3. Soporte y consejo a los residentes
- 4.4. Condiciones de trabajo
- 4.5. Representación de los residentes

5. PERSONAL ACADÉMICO

- 5.1. Política de contratación
- 5.2. Obligaciones y desarrollo de los formadores

6. CENTROS DE FORMACIÓN Y RECURSOS EDUCATIVOS

- 6.1. Instalaciones y pacientes
- 6.2. Instalaciones físicas y equipamiento
- 6.3. Equipos clínicos
- 6.4. Tecnología de la información

- 6.5. Investigación
- 6.6. Capacitación educativa
- 6.7. Intercambios educativos

7. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

- 7.1. Mecanismos para la evaluación de los programas educativos
- 7.2. Feedback de los formadores y los residentes
- 7.3. Progreso de los residentes
- 7.4. Acreditación y seguimiento de los centros de formación
- 7.5. Implicación de los diferentes agentes sociales

8. GOBERNABILIDAD Y GESTIÓN

- 8.1. Gobernabilidad
- 8.2. Liderazgo profesional
- 8.3. Presupuesto educativo y distribución de recursos
- 8.4. Administración
- 8.5. Requerimientos y normativas

9. RENOVACIÓN CONTINUADA

1. Misión y resultados

- 1.1. Formulación de la misión y de los resultados

Estándares básicos

Las autoridades competentes deben definir y consultar a las organizaciones profesionales, la misión y los resultados que se esperan para los diferentes tipos de formación médica de posgrado, y hacerlos públicos. La formulación de la misión y de los resultados debe describir el proceso educativo del que ha de resultar un médico competente para ejercer una práctica médica amplia y actualizada en el campo de la medicina de una forma profesional,

sin supervisión ya sea de forma independiente ya sea en el seno de un equipo, y de acuerdo con las funciones que los médicos pueden ejercer en el sistema sanitario.

Desarrollo de la calidad

La misión y los objetivos deberían estimular una innovación apropiada en el proceso de formación y permitir el desarrollo de las competencias más amplias de las requeridas, y persistir constantemente para mejorar la atención del paciente para que sea apropiada, efectiva y compasiva, y así afrontar los problemas y la promoción de la salud. La formación debería animar a los médicos a convertirse en expertos en su especialidad y debería prepararlos para un aprendizaje autodirigido a lo largo de la vida y proseguir la educación médica y el desarrollo profesional.

- 1.2. Participación en la formulación de los objetivos y de los resultados

Estándares básicos

La formulación de la misión y de los resultados de la formación de posgrado debe ser hecha por sus agentes principales.

Desarrollo de la calidad

La formulación de la misión y de los resultados debería basarse en aportes de un amplio colectivo de agentes sociales.

- 1.3. Profesionalidad y autonomía

Estándares básicos

El proceso de formación, basado en la educación médica básica reconocida, debe reforzar aún más la profesionalidad del médico.

Desarrollo de la calidad

La formación debería fomentar la autonomía profesional para permitir al médico actuar aportando un mayor beneficio al paciente y las comunidades.

- 1.4. Resultados del proceso formativo

Estándares básicos

ESTÁNDARES

Las autoridades competentes relevantes, de acuerdo con las organizaciones profesionales, deben definir las competencias que han de adquirir los residentes como resultado de los programas de formación.

Desarrollo de la calidad

Se debería especificar tanto las competencias más generales como las más específicas que deben adquirir los residentes, y su relación con las competencias obtenidas como resultado de la educación médica básica. La medida de las competencias obtenidas por los residentes se debería utilizar como *feedback* para el desarrollo del programa.

2. Proceso de formación

2.1. Metodologías de aprendizaje

Estándares básicos

La formación médica de posgrado debe seguir un programa formativo sistemático, que describa los componentes genéricos y específicos para cada disciplina. La formación debe ser práctica, haciendo participar al residente en los servicios y tareas de atención al paciente en las instituciones docentes. El programa de formación debe integrar la práctica con la teoría.

Desarrollo de la calidad

La formación médica de posgrado debería ser una interfase entre la educación médica básica y la educación médica continuo/desarrollo profesional. La formación debería ser dirigida y el residente debería ser guiado, mediante la supervisión y el asesoramiento regular. El proceso de formación debería garantizar una independencia creciente a medida que mejoran las habilidades, el conocimiento y la experiencia. Un representante de los residentes debería tener acceso al comité académico.

2.2. Métodos científicos

Estándares básicos

El residente debe adquirir el conocimiento de las bases científicas y los métodos de la especialidad escogida de la medicina interna, con una amplia experiencia clínica/práctica en todos los ámbitos

del campo de la misma, debe familiarizarse con la medicina basada en la evidencia y el proceso de decisiones clínicas críticas.

Desarrollo de la calidad

Durante el proceso de formación el residente debería tener una instrucción formal sobre la documentación médica, el análisis de informes científicos y la medicina basada en la evidencia, y debería involucrarse en investigación.

2.3. Contenido del proceso de formación

Estándares básicos

El proceso de formación debe incluir la práctica clínica y los aspectos relevantes de las ciencias biomédicas básicas, clínicas, sociales y del comportamiento; el proceso de la decisión clínica; las habilidades de comunicación, la ética médica, la política de salud pública, la jurisprudencia médica y la disciplina para la gestión, necesarias para demostrar una práctica profesional en el campo escogido de la medicina interna.

Desarrollo de la calidad

El proceso de formación debería garantizar el desarrollo del conocimiento, las habilidades, las actitudes y los atributos personales en las funciones del médico experto, promotor de salud, comunicador, colaborador y trabajador en equipo, académico, administrador y gestor.

