



Colección Razetti

Volumen XXVII



Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

ATP Editorial
ATEPROCA

Colección Razetti

Volumen XXVII

Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

 Editorial
ATEPROCA

Colección Razetti. Volumen XXVII.

Colección Razetti. Volumen XXVII

Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta
Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

Depósito Legal DC2023000356

ISBN 978-980-6905-07-8 (Colección)
ISBN 978-980-415-032-6 (Volumen XXVII)

Editorial ATEPROCA C.A., Caracas,

Telef. +58-212-793.5103

Fax: +58-212-781.1737

www.ateproca.com

e-mail: ateproca@gmail.com

Versión electrónica Abril, 2023

CONTENIDO

| | | |
|--------------------|---|----|
| Prólogo | Dra. Isis Nézer de Landaeta | V |
| Capítulo 1. | Discurso de cierre de gestión como Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Enrique Santiago López-Loyo | 1 |
| Capítulo 2. | Discurso de toma de posesión como Presidenta de la Academia Nacional de Medicina Dra. Isis Nézer de Landaeta | 7 |
| Capítulo 3. | Conferencia multifacética Dr. Beato José Gregorio Hernández: un ser cabal contrariado José Gregorio Hernández y la adversidad Cardenal Baltazar Enrique Porras Cardozo | 17 |
| Capítulo 4. | Conferencia Multifacética Dr. Beato José Gregorio Hernández: un ser cabal contrariado José Gregorio Hernández: El Académico Dr. Enrique López-Loyo | 27 |
| Capítulo 5. | Conferencia multifacética Dr. Beato José Gregorio Hernández: un ser cabal contrariado Las tres almas de José Gregorio Hernández Dr. Carlos Ortiz Bruzual | 38 |

| | | |
|---------------------|--|-----|
| Capítulo 6. | Conferencia multifacética Dr. Beato José Gregorio Hernández: un ser cabal contrariado Epílogo Prof. Ángel G. Hernández | 48 |
| Capítulo 7. | La tecnología emergente: una visión en la construcción de una teoría teleo-epistémica multidimensional para la formación del nuevo cirujano general Dra. Alba Cardozo de De Abreu | 54 |
| Capítulo 8. | Bioética latinoamericana en salud pública Drs. Jeiv Gómez, Carlos Cabrera Lozada, Carlos Cabrera Figallo, Yeyderli Robayo, Pedro Faneite | 139 |
| Capítulo 9. | La cirugía decimonónica. Historia e influencia francesa en la cirugía venezolana Dr. César Blanco Rengel | 178 |
| Capítulo 10. | La obra otorrinolaringológica del artista Carlos Cruz Diez Drs. Aderito De Sousa F, Leopoldo Briceño-Iragorry, María José Zamora S | 230 |

PRÓLOGO

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Individuo de Número Sillón XVII

La Academia Nacional de Medicina, continúa con su tarea de publicar en la Colección Razetti este nuevo número, correspondiente a su Volumen XXVII. La Colección, iniciada en el año 2006, tiene por objeto dar a conocer más ampliamente, parte de la producción científica y humanística de nuestra Institución, en cumplimiento de una más de sus múltiples atribuciones: tratar de dar respuesta a las crecientes preocupaciones de la sociedad por las repercusiones éticas del saber, por la correcta aplicación que debe hacerse de los avances de la ciencia, haciendo énfasis en aquellos temas que revistan la mayor importancia.

Agradezco la oportunidad que se me ofrece de prologar este nuevo ejemplar de la Colección, en virtud de haberse producido el cambio correspondiente en la Directiva, a la cual corresponde dirigir la Institución durante el lapso 2022-2024, por esta razón encontrarán en este Volumen, el Discurso de Cierre de Gestión correspondiente al período 2020-2022, del Académico Doctor Enrique López Loyo, quien se desempeñó como Presidente durante este lapso.

También incluimos en esta edición, el discurso que me correspondió pronunciar con motivo de la Toma de Posesión como Presidenta de la nueva Junta Directiva, que regirá la Academia en el período 2022-2024.

Como prolegómeno de la inauguración de la Cátedra Libre auspiciada por la Asociación de Egresados de la Universidad Central de Venezuela, recogemos en esta edición los discursos pronunciados en acto especial, organizado al efecto en el Paraninfo del Palacio de las Academias, por Su

ORCID: 0000-0002-9449-7067

Excelencia Reverendísima Monseñor Baltazar Enrique, Cardenal Porras Cardozo, Arzobispo de Caracas, los Doctores Carlos Ortiz y Enrique López Loyo, en los cuales nos presentan desde diferentes perspectivas, la vida del Dr. José Gregorio Hernández, como hombre de fe y como universitario cabal y el pronunciado por el Dr. Ángel Hernández como resumen final de dicho acto.

Complementa este volumen, el trabajo de incorporación de la Dra. Alba Cardozo de De Abreu. La tecnología emergente: una visión en la construcción de una teoría teleo-epistémica multidimensional para la formación del nuevo cirujano general.

Trabajo de incorporación como miembro correspondiente nacional puesto 24.

No menos interesante y actual nos resulta el siguiente capítulo de nuestra publicación: "Bioética Latinoamericana en Salud Pública", en la cual un grupo interdisciplinario encabezado por los Doctores Jeiv Gómez y Carlos Cabrera, ambos con Maestría en Bioética, nos presentan una visión bioética de la salud pública, desde nuestro contexto de América Latina.

Dos extraordinarios Trabajos de Incorporación completan nuestro Volumen XXVII de la Colección, "La cirugía decimonónica historia e influencia francesa en la cirugía venezolana" del Dr. César Blanco Rengel quien con este histórico trabajo se incorpora como Miembro Correspondiente Nacional en el puesto número 26. Para cerrar, presentamos el Trabajo La obra otorrinolaringológica del artista Carlos Cruz Diez. Por los autores: Dr. Aderito De Sousa F, el expresidente Leopoldo Briceño-Iragorry^(*) y la Dra. María José Zamora S. Donde se recopilan varias obras poco conocidas, entre las que se encuentran una serie de dibujos e ilustraciones figurativas en el campo de la otorrinolaringología que sirvieron de apoyo a las explicaciones anatómicas y procedimientos quirúrgicos realizados por el Dr. Conde Jahn, durante su actividad docente como profesor de la Cátedra de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Esperamos que nuestra Colección Razetti se mantenga con su excelente calidad y continúe acrecentando el interés de sus lectores.

*Discurso de cierre de gestión como
Presidente de la Academia Nacional
de Medicina*

*Paraninfo del Palacio de Las Academias.
Jueves 28 de julio de 2022*

Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Al llegar al final de nuestra gestión administrativa en la Academia Nacional de Medicina debo estar realmente satisfecho por lo que juntos fuimos capaces de lograr dentro de una situación inédita en nuestra vida contemporánea, lo que significa superar con creces el hecho de iniciar y culminar la responsabilidad de estar al frente de esta centenaria corporación dentro del decreto de restricción, dada la situación mundial generada por la irrupción de la infección por el virus identificado como SARS-CoV-2, o infección de la COVID-19.

Situación que influyó el despliegue de nuestra actividad con toda la libertad de ejecución, con el cierre de espacios, con el alejamiento obligado de la actividad interpersonal y dificultó uno de los propósitos de nuestro programa bianual, para propiciar el acercamiento a los médicos de las diferentes regiones del país a la Academia y a sus actividades,

*Individuo de Número Sillón XXXI de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela,
Caracas 1012, Venezuela.*

E-mail: lopezloyoe@gmail.com

ORCID: 0000-0002-345-5894

sin embargo, logramos llegar a diferentes estados, proponiendo e incentivando entre otras actividades la creación de las Academias Regionales de Medicina, adscritas a las diferentes escuelas de formación médica de Venezuela.

Cabe destacar que el espíritu de la institución se renovó al asumir un papel protagónico en el desarrollo de las medidas de restricción por el decreto de cuarentena, convocando a valiosos venezolanos a participar en la estructuración, asesoría y publicación de 46 boletines con mensajes orientados a establecer pautas de aplicación en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y mitigación de la COVID-19 en Venezuela, situación nada fácil, al encontrar las puertas cerradas en las estructuras de los niveles de decisión para instaurar pautas dentro del deber ser o cumpliendo con la norma sanitaria internacional.

Fueron propuestas fundamentadas para la instauración de un Plan Nacional de Vacunación, universal, oportuno, amplio y con productos certificados por organismos regulatorios internacionales. Por intermediación del Foro Cívico de Venezuela pudimos integrar el ente disfuncional llamado “Mesa Técnica Nacional de Vacunación”, donde también pudieron participar las sociedades científicas con pertinencia en la aplicación, seguimiento y evaluación clínica de los programas de vacunación. Una mesa que fue un mero trámite burocrático de acuerdos políticos, también infuncionales e inútiles. Los esfuerzos destacados realizados por grupos independientes junto con sociedades científicas de ofrecer planes de vacunación complementarios, tampoco funcionaron.

Apoyamos la iniciativa de Fedecámaras de contribuir a sumar dosis de vacunas para apuntalar el proceso, a fin de ayudar al estado a iniciar con fuerza en la población general, una vacunación hasta ese momento muy limitada a esferas de grupos de poder. Vimos con preocupación que los errores políticos hicieron retrasar el inicio de la vacunación masiva en el país, al no lograr a tiempo la llegada de los 12,4 millones de vacunas que aseguraba el mecanismo COVAX con intermediación de la Organización Panamericana de Salud. La Academia siempre estuvo firme en sus convicciones, decisiones y opiniones enmarcadas en las directrices internacionales.

Finalmente iniciada esa vacunación masiva a mediados de 2021, hicimos las observaciones para dar a conocer los riesgos que supuso la utilización de candidatos vacunales sin certificación internacional para su uso. Todo este proceso, en medio de una intensa participación en los medios de Comunicación Social con la vocería compartida entre el Presidente y el Secretario Académico Dr. Huniádes Urbina-Medina, llevo hasta injustas acusaciones de estar propiciando mesas paralelas y negociaciones de vacunas, solo para tratar de desprestigiar el esfuerzo que como institución mantuvimos en todo este proceso a fin de dar a conocer a la comunidad los aspectos que entorpecían que se lograra finalmente la protección contra la COVID-19 para todos los venezolanos, sin distinciones de raza, religión ni ideología política, quedando muy en alto nuestra institución.

Representando a la corporación fuimos solicitados periódicamente a participar en la orientación de gremios, grupos religiosos, organizaciones de la sociedad civil, partidos políticos y universidades nacionales.

La Academia fue invitada, dada la certeza de sus mensajes a participar también como vocera de la situación humanitaria con base en los graves problemas del sistema sanitario. Ya no era solo la pandemia, sino que denunciábamos la situación de deterioro de la infraestructura hospitalaria, falta de dotación de equipos, materiales y medicamentos, la imposibilidad de cumplimiento del programa ampliado de inmunizaciones, ausencia de equipos y asistencia a los pacientes oncológicos y con patologías crónicas; saturación y déficit de los servicios de diálisis, muertes de pacientes a la espera de trasplante renal, desaparición de programas de trasplante de médula ósea, de los programas de atención materno infantil, la práctica generalizada de solicitar materiales para cumplimiento quirúrgico a pacientes sin recursos, además de la asignación en niveles de miseria de sueldos y salarios a todos los estratos de trabajadores profesionales, técnicos y empleados no profesionales de la salud en el sistema público.

Esto último aceleró la presión migratoria de miles de venezolanos con rango de trabajadores sanitarios que han dejado sus puestos de

trabajo, generando la pérdida de un valiosísimo capital humano, en cuya formación el estado invirtió durante años para garantizar una atención de calidad a los integrantes de esta nación.

Esa vocería nos llevó junto al Foro Cívico a Estados Unidos, España y Bélgica como sede del gobierno europeo, a hacer intermediación con estos polos del poder internacional con incidencia en la situación de Venezuela a fin de consignar una información clara y verificable, además procurando que se apoyase un acercamiento entre las partes que manejan los poderes fácticos y aquellos que han pretendido sustituirles, para que su acción no fuera solo buscar cambios de poder o mantenerse en él, sino que se comprometieran a pensar en la gente, en la visión basada en un humanismo comprensivo y compasivo. Esto ha llegado en estos tiempos, a que sobre la mesa del diálogo nacional, con asidero en un memorando de entendimiento, se encuentren propuestas en lo social, por ejemplo, dando prioridad al rescate de hospitales a nivel nacional, así como el abordar la problemática del abastecimiento de agua y de electricidad, aspectos considerados prioritarios.

Esta participación activa con reuniones tanto con elementos del gobierno como de la oposición, cayó a veces en el terreno de la incompreensión aun dentro del seno de la Academia, no entendiendo que somos una institución del estado y que podemos reclamar nuestro espacio de contribución a la búsqueda de soluciones duraderas, más aún, en medio de una real crisis humanitaria compleja no superada.

Pero el protagonismo ha sido de la Academia Nacional de Medicina.

En otro orden de ideas, hemos emprendido la reestructuración de nuestros instrumentos de comunicación tales como el portal WEB, el cual ha logrado un impacto nacional e internacional muy destacado, así como nuestra Gaceta Médica de Caracas, publicada ininterrumpidamente desde 1893, de la cual me honro en ser en este momento su Editor en Jefe, imponiendo esta un récord en su último número de 2022, acompañado de tres Suplementos de incuestionable contenido científico. Todos estos logros son expresión de un gran trabajo en equipo y es el resultado de un profundo compromiso institucional.

En mi función de Presidente de la Academia Nacional de Medicina y por licencia otorgada por Su Eminencia el Cardenal Baltazar Enrique Porras Cardozo, quien nos honra hoy con su presencia, me correspondió mi mayor reto profesional como especialista de la Anatomía Patológica con formación forense, al coordinar la conformación del equipo técnico y científico que cumplió la noble e histórica tarea de llevar adelante la Tercera Exhumación de los restos de nuestro académico y ya Beato venezolano Dr. José Gregorio Hernández. Fue una ofrenda para los venezolanos en la renovación de su fe y para la Academia Nacional de Medicina, institución de la cual formó parte como Individuo de Número Fundador. Fue, sin duda alguna un proceso que conjugó la ciencia y la Fe, el cual se cumplió de forma exitosa para complementar los protocolos exigidos por la Santa Sede.

Otro hecho importante de recordar es que a través de recursos provenientes de un selecto y valioso número de personas, empresas y organizaciones benefactoras y bajo el rol extraordinario de la Fundación Francisco Antonio Rísquez, hemos podido refaccionar los espacios de nuestra sede de forma progresiva en una recuperación total de techos, drenajes, restauración de infraestructura general para evitar el derrumbe de nuestro patrimonio histórico, pero estamos aún a la espera de terminar el proyecto completo.

Para honrar a la llamada “Generación del 36” procedimos a trasladar el frontispicio de la sede original del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que estaba localizado en un área segregada de este edificio para colocarla en la entrada principal de nuestra Academia. Es este un homenaje sentido a los grandes maestros sanitaristas de Venezuela que hicieron posible la fundación de un ministerio que fue pionero en la instauración de programas sanitarios que se constituyeron como ejemplo en todo el mundo. Nuestro recuerdo y reconocimiento será eterno al ser localizado en la casa de la Medina Venezolana para recordarle a todas las generaciones actuales y venideras que la práctica de la medicina es un compromiso ético e ineludible con las necesidades de la gente, tal como lo expresa el contenido de esa obra de arte.

En el discurso de inicio de gestión establecimos pautas para rescatar el valor de nuestras opiniones institucionales y esa estrategia se ha cumplido al retomar el ser una institución con presencia nacional, cuya opinión es escuchada y respetada en los tiempos actuales. Nos enorgullece el haber contribuido, para lograr el fortalecimiento de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, posicionada como un referente nacional e internacional y trascender en el mantenimiento de su plena vigencia, aun después de cumplirse 118 años de su fundación.

Deseo el mayor de los éxitos a los integrantes de la nueva Junta Directiva, quienes formalizan hoy el inicio de sus funciones administrativas y destaco el hecho histórico de ceder la máxima responsabilidad de la institución, por primera vez, a una representante de la mujer médica venezolana, la Presidenta, Dra. Isis Nezer de Landaeta a quien auguro el mejor desempeño en conjunción con el resto de su directiva.

Mi agradecimiento a mi equipo de junta directiva y a todos los académicos quienes votaron por mí por unanimidad para asumir este cargo que honrosamente he desempeñado con el mayor orgullo de ser médico venezolano. También vaya mi agradecimiento a cada uno de los trabajadores de la institución, quienes, por encima de los inconvenientes de estos tiempos tan complicados, supieron demostrar compromiso y sentido de pertenencia institucional para ejercer sus labores con dignidad y eficiencia. A mi familia por su infinita comprensión y amor incondicional que me sirvieron de soporte para mantener firme mi fortaleza personal para el logro del objetivo final junto con la fe inquebrantable católico cristiana que profeso.

Me corresponde seguir mi camino, aquel que me orienta Dios y mis convicciones, manteniendo mi compromiso con la Academia Nacional de Medicina, a la cual he servido y sigo sirviendo para engrandecerla cada día más.

Señoras y señores...

*Discurso de toma de posesión como
Presidenta de la Academia Nacional de
Medicina*

*Paraninfo del Palacio de Las Academias.
Jueves 28 de julio de 2022*

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Hoy me encuentro nuevamente en este púlpito de Santo Tomás, años después de haberme incorporado como Individuo de Número y la explicación de ello yo la calificaría, como extraordinaria. Se trata de haber sido electa como Presidenta de nuestra Academia Nacional de Medicina.

Es por esa razón que debo hacer llegar mi palabra de infinita gratitud a todos aquellos que decidieran que este hecho especial que tan profundamente me honra, ocurriera. Al mismo tiempo, se genera la angustia que produce la gran responsabilidad que significa conducir con éxito los destinos de nuestra más que centenaria Institución, en medio de los avatares que jalonan estos tiempos. Más aun, al reconocer la calidad del trabajo realizado por los otros integrantes de la Directiva que me precedió.

*Individuo de Número Sillón XVII
ORCID: 0000-0002-9449-7067*

El hecho de que por primera vez una mujer dirija los destinos de nuestra Academia, es relevante, aunque no ocupará hoy todo el espacio para dirigirme a Uds., sin embargo, creo que me obliga a hacer algunas consideraciones relativas al proceso de incorporación de la mujer en los más variados aspectos que comprende hoy en día nuestra civilización occidental.

En 1996, Carl Sagan, en uno de sus ensayos, afirma que el siglo XX sería recordado por los historiadores por tres grandes cambios: unos medios para salvar, prolongar y mejorar la vida inéditos y sin precedentes; paradójicamente, unos medios igualmente novedosos y de gran poder para destruir las mismas vidas salvadas y un inmenso conocimiento sobre nosotros mismos y sobre el universo en el cual vivimos. A lo anterior se hace imperativo agregar la revolución en la informática y en las comunicaciones y la revolución de la mujer. Entre las calificaciones de las que ha sido objeto este pasado siglo, se destaca su denominación como “siglo de la mujer”.

Es posible que a las generaciones nacidas en las últimas décadas de él y en las primeras de este siglo XXI, les parezca quizás exagerada esa designación, pero basta que nos asomemos a los últimos años del siglo XIX, para que se nos hagan evidentes los cambios ocurridos en este breve período histórico, en la condición de la mujer.

Hasta este momento, permanecía confinada al ámbito doméstico en el cual realizaba una actividad considerada como carente de valor. Sus características biológicas determinan su papel en la continuidad de la especie, lo cual contribuye a instituir una “mística femenina” que hace ver que esas funciones tienen mayor trascendencia que cualquier otra que pudiera realizar, incluyendo su formación intelectual.

De opiniones sobre la presunta inferioridad femenina, es posible recoger, no solo las derivadas de las conductas de las sociedades antiguas, sino de muchos de sus insignes exponentes, comenzando con el mismo Aristóteles, quien se refería a la inferioridad femenina diciendo: “tenemos que considerar el carácter femenino, como una especie de deficiencia natural”. Para la época, su papel es pasivo tanto

social como sexualmente y es un instrumento de los objetivos que le asignan la ley, la sociedad o la moral.

Este era el panorama en Latinoamérica y en algunos países de Europa, como España, por supuesto, Venezuela no escapaba de esta situación, con una sociedad muy restrictiva hacia las actividades femeninas.

Hacia los años finales del siglo XIX comienzan a aparecer algunos movimientos de protesta en América Latina, siguiendo a los encabezados por Francia e Inglaterra, abogando por el sufragio femenino y por una mejor educación. Tímidamente van apareciendo en Venezuela algunas señales en revistas, periódicos y correspondencia, de las inquietudes literarias y políticas femeninas, a lo largo de todo el país.

Las mujeres en general y las venezolanas en particular, comienzan a reclamar una mayor participación, no sólo en estas expresiones literarias, sino también en el campo de la política, a pesar de la enorme dificultad derivada de la situación política que vive el país entre los años iniciales del siglo XX y que se va a mantener hasta el año 1935 en el que ocurre la muerte del dictador Juan Vicente Gómez, quien al decir de Mariano Picón Salas mantiene a Venezuela en el atraso, por lo que sitúa su entrada, su incorporación al siglo XX a partir de 1936.

Durante este período, la situación de la mujer en general, se mantiene en las mismas circunstancias ya descritas, con la esperanza puesta en el matrimonio como una expectativa, para el cual debía cumplir con las características de una buena ama de casa: callada, joven, modesta, moderada en el hablar y en su comportamiento habitual.

Ya en el año 1928, el movimiento estudiantil de 7 de abril convoca también a un grupo de jóvenes mujeres que manifiestan al lado de los estudiantes universitarios y que luego continúan en la lucha por sus familiares presos en las terribles cárceles de Gómez.

Al asumir la presidencia el General Eleazar López Contreras en diciembre de 1935, ya existen algunas organizaciones femeninas como la Agrupación Cultural y una gran inquietud política para la participación activa de la mujer. De excepcional importancia resulta

entonces la creación en fecha tan temprana como febrero de 1936, de la Asociación Venezolana de Mujeres, aún activa, en la cual muchas, con una exquisita sensibilidad ante los problemas de la ignorancia, de la pobreza y de la exclusión que caracterizan a un importante sector de la población femenina, tratan de mejorar las condiciones físicas y sociales de esas mujeres tempranamente embarazadas y en situación de pobreza y de abandono.

Como expresa Carta, las mujeres de esos años fueron abriendo el camino a la mujer de ahora, se iniciaba así una ruta hacia una emancipación que no tendría marcha atrás.

Entrados los años cuarenta comienza la lucha por el derecho al sufragio, el cual aparece con limitaciones en la Constitución de 1945, la del año 1947 los consagró y a la Asamblea Constituyente que resultó de este proceso, 14 mujeres fueron elegidas, marcando así el punto de partida de los derechos políticos de la mujer en Venezuela.