2.4 Estructura, composición y duración de la formación

Estándares básicos

La composición global, la estructura y la duración del proceso de formación y el desarrollo profesional deben estar descritas con una clara definición de los objetivos y los resultados deseados, basados en las tareas, y la explicación de su relación con la educación médica básica y la atención sanitaria. Se deben especificar claramente cuales son los componente opcionales y cuales los obligatorios.

Desarrollo de la calidad

Se debería garantizar en el proceso de formación la

integración de la teoría y de la práctica.

2.5. La relación entre la formación y el servicio

Estándares básicos

Se debe describir y respetar la naturaleza de aprendizaje del desarrollo profesional y se debe garantizar la integración entre formación y servicio (formación en el trabajo).

Desarrollo de la calidad

La capacidad del sistema sanitario debería ser utilizada efectivamente con objetivos de formación basados en el servicio. La formación impartida debería ser complementaria y no subordinada a las demandas del servicio.

2.6. Gestión de la formación

Estándares básicos

Se deben identificar claramente la responsabilidad y la autoridad para organizar, coordinar, dirigir y evaluar la formación individual y el proceso de formación.

Desarrollo de la calidad

Se debería garantizar una formación coordinada con diferentes áreas dentro del campo escogido de la medicina, para adquirir experiencia y dominio de la disciplina. La autoridad responsable del programa de formación debería tener los recursos para planificar e introducir los métodos de formación, evaluación de los residentes y las innovaciones del programa de formación. Debería haber representación del personal, de los residentes y de otros agentes relevantes en el diseño del programa formativo.

3. Evaluación de los residentes

3.1. Métodos de evaluación

Estándares básicos

La formación médica de posgrado debe incluir un proceso de evaluación, y las autoridades competentes deben definir y establecer los métodos utilizados para la evaluación de los residentes, incluyendo los

criterios para superar los exámenes y otros tipos de evaluación. La evaluación debe hacer énfasis en los métodos formativos dentro de la residencia y en el *feed-back* constructivo.

Desarrollo de la calidad

La fiabilidad y validez de los métodos de evaluación deberían ser documentadas y valoradas, y se debería estimular a usar examinadores externos. Se debería aplicar un juego complementario de métodos evaluativos. Los diferentes estadios de la formación deberían documentarse en un libro del residente. Se debería establecer un mecanismo de revisión de exámenes, y cuando fuera necesario se debería proporcionar una segunda opinión, un cambio de tutor/supervisor o una formación complementaria.

3.2. Relación entre la evaluación y la formación

Estándares básicos

Los principios, los métodos y las prácticas de evaluación deben ser claramente compatibles con los objetivos de formación y deben promover el aprendizaje. La evaluación debe documentar la adecuación de la formación.

Desarrollo de la calidad

Los métodos y las prácticas de evaluación deberían estimular un aprendizaje integrado y deberían evaluar requerimientos prácticos predefinidos, así como también conocimientos, aptitudes y actitudes. Los métodos usados deberían estimular una interacción constructiva entre la práctica clínica y la evaluación.

3.3. Retroalimentación a los residentes

Estándares básicos

Se debe dar una retroalimentación constructiva sobre la actuación del residente de forma regular.

Desarrollo de la calidad

Se debería especificar explícitamente los estándares aceptables de actuación, y aplicarlos a los residentes y a los supervisores.

4. Residentes

ESTÁNDARES

4.1. Políticas de admisión y selección

Estándares básicos

Las autoridades competentes y las organizaciones médicas profesionales deben ponerse de acuerdo sobre los criterios y el proceso de selección de residentes y los deben publicar y aplicar.

Desarrollo de la calidad

La política de selección debería definir criterios que consideren las capacidades específicas de los potenciales residentes para mejorar el resultado del proceso de formación en el campo de la medicina interna. El proceso de selección debería ser transparente y la admisión abierta a todos los médicos aspirantes siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para el ingreso.

El proceso de selección debería incluir un mecanismo de seguimiento y de apelación.

4.2. Número de residentes

Estándares básicos

El número de residentes debe estar relacionado con las oportunidades de formación clínicas / prácticas, la capacidad de supervisión y otros recursos disponibles con el fin de garantizar una formación y una docencia de una calidad adecuada.

Desarrollo de la calidad

El número de residentes debería ser consultado con los agentes sociales relevantes. Siendo conscientes de la dificultad de predicción inherente a los recursos médicos en los diferentes ámbitos de la medicina, el número de puestos de formación debería ir cambiando periódicamente para ajustarse a las necesidades existentes de la comunidad, la sociedad y las fuerzas del mercado.

4.3. Soporte y consejo a los residentes

Estándares básicos

Las autoridades competentes, en colaboración con los docentes, deben garantizar un sistema que facilite el acceso al soporte, al consejo y a la orientación profesional de los residentes.

Desarrollo de la calidad

El dar consejo debería estar basado en el seguimiento del progreso en la formación y de la información sobre problemas que puedan surgir, y debería estar dirigido a satisfacer las necesidades sociales y personales de los residentes.

4.4. Condiciones de trabajo

Estándares básicos

La formación de los residentes del posgrado debe ser bien remunerada y debe incluir la participación en todas las actividades médicas relevantes para la formación, incluyendo guardias, dedicando así las actividades profesionales a la formación práctica y el tiempo estándar de trabajo al aprendizaje teórico. Las condiciones de servicio y las responsabilidades de los residentes deben estar definidas y deben darse a conocer a todos los implicados.