Rápidamente se produce la incorporación de la mujer a la sociedad, no solo a través de su propia iniciativa e interés, sino también con la creación de grupos y organizaciones que, como el Hogar Americano, el Grupo Femenino Intercambio, la Unión de Mujeres Americanas, el Grupo de los Miércoles, por mencionar algunos de los más antiguos, contribuyeron junto con las más modernas ONGs a esa incorporación integral.

En el año 1979 se crea el Ministerio de la Mujer y luego el Consejo Nacional de la Mujer y se multiplican las ONGs que defienden los derechos de la mujer, de las mujeres indígenas y muchas otras que sería largo enumerar.

En esa lucha constante, para la obtención y defensa de sus derechos, se va avanzando hasta lograr la Reforma del Código Civil, que otorgó a la mujer igualdad de condiciones en sus relaciones familiares. Dentro de la Reforma de la Ley Orgánica del Trabajo se consagra un capítulo a los derechos de la mujer trabajadora y a la protección de la maternidad. Más tarde se aprueba la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer y la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia, todo ello como resultado del reclamo oportuno y permanente de esa mitad de

la sociedad, que, como tal, representa también la mitad de los talentos y de las potencialidades humanas que obligan a tomarlas en cuenta.

Desde mediados del siglo XX, entonces, surge un interés por la mujer, por su persona y por su papel en la sociedad. Ella ha pasado de ser pasiva, anónima, sumisa, a ser activa, consciente, protagonista, en gran medida debido a su creciente participación en el proceso educativo, no solo básico, sino lo que es determinante, en la educación superior.

Lenta, pero progresivamente, mayor proporción del ingreso petrolero, era destinado a la educación y aun cuando para mediados del siglo el analfabetismo alcanzaba el 50 % y la matrícula universitaria era de 4 400 estudiantes, ya para los finales el crecimiento es notable, más de 20 veces en la educación básica y sobre todo a nivel de preescolar.

Para 1961 la presencia femenina era de 38,6 % en la educación media (Quintero), la cual alcanza 54,6 % en 1989. A partir de 1950 aumentan las mujeres egresadas de la Universidad, aunque ya en años anteriores algunas habían logrado culminar sus estudios superiores, sin embargo, constituían excepciones las primeras abogadas, médicos, ingenieras, etc. En 1936, de 2000 inscritos en la Universidad Central, solamente 41 eran mujeres, casi todas en Farmacia o Medicina.

Para el momento actual, las mujeres son mayoría en las universidades (60 % en promedio y hasta 70 % en algunas carreras), tanto en el ingreso como en el egreso. Adicionalmente, en algunas de ellas, el 56 % del personal es femenino. La participación de la mujer abarca todos los campos del conocimiento, e incide en áreas consideradas tradicionalmente como masculinas. Sin embargo, todo esto no se ha correspondido con un aumento similar en su participación en los ámbitos políticos y económicos, en los que todavía se mantiene una baja presencia femenina, pero es necesario reconocer que el acceso a la educación, y sobre todo a la educación superior, se convirtió en la palanca fundamental de movilización y ascenso social durante el siglo XX y lo que va del XXI.

El ascenso social y la independencia económica de la mujer, han sido entre otros, factores contribuyentes a muchos de los importantes cambios que se han producido en la dinámica familiar, no siempre

para bien. La familia en cuanto a tal, es un valor en alza y esa nueva situación debe ser repensada con creatividad, tomando en cuenta el papel que en la coyuntura histórica actual, sigue jugando la mujer en el fortalecimiento de la sociedad, sin descuidar ninguna de sus múltiples obligaciones, dándole al cuidado de los hijos y del hogar, la primera prioridad.

El siglo XX, llamado con propiedad “el siglo de la mujer”, ha sido testigo de las palabras de San Juan Pablo II en su Carta Apostólica La Dignidad de la Mujer: “La Iglesia da gracias por todas las mujeres y por cada una: por las madres, las hermanas, las esposas...por las mujeres dedicadas a tantos y tantos seres humanos; por las que luchan por la familia...por las que trabajan profesionalmente; por las mujeres “perfectas” y por las “débiles”. Por todas ellas, tal como salieron del corazón de Dios en toda la belleza y la riqueza de su femineidad”.

Ahora, por todo lo ocurrido, lo ya explicado y la voluntad de los Académicos que así lo decidieron, me corresponde la inmensa responsabilidad de dirigir los destinos de nuestra Academia durante los dos próximos años, una tarea dura y exigente, especialmente en los tiempos que corren en el mundo y en el país. Para ella, debo convocar a todos sus miembros, porque es la convivencia armónica, la actividad compartida, la indispensable participación, la única garantía del éxito que nuestra Institución se merece.

En los inicios del presente siglo, uno de nuestros más ilustres académicos, el Dr. Juan José Puigbó, en el libro publicado con motivo del Centenario de la Academia, se refería a la necesidad de nuestra Corporación, de considerar los grandes problemas de la salud pública en el país y citaba como los retos a enfrentar, la seguridad social y la medicina familiar, la necesidad de incluir en la formación del médico, el humanismo y la ética, el respeto a la libertad y a la dignidad de la persona y ante los profundos cambios en el futuro de la medicina, provocados por la revolución genética, tanto en lo referente a la terapéutica como a la prevención, planteaba como el gran reto de la Academia y de la medicina contemporánea, “el de lograr ajustarse a la transformación prodigiosa que se está operando en el momento actual”.

De acuerdo con Gonzalo Herranz, podríamos afirmar que la medicina del futuro será inconcebible sin ciencia y sin técnica. El desarrollo de la bioquímica y de la biología molecular continuarán la revolución científica ya iniciada. La ingeniería genética resolverá problemas biológicos con métodos técnicos, en su calidad de biónica, desarrollará sistemas que imitan a los naturales y los sustituirán en caso de ser necesario, cada día avanza más la robótica y la nanotecnología ofrece posibilidades terapéuticas casi impensables. Estas técnicas, que junto con las tecnologías de la información forman parte de las llamadas tecnologías convergentes, nos permiten esperar en el campo de la medicina y de la salud, la multiplicación y la precisión de los diagnósticos a través de métodos no invasivos, el uso de dispositivos biocompatibles, la creación de retinas artificiales, el retardo del envejecimiento, más y mejores sensores para monitoreo y diagnóstico, la producción de fármacos personalizados y muchos otros avances. Terapias innovadoras con la utilización de células madre, genera polémicas la clonación tanto con fines terapéuticos como reproductivos y se deberán enfrentar las enfermedades reemergentes y otras de nueva aparición.

Podemos afirmar que la medicina del futuro continuará siendo científica, pero tanto la ciencia como la técnica deben estar al servicio del hombre y tener la conciencia de sus límites. Este avasallante progreso de la medicina en la segunda mitad del siglo XX y lo que va del XXI, la gran novedad histórica de la técnica actual, pone más que nunca al médico ante situaciones que afectan su conciencia ética personal... podría la Academia contribuir con una acción docente, a llenar el vacío ético de nuestros profesionales médicos.

Al respecto, considero pertinente, en este momento, referirme al artículo 71 de nuestra Ley de Ejercicio de la Medicina, en el cual se establece que la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Venezolana “*deben recomendar a las universidades nacionales la realización de un programa de investigación y aprendizaje de la ética en Medicina durante la totalidad del ciclo de pregrado y la inclusión obligatoria de dicha disciplina en los cursos de postgrado de Medicina*”.

En mayo de 1990, fue publicada en la prensa nacional una Declaración Conjunta de la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Venezolana, en la cual exhortan a las universidades nacionales a cumplir con lo señalado en el mencionado artículo 71 de la ley. En ella ofrecen “su colaboración para la ejecución del programa, el cual debería tener alcance nacional y extender su acción desde el comienzo hasta el final de los estudios de medicina y durante la etapa ulterior correspondiente a los estudios de postgrado”.

El renacimiento de la preocupación ética, hoy en día más bien de la bioética, constituye una esperanza para la humanización de la práctica médica, para alcanzar el progreso de la humanidad, describir nuevos enfoques de la responsabilidad social y garantizar que ese progreso contribuya a la justicia y a la equidad y sirva al interés de nuestras poblaciones.

El carácter transdisciplinar de la bioética, exige establecer ese espacio plural, multicultural, que permite discutir las implicaciones bioéticas de la explosión de técnicas y saberes de la que nos ha hecho testigos esta época histórica que nos ha tocado vivir.

En el prólogo del libro del Académico Miguel González Guerra” Pertinencia y prestancia de la Academia Nacional de Medicina.” Reflexiones en su primer centenario, el Dr. Otto Lima Gómez, también ex presidente, comenta las valiosas informaciones, los antecedentes, su primer siglo de actividades y sus proyecciones futuras y afirma “procede subrayar la íntima relación de la Academia Nacional de Medicina con la Universidad Central de Venezuela, vinculación que debiera mantenerse y estrecharse aún más” y continúa : *“Igualmente debemos destacar como nuestra Academia ha intervenido en múltiples aspectos de la vida nacional en relación con la educación, la práctica de la medicina y los grandes problemas de la Biología y de la Filosofía en relación con el hombre, la salud y la enfermedad....de ahí su pertinencia”*. La gestión de la Directiva saliente, se ha caracterizado por extender y afianzar su papel informador y orientador hacia todo el país, sobre todo tomando en cuenta las situaciones de enfermedades y padecimientos que nos han afectado en este período en el que les correspondió actuar.

Rescatamos estas aseveraciones para coincidir en la necesidad, no sólo de orientar a la población, sino de afianzar los lazos que incluso por su origen deberían unir a la Academia y la Universidad; de acuerdo con González Guerra, la creación de una Academia, sensu stricto, es impensable si no hay previamente una buena estructura universitaria, que es su raíz natural.

En las actuales circunstancias que vive el país, es imperativo establecer y mantener las apropiadas y ya iniciadas relaciones con otras instituciones cuyos objetivos sean congruentes con los de nuestra Corporación. Podríamos incluir aquí las Academias regionales con las cuales ya se han retomado fructíferos intercambios, las Sociedades Científicas, estas últimas consideradas, tal como lo expresa la Resolución ad hoc, como *“la fuente natural para la continua renovación de los integrantes de la Academia Nacional de Medicina”*.

Es nuestro deseo, que los Miembros Correspondientes Nacionales y los Invitados de Cortesía, puedan continuar participando activamente de todas nuestras actividades y sigan aportando a ellas, su valiosa colaboración, tanto personal, como intelectual.

Hoy más que nunca, ante el hostigamiento de que es objeto la profesión médica y en general todos los trabajadores del sector de la salud, es imperativo continuar la lucha que permita que el médico mantenga la posición única e irremplazable que siempre ha ocupado en la sociedad, a través del cultivo del humanismo, de la comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias, de la fijación de normas de conducta, con una conciencia moral más rigurosa, porque los problemas morales de difícil solución, lo pondrán a prueba con mayor frecuencia.

Antes de concluir, quiero asimismo dejar constancia de mi agradecimiento a todos los presentes en este acto, por habernos acompañado y muy especialmente a los representantes de la Ilustres Academias, con quienes esperamos seguir manteniendo las excelentes relaciones que han caracterizado la convivencia institucional en este magnífico Palacio.

Estoy segura, que, con los demás integrantes de nuestra Junta Directiva, probados ya en su dedicación y su aprecio a nuestra Academia,

lograremos una acción armónica que redunde en el mayor beneficio para nuestra Institución.

Debo concluir, no sin antes dar gracias a Dios por todas las bondades que ha tenido conmigo y con toda mi familia, al permitirme una vida feliz en compañía de Tomás, apoyo incondicional en todas mis circunstancias.

Señores.

*Conferencia multifacética
Dr. Beato José Gregorio Hernández:
un ser cabal contrariado*

José Gregorio Hernández y la adversidad

*Paraninfo de la Academia de Medicina.
Palacio de las Academias
Caracas, 2 de marzo de 2023*

*Sesión solemne especial de la Academia de Medicina
y la asociación de egresados y amigos de la UCV*

Cardenal Baltazar Enrique Porras Cardozo

“Hijo mío, si te propones servir al Señor, prepárate para la prueba; mantén firme el corazón y sé valiente; no te asustes en el momento de la adversidad. Pégate al Señor y nunca te desprendas de él, para que seas recompensado al fin de tus días. Acepta todo lo que te sobrevenga, y en los infortunios ten paciencia, pues el oro se purifica con el fuego y el hombre a quien Dios ama, en el crisol de sufrimiento” (Eclesiástico 2, 1-13).

Arzobispo Metropolitano de Caracas

INTROITO

Está muy extendida la creencia de que los santos son seres más parecidos a los ángeles o a los extraterrestres, por lo que son inalcanzables. Se debe, en buena parte, a las famosas “vidas de santos” en las que se exaltan de tal manera sus virtudes, que dejan en la penumbra la condición humana, siempre frágil y perfectible.

En el caso de José Gregorio se corre el peligro de situarlo en un tiempo ahistórico, inexistente, que no toma en cuenta el escenario real en el que desarrolló su ciclo vital: la Venezuela rural empobrecida, la situación política llena de asonadas, la parálisis económica y social que nos sumergió en un país en caos. No escapa el que lo consideremos un héroe inalcanzable, difícil por no decir imposible imitarlo o superarlo. Sin embargo, en medio de tantas calamidades un puñado de hombres y mujeres se sobrepusieron al atraso en el campo educativo y en diversos proyectos que atisbaban una sociedad mejor. Claro, se trató de experiencias puntuales que no llegaron, entonces, al alma del resto de nuestros compatriotas.

UNA LUZ EN LA SOMBRA

“*Una luz en la sombra colectiva*” lo define Alex Capriles, pues los rasgos de la personalidad de José Gregorio son parte del imaginario venezolano, que pareciera no explicar la popularidad del beato en antítesis a lo que fueron sus virtudes humanas, científicas y cristianas, que, sin embargo, cautivaron y siguen cautivando a todos nuestros paisanos sin distinción. “*El médico de los pobres pareciera encarnar la suma de rasgos que yacen en la sombra de nuestro carácter social, las antípodas de una geografía psíquica que ha quedado cubierta por una máscara repleta de signos superficiales de éxito y triunfo social fundidos en una narrativa histórica*”.

Es interesante esta acotación para no caer en la tentación de una épica triunfalista que despoja a cualquier personaje de su identidad histórica y geográfica. El tiempo es superior al espacio. Nos lo describe magistralmente el Papa Francisco: “*Hay una tensión bipolar entre la plenitud y el límite. La plenitud provoca la voluntad de poseerlo todo, y*

el límite es la pared que se nos pone delante. El “tiempo” ampliamente considerado, hace referencia a la plenitud como expresión del horizonte que se nos abre, y el momento es expresión del límite que se vive en un espacio acotado. Los ciudadanos viven en tensión entre la coyuntura del momento y la luz del tiempo, del horizonte mayor, de la utopía que nos abre al futuro como causa final que atrae. De aquí surge un primer principio para avanzar en la construcción de un pueblo: el tiempo es superior al espacio” (EG 222).

LA ADVERSIDAD COMO SÍMBOLO

“Según Paul Ricoeur el símbolo”, y José Gregorio lo es del alma del venezolano, “es todo aquello que representa un exceso de sentido (Ricoeur, Hermenéutica 68). Este excedente resulta ser residuo del sentido literal. *Lo excesivo del mundo del símbolo es el ámbito más apropiado para que el místico pueda expresar, aunque limitadamente, su constante experiencia de ser arrojado lejos de lo contingente, de lo puramente humano para estar gozando de las realidades supracelestes y divinas”.*

¿Estuvo la adversidad presente en el espacio y el tiempo vital de José Gregorio? ¿Lo sigue siendo en el presente? Sin duda alguna, para el venezolano de hoy José Gregorio está vivo y actuando, forma parte de la cotidianidad, sobre todo de quien sufre y busca consuelo o solución a su problema.

La adversidad, según el diccionario, “es una situación adversa, contraria, de mala suerte, difícil de sobrellevar, es la suerte adversa, el infortunio, un suceso o una situación que se caracteriza y está dominada por la desgracia en la que se encuentra una persona”. En el texto del Eclesiástico que abre esta disertación encontramos la clave. El que quiera servir al Señor tiene que prepararse para la prueba, porque el crisol del sufrimiento purifica como el fuego.

LA ADVERSIDAD EN LA VIDA DE JOSÉ GREGORIO

Si observamos con detenimiento el periplo vital de José Gregorio nos encontramos con varios elementos que pedagógicamente son la

mejor cartilla para sentirnos identificados con él, e intentar seguir sus huellas, aunque nos cueste, porque su vida estuvo marcada por numerosas adversidades.

En primer lugar, llama la atención que, procediendo de un pequeño pueblo interiorano, logra desarrollar una personalidad de gran sensibilidad y potencial espiritualidad. Tuvo la dicha de un entorno familiar y vecinal en el que los mejores valores ciudadanos y religiosos afloraban por doquier. Esta experiencia juvenil, tal vez explique su profundo amor por el terruño y su deseo de contribuir con su ciencia y sensibilidad social al progreso. Esto se evidencia en la correspondencia que sostuvo con su gran amigo y confidente Santos Dominici, donde expresa su enorme preocupación por el atraso, la ignorancia, la pobreza, necesitada de redención; pensaba que no podía lograrse desde el interior del país, sino desde la capital preparando una nueva generación con otros valores e ideales.

Contrasta este pensamiento con la percepción de que en los pueblos interioranos no hay futuro. Buena parte de la población urbana actual es hija de familias de procedencia rural, portando consigo los valores y tradiciones de sus mayores. La creciente urbanización y el abandono de los pueblos pequeños, ponen en evidencia que la ruralidad en general, es el vientre nutricio de donde han surgido muchos hombres y mujeres de bien y de progreso. José Gregorio es deudor de esa tradición. El Padre González Dorado sí, insistía que la división urbano/rural no se correspondía con la realidad latinoamericana. Clasificaba la población en urbana e inventó el neologismo de “*urbanita*” para dar a entender que por efecto de la tecnología y de la mayor facilidad de movilidad, la globalización diríamos hoy, el trasvase de elementos culturales de uno y otro es más fuertes de lo que se piensa. Ni el que vive en la ciudad es totalmente urbano en el sentido tradicional ni el habitante de los pueblos es, exclusivamente, de mentalidad campesina.

EL ATRACTIVO DE LA QUERENCIA: EL LUGAR COMO MOTOR DE VIDA

Otro elemento a resaltar en la personalidad de José Gregorio es su amor y compromiso con la querencia de sus orígenes. Tuvo como

meta graduarse de médico para regresar a Los Andes, a dar de lo que había recibido. La dura realidad lo hace expresar en su correspondencia, las dificultades y la constatación del atraso, no solo material, sino cultural, espiritual, tanto de la población en general, pero más aún, de los principales, en el orden político o económico; fueron, ciertamente, una traba para superar creencias ancestrales o nuevas conductas o procedimientos que tocaban los intereses, principalmente financieros, de los que ejercían la seudomedicina en los negocios o comercios que para la época eran almacenes de cuanta mercancía podía ofrecerse al público. Esta realidad lo llevó a tomar la decisión de regresar a Caracas con la convicción de que sin educación de la juventud para prepararla a la modernidad y al servicio de la gente no había posibilidad de progreso. El campo de lo sanitario, tan deficitario entonces, necesitaba de nuevos hombres y de nuevos recursos. Para ello, tuvo la suerte de compartir con otros médicos dicha inquietud, siendo parte de los prohombres de la medicina de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX que tuvieron visión y ejecutorias en este ramo. La adversidad estaba presente para asumirla y superarla.

LA FAMILIA, REMANSO Y ADVERSIDAD

Pasemos a otro estadio de la vida de nuestro beato. La atención y preocupación por la familia, ha sido y es una de las características y virtudes del pueblo venezolano. José Gregorio no fue una excepción. La pérdida de su madre a tan temprana edad y el asumir a la nueva esposa de su papá no fue problema para él. Estando en París, en sus estudios superiores, recibió la noticia de la muerte de su padre. Al dolor natural de dicho acontecimiento, sintió que le tocaba asumir el rol de paterfamilias de sus hermanos y sobrinos. Se los trajo a Caracas para atenderlos mejor y darles buena formación y educación a los más jóvenes. Les exigió la misma disciplina y rectitud con la que lo formaron a él. Como siempre, no faltaron los problemas, ante las exigencias de sus seres queridos. Las enfermedades y muerte de alguno de ellos también lo afectaron. En silencio, pero con presteza siguió adelante, aprovechando su mejor situación económica para atenderlos. Su reciedumbre religiosa lo guió para que la paz interior

y la serenidad necesaria fuera su norte en el papel de preceptor de los suyos. De ello deja constancia la correspondencia privada, pues no era hombre de manifestar a cualquiera su estado de ánimo y los avatares de la vida familiar. La adversidad fue crisol para aferrarse al Señor y no separarse de él, para ser al final enaltecido como dice el libro sapiencial del Eclesiástico (cfr. Ecco. 2,3). La atención a los suyos no fue óbice para, a la par, atender a los pobres, a quienes dedicaba horas de consulta y donación de medicamentos para muchos de ellos.

LA FORMACIÓN INTEGRAL, ANTÍDOTO ANTE LA ADVERSIDAD

José Gregorio encontró en la formación permanente el sentido de su vocación y profesión. Se hizo médico para servir, abnegado y de avanzada, pues no cejó nunca de tener visión de futuro y esperanza de que Venezuela, los venezolanos, podían cambiar para mejor. A la estricta especialidad médica añadió su formación humanística y científica. Aprendió y dominó idiomas para tener acceso a lo que en otras sociedades más avanzadas se estaba practicando. Su estadía en París, Berlín y Madrid le abrieron horizontes que no abandonó, manteniendo correspondencia con sus amigos y colegas.

A esta formación agregó la de cultivar otras especialidades: la música, la filosofía, el sano disfrute de la vida, pues no rehuía, al contrario, participaba de las fiestas y el baile del que era buen ejecutor. Gustaba vestir bien y a la moda de entonces. En esa variedad de oficios aprendidos en el hogar, tenía destrezas como sastre de sus propias pertenencias. Contrasta con su carácter más bien reservado y parco, sin protagonismos. Sobresalía por su porte que era el mejor testimonio de su personalidad interior, íntegra y trasparente. La adversidad no está reñida con el lamento de lo que falta, sino en vivir a plenitud, con moderación y alegría, de la vida cotidiana.