Desarrollo de la calidad

Las cargas teórico/prácticas del residente no deberían ser excesivas y la estructura de las guardias debería tener en cuenta las necesidades de los pacientes, la continuidad en la atención y las necesidades educativas del residente. Se debería permitir la formación a tiempos parcial bajo circunstancias especiales, determinadas por las autoridades competentes y estructuradas de acuerdo con un programa hecho a la medida. La duración total y la calidad de la formación a tiempo parcial no deberían ser inferiores a aquellas a tiempo total. La interrupción de la formación por razones como el embarazo (incluyendo la baja por maternidad o paternidad), enfermedad o servicio militar deberían ser reemplazadas por formación adicional.

4.5. Representación de los residentes

Estándares básicos

Debe existir una política sobre representación de los residentes y la participación apropiada en el diseño y evaluación del currículum, sus condiciones de trabajo y en otros asuntos relevantes para los residentes.

Desarrollo de la calidad

Se debería animar a las organizaciones de residentes

a tomar decisiones sobre los procesos de formación, las condiciones y regulaciones.

5. Personal académico

5.1. Política de contratación

Estándares básicos

La política sobre contratación de los formadores, supervisores y profesores debe especificar la experiencia necesaria, sus tareas y responsabilidades. Esta política debe especificar las obligaciones del personal formador específicamente entre el balance de funciones educativas, de servicio y otros deberes.

Desarrollo de la calidad

Todos los médicos deberían, como parte de sus obligaciones profesionales, reconocer su responsabilidad en participar en la formación del residente basada en la práctica. La participación en la docencia debería ser reconocida. La política de personal debería garantizar que los formadores estuvieran siempre al día en su especialidad, en toda su extensión, y los subespecialistas sólo fuesen aprobados para períodos específicos relevantes durante la formación.

5.2. Obligaciones y desarrollo de los formadores

Estándares básicos

En las agendas de los especialistas docentes deben incluirse actividades de instrucción como responsabilidad y se debe describir su relación con las agendas de los residentes.

Desarrollo de la calidad

La política de personal debería incluir el soporte a los especialistas docentes incluyendo formación y más desarrollo si hiciera falta, y debería evaluar y reconocer las actividades académicas meritorias, incluyendo las funciones como especialistas docentes, supervisores y profesores. La proporción entre el número de especialistas docentes reconocidos y el número de residentes debería garantizar una interacción personal cercana y un seguimiento del residente.

6. Centros de formación y recursos educativos

6.1. Instalaciones y pacientes

Estándares básicos

Los centros para realizar la formación deben ser seleccionados y reconocidos por las autoridades competentes y deben tener suficientes instalaciones clínico-prácticas para facilitar la formación. Estos centros para la formación deben tener un número suficiente de pacientes y una variedad de casos apropiada para cubrir los objetivos de la formación. La formación debe exponer al residente a un abanico amplio de experiencia en la especialidad escogida y, cuando sea relevante, debe incluir tanto pacientes ingresados como pacientes atendidos en consultas externas ambulatorias y guardias.

Desarrollo de la calidad

El número de pacientes y la variedad de casos debería ofrecer una experiencia clínica en todos los aspectos de la especialidad escogida, incluyendo la formación en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. La formación debería llevarse a cabo en hospitales universitarios, y cuando conviniera, parte de la formación debería llevarse a cabo en otros hospitales/instituciones relevantes y centros de la comunidad. Debería realizarse regularmente una evaluación de la calidad de las instalaciones implicadas en la formación.

6.2. Instalaciones físicas y equipamiento

Estándares básicos

El residente debe tener espacio y oportunidades para la práctica y el estudio teórico y debe tener acceso a la literatura profesional adecuada así como también al equipamiento para la formación en técnicas prácticas.

Desarrollo de la calidad

Se deberían evaluar periódicamente las instalaciones físicas y el equipamiento para garantizar su adecuación y calidad para la formación de posgrado.

6.3. Equipos clínicos

Estándares básicos

La formación clínica debe incluir experiencia de trabajo en grupo, con colegas y otros profesionales

ESTÁNDARES

sanitarios.

Desarrollo de la calidad

El proceso de formación debería permitir el aprendizaje en equipos multidisciplinarios, resultando en la capacidad para trabajar eficazmente con colegas y otros profesionales sanitarios como miembro o líder del equipo de salud, y debería desarrollarse para dirigir y enseñar a otros profesionales de la salud.

6.4. Tecnología de la información

Estándares básicos

Debe haber una política que incluya el uso eficaz de la tecnología de la información y la comunicación en el programa de formación, con el objetivo de garantizar una atención adecuada del paciente.

Desarrollo de la calidad

Los especialistas docentes y los residentes deberían ser competentes en el uso de la informática para el autoaprendizaje, el acceso a la información, y para trabajar en los sistemas sanitarios.

6.5. Investigación

Estándares básicos

Debe haber una política que fomente la integración de la práctica y la investigación en los centros de formación. Los centros de formación deben disponer de instalaciones que permitan desarrollar cabalmente dichas actividades. El orden de las investigaciones deben ser jerarquizadas.

Desarrollo de la calidad

Debería haber oportunidades para combinar la formación clínica con la investigación. Se debería estimular a los residentes para que participen en procesos de desarrollo de la calidad en salud e investigación.

6.6. Capacitación educativa

Estándares básicos

Debe haber una política sobre el uso de la

capacitación educativa relevante para planificar, desarrollar y evaluar la formación.

Desarrollo de la calidad

Se debería disponer de acceso a expertos educativos, y se debería ser consciente de la importancia que tiene utilizar a estos expertos para el desarrollo del personal docente y para la investigación en la educación médica de posgrado.

6.7. Intercambios educativos

Estándares básicos

Debe haber una política de acceso a las oportunidades de formación individual en otros centros del mismo país o del extranjero, que cumplan con los requerimientos para completar la formación y para posibilitar la transferencia de los créditos de formación.

Desarrollo de la calidad

El intercambio regional o internacional de personal académico y residentes debería ser facilitado dotándolo de los recursos adecuados. Las autoridades competentes deberían establecer relaciones con los organismos correspondientes nacionales e internacionales con el objetivo de facilitar el intercambio y el reconocimiento mutuo de los elementos formativos.

7. Evaluación de la formación

7.1. Mecanismos para la evaluación de los programas educativos

Estándares básicos

Las autoridades relevantes y los especialistas docentes deben establecer un mecanismo para la evaluación del programa de formación que permita realizar un seguimiento del proceso, de las instalaciones, del progreso del residente; que garantice que los problemas son identificados y solucionados.

Desarrollo de la calidad

La evaluación del programa debería incluir el contexto de los procesos de formación, la estructura,

componentes específicos del programa y los resultados generales que se esperan.

7.2. Retroalimentación de los formadores y los residentes

Estándares básicos

Se debe obtener sistemáticamente información sobre la calidad del programa, a partir de las opiniones de los profesores y residentes para actuar en consecuencia.

Desarrollo de la calidad

Se debería implicar activamente a los especialistas docentes y a los residentes en la planificación de la evaluación del programa y en el uso de sus resultados para el desarrollo del mismo.

7.3. Progreso de los residentes

Estándares básicos

El progreso de los residentes debe ser evaluado en relación con el proceso de formación y de la misión de la educación médica de posgrado.

Desarrollo de la calidad

El progreso de los residentes debería ser analizado en relación con las calificaciones de pregrado, experiencia, parámetros que se deberían utilizar para dar *feedback* a los comités responsables de la selección de residentes, de la planificación del programa y el asesoramiento.

7.4. Acreditación y seguimiento de los centros de formación

Estándares básicos

Todos los programas de formación deben estar acreditados por una autoridad competente que actúe según un criterio bien definido, con evaluación del programa y la capacidad de conceder o, si es el caso, retirar el reconocimiento de los centros de formación.

Desarrollo de la calidad

Las autoridades competentes deberían establecer un sistema de seguimiento de los centros de formación y de otras instalaciones educativas mediante visitas

a los centros u otros procedimientos relevantes.

7.5. Implicación de los diferentes agentes sociales

Estándares básicos

El proceso y los resultados de la evaluación deben implicar a los gestores y a la administración de los centros de formación, a los formadores y a los residentes y deben ser transparentes para todos los agentes sociales.

Desarrollo de la calidad

Los procesos y los resultados de las evaluaciones deben ser creíbles por los principales agentes sociales implicados.

8. Gobernabilidad y gestión

8.1. Gobernabilidad

Estándares básicos

La formación debe dirigirse de acuerdo con las normativas sobre estructura, contenido, proceso y resultados, elaboradas por las autoridades competentes. Se debe documentar la realización de la formación mediante calificaciones, diplomas, certificados u otra evidencia de calificación formal, conferidas como la base para el reconocimiento del médico competente en el campo médico escogido, por las autoridades correspondientes. La autoridad competente debe evaluar continuamente los programas de formación, las instituciones y los formadores. La autoridad competente debe ser responsable de iniciar un programa para la formación cualitativa.

Desarrollo de la calidad

Se deberían desarrollar procedimientos documentados que puedan verificar la realización de la formación para uso de las autoridades nacionales e internacionales.

8.2. Liderazgo profesional

Estándares básicos

Las responsabilidades del líder profesional para la educación médica de posgrado deben estar

ESTÁNDARES

claramente definidas.

Desarrollo de la calidad

El líder profesional debería ser evaluado de forma periódica, con relación al cumplimiento de los objetivos y los resultados de la educación médica de posgrado.

8.3. Presupuesto educativo y distribución de recursos

Estándares básicos

Debe haber una línea clara de responsabilidad y autoridad para el presupuesto de los recursos destinados a la formación.

Desarrollo de la calidad

El presupuesto se debería distribuir de forma que diese soporte a la misión y a los objetivos de los programas de formación y del servicio.

8.4. Administración

Estándares básicos

El personal administrativo de los programas de formación médicos de posgrado debe ser apropiado para la aplicación del programa, y para garantizar una buena administración y despliegamiento de sus recursos.

Desarrollo de la calidad

La administración debería incluir un programa de garantía de calidad, cuya gestión debería ser revisada regularmente para alcanzar la mejora de la calidad.

8.5. Requerimientos y normativas

Estándares básicos

Debe haber un organismo nacional responsable de definir el número y el tipo de especialidades médicas reconocidas y otras funciones médicas expertas, para las cuales se desarrollen programas de formación aprobados.

Desarrollo de la calidad

La definición de programas de posgrado aprobados

se debería hacer en colaboración con todos los agentes sociales relevantes implicados.

9. Renovación continua

Estándares básicos

En respuesta a la naturaleza dinámica de la formación médica de posgrado, las autoridades relevantes deben iniciar procedimientos para la revisión regular, la actualización de la estructura, función y calidad de los programas de formación, y deben corregir las deficiencias detectadas.