ACTITUD DIALOGAL ANTE POSTURAS CONTRAPUESTAS

Sobresale en José Gregorio, hombre de convicciones firmes, su capacidad de compartir y convivir con personas que pensaban

distinto. Con muchos de ellos, fue amigo sincero, pues las discusiones científicas, filosóficas o religiosas, le servían para dar su parecer y buscar los consensos posibles con sus contertulios para bien de todos. No faltaron las tribulaciones como la acusación insana ante la muerte inesperada de su paisano Rafael Rangel. Como bien señala el Dr. López Loyo “*este episodio absurdo de resentimiento social que incriminaba al doctor Hernández, no fue más que la malsana interpretación de una discusión de carácter científico en tono de maestro a discípulo que ambos protagonizaron*”. Lo sobrellevó en silencio y con altura, recibiendo el bálsamo sanador en el voto de confianza de sus discípulos, colegas y pacientes.

LO RELIGIOSO Y LA ADVERSIDAD

Pero el centro vital de toda la existencia del Dr. Hernández Cisneros fue su espiritualidad e inquietud religiosa que lo llevó a cultivarla de muchas formas. Asiduo en la oración personal, la participación en la eucaristía casi diaria, la pertenencia a varias de las cofradías de la época, la atención a los necesitados, fue la manera de involucrarse como laico en el cultivo de su fe católica. Lector empedernido de autores como los místicos españoles y las obras que le recomendaban sus directores espirituales, entre los que sobresalió el arzobispo Juan Bautista Castro. En varias oportunidades intentó ingresar a la vida religiosa contemplativa y al sacerdocio, sin éxito. Al final, siguiendo el consejo del arzobispo se dedicó por completo a la medicina como la vocación en la que podía encontrarle sentido pleno a su vida.

AMPLIANDO HORIZONTES: LA MUERTE SUPERACIÓN DE LA ADVERSIDAD

La rutina diaria no le impedía tener visión comprometida con lo que sucedía en el mundo. Sintió en lo íntimo de su corazón que la guerra que tenía como escenario la lejana Europa era un conflicto absurdo y que había que optar por la paz. Le ofreció al Señor su vida si cesaba la guerra. Signo inequívoco de la simultaneidad de la firma del armisticio y el accidente que le provocó la muerte, es la misteriosa

coincidencia que hizo de su fallecimiento el anuncio de una nueva vida que se prolonga hasta hoy. Nació el médico milagroso, el *José Gregorio es nuestro*, de la multitud caraqueña que lo llevó en hombros hasta su última morada en el Cementerio General del Sur. Otra adversidad que se convirtió en faro de luz y esperanza para muchos. Comenzaron los favores y milagros, el primero de todos, la apertura de la Universidad Central, cerrada desde hacía años por el régimen dictatorial, para dar entrada de sus restos mortales a la casa de estudios donde derrochó sabiduría y bondad. Su vida después de la muerte natural lo hace presente de mil maneras en los innumerables testimonios de quienes lo invocan en los momentos de angustia.

UN SANTO DIFERENTE

“Una de las cosas que llama la atención de José Gregorio Hernández es que no es un santo tradicional, de los de túnica y manto, hábitos religiosos u ornamentos litúrgicos. Se trata de un santo de paltó y corbata, como uno. Es decir, como uno en lo de paltó y corbata, no que uno haya alcanzado la santidad, pero quizá su vida y obra nos animan a intentarlo en los diferentes rumbos en los que la vida nos ha colocado, para emular la bondad, justicia, solidaridad y virtud que él practicó cuando caminó entre nosotros como uno más” (Laureano Márquez).

Es la adversidad y la manera cómo el Dr. Hernández asumió y superó las contrariedades de la vida, el mejor testimonio para entender y asumir que José Gregorio es nuestro. De qué manera nos identificamos y encontramos en su ciclo vital, el reflejo de lo que queremos ser, aunque no hagamos mayor esfuerzo por alcanzarlo, es el misterio de lo deseado, pero no buscado. *“La vida de José Gregorio demuestra la posibilidad de encarnar el evangelio también en la sociedad venezolana de comienzos del siglo XX. Por eso se convierte en una luz de nuestro imaginario social y en un desafío tanto a quienes compartimos su fe como a sus colegas médico-científicos en este siglo XXI. Es posible entregar la vida para que otros tengan vida. Es posible poner los conocimientos*

*Conferencia multifacética Dr. Beato José Gregorio Hernández:
un ser cabal contrariado
José Gregorio Hernández y la adversidad*

que se adquieren, con esfuerzo y dedicación personal, al servicio de la vida de todos, empezando por los que no tienen posibilidades por sí mismos” (Arturo Sosa).

SOSEGAR EL ESPÍRITU: LA EXPERIENCIA DE LOS MÍSTICOS

San Juan de la Cruz nos da la clave para leer y entender la trascendencia de la persona y mensaje de José Gregorio Hernández. En medio de todas las vicisitudes, de todas las adversidades, hizo suya la máxima del santo de Fontiveros. La fuerza de su vida de fe lo hizo superar los desórdenes interiores que tenemos los humanos: la sensación de ceguera, cansancio o debilidad. ¿Cómo se ordenan?, “*sosegando la casa*” en expresión del santo carmelita. Lo dejó escrito en hermosos versos que expresan la superación de la adversidad, pues los escribió en la fría e injusta cárcel de Toledo:

*«En una noche oscura, con ansia, en amores inflamada,
¡oh dichosa ventura!, salí sin ser notada,
estando ya mi casa sosegada.
A oscuras y segura por la secreta escala, disfrazada,
¡oh dichosa ventura!, a oscuras y en celada,
estando ya mi casa sosegada».*

LA ADVERSIDAD Y NOSOTROS HOY

El mundo de hoy, la Venezuela de hoy, está sumida en crisis que invitan a la desesperanza y a la huida de sí mismo, al ensimismamiento individualista, a la búsqueda de sucedáneos en todo lo que distrae al ser humano de lo esencial; es urgente reencontrar el culto a la verdad y la transparencia, a la belleza que se esconde en lo pequeño de cada día, en la alegría de la fraternidad y del diálogo. Solo “*sosegando*” el espíritu interior tendremos la fuerza para superar la adversidad. José Gregorio es la referencia más cercana y fiel que tenemos. He allí su atractivo y seducción. En palabras de Alex Capriles: “*Hoy en día, en una Venezuela corroída por la corrupción y amenazada por el imperio de la*

psicopatía, sin formas ni medios accesibles para contener el cinismo, el deterioro social y la anomia, José Gregorio Hernández da cuenta del atractivo que todavía ejerce en el inconsciente colectivo un orden humano delineado por la virtud. “El doctor Hernández es nuestro” no sólo por el amor y el cariño que le profesamos al hombre que fue, a la figura histórica. Tampoco lo es, exclusivamente, por la fe en su poder curativo o por la gratitud que sentimos por los favores recibidos o su mediación con el reino de Dios. “El doctor Hernández es nuestro” porque es el símbolo del potencial moral que lleva vida oculta en la mayor parte de la población de esta tierra de Gracia, porque descubre el lado oculto de nuestra forma de ser, el otro ventrículo de nuestro corazón, porque significa lo que podemos llegar a ser si asumimos con devoción y sentido de trascendencia nuestro proceso de individuación”.

La altura espiritual de una vida humana está marcada por el amor, que es el criterio para la decisión definitiva sobre la valoración positiva o negativa de una vida humana. Los valores morales de fortaleza, sobriedad, laboriosidad si se realizan en un dinamismo de apertura y unión hacia otras personas, nos abren horizontes para una vida más plena en lo personal y en lo comunitario (cfr. Fratelli tutti 92 y 91).

Que José Gregorio siga siendo ese anhelo no encontrado, pero deseado, sea el mejor ejemplo de que la adversidad no sobrepasa a nuestra capacidad de superarla. Una de las máximas del Papa Francisco que las repite de mil maneras es que con cara de funeral no se puede anunciar a Jesús. Hay una cierta forma de entender la vida cristiana que es incorrecta. La tristeza no es el camino de la esperanza. Nuestra tarea pasa por asumir los aspectos resaltados a lo largo de esta ponencia para que calibremos si José Gregorio vive en medio de nosotros o es simplemente una referencia del pasado. El compromiso es grande pero fascinante.

¡Señores!

*Conferencia Multifacética
Dr. Beato José Gregorio Hernández:
un ser cabal contrariado*

José Gregorio Hernández: El Académico

*Sesión solemne especial de la Academia de Medicina
y la Asociación de egresados y amigos de la UCV
Paraninfo de la Academia de Medicina.*

*Palacio de las Academias
Caracas, 2 de marzo de 2023*

Dr. Enrique López-Loyo

La figura histórica del Dr. José Gregorio Hernández nos evoca de forma directa en su contexto religioso, sin embargo, estamos en presencia de un intelectual excepcional, cuya formación Académica le permitió expresarse en su desempeño personal en múltiples temas que abarcaron desde profundos conceptos teológicos anclados en principios filosóficos incuestionables, hasta aspectos políticos, elementos conceptuales de ciencias básicas, fundamentos de salud pública, pedagogía aplicada, atención primaria de salud y medicina basada en evidencia.

*Individuo de Número Sillón XXXI
Academia Nacional de Medicina
ORCID: 0000-0002-345-5894*

En el año 1888 José Gregorio Hernández finaliza sus estudios de Medicina con 23 años de edad. Cumpliendo con su promesa, decide regresar a su tierra para ayudar a quienes necesitaban sus servicios como profesional de la Salud, pero ese retorno fue muy duro porque encontró innumerables tropiezos y sinsabores, sin embargo, jamás hicieron resquebrajar su férrea voluntad de darle utilidad a su preparación. Se convierte en víctima de la diatriba política y se enfrenta con quienes practicaban una medicina obsoleta, así como con quienes se dedicaban a la brujería, lo cual impacta con sus principios religiosos. Ya en ese tiempo hablaba latín, el cual cultivó desde su escolaridad en el Colegio Villegas de Caracas, además de francés, inglés y alemán. En ese corto período de tiempo ejerce su labor entre aldeas y pueblos, hasta que finalmente, en medio de las serias dificultades que consideró insalvables, decide volver a la capital de país.

Bajo la Presidencia del Dr. Juan Pablo Rojas Paúl se decreta la construcción de un nuevo Hospital Nacional, escogiéndose la estructura arquitectónica similar al del Hospital Lariboisière de París. El Dr. Hernández es escogido para ser becado y trasladarse a Francia. Es así como llega a la Escuela de Medicina de París en noviembre de 1889 donde cumple tres períodos de preparación formal hasta julio de 1891. Además de la misión formativa, el Dr. Hernández fue comisionado para la adquisición de toda la dotación de equipos, mobiliario técnico e insumos de lo que sería el primer laboratorio científico de Venezuela, el cual originalmente se ubicaría en el Hospital Nacional de Caracas, denominado finalmente Hospital “Dr. José María Vargas”.

París era considerada la meca de formación profesional por excelencia, no solo en las ciencias médicas, sino que destacó como epicentro de todas las áreas del saber y fue la referente de los movimientos culturales de la época. Allí coincidieron a fines del siglo XIX José Gregorio Hernández, Luis Razetti, Alfredo Machado, Santos Dominici, Pablo Acosta Ortiz y Bernardo Herrera Vegas, para nombrar tan solo a los más connotados que juntos concibieron la creación de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, hecho cumplido para 1904.

Los estudios del Dr. José Gregorio Hernández se inician en el Laboratorio de Histología de la Escuela de Medicina de París, entre noviembre de 1889 y julio de 1890. Estaba dirigido por el eminente Dr. Mathías-Marie Duval catedrático de la Facultad de Medicina de París. Este laboratorio estaba equipado de todo lo fundamental para realizar, bajo los protocolos más adelantados de la época, el procesamiento de tejidos normales y patológicos con principios de Técnica Histológica. Esto quiere decir y complementando la trascendencia histórica del hecho, que el Dr. Hernández asistió al más importante laboratorio y Cátedra de Histología Normal y Patológica de París, fundada por decreto en 1862. En este laboratorio de referencia no solo se estudiaba Histología Normal sino Anatomía Patológica Médica y Quirúrgica, con estudio de tumores y de patologías inflamatorias. El Dr. Mathias-Marie Duval era el sucesor del profesor Charles-Felipe Robin, un sabio que fue considerado el padre y promotor de la Histología Normal y Patológica en Francia y toda Europa. Robin, contribuyó notablemente en propiciar el uso del microscopio, publicando más de 300 artículos. Durante su estadía en ese laboratorio, José Gregorio Hernández aprendió Técnica Histológica, formándose como el primer Técnico Histólogo o Histotecnólogo (HT) venezolano. Recibió un reconocimiento de su profesor como demostración de su capacidad intelectual al comprobar el cumplimiento exitoso de su entrenamiento, con la adquisición no solo de conocimientos conceptuales sino de destrezas en la aplicación de prácticas de laboratorio, tan importantes en su futura función docente en la Universidad Central de Venezuela. Sus primeras prácticas fueron, el uso del microscopio, del micrótopo, los procedimientos y métodos de coloraciones del material biológico para observación y diagnóstico. No solo aprendió los fundamentos del diagnóstico de tejidos normales sino también de los patológicos, sin antes mencionar la adquisición de conocimientos sobre los fundamentos de la Embriología.

Su segunda pasantía formativa la realizó en el Laboratorio de Fisiología Experimental, en el período entre julio de 1890 a febrero de 1891. Esta vez, bajo la tutoría del Catedrático Charles Robert

Richet, discípulo de Claude Bernard. En ese laboratorio, aprendió a practicar vivisecciones de animales, montaje e interpretación de pruebas de fisiología cardíaca, entre otras funciones experimentales de gran importancia. El profesor Charles Richet era una eminencia en Francia y el resto de Europa. Actualmente, numerosas calles e instituciones llevan su nombre en Francia como un homenaje a su legado memorable. Richet, quien nació en París en 1850, era un rico heredero, hijo y nieto de médicos famosos con un entorno de gran influencia política. Para 1913 al Dr. Charles Robert Richet le es conferido el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en conjunto con Paul Portier, en reconocimiento a su investigación sobre la anafilaxis, concepto que fundamenta la teoría inmunológica.

La tercera fase formativa del Dr. José Gregorio Hernández la cumplió en el Laboratorio de Bacteriología, Cátedra de Patología Experimental y Comparada de la Facultad de Medicina de París, entre febrero de 1891 y julio del mismo año. Este laboratorio estaba bajo la dirección de Isidore Straus (1845-1896), nacido en Alsacia, región histórica en el noreste de Francia en la llanura del río Rin, cuya capital es Estrasburgo, localizada en los límites con Alemania y Suiza. Formado en Estrasburgo, Straus se dio a la tarea de traducir al francés y actualizar, la obra magistral “Patología celular” del maestro Alemán Rudolf Virchow, padre de la Patología Celular.

Sin embargo, es fundamental recordar que la teoría celular del alemán, no fue aceptada en toda Francia inicialmente, sino que primero se le dio relevancia en Estrasburgo, permeando progresivamente en quienes mantenían un apego al valor indiscutible de los hallazgos de la patología macroscópica estructurada sobre la evaluación de órganos y tejidos. Este trabajo instruyó a Straus sobre la Patología Celular y le permitió adquirir sólidos conocimientos de la naciente Anatomía Patológica en Alemania. Luego de los cambios políticos ocurridos en 1871, a partir de la guerra franco-prusiana y al pertenecer Alsacia al Imperio Alemán, Straus se traslada a París. En 1888, el Dr. Straus, fue nombrado profesor de Patología Experimental y Comparada de la Facultad de Medicina.

Cuando José Gregorio se inició en ese laboratorio un año después, el Dr. Strauss, ya era un profesional consagrado, quien además era Médico del Hospital Tenon de París, alumno de Pasteur de la primera generación, Académico y colaborador cercano de Emile Roux, un destacado bacteriólogo e inmunólogo francés, con la fama de ser el más prominente alumno de Pasteur. Tenía en su haber científico, nada más y nada menos que el descubrimiento de la toxina diftérica luego de aplicar ensayos y experimentaciones sucesivas.

José Gregorio Hernández, culminó su entrenamiento en julio de 1891, en este tercer laboratorio visitado, cuando el gobierno le comunica que regrese a Caracas y posteriormente planificó su viaje de retorno en noviembre de ese mismo año, para organizar durante los últimos cuatro meses, el embalaje de su enorme laboratorio, comprado por encomienda directa del gobierno, entre otras diligencias. Trajo consigo, aunque no se menciona mucho, una colección actualizada de los libros más importantes y necesarios para la formación médica, lo cuales puso al servicio de sus discípulos. La situación política de Venezuela le obliga a adelantar su regreso desde París, no pudiendo cumplir con la posibilidad de trasladarse a Alemania para completar su formación en Anatomía Patológica, sin embargo, logra viajar a Berlín en visita privada para explorar como se estructuraban tales estudios.

Las causas de esta precipitada llamada del gobierno sin terminar los estudios del Dr. Hernández, eran políticas. La realidad fue que a partir de la decisión del Presidente Raimundo Andueza Palacio, quien gobernó en el período entre 1890 y 1892, de imponer la reforma constitucional al margen del Congreso Nacional, el General Joaquín Sinfoniano de Jesús Crespo Torres, inicia su revolución que llamó “La Legalista”, con el fin de regresar al poder. Sabía el presidente Andueza, que su estabilidad era muy precaria. En conocimiento de lo que estaba preparando Crespo, no podía arriesgar la instalación del laboratorio de la Universidad. En ese momento el expresidente General Joaquín Crespo, estaba en la hacienda “Los Totumitos” del Estado Guárico, antigua hacienda de la familia Bolívar, preparando su entrada en Caracas con 10 000 hombres para tomar el poder. Hecho que sucedió

en 1892, cuando Crespo entró a la capital y bajo una intensa lluvia, sus hombres cometieron toda clase de atropellos tanto a sus oponentes políticos como a la población general.

José Gregorio Hernández había culminado una de sus etapas profesionales más importantes y regresaba al país habiendo sido formado por los maestros y discípulos directos de quienes dieron forma a los cambios más trascendentes de la medicina.

A su llegada el ambiente era difícil. Tenía que instalar un laboratorio de Patología, Bacteriología y Fisiología Experimental en un país todavía atrasado, no solo en el ámbito sociopolítico, sino también en el estado de la infraestructura y los servicios. No existía una provisión de electricidad adecuada, gas para sus mecheros, espacio suficiente en la Universidad para instalar los muebles y demás equipos. Realmente era una tarea titánica. Tenía que ponerse de acuerdo con los otros profesores para comenzar a dictar algunas materias que ya se estaban impartiendo en la Universidad, lo cual generaba en ellos la natural desconfianza por considerarse desplazados.

Regresa al país en noviembre de 1891 luego de supervisar el embarque de los insumos adquiridos por poco más de 13 mil bolívares de la época y a su llegada funda el Laboratorio de Histología normal y patológica, bacteriología y fisiología experimental, a la par que crea las cátedras homónimas dedicadas a la enseñanza en la Universidad Central de Venezuela. Este laboratorio finalmente lo estructura dentro de un espacio lateral de la Universidad usado como el corral de esta institución, allí reprodujo las características de los laboratorios que le facilitaron su destacada formación en París. Ese joven médico con un espíritu impetuoso y emprendedor, de solo 26 años de edad, trajo más de 200 implementos de laboratorio, con una precisión y previsión digna de una persona de gran experiencia. En ese sitio dio clases durante 18 años, la mayoría de las veces pagando los gastos del laboratorio de su propio peculio, en un ambiente político inestable que terminó con una dictadura que atrasó la medicina durante 27 años y detuvo los estudios médicos por 22 años.

Al analizar el ejercicio docente del Dr. José Gregorio Hernández, este lo inicio de forma exitosa a su regreso de Europa, sin embargo, no se habían planteado las actividades asistenciales simultáneas porque el Hospital Vargas no estaba en pleno funcionamiento. No fue hasta 1895, cuatro años después, cuando el Presidente Joaquín Crespo, inauguró en dicho hospital, las cátedras clínicas y quirúrgicas.

En cuanto a la dotación de personal subalterno, en el laboratorio del Dr. Hernández, en ninguno de los relatos sobre este tema, se menciona la existencia de empleados, tales como secretarias, bedeles y empleados auxiliares de laboratorio. Consideramos que el personal de limpieza era general, no especializado, contratado para toda la zona donde se impartía la docencia y otras dependencias de la Universidad Central, ubicada en la zona occidental del edificio, antes sede del Convento Franciscano. Aparentemente, los únicos ayudantes del Dr. José Gregorio Hernández eran los estudiantes escogidos para ese fin, quienes se denominaron “Preparadores de Cátedra”.

La docencia de las tres materias se impartía cada dos años. En realidad, en las clases prácticas, el Dr. Hernández enseñaba cinco materias: Técnica Histológica, Histología Normal, Histología Patológica, Bacteriología y Embriología. Estas materias se dictaban en el mismo lapso de tiempo y en el laboratorio, a los estudiantes de primer año, ya que en las prácticas de estas materias se usaban los mismos instrumentos, insumos y reactivos. Las clases de Fisiología Experimental eran dictadas alternativamente con las de histología, cada dos años a los estudiantes del segundo año de Medicina.

En el diseño instruccional se plantea como objetivos generales el impartir conocimientos teóricos y prácticos de Histología Normal y Patológica, Bacteriología y Fisiología a los alumnos cursantes de primero y segundo año de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

La estrategia para cumplir con estos objetivos, estableció que la materia se impartiría en dos períodos. En el primer período los estudiantes del primer año de Medicina recibían clases teóricas de Histología Normal y Patológica conjuntamente con la Bacteriología y

Embriología. Las clases teóricas se dictaban en los salones de clase o en el anfiteatro.

En un segundo período se cumplía con las Prácticas de Técnica Histológica, Histología Normal y Patológica, Bacteriología y exámenes de laboratorio clínico.

Los estudiantes, después de familiarizarse con el conocimiento y uso de los aparatos, instrumentos y reactivos del laboratorio, eran entrenados para adquirir destrezas en el manejo de los mismos. En pequeños grupos, realizaban los procedimientos de fijación, inclusión del tejido, uso del micrótopo y otros equipos para el procesamiento de tinciones de las secciones histológicas. Posteriormente, recibirían instrucciones para el uso del microscopio y para la identificación de tejidos normales y poco a poco de acuerdo a las aptitudes, procediendo con la realización de diagnósticos de diversas enfermedades.

En el laboratorio, la enseñanza era personalizada, impartida directamente por el Dr. Hernández y el Preparador de la Cátedra escogido por el profesor.