Desarrollo de la calidad

El proceso de renovación debería estar basado en estudios y análisis prospectivos y debería llevar a la revisión de las políticas, las prácticas de los programas de formación médica de posgrado de acuerdo con las experiencias acumuladas, las actividades actuales y las perspectivas futuras. Haciéndolo de esta manera, debería incluir los siguientes puntos:

- La adaptación de la misión y los objetivos de la formación de posgrado al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad.
- La modificación de las competencias necesarias al completar la formación de posgrado en el campo escogido de la medicina, de acuerdo con las necesidades del entorno en el que los nuevos médicos formados ejercerán.
- La adaptación de los métodos de aprendizaje y formación para garantizar que estos son apropiados y relevantes.
- La adecuación de la estructura, contenido y duración de los programas de formación para adaptarse a los avances en las ciencias biomédicas, las ciencias clínicas, las ciencias sociales, del comportamiento, los cambios en el perfil demográfico, del patrón salud/enfermedad de la población y de las condiciones culturales.
- El desarrollo de los principios y de los métodos evaluativos de acuerdo con los cambios en los objetivos de formación.
- Adaptación de la política de captación, de los

métodos de selección de residentes, a las expectativas y circunstancias cambiantes, a las necesidades de recursos humanos, a los cambios en educación médica básica y a los requerimientos del programa de formación.

- Adaptación de la política de captación y de formación del personal docente (formadores, supervisores, profesores, etc.) de acuerdo con las necesidades cambiantes en la formación de posgrado.
- Actualización de los centros de formación y de otros recursos educativos, de acuerdo con las necesidades cambiantes en la formación de posgrado, por ej. el número de residentes, el número y el perfil de los docentes, el programa de formación y los principios contemporáneos de formación.
- Mejora del proceso de seguimiento y evaluación del programa.
- Desarrollo de la estructura organizativa y de gestión para adaptarse a los cambios, a las necesidades en la formación de posgrado y con el transcurrir del tiempo, amoldándose a los intereses de los diferentes agentes sociales, siempre con mirar a lograr la excelencia.

Comentarios finales

Los estándares de educación médica de posgrado para ser aceptados de forma universal por una sociedad globalizada, deben cubrir aspectos generales de la educación médica, ser útiles para el cambio, la reforma, estimular el desarrollo de la calidad; y su diseño debe permitir el ser utilizado y aplicado en diferentes instituciones nacionales e internacionales, lógicamente tomando en cuenta la infraestructura, recursos humanos y materiales de cada institución. Los estándares no pueden ser estáticos y deben modificarse según las condiciones; pero además deben ser muy bien definidos con una estructura lógica, realizable, aceptable y mensurable para los usuarios.

Para poder concretar este proyecto deben estar comprometidos, no solo las instituciones hospitalarias y las sedes de los posgrados, sino también

las universidades, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, sociedades científicas y los diferentes entes gubernamentales relacionados al mundo de la salud y educación.

La aplicación de los estándares le permitirá al residente, bajo supervisión, un adecuado cuidado del paciente, con una apropiada relación médico – paciente, una actitud compasiva y estimulante para afrontar los problemas de salud y la promoción de la misma, basándose en la premisa que debe conocer las políticas de salud y el sistema sanitario de su país, logrando producir un impacto favorable en el sistema sanitario de la comunidad.

Actualmente es el Consejo Nacional de Universidades (CNU) el ente encargado de las acreditaciones de los posgrados, la cual debe actualizarse cada 5 años, sin embargo, ellos sólo evalúan a los posgrados universitarios, no incluyen las residencias programadas siendo la Sociedad Venezolana de Medicina Interna la encargada de evaluar dichos posgrados. Con la aplicación de los estándares se incluirían todos los posgrados universitarios y no universitarios a evaluar, tomando en cuenta el diseño curricular, cumplimiento de los créditos, desempeño de los residentes y docentes, la autoevaluación, condiciones físicas y dotación de las instituciones y líneas de investigación; permitiendo inclusive la evaluación externa, de cumplirse todos estos requerimientos se le dará curso a la acreditación y se velará por su cumplimiento, y por ende su mantenimiento en el tiempo.

En nuestras instituciones no existe problema en el número de pacientes, diversidad de patologías, especialistas docentes entrenados ni colaboración de subespecialidades, el problema se presenta al tratar de implementar los estándares en nuestras instituciones, porque carecen de una infraestructura y dotación apropiada. Podríamos subsanar este escollo si logramos comprometer a los entes implicados tales como gobernaciones, ministerios relacionados con la salud, la educación y las universidades, para modernizar la infraestructura de los hospitales y centros dispensadores de salud; dotándolos de equipos médicos e insumos y ofrecerle el beneficio de la conexión a un sistema de informática, con acceso a las bibliotecas de revistas actualizadas que beneficiará no sólo al residente de posgrado en general sino aquellos de menores recursos y mantendrá actualizado a los especialistas

docentes involucrados.

Es importante recordar el estímulo permanente en el profesorado para mantener un nivel académico elevado, incentivándolos y ofreciéndoles continuamente políticas de mejoramiento profesional, sin olvidar que debe premiarse con ascensos y/o remuneraciones para mantener la excelencia.

Si bien el internista egresado de nuestros posgrados es un especialista altamente calificado con elevada capacidad para resolver los problemas médicos que diariamente se presentan, con una cualidad de líder innata; desafortunadamente es desaprovechado por errores en las políticas de salud del estado venezolano, aunado al grave problema económico del país, lo cual lo convierte en un profesional con pésima remuneración y es esta una de las principales causas que los induce a cursar otros posgrados; esto debe llamar a la reflexión cuando se decidan aplicar los estándares en la educación de los posgrados de medicina interna.

El fin común de la aplicación de estos lineamientos, es formar especialistas de medicina interna que ofrezcan un alto nivel de conocimientos, ética, moral, altruismo y profesionalismo, entrenados en la medicina basada en evidencias, que adquieran las suficientes destrezas y experiencia en los diferentes niveles de atención sanitaria y que a su vez puedan convertirse en agentes multiplicadores en el mantenimiento y actualización de los estándares, facilitando el intercambio, no sólo entre las instituciones en el territorio nacional sino a nivel internacional, de los residentes y del recurso humano comprometido con la docencia lo que llevaría a mejorar la comunicación entre las universidades, instituciones educativas, sociedades y asociaciones médicas.