Según los objetivos específicos, al finalizar su pasantía, los estudiantes serían capaces de:

- Fijar el material biológico a estudiar y procesarlo para su inclusión en material resistente al corte.
- Manejar el micrótopo para obtener secciones histológicas o en su defecto otros métodos para la obtención de cortes histológicos como el método del desgaste en el caso del tejido dental y óseo.
- Colorear las secciones histológicas y frotis con diversos métodos de tinción histológica, de rutina y coloraciones especiales.
- Manejar y examinar al microscopio las preparaciones histológicas.
- Diagnosticar tejidos normales, tejidos embriológicos, así como algunas patologías.
- Utilizar los diversos aparatos e insumos para el estudio bacteriológico de las muestras tales como, preparar medios de cultivo, replicar, cultivar bacterias, entre otros procedimientos.
- Asimismo, estarían capacitados para utilizar aparatos para el diagnóstico de laboratorio analítico como exámenes de sangre,

orina, líquido cefalorraquídeo entre otros. También aprender a manejar aparatos como estufas, hornos, destiladores de agua, alambiques y todo lo relativo al mantenimiento y organización de un laboratorio.

Por vez primera en Venezuela, el estudiantado de medicina en su totalidad, estuvo en contacto con el micrótopo y el microscopio, así como con todo el equipo de un laboratorio de esta naturaleza. También le fue posible a los estudiantes, cultivar, colorear e inocular en animales de experimentación, los gérmenes patógenos sin limitarse sólo con un conocimiento teórico leído en los textos.

En cuanto a las clases teóricas y prácticas de Fisiología Experimental, los alumnos de segundo año de medicina, serían entrenados para capacitarse en el uso de varios aparatos complejos de registro de activación y movimientos orgánicos, aparatos de electrofisiología especialmente cardíaca y respiratoria. A través de estos experimentos, los alumnos serían capaces de manejar aparatos de medición como electrocardiograma, medidores de tensión arterial entre otras funciones normales. La vivisección era uno de los procedimientos en boga en esa época para la enseñanza mediante experimentos realizados sobre animales generalmente pequeños.

En relación con su obra publicada, esta describe fielmente la estatura Académica de José Gregorio Hernández, además de sus escritos de filosofía, en el área de la docencia e investigación médicas, realizó 22 publicaciones, donde se identifican varios formatos, siendo las más frecuentes las guías de estudios, la mayoría publicadas en la Gaceta Médica de Caracas. Identificando también libros y otros artículos sobre temas específicos. En estos artículos escogidos como guías de estudio, identificamos que las anotaciones para los mismos fueron recogidas por dos de sus discípulos, los bachilleres José A. Cuevas y José H. Cardozo, lo que da cuenta de su actitud como maestro comprometido con la participación activa de sus alumnos en la actividad docente. Una vez escritos el revisaba y corregía estrictamente su contenido antes de ser entregados para ser publicados.

El desarrollo de estas publicaciones está precedido de un detallado índice de contenidos, que incluyen la característica gradación por complejidad de las definiciones y que deja implícita la influencia de su marcada formación de raíz en la medicina francesa de la época.

Sin embargo, varias obras quedaron inconclusas, siendo la más destacada el Artículo “Prolegómenos de Embriología”, donde se encuentra el único vínculo referencial sobre sus convicciones religiosas. Y donde me atrevo a señalar realiza uno de los primeros ejercicios de bioética que podríamos describir en Venezuela. Siendo un defensor de la teoría creacionista por sus convicciones religiosas al momento de escribir el tema de embriología que es el fundamento de la teoría evolutiva de la vida, al iniciarse por la unión de gametos por fusión del óvulo con el espermatozoides, no se sintió moralmente capaz de plasmar en el papel un tema que desarrollaba en todas sus cohortes de estudio en sus clases orales. Al iniciar la introducción del Tema en su artículo describe sus convicciones y creencias de esta forma: *“Este principio superior existe ciertamente en todos los seres vivos, y es la causa de la vida como hemos dicho; ignoramos cual sea su naturaleza en los vegetales y en los animales, por lo que respecta al hombre, sabemos y creemos firmemente que el principio vital que lo anima es el alma racional, libre, espiritual e inmortal, conforme lo tiene definido en su sabiduría infalibles, la Santa Iglesia Católica Apostólica y Romana”*.

Podríamos concluir que el Dr. José Gregorio Hernández desde temprano en su evolución como médico comprendió la importancia de las comunicaciones de experiencias en el ejercicio de la profesión y autorizó a sus alumnos a masificar sus enseñanzas como una demostración de noble interés por su formación.

Fue el precursor científico que junto a Razetti cambió el paradigma de la enseñanza de la medicina en Venezuela: medicina basada en evidencia, por lo tanto fue un visionario de la proyección que el país podría alcanzar bajo el imperio de la ciencia y la tecnología. Proyectándose como un Científico integral por ser precursor en Venezuela de especialidades de la biomedicina tan diversas como la Anatomía

Patológica, Patología experimental, la Parasitología, la Microbiología y la Hematología.

En su desempeño profesional fue un fiel alumno de la Escuela Francesa en su dedicación a la atención sobre la cama del enfermo, analizando su situación clínica dándole valor a su entorno social y sus precariedades, por lo tanto es un precursor de los que llamo cien y más años después de la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Aprendió las técnicas histológicas y la interpretación de los cambios morfológicos inducidos por las patologías.

A él siempre se le atribuyó ser portador de una virtud milagrosa, Porque en sus manos a un mismo paciente le podía evaluar su perfil hematológico completo incluyendo frotis de sangre periférica, identificar la etiología infecciosa o parasitaria, realizar citología y biopsias para descartar probabilidad de neoplasias.

Siendo un apóstol del principio básico del ejercicio médico, coincidente con la norma cristiana por ser compasivo, generar una rápida empatía o ponerse siempre en el lugar de otros, acompañando su sufrimiento. Ello lo llevó a irradiar la paz y el sosiego que los pacientes necesitaban en momentos de angustia y tribulación.

Un médico verdaderamente integral portador de una formación única, forjado en la más importante escuela de medicina de su tiempo y que fue un hombre atemporal que vino a darle forma al ejercicio de la una medicina apegada al cristianismo.

Señoras, señores...

*Conferencia multifacética
Dr. Beato José Gregorio Hernández:
un ser cabal contrariado*

Las tres almas de José Gregorio Hernández

*Sesión Solemne especial de la Academia de Medicina
y la Asociación de egresados y amigos de la UCV
Paraninfo de la Academia de Medicina.
Palacio de las Academias
Caracas, 2 de marzo de 2023*

Dr. Carlos Ortiz Bruzual

Es muy raro que alguien no sepa quién es José Gregorio Hernández, pero tanto o más raro es que alguien sepa quién fue. La vida y su vida quisieron que la posteridad lo hiciera presencia ubicua en la cotidianidad. Como se sabe, su entierro hizo colapsar a la Caracas que lo lloró. Desde La Pastora hasta el casco central, las calles desaparecieron bajo una masa sobre la cual avanzaba el ataúd como un bote arrastrado por una fuerza mayor que la del mar, por una energía humana que –pese a emerger de la carne y la pasión de miles personas– se puede decir

*Profesor UCV
Filósofo, Escritor y Editor*

que no era de este mundo. Esa despedida fue también aclamación y proclamación: el pueblo lo declaró santo y gritó a todo pulmón que ese santo era suyo. Para la historia quedó la escena de la gente gritando “¡José Gregorio es nuestro!”, a las afueras de la Universidad Central de Venezuela.

Desde ese primer momento, se convirtió en una presencia que fue ocupando todo tipo de lugares en las casas, los comercios, los hospitales, los vehículos, las carteras, las mesas de noche, los escritorios, cajas registradoras ... y las calles. De modo que caminar Caracas es toparse con él, incluso más que con el Ávila. Esa permanencia seguramente sea una de las razones por las que la mayoría de la gente no necesita informarse acerca del hombre que fue. Aquí intentamos una aproximación a él bastante empírica, basada en lo que sugieren sus propias cartas. Su lectura nos sumerge en la intimidad de un hombre en el que parecían habitar al menos tres personas, o tres almas, que abrían alas hacia cielos distintos y que sin embargo no se contradecían entre sí. Tal vez por aquello que el propio Hernández dijo de sí mismo:

Mas si alguno opina que esta serenidad, que esta paz interior de que disfruto a pesar de todo, antes que a la filosofía, la debo a la Religión santa que recibí de mis padres, en la cual he vivido, y en la que tengo la dulce y firme esperanza de morir: Le responderé que todo es uno¹.

Esa convicción de integridad ontológica –la de ser uno siendo más de uno– adquiere en él la condición de un *ethos*; algo que él es por definición, por decisión y por destino. Leer sus cartas nos ayuda a captar esto: vemos al joven que se define a sí mismo cuando da cuenta de sus inquietudes y sus infortunios. En el tiempo en que se va a ejercer la medicina a Trujillo entra en estado de melancolía por lo que ve a su alrededor: mucha pobreza, mucha ignorancia, atraso, enormes dificultades para poder emprender cualquier proyecto y hasta para atender adecuadamente a la gente. Está de vuelta en la tierra de la que salió para hacerse médico y descubre que es un mundo olvidado, muy desconectado de la modernidad. Esto lo afecta seriamente, sobre

¹*Prólogo a su obra Elementos de filosofía, Caracas, Empresa El Cojo, 1919.*

todo por la precariedad que conlleva tanto atraso. Pero también lo afectan las imposturas y la manera de ser de ciertas personas, con lo que se revela también que es un hombre en conflicto permanente con ciertas actitudes. Habla, por ejemplo, de un boticario que hace las veces de médico en la zona donde vive en los Andes y que le parece petulante, ignorante, que alardea de que sabe mucho y se muestra como si estuviese formado en todo, pero no deja de ser un charlatán. No esconde el malestar que esto le genera y se expresa en términos muy duros, como se aprecia en carta a Santos Aníbal Dominici, fechada el 18 de septiembre de 1888:

...el boticario es un aficionado solamente y (...) me dice: “Nosotros los médicos”, porque a más de ser aficionado a la farmacia lo es también a la medicina, y la primera vez que habló conmigo me aturdió con un tecnicismo indigesto y estúpido; me contó que curaba la disentería con cinco gramos de quinina al día, y, como yo me asustara, me tranquilizó completamente y me aconsejó que así lo hiciera...²

Así aparece una actitud que pesa en su vida: la antipatía hacia las personas que tienen pretensiones de saber algo sin saberlo, hacia quienes presumen de tener influencia sobre los demás o tratan de hacer pasar la arbitrariedad como autoridad. A veces cuestiona explícitamente a ciertas personas a quienes señala por su nombre, pero lo hace en una forma que deja ver su rechazo hacia la mezquindad y la trapacería. Esto le da una conciencia de sí y de los demás que le permite no extraviarse en el camino, es una forma de definirse a sí mismo por negación, al enfatizar aquello que rechaza porque le recuerda lo que él no quiere ser.

Esa claridad en su juicio, que a veces se expresa sutilmente, puede también ser tajante y ruda:

²ORTIZ B., Carlos. *Santa palabra. José Gregorio Hernández por sí mismo. Editorial Dahbar. Caracas, 2021, p. 57*

Estoy loco por saber los nombramientos universitarios; mándame el decreto inmediatamente que salga; ya que tú comprenderás que estoy muy intranquilo, aunque Rojas ofreció a tu papá dejarlo en el rectorado; pero con estos hombres no hay seguridad, dicen hoy una cosa y mañana otra³.

Pero esa autoconciencia y esa rectitud también le hacen las cosas más amargas, pues no parece dispuesto a negociar ciertas posturas a las que se aferra. Su vida es dura sin ser triste: ciertamente, disfruta de ejercer la medicina y estudiar sin descanso, no deja de procurarse el gusto de bailar en fiestas, pero tiene que ser jefe de familia y mentor, sin descuidar sus propios proyectos personales. Ahí entra en escena el José Gregorio que es quien es y sabe ya quién va a ser por decisión. Es el hombre que no se guarda ningún consejo que se sienta en obligación de dar a los suyos:

Con lo que tú ganas y con el alquiler de la casa de Pajaritos, que te dejo, puedes hacer los gastos de la familia tuya y si te falta puedes ir tomando de los reales que tú tienes, para completarlos, de suerte que no debes emplearlos en más nada que en eso, por lo cual yo no quise que compraras casa, porque la educación de los muchachitos es cara y con dificultad, a menos de mucha economía, podrás hacerla. En mi escaparate hay un paquete para ti en que están las escrituras de la casa de la Palma y también el dinero para pagar los derechos del registro ... debes hacerla registrar, para lo cual debes mostrársela al doctor Guzmán y hacer lo que él te diga; igual cosa deben hacer los de casa. La llave de mi escaparate está en una cajita de hoja de lata que puse encima de él junto con la llave del portón; montándote en una silla las puedes coger⁴.

Y si bien puede sonar superfluo, la decisión de ser-un-padre, lo lleva a tener siempre sus cosas en orden, a no dejar cabos sueltos, a prever y precaver. Esa voluntad de previsión hace aparecer también al José Gregorio que es quien es por destino. Él sabe –lo sabe siempre–

³Al mismo destinatario, 22 de octubre de 1888. *ob. cit.*, p. 69

⁴A su hermano César, 6 de junio de 1908. *ob. cit.*, p. 112.

que va hacia otra parte. Ese ir-a-otra-parte se refiere solo en parte a su decisión de hacerse sacerdote, para lo que habrá de marcharse a Italia, que, valga decir, era un paso que no solo lo sacaba de su país y del hogar familiar que él tanto amaba, también lo sacaba del mundo civil del cual era una figura principal. Él sabía eso: irse era pasar de un mundo a otro. Veamos el momento episodio de su partida.

En 1907, monseñor Juan Bautista Castro, arzobispo de Caracas, escribió al reverendo padre superior de la Cartuja de Farneta de Lucca recomendando a José Gregorio para la orden de San Bruno. Su aceptación fue oficializada en una carta del maestro de novicios de la Cartuja el 3 de enero de 1908. Desde ese día y por cinco meses, JG se dedicó a estudiar una serie de obras que el maestro de novicios le recomendó leer y fue preparando todos los otros detalles que en la misiva se le indicaban como condiciones de ingreso a la orden. El 4 de junio de 1908 salió en secreto para Puerto Cabello, donde finiquitó todos sus asuntos legales, y el 8 de junio se embarcó para Italia.

El 16 de julio de 1908 ingresó al convento de la Cartuja, donde pasó a llamarse fray Marcelo. La noticia de su “huida” y reclusión en la orden de San Bruno causó gran revuelo en Caracas, donde se despertó una encendida polémica entre partidarios y adversarios de su decisión. Para muchos, incluidos sus pacientes, era un gesto coherente en alguien que encarnaba todas las virtudes cristianas. Para otros, era poco menos que una insensatez, pues pensaban que era irresponsable de su parte abandonar los proyectos científicos que tanto necesitaba el país. Ya la vida empezaba a mostrar que la suerte del médico trujillano era un asunto de todos. Pero lo que nos interesa de esta anécdota es la mezcla de determinación y previsión que se expresa en sus acciones, las cuales tienen para él el sentido de un camino ya trazado. En esa convicción, sin embargo, hay algo que recuerda la imagen de Heidegger que nos habla de que cuando el ser echa a andar, lo que tiene al frente es un inmenso precipicio que lo aterra. Lo que no sabe es que, si él da un paso al vacío, bajo su pie aparecerá un tramo sólido del camino, y por cada paso irá apareciendo –a tramos sobre el vacío– el largo camino

de vértigo que es la existencia. De igual modo, José Gregorio tiene ante sí un abismo, pero él confía en que habrá un piso cada vez que dé un paso.

El problema es que los demás no ven –no pueden ver– lo que su alma sintiente percibe. Su alma pensante, por su parte, se debatirá con la angustia de no ver que el encuentro con su destino termine de cumplirse. Lo socorrerá su alma angélica, visible en reflexiones que pueden resultar inquietantes aún para quienes lo leemos en la doble distancia del tiempo y del estudio:

mi enfermedad es una cosa más bien crónica, prolongada, y, si no fuera porque trastorna todos mis proyectos, yo más bien estaría contento, porque siempre he deseado la muerte que nos libra de tantos males y peligros y nos pone seguros en el cielo.

Así le habla el alma angélica de JG a su hermano César desde París, donde está convaleciente. Pero apenas pone el punto sobre la página, surge la voz de su alma pensante:

Pero suponte que yo me cure del todo dentro de cuatro o cinco años; ya para entonces estaré demasiado viejo y tendré que quedarme para siempre en el mundo, y esto es lo que me contraría⁵.

Este asunto de las tres almas de José Gregorio Hernández también se muestra en sus cartas como si en la voz que habla en ellas habitara más de un hombre. Uno era un hijo y un paterfamilias abnegado, severo y bondadoso. El otro, un soltero solitario, diletante, nostálgico, reflexivo, muy inquieto intelectualmente, que parecía no encontrar sosiego. El tono de su voz escrita podía ser afectuoso y algo distante cuando le hablaba a su hermano sobre sus proyectos y le daba consejos sobre las cosas de la familia, como ya hemos visto. Pero cuando tenía que hablar de sí mismo podía llegar a tornarse melancólico y hasta atormentado. Esa apertura emocional solo se la permitía cuando le escribía a su amigo Santos Aníbal Dominici, quien en este mismo lugar leyó su Elegía al doctor José Gregorio Hernández, con motivo de los 25 años de su muerte.

⁵A su hermano César, 27 de mayo de 1914. *ob.cit.*, p. 1914.

Es verdad que no tiene nada de raro que una misma persona se muestre de un modo distinto ante sus familiares, sus amigos, sus conocidos circunstanciales, su pareja o su amante. Ya señalamos, por ejemplo, que el propio José Gregorio dijo acerca de su doble condición de científico y religioso: “Todo es uno”. Aun así, en su caso, esa suerte de desdoblamiento es algo tan marcado, que pareciera revelar algo más complejo e incluso cultivado, propio de una persona muy consciente de sí misma. Una evidencia de esto la encontramos en curioso grupo de tres cartas, tres destinatarios y un tema. Me refiero a las brevísimas esquelas que acompañaban el retrato de pie y riguroso negro que se hizo en Nueva York en el otoño de 1917, esa estampa que pareciera haberse anticipado a su eternización en el imaginario popular.

Una de las tres cartas está fechada el 2 de octubre y es para Dominici. La otras dos datan del 6 de octubre. Una es para su hermano César y la otra para su amiga Carmelina López de Ceballos.

La carta a su hermano muestra el invariable tono afable y sereno con el que se dirigía a él. Aunque es afectuoso y le expresa sus sentimientos, al mismo tiempo se cuida de no ahondar en ello y cierra el asunto pidiéndole la foto a la familia “porque me parece que así no estoy tan separado de ustedes cosa que me es tan dura y difícil de sobrellevar”. Y aclara de inmediato: “a mí me sientan muy bien los viajes, aunque no me gustan, pues siempre he preferido la tranquilidad de la casa”.

La carta a su amiga Carmelina es galante y escrita con humor. Le dice que casi rompe la cámara con “tan disforme imagen”. Le cuenta que ha viajado bastante, que ha disfrutado de París y que en Madrid tuvo la suerte de “de ver de cerca pasando a mi lado, rozándome con su vestido, a la reina de España, el verdadero ideal de la belleza femenina”.

Se ha dicho que le envió el retrato a esta amiga de juventud porque alguna vez pretendió su amor, e incluso no ha faltado quien diga que en efecto tuvieron un romance. Más allá de la veracidad de ese dato, lo cierto es que en esta carta hay un detalle revelador: trata a Carmelina de usted, pero se le escapa el tuteo de un modo que le da a

la esquila una llamativa carga de ambigüedad. En la primera línea le dice: “Me parece que le doy una verdadera sorpresa mandándote mi retrato”. En la despedida la tutea abiertamente: “Dámele un abrazo a misia Gertrudis...” e inmediatamente vuelve a tratarla de usted: “Su amigo afectuoso”.

José Gregorio era muy cuidadoso con sus cartas, la poquísimas veces que en su redacción se percibe algún desajuste es en alguna carta larga, por lo que este detalle pareciera ser una trampa del inconsciente. Si fuera así, ¿estaríamos ante el indicio de una relación o un sentimiento no explícito que encontró cómo abrirse paso en el texto? Y si no lo fuera, ¿podría tratarse de alguna clave para expresarle a su destinaria algo muy privado y despistar a algún curioso en caso de que la carta cayera en otras manos?

El caballero afable y sereno que le habla al hermano y el galán jovial y cómplice que le habla a la amiga desaparecen en la voz de un hombre melancólico, nostálgico y dolido que no encuentra sosiego sino en la certeza “de la dulce muerte tan deseada”. Ese es el José Gregorio que le escribe a Dominicci. Le dice que se siente de nuevo como un estudiante y que “reaparecen” en su mente “las ilusiones y las ambiciones de aquellos tiempos, que afortunadamente hoy se han reducido a polvo”. “Toda esta filosofía, o mejor dicho toda esta melancolía, me la ha dado la vida de estudiante que llevo, agravada por la vista de la fotografía que te mando”. Así se despide, menos de dos años antes de que la muerte acudiera a él, de su destinatario más entrañable.

Estos comentarios, digamos barruntos, son más que afirmaciones, preguntas que me hago a la luz de lo que revelan las cartas de JGH y que las apremiantes ocupaciones del día a día me hacen muy difícil de desarrollar. Lo cierto es que este intento de interpretación a lo interno de su ser, me ha llevado a unos mínimos ejercicios de interpretación externa que me han acercado al prócer civil que en ocasión de su cada vez más probable canonización tal vez estemos cerca de rescatar para la gente. Y creo- que una primera cosa que hay que decir es que el primer milagro de José Gregorio Hernández ocurrió aquí en estos espacios

que hoy albergan a las academias. Y fue un milagro político. Por estos ventanales entraba como un trueno el bramido de aquella multitud que no sabía cómo hacer para que la marcha al cementerio nunca terminara o que por lo menos se demorara más y más.

El 30 de junio de 1919, cuando el féretro de JG asomó por la puerta de los Hernández, sus familiares y allegados cayeron en cuenta de que la calle había desaparecido bajo la masa de gente que clamaba por acompañar a su médico y ángel protector.

En medio de esa marea humana, cientos de universitarios cerraban filas para llevar el ataúd a la Universidad Central, que permanecía cerrada desde octubre de 1912 a raíz de una huelga convocada por la Asociación de Estudiantes de Venezuela.

El tiempo pasó y la universidad seguía cerrada cuando se supo la noticia de la muerte de José Gregorio. Y la gente de la UCV no podía creer que se lo llevaran de este mundo sin rendirle honores en el recinto de su alma mater. Entonces, comenzó a sentirse la voz de los ucevistas, que al fervor de la población sumaron el clamor de que lo llevaran al recinto donde se formó y formó a tantos médicos. El Gobierno acusó la presión y en horas de la noche circuló un Boletín Oficial donde el Ejecutivo Federal disponía que al día siguiente se trasladase su cadáver “al Paraninfo de la Antigua Universidad Central, donde permanecerá en capilla ardiente hasta la hora de sus funerales”. Por eso, no nos queda duda de que el primer “milagro” de José Gregorio fue político: abrió la universidad. Esta no es una afirmación a la ligera ni efectista. Hay que detenerse a pensar en la situación de la universidad en ese momento, para darse cuenta de que aquello debe haber tenido un gran impacto. Fue una manera de que la universidad hiciera ver que estaba viva y tenía un peso, que era un recinto público importante, un valor de la ciudad y de la sociedad, y el espacio natural para que una figura como José Gregorio Hernández, que había movilizadado a aquella multitud, estuviese allí. Porque él era un hombre de la universidad.

Pero también era un hombre de la Iglesia; tanta era su fe que en dos ocasiones intentó ser sacerdote. Y pudo perfectamente haber salido de la casa de su hermano hacia la catedral y de ahí al cementerio, pero

al forzar esa parada en el paraninfo, los ucevistas estaban consumando una acción política de alto valor simbólico, aun cuando no los moviera esa intención sino el dolor por la pérdida de uno de sus más ilustres maestros. Y así como casi de inmediato despertó en la gente la convicción de que José Gregorio la acompañaría siempre, como un ángel, se hizo más clara la idea de que él era una figura del conocimiento, un símbolo del saber como ámbito contrapuesto a la arbitrariedad poder.

En todo caso, ocurrió lo que él decía pueblo, universidad y ciudad, todo eso junto, fueron

UNO.

*Conferencia multifacética
Dr. Beato José Gregorio Hernández¹:
un ser cabal contrariado²
Epílogo*

*Sesión Solemne especial de la Academia de Medicina
y la Asociación de Egresados y amigos de la UCV
Paraninfo de la Academia de Medicina.
Palacio de las Academias
Caracas, 2 de marzo de 2023*

Prof. Ángel G. Hernández.

I

¿Por qué este epílogo?

La respuesta guarda relación con el doble propósito de la conferencia multifacética sobre el Dr. Beato. José Gregorio Hernández. Primero, contribuir con la comprensión de quien fue el hombre y ciudadano, Dr. José Gregorio Hernández, en tanto su propia existencia

¹*Las llamadas a lo largo del presente texto son consecuencia de la modificación del texto original, Epílogo, una vez conocidas las exposiciones de los conferencistas invitados.*

²*El título bien podría ser: Un ser cabal contrariado trascendente*

*Profesor Titular UCV
Director Asociación de Egresados
y amigos de la UCV*

íntima, logros académicos y proceder social y, segundo, emprender la creación de la Cátedra Libre de Egresados y Amigos de la Universidad Central de Venezuela [CEA-UCV (La Cátedra)].

La elección del Dr. José Gregorio Hernández no fue ni oportunista, ni al azar ni una imposición de voluntad alguna, al contrario, es el resultado de consulta a personalidades y a instituciones que en nuestra esfera pueden acoplarse con los fines y propósitos de la Cátedra. En este andar inicial surgió el nombre de un egresado de la UCV, emblemático, brillante, destacado, honrado y, además, un símbolo nacional con repercusión internacional. Tampoco fue descuidada y ligera la elección de la estructura del encuentro. El tratamiento de las diferentes facetas del Dr. José Gregorio Hernández, por conocedores de estos cantos de su personalidad, debía ser lo más profunda posible y, por tanto, era necesario intentar una concreción de lo aprendido acerca de nuestro personaje; de acá su modelo como molde de la calidad de los participantes en futuros programas de la Cátedra.

II

“¿Quién fue el Dr. José Gregorio Hernández?”

Tres almas en el hombre individual y social, a la vez. Frecuentemente se ignora que el ser humano tiene un cerebro individual y social operando en relación dentro de la funcionalidad integral de una trama estructural interconectada. Esto significa que, aunque la influencia del grupo próximo y la sociedad, en general, son ciertamente importante, pero también lo son, el uso de la razón en conjunto con los sentimientos y emociones para elegir la vida que se desea vivir. Es una lucha, a veces, desigual.

JGH depositó un ferviente amor, preocupación y dedicación a la familia y amigos. Atento estuvo, al bienestar de ellos, en diferentes dimensiones de los bienes básicos humanos como son, entre otros: la vida misma, la salud, la seguridad, el conocimiento, la excelencia en el trabajo y la sociabilidad. Especialmente, se interesó por su agencia, esto es, por que tomaran decisiones personales y colectivas de acuerdo con principios éticos. Tampoco escapó a su observación su estado de

paz con Dios como fuente de significado y valor. Al igual que, con la precisión de las células espejo cerebrales, procuraba para los demás, sin imposiciones, pero con firmeza, lo que había elegido vivir en sí mismo¹.

No obstante, el clima social y político lo castigó, ocasionalmente². Se propagaba la conseja de que se consideraba su expulsión de la comunidad por godo y, la cual, se la hicieron saber. Evidentemente se trataba de una complicada patraña sustentada por diferentes actores en una simulación de ostracismo. El ostracismo era una de las sanciones sociales humanas más dolorosas aplicada, por una comunidad, a través de un juicio a aquellos quienes se suponía habían incurrido en faltas graves a las reglas y tradiciones a la comunidad. Evidentemente, ese no era el caso del comportamiento de José Gregorio Hernández. Respondió con nobleza cuando la nobleza no obligaba. Se trasladó a Caracas. Fue, luego de su trágica muerte, revindicado por la “energía humana que pese a emerger de la carne y la fe de miles personas—se puede decir que no era de este mundo”³.

III

¿Hombre atemporal?

En cuanto al quehacer, del Dr. Beato José Gregorio Hernández, en la Universidad Central de Venezuela, el mismo fue, como su vida, holístico e integral. La investigación, en tanto la *creación de conocimiento e interpretación del producido por otras investigaciones con el fin de*

¹ El Cardenal Baltazar y arzobispo de Caracas, Baltazar Porras nos dice que el Dr. José Gregorio Hernández fue el testimonio permanente “del verdadero y auténtico mandamiento, que no es otro que el amar a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a uno mismo”. [Vinke, R. *El Dr. José Gregorio Hernández: una historia documentada* (2021):186]. En ese mismo libro, el Cardenal Urosa, Arzobispo emérito de Caracas afirma que fue “ejemplo de virtudes cristianas y humanas y, que es, “paradigma de buen venezolano y gran modelo para nuestros jóvenes” *ibid.*, pp 187. *Itálicas y subrayado propio.*

² Al decir ocasionalmente, lo hago para matizar ya que en numerosas ocasiones fue respetado por los mandatarios y adorado por el pueblo [[Vinke, R (2021). *El Dr. José Gregorio Hernández: una historia documentada*

³ Ortiz, C. *Santa palabra* (2021).

fin servir a la comunidad universal y *habilitar apropiadamente los profesionales* que el Estado demanda. La mal entendida y definida extensión universitaria, él la entendió apropiadamente al expandir los beneficios de su gran y moderno conocimiento⁴ a la sociedad, ya como médico ya como apoyo a la *existencia de sus pacientes* (Asistencia médica física, psicológica, social y espiritual de sus enfermos) y mejora de la salud pública. Descubrió el agente reservorio de la esquistosomiasis y, además, una de sus grandes contribuciones a la investigación universitaria en Venezuela fue la aplicación de un conocimiento, muy complejo y heterogéneo, para el establecimiento del primer laboratorio de Medicina Experimental y Anatomía Patológica en Venezuela.

La actividad universitaria antes citada bien puede ser definida como de servicios a la comunidad académica y la generalidad de ella, al crear facilidades académicas entre las cuales se encuentran, además y, entre otras, la elaboración de pensa y programas asociados a la creación o funcionamiento de las cátedras ya existentes. En tanto y cuanto la creación de laboratorios es poco común la diatriba entre colegas universitarios, pero cuando se trata de la modificación de los pénsum ya establecidos la lucha es dura, inútil y productora de odio. Además, los servicios a la comunidad, académica o no, y, por tanto, al funcionamiento universitario poco cuentan en la evaluación profesoral. Las únicas reconocidas social y económicamente son las asociadas con la política y, JGH no fue practicante de la política personalista destinada a preservar el estatus quo, ni tampoco favorecido, preferencialmente, por la política caudillista y violenta de sus tiempos.

Algo nos dice esto de su grandeza como académico. De nuevo fue revindicado ya que, el nombre del Dr. José Gregorio Hernández, es el epónimo del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

⁴*Un factor altamente apreciado, en los círculos académicos como un indicio, de una buena formación, es la calidad de los centros de investigación en los cuales las personas han realizado su capacitación y producido nuevo conocimiento. (Ver, Enrique López-Loyo, en esta conferencia.)*

IV

¿Una fuerte vida interna fondo de su actualidad y universalidad?

JGH depositó un ferviente amor, preocupación y dedicación a la familia y amigos. Atento estuvo, a su bienestar en calidad de bienes básicos humanos. Entre otros: la vida misma, la salud, la seguridad, el conocimiento, la excelencia en el trabajo y la sociabilidad. Especialmente, se interesó por la agencia, esto es, la acción y el comportamiento de las personas en búsqueda de aquello que valoran y eligen en un proceso calificativo, tanto en lo personal como cuando se forma parte de un grupo, en el cual deben incluirse principios éticos. Tampoco, escapó a su particular esmero el cuidado del estado de sus familiares, amigos y congéneres de la paz con Dios como fuente de significado y valor. Al igual que las células espejo cerebrales procuraba para los demás, sin imposiciones, lo que había elegido vivir en sí y consigo mismo⁵.

La universalidad del Dr. José Gregorio Hernández se reafirma actualmente no sólo, por su quehacer y reconocimiento universitario y la consideración que le confiere la fe católica sino, por ser un ejemplo de que, sin individuos de su talla no se construye civilización. En la actualidad, representa todo lo contrario al colectivismo defendido por movimientos contraculturales. No se distinguen estas ideologías y sus sacudidas por la afirmación de la pasión y amor al ser humano. Estos peligrosos temblores políticos y sociales son impulsados por seres egoístas aspirantes a conseguir, en el desorden de las revoluciones, lo que en una sociedad justa se premia debido al esfuerzo y al talento; ellos, ante cada fracaso, huyen hacia adelante para armarse de nueva legitimidad. Ya, Ortega y Gasset adelantaba parte de esta reflexión en 1926.

⁵Repitamos lo antes señalado por el Cardenal Baltazar y arzobispo de Caracas, Baltazar Porras nos dice que el Dr. José Gregorio Hernández fue el testimonio permanente “del verdadero y auténtico mandamiento, que no es otro que el amar a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a uno mismo”. [Vinke, R. *El Dr. José Gregorio Hernández: una historia documentada* (2021:186)]

Vencer la adversidad requiere de preparación según la perspectiva del Cardenal y Arzobispo de Caracas, Baltazar Porras: “En el texto del Eclesiástico que abre esta disertación encontramos la clave. El que quiera servir al Señor tiene que prepararse para la prueba, porque el crisol del sufrimiento purifica como el fuego”⁶.

Pienso que la construcción de un sentido moral fuerte es el producto de la relación entre las capacidades y las creencias individuales con el contexto social y cultural. Adelantemos el entendimiento de la moralidad de los neurocientíficos y compartida por quien habla. La moralidad es un fenómeno natural⁷. Cada persona es portadora, estructurar y funcionalmente, de un cerebro social e individual que hace de este el centro de mando y coordinación de la totalidad orgánica, psicológica y espiritual de cada individuo. La moral, es un atributo humano complejo *conformado* por las fuerzas de la selección natural, *enraizada* en la neurobiología, *modelada* por la *ecología como comportamiento y modificada por la cultura*. Asociando esta visión de la moral con lo escuchado hoy en el contexto del acto ya descrito, diré que fue un hombre de misión guiado por una doctrina -una creencia que tienen, de una forma u otra, todos los hombres libres al elegir su destino -. El Dr. José Gregorio Hernández dotado por la naturaleza, *racional y emocionalmente modeló su comportamiento* a su misión renunciando a ciertas tentaciones de la cultura local como son la ambición de poder y reconocimiento acomodando su inteligencia y capacidad a la conveniencia y a los tiempos.

Esto es un hombre cabal, es decir, de lo mejor de su época en la difícil tarea de ser humano.

⁶Disertación del Cardenal y Arzobispo de Caracas Baltazar Porras en el evento titulado “Dr. Beato. José Gregorio Hernández del cual la presente ponencia forma parte.

⁷La moralidad tiene fuentes explicativas de su origen humano.

*La tecnología emergente: una visión
en la construcción de una teoría teleo-
epistémica multidimensional para la
formación del nuevo cirujano general*

*Trabajo de incorporación como Miembro
Correspondiente Nacional puesto 24*

Dra. Alba Cardozo de De Abreu

RESUMEN

El propósito fundamental de esta investigación fue construir una teoría teleo-epistémica multidimensional en la formación profesional del cirujano general desde una visión tecnológica emergente. Para tal fin, se asumió el modelo Epistémico Antropológico o Humanista y el Método Hermenéutico. El escenario lo constituyó el Servicio de Cirugía III del Hospital Vargas de Caracas, mientras que los informantes o actores sociales fueron 2 docentes, 3 residentes quirúrgicos de tercer año de postgrado y dos pacientes del referido hospital. Los hallazgos obtenidos evidencian que los informantes no se sienten preparados para afrontar con éxito las intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas que requieren la manipulación de técnicas y equipos quirúrgicos de avanzada tecnología, por lo que requieren más formación en competencias. Con base a tales hallazgos se construyó un teoría cualitativa o Theoreo

ORCID: 0009-0005-6648-2924

fundamentada en las siguientes premisas (1) Hacer de la educación y sus procesos formativos, una respuesta social y (2) la Formación y el ejercicio profesional forman parte del mismo proceso. Emerge así la enseñanza de las técnicas laparoscópicas en biomodelos como una competencia necesaria y parte integrante del constructo teórico, para el diseño curricular de la formación de especialistas en cirugía general.

Descriptor: Educación. Formación competencial. Cirugía General. Paradigma Formativo. Cirugía mínima invasiva.

SUMMARY

The fundamental purpose of this research was to build a multidimensional teleo-epistemic theory in the professional training of the general surgeon from an emerging technological vision. For this purpose, the Anthropological or Humanist Epistemic model and the Hermeneutic Method were assumed. The scenario was constituted by the Surgery Service III of the Hospital Vargas de Caracas, while the informants or social actors were 2 teachers, 3 surgical residents in their third year of postgraduate studies, and two patients from the aforementioned hospital. The findings obtained show that the informants do not feel prepared to successfully face minimally invasive surgical interventions that require the manipulation of advanced technology surgical techniques and equipment; therefore, they require more training in skills. Based on such findings, a qualitative theory or Theoreo was built based on the following premises (1) Making education and its formative processes a social response and (2) Training and professional practice are part of the same process. Thus, the teaching of laparoscopic techniques in biomodels emerges as a necessary competence and an integral part of the theoretical construct, for the curricular design of the training of specialists in general surgery.

Descriptors: Education. Skills training. General Surgery. Formative paradigm. Minimally invasive surgery.

INTRODUCCIÓN

Desde una visión netamente antropológica es sabido que el ser humano a engrandecido su sentido de vida social, incluyendo su desarrollo espiritual y muy particularmente su desarrollo profesional, a través de la interrelación entre procesos que ocurren de manera acelerada y vertiginosa y que apuntan hacia mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje en colaboración y en equipo. Sin embargo, la mejora en la formación del médico cirujano general, dentro de un entorno multidimensional que vincula la dimensión filosófica, la organizacional y la académica, con una aproximación a la investigación para la producción y trasmisión del conocimiento que garantice la integración de diferentes saberes en la formación del cirujano/ciudadano, aún no ha sido suficientemente debatido. En tal contexto el objetivo de la presente investigación, enmarcado en el paradigma humanista hermenéutico, con enfoque cualitativo, se ha planteado el análisis de un modelo teórico que contempla la formación del cirujano general en el ámbito de la multiplicidad y complejidad de sus múltiples componentes formativos. Dentro de este contexto de análisis ha sido importante destacar la participación de los cambios acelerados y vertiginosos de la tecnología emergente. Para tal fin se propuso recorrer cinco momentos teóricos como son: I) La construcción de la situación problemática, ubicando el problema, el propósito de la investigación y la relevancia de la investigación. II) El marco teórico que describe los antecedentes y referentes teóricos en cuanto a las teorías educativas, pedagógicas, filosóficas, reseña histórica, bases teóricas, bases legales. III) La visión de la Arquitectura Epistémico- Metodológica, identificando el paradigma de la investigación, su enfoque, método, el diseño de la investigación. IV). La valoración de los hallazgos producto de las técnicas e instrumentos de la recolección de como las entrevistas a profundidad, guion temático, la interpretación de los hallazgos, categorías, triangulación, contrastación, validación y confiabilidad de los instrumentos y técnicas de análisis de los datos, presentación de las entrevistas, estructuras particulares y generales. Por último, V)

Contempla la presentación del Theoreo derivado de la investigación realizada, de manera de contribuir con un aporte que se devela y que se revela desde el telos de la investigación. La teoría emergente teleo-epistémica en la formación competencial del profesional de Cirugía General, Estructura del Theoreo: La Aletheia: la verdad, lo revelado, evidencias desde el colectivo, en el plano empírico, argumentación y un modelo que sintetiza el constructo de la investigación , premisas, el epílogo y por último se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

I. CONSTRUCCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. PROBLEMA A ESTUDIAR

Para nadie es un secreto que el tecnicismo fundamentado en la rigurosidad instrumental, ha sido el eje para la formación del cirujano desde comienzo del siglo XX, en la llamada época de la modernidad. Sin embargo, actualmente, resulta evidente que las formas de aprender han ido adaptándose a cambios constantes de nuevas situaciones de aprendizaje en distintas disciplinas en donde la instrucción se centra en el aprendiz y en donde los recursos educativos ofrecen una estimulación multisensorial, que ha permitido, a través de múltiples caminos, resolver los problemas más complejos. Todo ello, basado en un nuevo modelo integrador cuyos componentes fomentan el trabajo cooperativo, el intercambio de información, el aprendizaje activo así como la exploración y las nuevas tecnologías de la especialidad. Si la clasificación de los conocimientos por disciplinas ha permitido el desarrollo de la Ciencia Moderna, entonces la evolución interna de la ciencia y el aceleramiento del desarrollo tecnológico estarían abogando a favor de un nuevo modo de conocimiento, ¿transdisciplinario? o ¿hermenéutica-dialéctica? Cabe destacar que, en un modelo teórico formativo como propuesta pedagógica debería contar con estrategias más humanística para una atención integral, en donde el componente técnico no es lo central, sino un componente más dentro de los múltiples componentes formativos y centrado en valores como honestidad, confianza, justicia, la responsabilidad individual y social, respeto a los derechos humanos, respeto por el paciente, el dolor y el sufrimiento

del otro, por el mismo y sus compañeros, cooperación, solidaridad, excelencia, altruismo, la compasión, la empatía, el sentido del deber, la integridad y las responsabilidades legales, la bioética, lo cual implique también los conocimientos teóricos y prácticos, habilidades y destrezas, dominio y manejo de las diferentes técnicas quirúrgicas, la tecnología de la especialidad, y de la información, habilidades de comunicación, análisis científico e investigación integrado todo ello como una propuesta educativa de enseñanza de técnicas laparoscópicas como nueva herramientas didácticas en biomodelos, con fundamentos científicos-humanísticos, teoría axiológica-epistémica, no claramente visibles en los modelos convencionales del proceso enseñanza- aprendizaje. De allí que construir una teoría teleo-epistémica multidimensional en la formación profesional del cirujano general desde una visión tecnológica emergente.

RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Ante los procesos de transformación que se está produciendo en el mundo basados en el conocimiento y el desarrollo tecnológico de la información y las comunicaciones, la sociedad venezolana enfrenta retos como: el proceso de globalización, el florecimiento de nuevos paradigmas, la necesidad de elevar la calidad de vida y el bienestar colectivo, la creación de nuevas instituciones políticas y, en general los desafíos que asedian a toda la humanidad en los diferentes campos: político, económico, social, cultural, ético, ambiental y específicamente en el área de la educación superior.

La respuesta a estos retos exige establecer relaciones coordinadas y efectivas, así como del compromiso ético, político y social de las diversas instituciones del Estado Venezolano, para el logro de su misión común: viabilizar el desarrollo de un país donde sus habitantes cuenten con la mejor calidad de vida posible. Es muy importante también la integralidad de los saberes en una teoría emergente en atención en salud, muy vinculada históricamente entre las instituciones formadoras de recursos humanos como a las políticas de estado, que se han venido planteando estrategias para la práctica de una atención

integral, interdisciplinaria e interinstitucional para poder abordar la problemática de salud en nuestra sociedad en la actualidad. La educación universitaria en Venezuela experimenta un conjunto de cambios con miras a fortalecer sus escuelas, adecuarlas y actualizarlas, proceso de transformación que viene gestándose desde 1990 (1). Así para realizar nuevos diseños curriculares, las escuelas deben asumir su responsabilidad institucional, y han de definir de modo concreto, las competencias mínimas que los egresados deben tener, que les permita iniciar su vida profesional y así dar respuesta a la atención de las necesidades básicas de la colectividad y para con la sociedad en general. En esta teoría emergente teleo-epistémica se busca teorizar en los aspectos referidos al nuevo perfil de nuestros egresados de los postgrados de cirugía general, basados en un perfil por competencias, fundamentada en una formación médica integral, donde se enlazan un producto final con sólida formación académica que será un “Cirujano General” de muy alta calidad y competente, presentando las funciones y tareas específicas que debe ejercer, con altos valores éticos morales y gerenciales en estrecha relación con su realidad social, es decir, de factores estructurales y coyunturales de tipo económico, político, social y cultural en pro del desarrollo de la institución y del país visión tecnológica emergente, resulta prioritario.

Así este trabajo está proyectado a enfrentar las limitaciones existentes en el proceso de enseñanza quirúrgica contemporánea y se justifica ya que espera contribuir con el estudio profundo de los elementos teóricos, experimentales y docentes más acordes con los problemas de la realidad estudiada para generar estrategias efectivas de tratamiento bajo una visión ontológica.