REFERENCIAS

1. Estándares globales de la WFME para la educación médica de posgrado. *Educación Médica*. 2004;7(Supl. 2):25-38.
2. Estándares globales de la WFME para el desarrollo profesional continuo (DPC). *Educación Médica*. 2004;7(Supl. 2):39-52.
3. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen march 2003. WFME . website [http:// www.wfme.org](http://www.wfme.org).
4. Postgraduate Medical Education Situation Assessment and Policy Option Compared to World Federation Medical Education Standards. Postgraduate Working of Kosovo. 2003. Website www.wfme.org.
5. Informe especial: la salud en Colombia. www.saludColombia.com/actual/salud55/informe.htm
6. Un punto de vista sobre la educación de médicos, magisters y doctores. <http://www.analítica.com/archivo/vam1997.11/c&t02.htm>
7. Historia y Doctrina de la Medicina Interna en Venezuela. 2003. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.
8. El Médico Internista es el Médico del Adulto. 2000. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

El internista como recurso en el sistema de salud venezolano

Ramón Castro Álvarez*, Virginia Salazar de Silva**

Sistema de salud es el conjunto de políticas, instituciones y recurso humano, que, adecuadamente organizados y articulados entre sí, se va a ocupar de proporcionar por diferentes mecanismos, los elementos necesarios para mantener en óptimas condiciones la salud de una nación, tanto en el aspecto preventivo como en el curativo.

En Venezuela el organismo que rige las políticas de salud es el Ministerio de Salud y Desarrollo Social¹, antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que fue fundado en febrero de 1936, y cuya nueva denominación data del año 1999 a raíz de los cambios introducidos por el gobierno actual. Su actividad o función asistencial la realiza a través de hospitales públicos como el Hospital Universitario de Caracas y demás hospitales de las capitales de estado del país, que son centros de referencia para cuidados terciarios; también presta atención secundaria y primaria en centros de salud, módulos de atención primaria, clínicas populares y centros barrio adentro.

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) es otro de los organismos dispensadores de salud; fue fundado en 1946, aunque las labores del Seguro Social se habían iniciado el 9 de diciembre de 1944², atiende a los trabajadores del estado y del sector privado que aportan mensualmente un porcentaje de su salario para la operatividad del IVSS.

Los hospitales más importantes del Seguro Social en la Ciudad Capital son el H. Miguel Pérez Carreño (capacidad de 800 camas) de las cuales hay 650 operativas, el H. Domingo Luciani (aprox. 500 camas) y la Maternidad Santa Ana, existiendo además otros hospitales y centros de atención primaria en las ciudades más importantes de acuerdo al número de trabajadores y de empresas de cada región.

La Alcaldía Mayor de Caracas tiene a su cargo varios hospitales en el área Metropolitana entre los cuales podemos mencionar: Hospital Vargas, Hospital José Gregorio Hernández (450 camas), Hospital de Lídice, Hospital Rafael Baquero González, Hospital de Coche, Hospital J.M. de los Ríos y Maternidad Concepción Palacios.

La Alcaldía de Sucre (Estado Miranda), como participe del área metropolitana, tiene bajo su dependencia administrativa al Hospital Pérez de León y varios centros de asistencia primaria.

Sanidad Militar es la dependencia del Ministerio de la Defensa que se ocupa de la problemática de salud de los militares, sus familiares y parte del plan "Barrio Adentro"; en dicha área administrativa se encuentra el Hospital Central de la Fuerza Armada Nacional "Dr. Carlos Arvelo" (690 camas operativas, pero con capacidad arquitectónica de 1 200 camas) y el Hospital "Vicente Salías" en Caracas, así como también el Hospital Naval "Raúl Perdomo Hurtado" en la Guaira y los Hospitales Militares de Maracaibo, San Cristóbal, Maracay, Porlamar y Puerto Cabello.

* Médico Internista, expresidente de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna y de la Sociedad Latinoamericana de Medicina

** Médico Internista, Coordinadora del Curso de Posgrado de Medicina Interna del Hospital de las FF.AA. Dr Carlos Arvelo.

El médico internista forma parte del recurso humano necesario para garantizar la eficacia y eficiencia de las instituciones de salud y, por su formación científica y humanística, está capacitado para ejercer funciones académicas, asistenciales, docentes, de investigación, social-comunitaria, gremial y administrativa; de allí, que el internista no sólo es un valioso recurso humano de los Servicios de Medicina de los grandes hospitales, sino que ha demostrado competencia y liderazgo en el equipo de salud en todos los niveles de atención³⁻⁴⁻⁶.

El Sistema de Salud concebido en un amplio sentido se sustenta, no sólo en los hospitales, centros de salud, módulos de atención primaria, clínicas populares, etc. sino también en las unidades médicas, clínicas privadas, servicios médicos de empresas, ministerios e institutos autónomos, universidades, facultades de medicina, sociedades científicas, Academia de Medicina, Institutos de Investigación Científica, Federación Médica y Colegios de Médicos. En todas estas circunstancias el internista ha participado con dedicación, responsabilidad y seriedad. La Unidad de Diabetes del Hospital Vargas, la Unidad de Ictus del Hospital Domingo Luciani^{7,8}.