II.-CONTEXTO TEÓRICO

En el campo de la teoría teleo-epistémica multidimensional cabe destacar los estudios realizados sobre los factores que han contribuido a un cambio en los paradigmas de la cirugía y en la enseñanza de la misma, principalmente los referentes a la cirugía laparoscópica, los cambios previos en la educación médica, así como la revolución flexneriana (2)

y los nuevos enfoques, corrientes y tendencias de la medicina actual de acuerdo a Quirarte (3). Dichos estudios han fortalecido la importancia de la simulación en los nuevos modelos de aprendizaje en la cirugía, la revelación y el cuestionamiento acerca de la inaceptable tasa de iatrogenias en la nueva era de la medicina, el cambio hacia la «medicina basada en competencias y medición de resultados» y la descripción de algunos importantes ejemplos de los nuevos modelos de evaluación en la clínica y la cirugía. Concluyendo sobre la importancia que tiene el tema de la formación competencial en cirugía para la sociedad de la información, ya que se pudiera decir que la medicina y la cirugía en particular han quedado establecidas en un contexto electrónico, digital y audiovisual, cada vez más variado, integrado y más adaptado a formación. También caben los estudios sobre lo esencial que resulta conocer el perfil del docente para la formación en materia de la disciplina de cirugía general Franklin (4). Dicho trabajo enfatiza sobre los distintos instrumentos a desarrollar para la obtención de un mejor desempeño y un máximo desarrollo del estudiante de pregrado en cirugía. En tal sentido la encuesta estructurada (Bayley. 1984), ha sido prioritaria. Sus resultados han fortalecido el que las tareas de investigación, el diagnóstico, la toma de decisiones, la planificación, evaluación y autoformación, así como la ejecución de actividades en el campo a enseñar, culminadas con la publicación, permiten una mejor comprensión de los problemas médicos y quirúrgicos. Otros estudios sobre la educación quirúrgica basada en competencias, Guerra (5), han hecho énfasis en un análisis y evaluación dirigida a que el desempeño de educando o residente quirúrgicos. Allí se ha planteado el alcanzar objetivos específicos graduales previamente planificados y señalados en su currículo. Conceptualiza el término competencias como un concepto altamente polisémico y término confuso en la cultura organizacional actual. Esta investigación, hace énfasis en la estructura de los tres saberes, saber ser, saber conocer, saber hacer. Los cinco ejes necesarios para la formación de personas idóneas: responsabilidad de las instituciones educativas. Responsabilidad social (cultura de formación del talento y recurso humano), responsabilidad del sector

laboral, empresarial, y económico. Responsabilidad de la familia y su entorno. Responsabilidad personal de los sujetos de la formación. Todos los aporte antes descritos y vinculados con la teoría teleo-epistémica multidimensional han permitido reflexionar sobre preguntas como: ¿Qué debería esperar la sociedad de los cirujanos? Encontrándose para ella numerosas respuestas entre ellas que la noción de experto debería preponderar en la profesión de cirujano: se considera que la opinión y noción pública del rol de experto, en donde su experticia garantizaría el dominio de su campo de acción laboral siendo el custodio de los valores relacionados con el área de dicha experticia. La imagen del cirujano es la de un hombre o mujer de acción, capaz de funcionar adecuadamente bajo presión. Ahora bien, preguntarse también con qué fundamentos teóricos ha de construirse esa imagen de cirujano experto implica la contextualización del problema en término de los distintos referentes teóricos y conceptuales (Brown y Hackett, 1994) (6). Ver Figura 1.

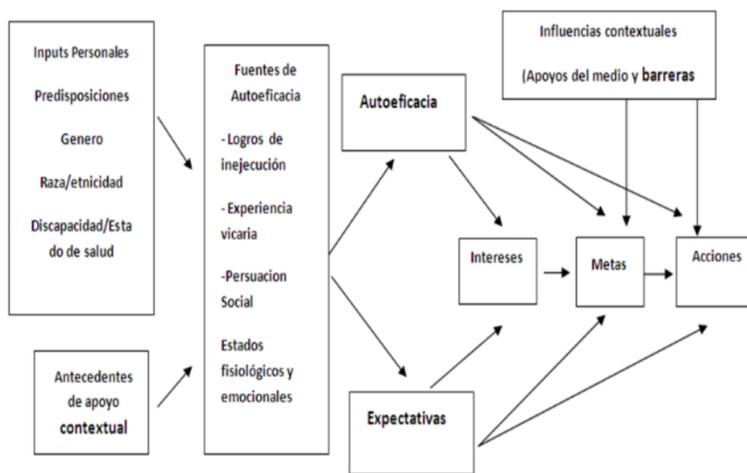


Figura 1. Perspectiva teórica cognitivo social del desarrollo de carreras y relaciones entre los constructos básicos.

Tal como lo refleja la Figura 1, los constructos básicos que integran este modelo teórico constituyen una red de relaciones que han de desembocar en la adquisición de habilidades desde la niñez hasta la adultez en el ámbito vocacional. Ello, desde el enfoque de desarrollo de la carrera. Estas relaciones que subyacen en los constructos se caracterizan por ser recíprocas y continuas. Resulta de fundamental importancia en el contexto de esta teoría las interrelaciones entre los constructos considerados fundamentales para la integración en el sujeto de percepciones, creencia y habilidades que le permitan realizar tareas y elecciones exitosas tanto en el contexto escolar como ocupacional, la cual se conceptualiza como el nivel de confianza que posee el ser humano en sus competencias.

Por otra parte, la Teoría de la Acción Comunicativa de Habermas Jünger Habermas (7), en cuanto a la teoría de la acción comunitaria cabe destacar que las voluntades que ejecutan los sujetos durante la constitución de los hechos son concebidos desde una visión intersubjetiva y desde una relación de los objetos y de sus experiencias sociales, desde allí se formula un modelo que permite analizar la sociedad como dos formas de racionalidad que están en juego paralelamente: la racionalidad sustantiva del mundo de la vida y la racionalidad formal del sistema. Sin embargo, el mundo de la vida representa una perspectiva interna como el punto de vista de los sujetos que actúan sobre la sociedad. Por ello, estudia a la sociedad como un conglomerado de sistemas complejos, estructurados, donde el actor desaparece transformado en procesos (sistema-racional-burocrático), y por otro lado, también incluye el análisis sociológico que da primacía al actor, como creador. Con base en lo anteriormente expresado, Habermas (2001) (8) desde su teoría, refiere que, al elegir un determinado concepto sociológico de acción, nos comprometemos con determinadas presuposiciones ontológicas.



Figura 2. En la Teorías sociológicas conceptos de acción, según Habermas. Con datos de Teoría de la racionalidad comunicativa.

En la figura que antecede, se observa como desde la sociología, Habermas, explica la reorientación al hacer y sentir del concepto de acción de la comunicación; concibiendo a los actores el cómo, involucran con su raciocinio, espíritu, su simbología adecuada, para ser atendidos y entendidos en ese sistema social, donde están interactuando con sus propias apreciaciones (subjetivas) para dar consistencia a su accionar. De esta forma, Habermas, contempla la acción comunicativa y el mundo de la vida como conceptos adicionales. En concreto, la acción comunicativa puede considerarse como algo que ocurre dentro del mundo de la vida, donde los símbolos son los que permiten una interacción. Posee como núcleo fundamental las normas o reglas obligatorias de acción que definen formas recíprocas de conducta y han de ser entendidas y reconocidas intersubjetivamente. Este tipo de acción da lugar al marco institucional de la sociedad en contraposición a los

sistemas de acción instrumental y estratégica. Es así que, Habermas asigna al marco institucional de la sociedad, las siguientes funciones: Organización colectiva para la conservación de la especie, la cual no está asegurada exclusivamente por el instinto; e institucionalización del aprendizaje y acomodación.

Todo ello nos lleva a considerar en esta investigación, como las concepciones que sobre cirugía mínimamente invasiva manejan con sus símbolos particulares los docentes y estudiantes de cirugía general, permiten proveer una singular comunicación con sus discípulos y ellos de manera recíproca lo exhibirán en su campo laboral, por modelaje. Por tanto, desde el aspecto ontológico esta investigación, pretende develar esas cosmovisiones entre los discentes y docentes al respecto de su hacer, ser y conocer vinculado a los conocimientos y competencias que tiene que tener un cirujano general del siglo XXI. Es una necesidad sentida atender las exigencias que la sociedad requiere con lo referido a la Cirugía, ya que ello se proyecta en la calidad de vida de los seres humanos que en un momento determinado la necesitan.

En este orden de ideas, para Habermas (8), una parte de los contenidos culturales se transforma funcionalmente y sirve a la legitimación del sistema de dominio; y sobre el grado de represión, decide el marco institucional, así como sobre el grado de emancipación e individuación, por ejemplo, fijando la oportunidad de satisfacción de necesidades específicas del estrato, así como las necesidades generales. No obstante, el mundo de la vida es el lugar trascendental donde se encuentran el hablante y el oyente, donde de modo recíproco reclaman que sus posiciones encajan en el mundo y donde pueden criticar o confirmar la validez de las pretensiones, poner en orden sus discrepancias y llegar a acuerdos. En la práctica comunicativa cotidiana no hay situaciones definitivamente desconocidas. Incluso las nuevas situaciones emergen a partir de un mundo de la vida constituido desde un acervo cultural de saber que ya nos es siempre familiar. Es así que, la suposición de la teoría de la acción comunicativa es que, existen tres mundos, los que constituyen conjuntamente el sistema de referencia que los hablantes suponen en común en los procesos de comunicación.

El mundo externo alude a los mundos objetivo y social, y el interno al mundo subjetivo. Es decir, que para esta concepción, el hablante, al ejecutar un acto de habla, entabla una relación pragmática con la totalidad del mundo objetivo, subjetivo y social: ver Figura 3.



Figura 3. Consenso simbólico de la Acción Comunicativa. Habermas (2001). Teoría de la racionalidad comunicativa.

Así pues, en el contexto de lo planteado por Habermas (7), el hablante y el oyente se entienden desde y a partir del mundo de la vida que les es común, (porque esta simbólicamente estructurado) sobre algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo. De manera que, entender un acto de habla, significa, para el oyente, saber qué lo hace aceptable, y por lo tanto, se puede afirmar que la acción comunicativa se basa en el consenso simbólico. Con base en las consideraciones anteriores, la calidad de la educación para los programas de cirugía general, mejoraría al dejar de un lado

prácticas improductivas, fragmentarias, aisladas, individualistas, desvinculadas del contexto social, por una mejor integración de los consensos simbólicos que plantea Habermas, en la teoría de la acción comunicativa. Además, considerar la dimensión psicosocial, biológica, humanista desde el subsistema universitario e integrar a ese manejo de la comunicación, es un valor agregado en el saber que involucra lo académico y el ámbito laboral. Dentro de los conceptuales cabe destacar la formación del profesional de cirugía y el desarrollo de competencias que involucra la formación profesional en atención al ser, al saber, al hacer y al convivir e incluir en el perfil del egresado, las habilidades, las capacidades y la disposición para contribuir a resolver problemas de la sociedad, expresadas como competencias; se le impone a sus docentes y estudiantes una profunda reflexión educativa sobre la construcción de un nuevo enfoque curricular, comprometido con la formación de profesionales adecuados a las exigencias de una ciudadanía y sociedad democrática compleja.

A continuación, se presentan un conjunto de diez definiciones sobre competencias y sus palabras claves. Cuadro 1.

| AUTOR | DEFINICIÓN | PALABRAS CLAVES |
|--------------------------|--|---|
| Bacart y Graciano (1993) | Conjunto de saberes puestos en juego por los trabajadores para resolver situaciones concretas de trabajo. Las competencias son inseparables de la acción pero exigen a la vez conocimientos. | Resolución de problemas. Conocimientos. |
| Braslavsky (1993) | La formación de competencias, alude a un saber hacer razonado que permita hacer frente a la incertidumbre de un mundo cambiante tanto en el terreno político como social y laboral. | Saber hacer. Enfrentar la incertidumbre Mundo cambiante |

Continúa en la pág. 67...

...continuación del Cuadro 1.

| AUTOR | DEFINICIÓN | PALABRAS CLAVES |
|------------------------|--|---|
| Punk, GP (1994) | Es competente quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver problemas profesionales de forma autónoma y flexible, y está capacitado en su entorno profesional y en la organización del trabajo | Resolución de problemas Conocimientos, destrezas y aptitudes. Ejercicio profesional. |
| Barriga, C (s/f) | La competencia es una aptitud, vale decir, una capacidad para hacer algo de modo eficaz. Primero como saber hacer y hacer una capacidad potencial que posee el sujeto para hacer algo y segundo como la ejecución de esta capacidad en una actividad concreta. | Capacidades y aptitudes. Ejecución de capacidades. Saber hacer. |
| Proyecto Tuning (2003) | Las competencias representan una combinación de atributos (con respecto al conocimiento y sus aplicaciones, aptitudes, destrezas y responsabilidades) que describen el nivel o grado de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarlos. | Combinación de atributos Aplicación de conocimientos, aptitudes, destrezas y responsabilidades. Ejercicio profesional. |
| Proyecto Tuning (2003) | Las competencias se entienden como conocer y comprender (conocimiento teórico de un | Conocer y comprender Saber cómo actuar. |

Continúa en la pág. 68...

...continuación del Cuadro 1.

| AUTOR | DEFINICIÓN | PALABRAS CLAVES |
|-------------------|--|---|
| | <p>campo académico, implica la capacidad de conocer y comprender).</p> <p>Saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones). Saber cómo ser, (los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social).</p> | Saber cómo ser |
| SEA Y OPSU (2004) | <p>Desempeño social complejo que expresa los conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes y desarrollo global de una persona dentro de una actividad específica, sea esta especializada, de carácter técnico o profesional. Define dos tipos de competencias:</p> <p>Competencia genérica profesional: Los elementos compartidos que pueden ser comunes a los diferentes programas de una carrera universitaria.</p> <p>Competencia profesional específica: Son los elementos básicos o esenciales de un programa no compartidos con los otros programas de una misma carrera.</p> | <p>Desempeño social. Conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes y desarrollo profesional. Actividad específica técnico o profesional. Competencia genérica. Competencia específica-</p> |

Continúa en la pág. 69...

...continuación del Cuadro 1.

| AUTOR | DEFINICIÓN | PALABRAS CLAVES |
|---------------------------------|--|--|
| Camperos, García, Moreno. 2004) | Las competencias son un complejo entramado de comportamientos que exigen conjugar conocimientos generales o valores específicos y muchas veces ambos, así como también habilidades, capacidades, disposiciones y valores para diseñar o cumplir con dicho comportamiento | Comportamientos Habilidades, capacidades, disposiciones y valores |

En resumen, la competencia es un concepto holístico, que integra, conocimientos, (saber), habilidades (saber hacer), actitudes (saber ser) y relaciones consigo mismo, con los demás y con su entorno (saber convivir). Es decir, saber actuar movilizándolo todos los recursos en el trabajo. El análisis de las definiciones y las palabras claves, han facilitado la construcción de la definición de competencias. De ello se evidencia, que el desempeño y la integración de saberes surgen como los elementos fundamentales, alrededor de las cuales se pueden resumir los demás componentes que conforman la competencia: calidad y contexto (9,10).

De acuerdo a lo señalado y a los efectos de este trabajo, se ha tomado como definición de la COMPETENCIA MÉDICA como “La integración de saberes (saber saber, saber hacer, saber ser y saber convivir) para el “desempeño con eficiencia, eficacia y efectividad en la prevención; restitución y rehabilitación de la salud de acuerdo a las condiciones sociosanitarias, del sistema de salud y leyes que rigen el ejercicio profesional en la población donde se desenvuelve el médico”.



Figura 4. Competencias Académicas y Laborales. Cardozo 2016.

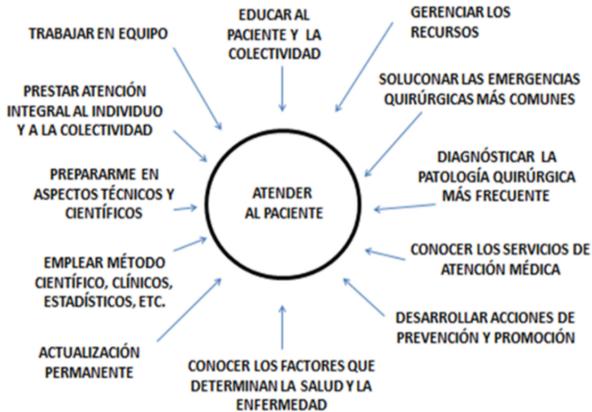


Figura 5. Competencias Genéricas.

Por lo que la formación del cirujano del siglo XXI, está ligado a múltiples factores de diversa naturaleza que nos impide seguir anclados en la rigurosidad instrumental con el fin único de lograr el perfeccionamiento instrumental sin que este hecho pierda su peso específico dentro de la multiplicidad de componentes formativos, para poder resolver los problemas de actualidad como garantizarle una buena salud a toda la población para lo cual la revolución de la información ha pasado a jugar un papel en la transformación de las estrategias. Muchos cambios en nuestra vida han ocurrido gracias al incremento en el poder de los computadores. El mejor ejemplo es el Internet, el cual provee acceso inmediato a información que hace pocos años era casi inalcanzable. El computador hace parte de todas las áreas de la vida cotidiana y la cirugía no podía escaparse a ello. Desde Ambrosio Paré (11) se le considera por muchos el padre de la cirugía moderna, sin estudios académicos y actuando como barbero-cirujano participó en numerosas guerras, lo que le permitió adquirir amplios conocimientos y experiencia en el tratamiento de las heridas. Por otro lado llegó a ser el cirujano y médico de cámara de nobles y de cuatro Reyes de Francia. Realizó múltiples aportaciones en numerosos campos del conocimiento sobre diversos temas, destacando el tratamiento de las heridas y amputaciones, realizando aportaciones en el diseño de material quirúrgico y prótesis de extremidades. En el campo vascular se podría destacar la sugerencia de la etiología de los aneurismas por la sífilis, la hemostasia de los vasos sanguíneos, la ligadura de los vasos en las amputaciones y el diseño de pinzas para la prensión de los conductos vasculares. Su obra ha quedado plasmada en numerosos documentos, en especial libros que ha servido para la trasmisión de sus aportaciones durante décadas y más bien siglos. La primera revolución en la cirugía se dio a finales del siglo XIX, cuando se unieron los esfuerzos de Billroth con sus nuevas técnicas e instrumentos, de Lister con la antisepsia, de Virchow con la patología y de Moore con la anestesia. Desde entonces, sólo se habían logrado pequeñas variaciones en las técnicas e instrumentales utilizados en cirugía. Inclusive algunas de las pinzas que utilizamos rutinariamente en cirugía laparoscópica son las mismas

que se utilizaron hace treinta años para la manipulación de materiales tóxicos y radioactivos. Dentro de los instrumentales cabe destacar la telemedicina, basadas en la informática dentro del campo médico. La Teleconsulta, basada en la transmisión de información a distancia. Las teleconferencias, intercambio y transmisión de información médica a través de conferencias en vivo. La Teleasistencia, basada en la colaboración en docencia e investigación a través de redes en tiempo real. La Realidad virtual, un mundo en tercera dimensión creado por el computador que permite al participante sumergirse, navegar e inclusive modificar. La Simulación que habilita al participante a reproducir o representar bajo condiciones de prueba, fenómenos que ocurren comúnmente en la vida cotidiana. La simulación se basa en la realidad virtual utilizando imágenes en tercera dimensión. La cirugía robótica, que hace uso de instrumentación manual programable para hacer movimientos variables en el campo quirúrgico. Por último la Telecirugía que combinan la telecomunicación y la utilización de robots para realizar procedimientos quirúrgicos a distancia.

III.-ARQUITECTURA EPISTÉMICO METODOLÓGICO

El método

El método de investigación para este trabajo ha requerido del enfoque paradigmático que lo suscita. Al respecto, el paradigma Humanístico como enfoque de la reflexión para esta investigación, demanda de métodos que vayan más allá del objetivismo y la determinación, para abordar la compleja realidad del conocimiento social. En función de lo anterior se considera que una de las herramientas metodológicas más apropiada para interpretar el fenómeno objeto de estudio es el método hermenéutico. La *hermenéutica* va a permitir interpretar y descifrar el sentido de significados construidos para descubrir cómo se construye el conocimiento en Educación. Acá se considera que la concepción hermenéutica desde la óptica Gadameriana, constituye un representativo aporte para comprender e interpretar los significados del contexto de lo que se conoce y como, se construye el conocimiento científico en Educación. Para Gadamer (12), la

“hermenéutica” es ese modo de comprensión que no está en el ser individual, sino en el ser histórico, de lo que se traduce que la hermenéutica no se ceñirá en entender al otro sino en el entenderse con el otro en un contexto determinado, bien sea en un texto, una obra de arte, una acción, un acontecer histórico, etc., pero lo más significativo es reconocer que ese proceso de conocimiento está mediado por la historia, es decir, que en la interpretación el investigador se implica en un diálogo con el otro en un intento de llegar a una mutua comprensión del significado e intenciones que están detrás de las expresiones de cada uno. En función de lo anterior, se considera que para comprender los significados de los lenguajes utilizados por los actores de los textos, los relatos, narraciones, de la realidad que se estudia en esta investigación, se necesita entender y reflexionar, sobre lo que ellos quieren transmitir sobre estas temáticas, y para lograrlo es necesario que los preconceptos, prejuicios, presuposiciones y expectativas propias de quien investiga estén presentes, de tal forma que se pueda dar significado al texto, y verdad de los fenómenos que se estudian, en este caso la construcción del conocimiento en Educación, con énfasis en la participación comunitaria. Es importante destacar que en la presente investigación se pretende formular constructos teóricos donde se vislumbre una nueva visión de la construcción del conocimiento sobre cirugía general desde una óptica hermenéutica, pero no desde una visión personal de quien investiga, sino producto de un compartir e intercambiar ideas con otros sujetos, y esto es posible a través de la hermenéutica, gracias a ese proceso dialógico que se da entre el investigador y los sujetos informantes, donde el lenguaje juega un papel determinante, porque permite la comunicación y el intercambio de impresiones e ideas, lográndose de esta manera una comprensión compartida del fenómeno que se estudia. Es de hacer notar que para efectos de esta investigación la hermenéutica se utilizará para comprender e interpretar, lo que en opinión de los actores sociales se tiene sobre la formación actual de los cirujanos generales.

Diseño de la Investigación: En función de la naturaleza y características particulares de la realidad en estudio, así como de la

orientación epistemológica, paradigmática y el tipo de investigación seleccionada, se realizó un diseño preliminar o tentativo. Este diseño consta de sucesivos momentos recurrentes: acercamiento convivencial, problematización de la realidad, arqueo documental y trabajo de campo, categorización e interpretación y la teorización, así como las estrategias de procesamiento de la Información. Escenario: Esta investigación fue desarrollada en los postgrados de cirugía general de la UCV. En el Hospital Vargas de Caracas (13). Los criterios utilizados para seleccionar los informantes claves estuvieron constituidos por (4) médicos que laboran en los postgrados de cirugía general de la UCV, en el Hospital Vargas de Caracas.

IV.- VALORACIÓN DE LOS HALLAZGOS

A continuación, las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas.