Venezuela tiene una población de 24 629 000 habitantes (censo del año 2000) en una extensión de 912 050 Km²; tiene 56 221 médicos registrados, de los cuales 38 % son especialistas, 62 % son médicos generales y más del 50 % del total son mujeres, quedando una relación aproximada de 1 médico por cada 500 habitantes. La Seguridad Social - Gremial de los Médicos Venezolanos depende del Instituto Médico de Previsión Social (IMPRES) que fue fundado en 1958 y lleva el nombre del Dr. Armando Castillo Plaza, en honor a su memoria, por haber sido el pionero de su concepción y consolidación. La Federación Médica Venezolana se fundó en 1942; es el organismo que se ocupa de la problemática del gremio en lo pertinente a cargos y salarios, actividades científicas, culturales, deportivas recreativas, etc.⁹. Destacados internistas han formado parte de su comité ejecutivo y de las directivas de los colegios médicos que la integran.

El número de internistas de Venezuela no lo conocemos con exactitud debido a que la información derivada del Ministerio de Salud no es precisa, y tampoco la proveniente de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna porque, lamentablemente, no todos los internistas se inscriben en la Sociedad,

quedando registrados en sus archivos los internistas que egresan de los posgrados universitarios de medicina interna de Caracas y de ciudades como Maracaibo, Valencia, Barquisimeto, Mérida, Ciudad Bolívar, Barcelona y Coro que cumplen con la presentación del Trabajo Especial de Investigación (TEI) en las Jornadas de Egresandos que se celebran anualmente¹⁰; queda así un subregistro de internistas, por causas diversas: los de posgrado sin reconocimiento universitario, los que van a otra especialidad, y no se inscriben en la Sociedad, los que se reconocen como especialistas en colegios de médicos solamente, los que no presentan TEI a pesar de egresar de posgrado universitario, etc. A pesar de todos estos factores negativos la Sociedad de Medicina Interna tiene 1 466 internistas inscritos, que participan activamente en sus actividades hospitalarias y en los eventos científicos de educación médica.

El recurso humano con la excelencia del internista es un producto de singular calidad, formado y forjado con el brillo de las universidades nacionales y con la sapiencia de nuestros maestros de clínica médica a través de la enseñanza tutorial en sus inicios y luego mediante los estudios de posgrado¹¹; por ello estamos convencidos que los posgrados son la base fundamental para la preparación del internista como recurso de primer orden en cualquier sistema de salud.

Los estudios de posgrado en Venezuela se inician en 1941 con el posgrado de médicos higienistas de la Universidad Central de Venezuela (UCV), y en 1969 comienzan las residencias docentes de medicina interna^{12,13}.

En la Facultad de Medicina de la UCV para el año 2002 se dictaban 123 cursos de especialización correspondientes a cursos básicos, especialidades médicas, (como la medicina interna entre otros), especialidades obstétricas y ginecológicas, salud pública, y salud ocupacional. También 7 maestrías (ciencias básicas, ciencias clínicas, salud pública, y salud ocupacional) y 4 doctorados (ciencias fisiológicas, anatomía patológica, parasitología y estudios individualizados)¹⁴.

En 7 universidades nacionales (UCV, LUZ, UC, UCLA, UDO, ULA, y UFM) se dictan 19 cursos de posgrado en medicina interna; distribuidos así UCV (Caracas) 06, LUZ (Maracaibo) 03, UC (Valencia -

Maracay) 03, UCLA (Barquisimeto) 01, UDO (Ciudad Bolívar, Barcelona, Maturín) 03, ULA (Mérida, San Cristóbal) 02 y UFM (Coro) 01; la docencia en esos cursos es impartida por médicos internistas que se dividen en dos grupos: a) Profesores universitarios: su cargo y remuneración dependen exclusivamente de la universidad y b) Docente- asistenciales: su cargo y remuneración dependen del hospital correspondiente y no de la universidad, de manera que su actividad docente es completamente ad – honorem.

En Caracas existen 6 sedes de posgrados de medicina interna dependientes de la UCV que son el Hospital Universitario (HUC), el Hospital Vargas (HV), el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” (HGO), el Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño” (HMPC), el Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” (HDL) y el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” (HMCA); en estos centros hay 34 profesores universitarios y 128 docentes - asistenciales para completar un total de 162 docentes distribuidos de la forma que se aprecia en el siguiente cuadro¹⁴:

Cuadro 1

UCV- FACULTAD DE MEDICINA
Recurso Profesorado de los Cursos Universitarios de
Posgrado de Medicina Interna

Sede	Profesores Universitarios	Docentes – Asistenciales	Total
HUC	08	14	22
HV	23	08	31
HGO	03	13	16
HMPC	00	37	37
HDL	00	44	44
HMCA	00	12	12
Total	34	128	162

COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO. FACULTAD DE MEDICINA. UCV. 2002

Posiblemente la diferencia numérica que se observa en el cuadro anterior pueda explicarse por el hecho de que, en algunas sedes, la docencia es impartida

no sólo por internistas “puros”, sino también por otros especialistas pertenecientes a otros departamentos del hospital. Entendemos por médico internista “puro” al que se encuentra enmarcado en la definición del maestro Dr. Luis Martínez Iturriza, quien ha enfatizado en que, además de poseer los atributos señalados por la Sociedad de Medicina Interna, debe ser miembro de ésta y debe dedicarle 2/3 partes de su tiempo a la actividad profesional de la medicina interna¹⁵.

Las exigencias académicas de los posgrados de medicina interna tienen como paso final la acreditación del programa del posgrado que es un proceso voluntario mediante el cual el Consejo Nacional de Universidades (CNU) reconoce públicamente que un determinado programa de posgrado ha sido evaluado, y reúne los requisitos establecidos en la normativa general de los estudios de posgrado, y en la resolución sobre política nacional de posgrado, y por tanto satisface los criterios de calidad previamente establecidos; la solicitud de acreditación de los programas de posgrados debe hacerse ante el Consejo Consultivo Nacional de Posgrado (CCNPG)¹⁶.

Debemos insistir que el internista por su amplio campo de acción puede desempeñarse excelentemente en el primer nivel de atención médica, actuando en labores asistenciales y en la coordinación y dirección de ambulatorios del sistema de salud; es además un candidato ideal para actividades comunitarias, ambientales y de medicina ocupacional en empresas del estado o privadas; puede también ejercer labores docentes en este mismo nivel para capacitar médicos generales, médicos de familia, internos y residentes pasantes¹⁷⁻²².

En el segundo nivel por sus amplios conocimientos de la patología médica, el internista es el jefe natural del Departamento de Medicina Interna en los diferentes tipos de hospitales y sigue siendo muy útil en la docencia

En el tercer nivel, al aplicar sus conocimientos de epidemiología, salud pública, metodología de la investigación y estadística, el internista puede desarrollar una extraordinaria labor en investigación de campo e investigación clínica que puede proyectarse para beneficio de la comunidad. De nuevo en este nivel puede ser muy útil como docente y puede actuar también en áreas críticas^{23,24}.

La estrecha vinculación con el humanismo hace del internista un fiel practicante de los principios de moral y ética en todos los campos donde actúa, estando en la obligación de transmitirlos a sus alumnos para completar con grandeza su tránsito por la más hermosa de las especialidades, cuyo único problema radica en la ignorancia y mezquindad de nuestros gobernantes que durante años han desperdiciado su utilidad para sumarse a lo que parece una copia idéntica en todos los países latinoamericanos como se puede deducir de la lectura del excelente trabajo del colega chileno Dr. Nácor Varela Johnson, quien participó en la ponencia central del II Congreso Latinoamericano de Medicina Interna realizado en Porlamar (Isla de Margarita) en mayo del año 2001²⁵.

REFERENCIAS

1. www.msds.gov.ve
2. www.ivss.gov.ve
3. Montes de Oca I. La medicina interna, una especialidad imprescindible en los diferentes cuidados médicos en salud pública. *Med Interna*. 1989;5(3-4):113-124.
4. Ogni Cechini M, Castro Álvarez R, Cuadra Molina C. Medicina interna en 1996. Análisis de la especialidad. *Med Intern*. 1996;12(1):33-36.
5. Ogni Cechini M, Marcano Amador H. El médico internista: Recurso humano indispensable en un sistema de salud. *Med Intern*. 1998;14(4):181-185.
6. Castro Álvarez R. La Sociedad Venezolana de Medicina Interna y la crisis de salud. Pasado presente y futuro. *Med Intern*. 1998;14(3):117-119.
7. Chacín Álvarez L. Unidad de Diabetes del Hospital Vargas, en Unidos contra la Diabetes. Impresiones LITOPAR (Caracas) 1998;IV:397-411.
8. Hereira J, Troccoli M, Zambrano C, et al. Unidades de Ictus. *Med Intern*. 2004;20(1):11-17.
9. Clemente A. XV Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM). Quito, Ecuador 22 y 23 de enero de 2002. *Gac Méd Caracas*. 2002;110(3):423-427.
10. Castro Álvarez R. El Trabajo Especial de Investigación (TEI) y las Jornadas de egresandos en Medicina Interna 1996;12(3):109-113
11. Ron Pedrique M. De los internistas. *Med Intern*. 1997;13(2):73-75.
12. Moros Gherzi C. 1941 – 2001: Sesenta años del inicio de los postgrados Universitarios en la UCV y en Venezuela. *Med Intern*. 2001;17(3)131-134.
13. Moros Gherzi C, Vargas Arenas R, Martínez Iturriza L, Essenfeld de Sekler E. Historia de la enseñanza de postgrado de Medicina Interna en Venezuela (1959 – 1996) *Med Intern* 1996;12(1):23-31.
14. Comisión de Estudios para graduados, Facultad de Medicina, UCV. Archivo, Mayo 2002.
15. Comisión de Estudios para graduados. Facultad de Medicina UCV. Especialización en Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Definición del Curso y características particulares. Caracas 1997.
16. www.ccnpg.gov.ve
17. Montes de Oca I. El internista y los cuidados primarios. *Med Intern*. 1985;1(3):149-151.
18. Castro Álvarez R. El internista, la medicina interna y la medicina ocupacional. *Med Intern*. 1994;10(2):62-64.
19. Oletta López JF. Medicina interna y atención primaria. *Med Intern*. 2002;18(1):18-22.
20. Marcano Amador H. El internista como herramienta indispensable para la solución de los problemas de asistencia primaria. *Med Intern*. 2004;20(4):147-148.
21. Kaswan E. El Internista en el ambulatorio y su relación costo beneficio. *Med Intern*. 1989;5(1-2):17-18.
22. Barreto Coello JE. Experiencia del internista en la conducción de un ambulatorio general y su interrelación con el médico general. Un modelo para experiencia regional. *Med Intern*. 1989;5(1-2):19-25.
23. López Gómez L E. Papel del médico internista en la unidad de cuidados intensivos. *Med Intern*. 1985;1(4):230-231.
24. Castillo Taberoa F E. El médico internista y la investigación clínica en Venezuela. *Med Intern*. 1986;2(2):92-96.
25. Varela Johnson N. Ejercicio de la medicina interna en Latinoamérica. Visión de un médico internista chileno. *Med Intern*. 2001;17(4):223-227.