ENTREVISTA.

INFORMANTE CLAVE JMDA

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|-----|---|
| | 01 | Inv |
| | 02 | <i>1. ¿Cuáles consideraciones haría Usted a la formación del cirujano desde una perspectiva transdisciplinaria?</i> |
| | 03 | |
| | 04 | |
| | 05 | Jmd |
| | 06 | Hoy en día la medicina abarca una gama importante de conocimientos que van avanzando paulatinamente. No todos los médicos y en nuestro caso los cirujanos generales están en capacidad de abarcar toda esa cantidad de conocimientos nuevos, que han surgido, eso |
| gama importante de conocimientos | 07 | |
| avanzando paulatinamente. | 08 | |
| No todos | 09 | |
| cirujanos generales están en capacidad de abarcar toda esa | 10 | |
| | 11 | |
| | 12 | |
| | 13 | |

Continúa en pág. 75...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE JMDA

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|-----|--|
| cantidad de conocimientos nuevos, | 14 | ha traído que aparezcan cada día hay más especializaciones y sub especializaciones. Aquí en el postgrado de Cirugía General sede Hospital Vargas de la Facultad de Medicina de la UCV, los egresados, cirujanos generales, con un perfil que deben abarcar toda la patología quirúrgica, excluyendo las sub especializaciones, lo que fragmenta cada día más la cirugía, los cirujanos tienen la tendencia de ir orientándose a una sola área, debido al gran campo de avance del conocimiento, lo que ha generado a la cirugía general como requisito de nivel de otras especialidades. Esos médicos van adquiriendo estos conocimientos para dedicarse a un área específica, lo que lleva a la fragmentación del conocimiento y de la cirugía, en ocasiones es un problema porque disminuye el número de cirujanos generales, que son los que dan solución al mayor número de pacientes con patología quirúrgica, que llegan a nuestros centros asistenciales. |
| | 15 | |
| | 16 | |
| cada día hay más especializaciones y subespecializaciones. Aquí en el postgrado de Cirugía General sede Hospital Vargas de la Facultad de Medicina de la UCV, los egresados, cirujanos generales, con un perfil que deben abarcar toda la patología quirúrgica, excluyendo las sub especializaciones, | 17 | |
| | 18 | |
| | 19 | |
| | 20 | |
| | 21 | |
| | 22 | |
| | 23 | |
| | 24 | |
| | 25 | |
| | 26 | |
| | 27 | |
| | 28 | |
| los cirujanos tienen la tendencia de ir orientándose a una sola área, debido al | 29 | |
| | 30 | |
| | 31 | |
| gran campo de avance del conocimiento, lo que ha generado a la cirugía general como requisito de nivel de otras especialidades. | 32 | |
| | 33 | |
| | 34 | |
| | 35 | |
| | 36 | |
| | 37 | |
| | 38 | |
| | 39 | |
| | 40 | |
| | 41 | |
| | 42 | |
| | 43 | |
| | 44 | |

Continúa en pág. 76...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE JMDA

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|-----|---|
| | 45 | |
| | 46 | |
| | 47 | |
| | 48 | Inv 2. <i>¿Cuáles son los argumentos</i> |
| | 49 | <i>que Usted daría a favor de una</i> |
| | 50 | <i>formación integral del cirujano?</i> |
| | 51 | |
| | 52 | Jmd Los cirujanos no solo adquieren |
| | 53 | conocimiento a través de la lec- |
| | 54 | tura de las diferentes patologías |
| | 55 | quirúrgicas fase indispensable |
| | 56 | del adquirir <u>conocimiento</u> , ya |
| | 57 | que las misma se encuentra en |
| Los cirujanos no solo | 58 | los libros, con estas no adquiere |
| adquieren conocimiento | 59 | las <u>habilidades y destrezas</u> |
| a través de la lectura de | 60 | necesarias en todo cirujano. |
| las diferentes patologías | 61 | Tiene que estar siempre bajo la |
| quirúrgicas fase indispensable | 62 | supervisión de un <u>tutor</u> , realizar |
| del adquirir <u>conocimiento</u> , ya | 63 | las cirugías guiadas por este tutor |
| que las misma se encuentra | 64 | y a medida que van pasando |
| en los libros, con estas no | 65 | los años van adquiriendo las |
| adquiere las <u>habilidades y</u> | 66 | <u>habilidades y experiencias</u> |
| <u>destrezas</u> necesarias | 67 | <u>necesarias</u> . |
| | 68 | |
| bajo la supervisión de un <u>tutor</u> | 69 | |
| | 70 | En otros países del mundo como |
| | 71 | Estados Unidos de Norteamérica, |
| | 72 | es tan tutorial como aquí, y van |
| | 73 | adquiriendo las habilidades y |
| | 74 | destrezas por <u>niveles</u> , del primer |
| | 75 | al tercer año de formación. Así |
| | 76 | que considero que los <u>cursos de</u> |

Continúa en pág. 77...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE JMDA

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--------------------------------------|-----|--|
| | 77 | <u>postgrado</u> van a seguir siendo |
| van adquiriendo las | 78 | tutoriales en Venezuela. |
| habilidades y destrezas por | 79 | |
| niveles, del primer al tercer | 80 | Inv 3. <i>Enunmundoincierto, mutante,</i> |
| año de formación. Así que | 81 | <i>complejo e indeterminado</i> |
| considero que los <u>cursos de</u> | 82 | <i>¿cómo enfrentar la formación</i> |
| <u>postgrado</u> van a seguir siendo | 83 | <i>del cirujano con herramientas</i> |
| tutoriales en Venezuela. | 84 | <i>intelectuales y didácticas de</i> |
| | 85 | <i>épocas pasadas?</i> |
| | 86 | Jmd Creo que el avance de la |
| | 87 | especialización <u>fragmento la</u> |
| | 88 | <u>cirugía</u> , y cada día va a ser mayor |
| | 89 | las subespecialidades, vías |
| | 90 | biliares, colon, laparoscopia, |
| | 91 | etc. Habrá un punto de quiebre |
| Creo que el avance de la | 92 | donde pueda desaparecer esa |
| especialización <u>fragmento</u> | 93 | fragmentación, creo que no, |
| la cirugía, y cada día va a ser | 94 | la medicina y la <u>cirugía cada</u> |
| mayor las subespecialidades | 95 | <u>vez evoluciona y avanza y</u> |
| | 96 | <u>es más compleja</u> , entonces |
| | 97 | creo que la <u>formación inicial</u> |
| | 98 | <u>debe sentar las bases</u> para que |
| | 99 | estos cursantes tengan esas |
| | 100 | <u>múltiples competencias</u> y luego |
| la cirugía cada vez | 101 | ellos deciden por una salida o |
| evoluciona y avanza y es | 102 | subespecialidad de acuerdo a |
| más compleja, entonces creo | 103 | sus <u>intereses</u> . |
| que la formación inicial debe | 104 | Inv 4. <i>Desde su perspectiva, ¿cómo</i> |
| sentar las bases para que | 105 | <i>debe ser el trabajo docente,</i> |
| estos cursantes tengan esas | 106 | <i>en un mundo globalizado y</i> |
| múltiples competencias y | 107 | <i>organizado en redes, para la</i> |
| luego ellos deciden por una | 108 | <i>formación de los cirujanos</i> |

Continúa en pág. 78...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE JMDA

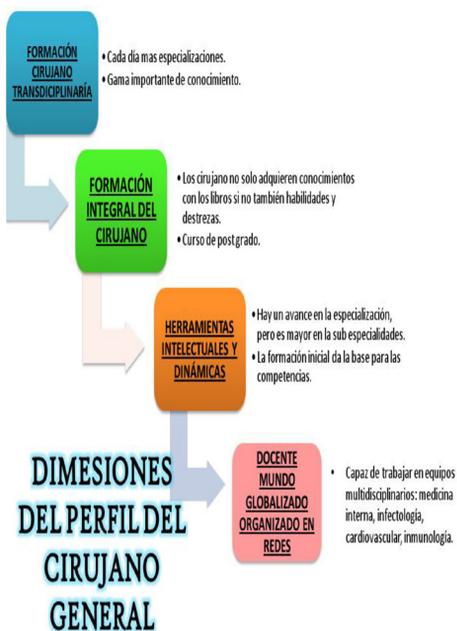
| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|-----|---|
| salida o subespecialidad de acuerdo a sus intereses. | 109 | <i>integrales?</i> |
| | 110 | Jmd El cirujano es también capaz |
| | 111 | de <u>trabajar con equipos</u> |
| | 112 | <u>multidisciplinarios</u> , su actuación |
| | 113 | depende de otras disciplinas como |
| | 114 | medicina interna, infectología, |
| | 115 | cardiovascular, cardiología, |
| | 116 | inmunología, entre muchas |
| | 117 | otras, para el buen manejo |
| capaz de <u>trabajar con equipos</u> | 118 | de los pacientes quirúrgicos, |
| <u>multidisciplinarios</u> , | 119 | que demandan la actuación |
| | 120 | de equipos interdisciplinarios |
| otras disciplinas como me- | 121 | y el que dirige al equipo es el |
| dicina interna, infectología, | 122 | cirujano. |
| cardiovascular, cardiología, | 123 | Todos <u>procedimientos</u> tienen |
| inmunología, entre muchas | 124 | una <u>curva de aprendizaje</u> , |
| otras, | 125 | indudablemente que si usted |
| | 126 | se inicia para adquirir las |
| | 127 | habilidades y destrezas de esos |
| demandan la actuación de | 128 | procedimientos en otro tipo de |
| equipos interdisciplinarios y | 129 | programas cuando usted va a |
| el que dirige al equipo es el | 130 | realizarlo en los seres humanos |
| cirujano. | 131 | su curva de aprendizaje va a ser |
| Todos <u>procedimientos</u> tienen | 132 | menor. |
| una <u>curva de aprendizaje</u> | 133 | |
| | 134 | |
| | 135 | |
| | 136 | |
| | 137 | |
| | 138 | |
| | 139 | |
| | 133 | |

Continúa en pág. 79...

La tecnología emergente: una visión en la construcción de una teoría teleo-epistémica multidimensional para la formación del nuevo cirujano general

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE JMDA

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|----------------|-----|---------------------|
| | 134 | |
| | 135 | |
| | 136 | |
| | 137 | |
| | 138 | |
| | 139 | |
| | 140 | |
| | 141 | |
| | 142 | |
| | 143 | |
| | 144 | |



Estructura Particular Docente. Informante: JMDA.

ENTREVISTA.
INFORMANTE CLAVE BOCELLI

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|-----|---------------------|
| | 01 | Inv |
| | 02 | Inv |
| | 03 | Inv |
| | 04 | Inv |
| | 05 | Boc |
| | 06 | Boc |
| A mi parecer las compe- | 07 | Boc |
| tencias de conocimientos, | 08 | Boc |
| habilidades y destrezas, y | 09 | Boc |
| las competencias del perfil | 10 | Boc |
| de cirujano, | 11 | Boc |
| vacío en cuanto a los <u>avances</u> | 12 | Boc |
| <u>tecnológicos</u> , | 13 | Boc |
| <u>la cirugía robótica</u> , <u>la cirugía</u> | 14 | Boc |
| <u>laparoscópica</u> , y otra a mi | 15 | Boc |
| parecer que es uno de los | 16 | Boc |
| grandes vacíos es la <u>línea</u> | 17 | Boc |
| <u>de investigación</u> , | 18 | Boc |
| | 19 | Boc |
| formación académica, ha | 20 | Boc |
| sido abandonada la parte de | 21 | Boc |
| la línea de investigación que | 22 | Boc |
| va a <u>complementar</u> la parte | 23 | Boc |
| de la <u>tecnología</u> , | 24 | Boc |
| realizar la línea investigativa | 25 | Boc |
| y <u>avanzar hacia el futuro</u> , y | 26 | Boc |
| hacer <u>nuevas propuestas</u> , | 27 | Boc |
| necesitamos contar con la | 28 | Boc |
| tecnología, que actualmente | 29 | Boc |
| por una <u>situación país</u> y por | 30 | Boc |

Continúa en pág. 81...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE BOCELLI

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|--|--|
| las <u>deficiencias tanto en políticas de salud pública</u> y políticas administrativas, pues no contamos los residentes con los recursos ni económicos, ni físicos | 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 | los recursos ni económicos, ni físicos para poderlos realizar, sin embargo, también se ha perdido la parte como le comento la parte de la iniciativa para la línea de investigación y esas son las limitantes, considero que como le dije que la parte del perfil de competencia, los conocimientos académicos, las habilidades y destrezas lo contamos por lo que sigue la línea que ha venido históricamente en la medicina, que es una <u>medicina paternalista</u> en donde los estudiantes o los residentes aprenden de un superior que está calificado para enseñarlos y como parte del residente queda de parte del estudiante la necesidad de aprender y de conocimientos que él va a adquirir, utilizando si así se puede decir <u>al paciente como medio para poder aprender</u> . |
| la parte del perfil de competencia, los conocimientos académicos, las habilidades y destrezas lo contamos por lo que sigue la línea que ha venido históricamente en la medicina, | 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 | |

Continúa en pág. 82...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE BOCELLI

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|---|--|
| Promover lo que es la investigación la parte tecnológica sino también se podrían buscar alternativas, <u>biomodelos, cirugía experimental, el desarrollo de nuevas técnicas</u> | 61 | Inv 2. <i>¿Cuáles son los argumentos que Usted daría a favor de una formación integral del cirujano?</i> |
| | 62 | |
| | 63 | |
| | 64 | |
| | 65 | Boc Promover lo que es la <u>investigación</u> , no solamente con la parte tecnológica sino también se podrían buscar alternativas, exacto, pueden ser a través de los biomodelos, <u>cirugía experimental, el desarrollo de nuevas técnicas</u> y esto contando obviamente con el apoyo del hospital, que con eso actualmente no se cuenta, pero si es el desarrollo. |
| | 66 | |
| | 67 | |
| | 68 | |
| | 69 | |
| | 70 | |
| | 71 | |
| | 72 | Inv 3. <i>En un mundo incierto, mutante, complejo e indeterminado ¿cómo enfrentar la formación del cirujano con herramientas intelectuales y didácticas de épocas pasadas?</i> |
| | 73 | |
| | 74 | |
| 75 | | |
| 76 | | |
| 77 | | |
| 78 | | |
| 79 | | |
| 80 | Boc Para comenzar considero que un cirujano en su perfil de competencia lo que debe cumplir es; <u>el desarrollo profesional</u> con esto me refiero a la <u>relación médico-paciente</u> , a la relación con sus pares, que son sus colegas, y a la relación con sus | |
| 81 | | |
| 82 | | |
| 83 | | |
| 84 | | |
| 85 | | |
| 86 | | |
| 87 | | |
| 88 | | |
| 89 | | |
| 90 | | |
| 91 | | |
| 92 | | |

Continúa en pág. 83...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE BOCELLI

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|---|--|
| cumplir es; el desarrollo profesional con esto me refiero a la relación médico-paciente, | 93 94 95 96 | maestros, que vienen a ser los superiores, y la relación con los profesionales de la salud con los que convivimos, que son el grupo enfermería, los camilleros, y el resto del personal que trabaja en el hospital, lo otro sería el <u>perfil humanístico</u> que serían los <u>valores</u> del cirujano que en eso entrarían pues lo que es la comunicación, el respeto, la capacidad que tiene el cirujano para transmitirle a los demás ese liderazgo, la capacidad de comunicarse, el respeto, la capacidad de tomar decisiones en momentos que lo debe hacer, porque el cirujano se caracteriza por resolver las patologías que comprometen la vida del paciente en un momento determinado y es el que debe tomar la decisión, para subsanar el problema que se está solicitando, y el otro es el otro ámbito que debe desarrollar el cirujano es el de conocimientos, ósea, tanto sus habilidades y destrezas, como los conocimientos que va a adquirir, bien sea estudiando o por aprendizaje y por práctica |
| la relación con sus maestros, que vienen a ser los superiores, y la relación con los profesionales de la salud con los que convivimos, que son el grupo enfermería, los camilleros, | 97 98 99 100 101 102 103 104 | |
| <u>perfil humanístico</u> | 105 | |
| <u>valores</u> | 106 107 | |
| comunicación, el respeto | 108 109 | |
| transmitirle a los demás ese liderazgo, | 110 111 112 | |
| tomar decisiones en momentos que lo debe hacer, | 113 114 115 116 117 118 119 | |
| la decisión, para subsanar el problema que se está solicitando, y el otro es el otro ámbito que debe | 120 121 122 123 | |

Continúa en pág. 84...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE BOCELLI

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|---|---|
| desarrollar el cirujano es el de conocimientos, ósea, tanto sus habilidades y destrezas, como los conocimientos que va a adquirir. | 124 | con el paciente, que nosotros actualmente lo adquirimos por un modelo como le dije de imitación, de un superior hacia lo que se transmite a nosotros. |
| | 125 | |
| | 126 | |
| | 127 | |
| | 128 | |
| | 129 | |
| | 130 | |
| | 131 | |
| | 132 | |
| | 133 | |
| | 134 | |
| | 135 | |
| | La capacidad de práctica, de hacer procedimientos, y de tener y adquirir esos conocimientos de acuerdo a los niveles en que vamos desarrollándonos, | |
| 137 | | |
| 138 | | |
| 139 | | |
| 140 | | |
| 141 | | |
| 142 | | |
| 143 | | |
| 144 | | |
| 145 | | |
| 146 | | |
| 147 | | |
| 148 | | |
| lo aprendemos por repetición, no tomándolo | 149 | |
| | 150 | |
| | 151 | |
| | 152 | |
| | 153 | |
| | 154 | |
| | 155 | |

Continúa en pág. 85...

La tecnología emergente: una visión en la construcción de una teoría teleo-epistémica multidimensional para la formación del nuevo cirujano general

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE BOCELLI

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|---|---|
| como lo considerarían en medicina, por <u>bioética</u> , | 156 157 158 159 160 161 162 | muchas veces aplicarlo, en nuestros pacientes, hablando un poco lo que sería la <u>bioética de la no maleficencia ni la beneficencia ni sus principios de ética y justicia.</u> |
| practicado, ese modelo muchas veces aplicarlo, en nuestros pacientes, hablando un poco lo que sería la bioética de la no maleficencia ni la beneficencia ni sus principios de ética y justicia. | | |



Estructura particular residente Qx 3. Informante: BOCELLI.

ENTREVISTA.
INFORMANTE CLAVE GORRY

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|----------------------------|-----|---------------------|
| | 01 | Inv |
| | 02 | |
| | 03 | |
| | 04 | |
| | 05 | Gor |
| | 06 | |
| | 07 | |
| yo pienso que debe | 08 | |
| seguir en las múltiples | 09 | |
| disciplinas y tratar al | 10 | |
| paciente desde el punto | 11 | |
| de vista global | 12 | |
| | 13 | |
| | 14 | |
| | 15 | |
| | 16 | |
| muchas complicaciones | 17 | |
| que están en el contexto | 18 | |
| de su comorbilidad y | 19 | |
| hay que tratarlas porque | 20 | |
| sin lugar a dudas te va a | 21 | |
| perjudicar la evolución | 22 | |
| durante el post operatorio | 23 | |
| eso es algo integral | 24 | |
| | 25 | |
| | 26 | |
| | 27 | |
| | 28 | |
| | 29 | |
| | 30 | |

Continúa en pág. 87...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GORRY

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|-----|--|
| | 31 | |
| | 32 | |
| | 33 | Inv 2. <i>¿Cuáles son los argumentos que Usted daría a favor de una formación integral del cirujano?</i> |
| | 34 | |
| | 35 | |
| | 36 | |
| | 37 | Gor Ok, este bueno en cuanto a esos vacíos que debemos superar y bueno todavía nos queda un año de post grado y necesitamos superar, y lo vamos a seguir haciendo, es sin lugar a dudas, en la parte de tecnología, las innovaciones tecnológicas en cuanto a tratamiento quirúrgico, en vista, bueno de la situación país que estamos viviendo en este momento, hace que el Hospital Vargas de Caracas tenga una deficiencia, bastante grande en cuanto por ejemplo, equipos de laparoscopia, contamos actualmente con un solo equipo de laparoscopia, que está dañado, esta remendado con adhesivo, entonces eso no nos permite aprender, falta de equipos laparoscópicos, no nos permite usar pues las técnicas nuevas, que están planteadas, y a su vez, el mismo éxodo de empresas como por ejemplo, Johnson y Johnson, han desaparecido prácticamente, cursos de certificación de cirujano |
| vacíos que debemos superar y bueno todavía nos queda un año de post grado y necesitamos superar, y lo vamos a seguir haciendo, es sin lugar a dudas, en la parte de <u>tecnología</u> , | 38 | |
| | 39 | |
| | 40 | |
| | 41 | |
| | 42 | |
| | 43 | |
| | 44 | |
| | 45 | |
| | 46 | |
| | 47 | |
| | 48 | |
| | 49 | |
| | 50 | |
| | 51 | |
| | 52 | |
| | 53 | |
| | 54 | |
| | 55 | |
| | 56 | |
| | 57 | |
| | 58 | |
| | 59 | |
| | 60 | |
| | 61 | |
| | 62 | |

Continúa en pág. 88...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GORRY

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR | |
|---------------------------------|-----|--|-----|
| <u>falta de equipos</u> | 63 | o residentes que antes se hacía, para eventos laparoscópicos y bueno sin lugar a dudas sin hablar de la parte de <u>robótica</u> , que tampoco contamos con eso. | |
| <u>laparoscópicos</u> , no nos | 64 | | |
| permite usar pues las | 65 | | |
| técnicas nuevas, que | 66 | | |
| están planteadas, y a su | 67 | | |
| vez, el mismo éxodo de | 68 | | |
| empresas | 69 | | |
| | 70 | | |
| | 71 | | |
| | 72 | | |
| | 73 | | |
| sin lugar a dudas sin | 74 | | Inv |
| hablar de la parte de | 75 | | |
| <u>robótica</u> , que tampoco | 76 | | |
| contamos con eso. | 77 | | |
| | 78 | | |
| | 79 | | |
| | 80 | Gor | |
| | 81 | | |
| | 82 | | |
| | 83 | | |
| Las competencias es | 84 | | |
| algo <u>integrado</u> en vista | 85 | | |
| de que primero estamos | 86 | | |
| hablandodequetieneque | 87 | | |
| ver algo de <u>personalidad</u> | 88 | | |
| <u>del cirujano</u> , | 89 | | |
| | 90 | | |
| activa, pro activa, | 91 | | |
| que busque resolver | 92 | | |
| los problemas con la | 93 | | |
| mayor rapidez, pero a | 94 | | |

Continúa en pág. 89...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GORRY

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR | |
|---|-----|--|-----|
| su vez mentalmente con la mayor tranquilidad para no cometer errores en cuanto al juicio del tratamiento o de la atención que se vaya a dar al paciente, hablando de la parte personal del individuo, | 95 | estas condiciones que tenemos para poder solventarlo. O que nos hace falta y si tiene que ver una parte también dentro de la personalidad que el cirujano debe liderar lo que llega por ejemplo un poli traumatizado, es el líder del paciente y es el que lleva la batuta de bueno vamos a hablar con traumatología porque hace falta esto con Medicina interna... Porque hace falta esto, tiene que tener también como que <u>relaciones con todos los servicios</u> que te puedan colaborar de alguna manera. | |
| | 96 | | |
| | 97 | | |
| | 98 | | |
| | 99 | | |
| | 100 | | |
| | 101 | | |
| | 102 | | |
| | 103 | | |
| | 104 | | |
| | 105 | | |
| | 106 | | |
| | 107 | | |
| | 108 | | |
| | 109 | | |
| | 110 | | |
| | 111 | | |
| 112 | | | |
| 113 | | | |
| 114 | | | |
| 115 | | | |
| 116 | | | |
| Porque hace falta esto, tiene que tener también como que <u>relaciones con todos los servicios</u> que te puedan colaborar de alguna manera. | 117 | Inv | |
| | 118 | <i>4. Desde su perspectiva, ¿cómo debe ser el trabajo docente, en un mundo globalizado y organizado en redes, para la formación de los cirujanos integrales?</i> | |
| | 119 | | |
| | 120 | | |
| | 121 | | |
| | 122 | | |
| | 123 | | Gor |
| | 124 | | |
| | 125 | | |
| | 126 | | |
| 126 | | | |

Continúa en pág. 90...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GORRY

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|----------------------------|-----|---|
| | 127 | que hay se está perdiendo un poco la |
| | 128 | parte <u>humanitaria</u> , estamos viendo |
| | 129 | el paciente como un instrumento |
| | 130 | que se va a.. como una persona que |
| lo que se plantea en el | 131 | la vamos a operar, la operamos y |
| mundo globalizado y | 132 | bueno listo ya no tengo nada que |
| todas las tecnologías que | 133 | ver contigo y se está perdiendo |
| hay se está perdiendo | 134 | inclusive la parte de relacionarse |
| un poco la parte | 135 | con las demás especialidades que |
| humanitaria, estamos | 136 | eso es algo que no debería hacerse |
| viendo el paciente como | 137 | por la misma tecnología que nos |
| un instrumento que se va | 138 | está alejando, nos está haciendo |
| | 139 | las cosas más fáciles pero nos |
| y se está perdiendo | 140 | está alejando de lo que en esencia |
| inclusive la parte de | 141 | debería ser el médico, y en cuanto |
| relacionarse con las | 142 | al liderazgo el cirujano tiene que |
| demás especialidades | 143 | tener la parte de valores, todo junto, |
| que eso es algo que | 144 | el conocimiento, la habilidad, |
| no debería hacerse por | 145 | el liderazgo si eso se tiene el |
| la misma tecnología | 146 | liderazgo va a ser muy sencillo. Si |
| que nos está alejando, | 147 | tienes todas esas competencias, la |
| nos está haciendo las | 148 | capacidad de relacionarte de tener |
| cosas más fáciles pero | 149 | bueno relación sana también con |
| nos está alejando de lo | 150 | tus colegas que te puedan ayudar |
| que en esencia debería | 151 | en otras especialidades como con |
| ser el médico, y en | 152 | el paciente, el liderazgo va a ser |
| cuanto al liderazgo el | 153 | innato, va a ser más sencillo porque |
| cirujano tiene que tener | 154 | ya tienes todas las capacidades que |
| la parte de valores, todo | 155 | te van a poder ayudar a ejercer ese |
| junto, el conocimiento, | 156 | rol, si no tienes esas capacidades, |
| la habilidad, el liderazgo | 157 | no tienes los valores, no tienes |
| todas esas competencias, | 158 | el conocimiento, el liderazgo |

Continúa en pág. 91...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GORRY

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|---|--|
| la capacidad de relacionarte de tener buena relación sana también con tus colegas que te puedan ayudar en otras especialidades como con el paciente, el liderazgo va a ser innato, | 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 | va a ser absurdo, va a ser tipo dictadura algo así porque no tienes las competencias, no te ganaste el puesto de líder, porque no las tienes entonces no tiene sentido, el cirujano debe de tener la batuta de todo esto, es el líder del equipo multidisciplinario, tiene que ser el líder del equipo a juro aunque digan lo que digan las otras especialidades, el cirujano debe ser el líder. |
| ejercer ese rol, si no tienes esas capacidades, no tienes los valores, no tienes el conocimiento, el liderazgo va a ser absurdo, | 169 170 171 172 173 174 175 | |
| tienes entonces no tiene sentido, el cirujano debe de tener la batuta de todo esto, es el líder del equipo multidisciplinario. | 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 | |

Continúa en pág. 92...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GORRY

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|----------------|-----|---------------------|
| | 191 | |
| | 192 | |
| | 193 | |
| | 194 | |
| | 195 | |
| | 196 | |
| | 197 | |
| | 198 | |
| | 199 | |



DIMENSIONES DEL PERFIL DEL CIRUJANO GENERAL

Estructura particular residente Qx 3. Informante: GORRY.

ENTREVISTA.
INFORMANTE CLAVE GOCHO

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|----------------------------|-----|---|
| | 01 | Inv |
| | 02 | |
| | 03 | |
| | 04 | |
| | 05 | Goc |
| | 06 | |
| el cirujano tiene | 07 | Bueno el cirujano tiene la |
| la competencia de o | 08 | <u>competencia</u> de o se caracteriza |
| se caracteriza por la | 09 | por la <u>resolución de problemas</u> , |
| resolución de problemas, | 10 | de una manera por ejemplo en |
| | 11 | la emergencia de una manera |
| | 12 | rápida y concisa, para resolución |
| | 13 | de un problema de el caso de un |
| | 14 | paciente que este con amenaza |
| | 15 | de su vida, el cirujano tiene que |
| | 16 | tener la capacidad de reconocer |
| el cirujano tiene que | 17 | los criterios para tener la <u>conducta</u> |
| tener la capacidad de | 18 | <u>adecuada</u> y resolver ese problema, |
| reconocer los criterios | 19 | evidentemente manejando también |
| para tener la conducta | 20 | de manera <u>complementaria</u> , las |
| adecuada y resolver ese | 21 | otras especialidades para poder de |
| problema, evidentemente | 22 | manera integral manejar el paciente, |
| manejando también de | 23 | igual en circunstancias de patología |
| manera complementaria, | 24 | de electivas idéntico, también tiene |
| las otras especialidades | 25 | que tener los criterios claros, para |
| manera integral manejar | 26 | manejar la patología que se está |
| el paciente, igual en | 27 | presentando de manera <u>integral</u> , |
| circunstancias de patolo- | 28 | sino ve evidentemente de una |
| gía de electivas idéntico, | 29 | manera sistémica al paciente y no |
| | 30 | enfocarse en sola la patología pese |
| criterios claros, para | 31 | que presenta el paciente quirúrgica |
| manejar la patología que | | sino de una manera integral y así |
| | | debe ser un cirujano. |

Continúa en pág. 94...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GOCHO

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|-----|---|
| se está presentando de manera integral, | 32 | |
| | 33 | |
| | 34 | |
| | 35 | |
| | 36 | |
| el paciente quirúrgico sino de una manera integral y así debe ser un cirujano. | 37 | |
| | 38 | Inv 2. ¿Cuáles son los argumentos que Usted daría a favor de una formación integral del cirujano? |
| | 39 | |
| | 40 | |
| | 41 | Goc Bueno hoy en día el manejo del paciente, aunque el cirujano tiene las competencias de manejarlo de manera integral porque el cirujano tiene que manejar patológicas médicas y manejarlas porque el paciente se te puede complicar y siempre está bajo varias comorbilidades, o de otras patologías, evidentemente también tiene sus límites, y amerita complementarse con otras especialidades y esa comunicación siempre se da, en la formación del post grado, evidentemente al existir varios servicios siempre existe esa comunicación y que nunca ha sido una traba ni nada sino que se ve el paciente de una manera integral con los residentes de otros servicios para ver y manejar de manera adecuada otras patológicas que escapan de la competencia propia del cirujano, |
| | 42 | |
| | 43 | |
| | 44 | |
| | 45 | |
| | 46 | |
| | 47 | |
| el cirujano tiene las competencias de manejarlo de manera integral porque el cirujano tiene que manejar patológicas médicas y manejarlas porque el paciente se te puede complicar | 48 | |
| | 49 | |
| | 50 | |
| | 51 | |
| | 52 | |
| | 53 | |
| | 54 | |
| | 55 | |
| | 56 | |
| | 57 | |
| o de otras patologías, evidentemente también tiene sus límites, y amerita complementarse con otras especialidades comunicación siempre | 58 | |
| | 59 | |
| | 60 | |
| | 61 | |
| | 62 | |
| | 63 | |

Continúa en pág. 95...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GOCHO

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|--|--|
| se da, en la formación del postgrado, | 64 65 66 | pero el cirujano al conocerlas y al ver que existe un límite se complementa, con otros servicios. |
| se ve el paciente de una manera integral | 67 68 69 | |
| otras patológicas que escapan de la competencia propia del cirujano, pero el cirujano al conocerlas y al ver que existe un límite se complementa, con otros servicios. | 70 71 72 73 74 75 76 77 | Inv 3. <i>En un mundo incierto, mutante, complejo e indeterminado ¿cómo enfrentar la formación del cirujano con herramientas intelectuales y didácticas de épocas pasadas?</i> |
| Un cirujano debe tener múltiples competencias, para tener una formación integral | 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 | Goc Un cirujano debe tener múltiples competencias, para tener una formación integral pudiéramos decir, y dentro de esas múltiples competencias los conocimientos serían unos, las bases teóricas, las habilidades y destrezas, el tecnicismo, la formación en la tecnología. Y en la tecnología evidentemente, debido a bueno, nosotros no estamos aislados, |
| los conocimientos serían unos, las bases teóricas, las habilidades y destrezas, el tecnicismo, la formación en la tecnología Y en la tecnología evidentemente, debido | 88 89 90 91 92 93 94 95 | somos parte de un planeta, hay avances tecnológicos, que bueno, actualmente estamos limitados por situación país, de recursos económicas, que no permiten el avance de nosotros, el avance o el acceso a esas tecnológicas, y tenemos acceso a ellas ya que |

Continúa en pág. 96...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GOCHO

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|---|--|
| a bueno, nosotros no estamos aislados, somos parte de un planeta, hay avances tecnológicos, que bueno, actualmente estamos limitados por situación país, de recursos económicas, que no permiten el avance de nosotros, el avance o el acceso a esas tecnológicas, y tenemos acceso a ellas ya que entramos a internet | 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 | entramos a internet, que nos permite conocerlas, leerlas y verlas pero no son prácticas, porque no las tenemos en el día a día, es un conocimiento no practico, que lo discutimos con otros q también lo conocen, saben de dichas tecnológicas y procedimientos innovadores que para nosotros, quedan en el límite de solo conocerlo o saberlo, cuando se usan, porque se usan, y no tenemos la capacidad de actualmente manejar esos conocimientos en la práctica porque no tenemos acceso a ellos. |
| conocen, saben de dichas tecnológicas y procedimientos innovadores que para nosotros, quedan en el límite de solo conocerlo o saberlo, cuando se usan, porque se usan, y no tenemos la capacidad de actualmente manejar esos conocimientos en la práctica porque no tenemos acceso a ellos. | 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 | <p>Inv 4. <i>Desde su perspectiva, ¿cómo debe ser el trabajo docente, en un mundo globalizado y organizado en redes, para la formación de los cirujanos integrales?</i></p> <p>Goc El manejo del cirujano siempre debe ser como líder, es la cabeza del paciente, y el hecho de que conozca a parte de las patologías quirúrgicas, se complementan con</p> |

Continúa en pág. 97...

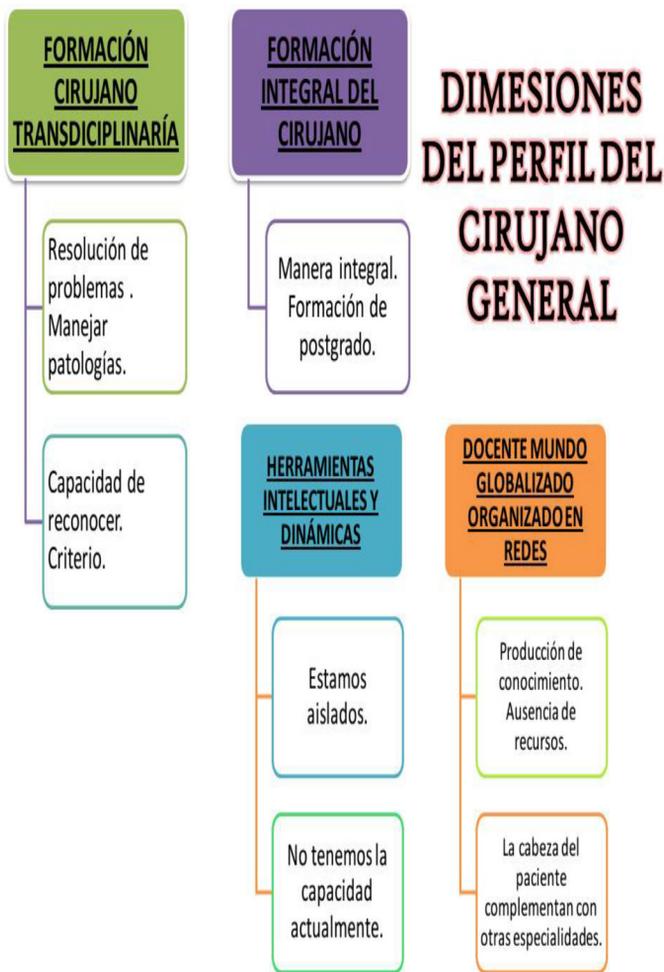
...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GOCHO

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|---|---|
| El manejo del cirujano siempre debe ser como líder, es la cabeza del paciente, y el hecho de que conozca a parte de las patologías quirúrgicas, se complementan con las otras especialidades. | 128 | las otras especialidades, siempre es la cabeza de la discusión, en cuanto a la patología o a la discusión de los problemas que presenta el paciente. El cirujano, siempre es la cabeza y eso lo da el conocimiento que es integral. |
| | 129 | |
| | 130 | |
| | 131 | |
| | 132 | |
| | 133 | |
| | 134 | |
| | 135 | |
| | 136 | |
| | 137 | |
| | 138 | |
| | 139 | |
| | El cirujano, siempre es la cabeza y eso lo da el conocimiento que es integral. evidentemente ante las circunstancias actuales, la producción de conocimiento en otras partes del planeta es de fácil acceso, y como es un conocimiento científico puede ser reproducido y comprobado, eso debe ser manejado por nosotros, tenemos que estar actualizados, tenemos que tener esas competencias y conocerlas, lo que se limita obviamente, es a practicarla debido a la ausencia de recursos que tenemos, actuales en nuestro hospital, en vista, a las circunstancias país, que no es por nuestra sede sino porque el país no lo permite, evidentemente hay costos económicos que prela la práctica de estos nuevos conocimientos, bueno evidentemente estas tecnologías, tienen un costo, pero eso no significa | |
| 141 | | |
| 142 | | |
| 143 | | |
| 144 | | |
| 145 | | |
| 146 | | |
| 147 | | |
| 148 | | |
| 149 | | |
| 150 | | |
| 151 | | |
| 152 | | |
| 153 | | |
| 154 | | |
| 155 | | |
| 156 | | |
| la ausencia de recursos que tenemos, actuales en nuestro hospital, en | 157 | |
| | 158 | |
| | 159 | |

Continúa en pág. 98...

...continuación de ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE GOCHO

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|----------------------------|-----|--|
| vista, a las circunstancia | 160 | de que nosotros como formados acá en el Hospital Vargas no las conozcamos ya que las discutimos y las conocemos como repetí en un principio, los adjuntos, tanto nosotros como los residentes, las discutimos en teoría. |
| país, que no es por | 161 | |
| nuestra sede sino porque | 162 | |
| el país no lo permite, | 163 | |
| evidentemente hay | 164 | |
| costos económicos que | 165 | |
| prela la práctica de estos | 166 | |
| nuevos conocimientos, | 167 | |
| | 168 | |
| | 169 | |
| | 170 | |
| el Hospital Vargas no | 171 | |
| las conozcamos ya que | 172 | |
| las discutimos y las | 173 | |
| conocemos como repetí | 174 | |
| en un principio, los | 175 | |
| adjuntos, tanto nosotros | 176 | |
| como los residentes, las | 177 | |
| discutimos en teoría. | 178 | |
| | 179 | |
| | 180 | |
| | 181 | |
| | 182 | |
| | 183 | |
| | 184 | |
| | 185 | |
| | 186 | |
| | 187 | |
| | 188 | |
| | 189 | |



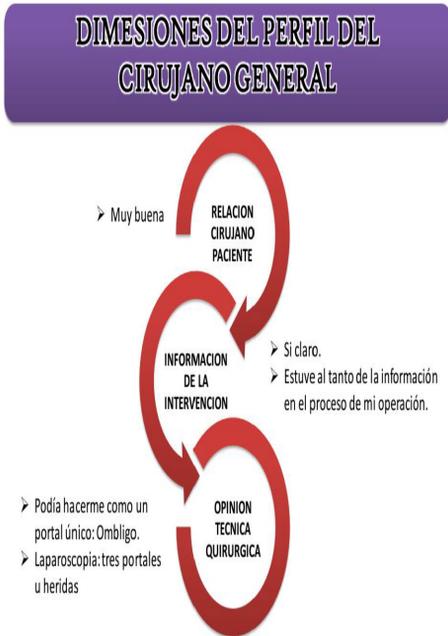
Estructura particular residente Qx 3. Informante: GOCHO.



ESTRUCTURA GENERAL MÉDICOS

ENTREVISTA.
PACIENTE INFORMANTE CLAVE YZA

| CATEGORIZACIÓN | COD | | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|-----|-----|---|
| | 01 | Inv | <i>1. Desde su perspectiva ¿Cómo ve la relación cirujano-paciente?</i> |
| | 02 | | |
| | 03 | | |
| Muy Buena, | 04 | Iza | Muy Buena, |
| | 05 | Inv | <i>2. ¿Considera Usted que recibió la información suficiente y necesaria acerca de su intervención quirúrgica por parte del cirujano?</i> |
| | 06 | | |
| | 07 | | |
| | 08 | | |
| | 09 | Iza | Si claro, me dijeron como me iban a operar cuales fueron los instrumentos que iban a utilizar, que era lo que me iban hacer si estuve al tanto. |
| | 10 | | |
| Si claro, me dijeron como me iban a operar cuales fueron los instrumentos que iban a utilizar, que era lo que me iban hacer si estuve al tanto. | 11 | | |
| | 12 | | |
| | 13 | | |
| | 14 | | |
| | 15 | Inv | <i>3. ¿Cuáles opciones de técnicas de intervención quirúrgica le presentó su cirujano?</i> |
| | 16 | | |
| | 17 | | |
| | 18 | Iza | Que podían hacer con un portal único que era por el ombligo y no era necesario realizar otras heridas por otros lados, la otra era por laparoscopia con tres portales o heridas además de la del ombligo y que en caso que hubiera alguna complicación que no era mi caso, de una en un millos me podrían abrir directamente, bueno pero no fue así gracias a Dios fue por laparoscopia y aquí estoy mejorando. |
| | 19 | | |
| Que podían hacer con un portal único que era por el ombligo y no era necesario realizar otras heridas por otros lados, | 20 | | |
| Laparoscopia con tres portales o heridas además de la del ombligo. | 21 | | |
| | 22 | | |
| | 23 | | |
| | 24 | | |
| | 25 | | |
| | 26 | | |
| | 27 | | |
| | 28 | | |
| | 29 | | |
| | 30 | | |
| | 31 | | |



Estructura particular paciente. Informante: YZA.

ENTREVISTA.

INFORMANTE CLAVE PACIENTE GED

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|---|-----|---------------------|
| Excelente, siempre están atentos, si se les necesita en cualquier momento | 01 | Inv |
| | 02 | Inv |
| | 03 | Inv |
| | 04 | Ged |
| | 05 | Ged |
| | 06 | Ged |

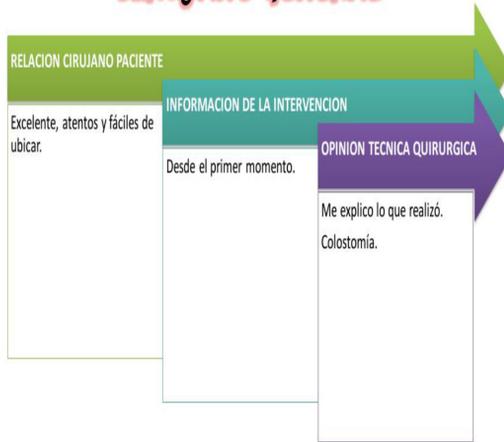
1. Desde su perspectiva ¿Cómo ve la relación cirujano-paciente?
 Excelente, siempre están atentos, si se les necesita en cualquier momento siempre son fáciles de ubicar

Continúa en pág. 103...

...continuación de ENTREVISTA. INFORMANTE CLAVE PACIENTE GED

| CATEGORIZACIÓN | COD | MATERIAL PROTOCOLAR |
|--|-----|--|
| siempre son fáciles de ubicar. | 01 | Inv 2. <i>¿Considera Usted que recibió la información suficiente y necesaria acerca de su intervención quirúrgica por parte del cirujano?</i> |
| | 02 | |
| | 03 | |
| | 04 | |
| | 05 | |
| Desde el primer momento siempre me explicó que era lo que posiblemente tenía yo. | 06 | Ged |
| | 07 | |
| | 08 | |
| | 09 | |
| | 10 | |
| Desde el primer momento siempre me explicó | 11 | Inv 3. <i>¿Cuáles opciones de técnicas de intervención quirúrgica le presentó su cirujano?</i> |
| | 12 | |
| | 13 | |
| | 14 | |
| | 15 | |
| Me explicó dos, la primera era la que se me realizó cortar el intestino y pegarlo nuevamente y la otra era que si había una infección podían hacerme una colostomía y colocarme una bolsa. | 16 | Ged Me explicó dos, la primera era la que se me realizó cortar el intestino y pegarlo nuevamente y la otra era que si había una infección podían hacerme una colostomía y colocarme una bolsa. |
| | 17 | |
| | 18 | |
| | 19 | |
| | 20 | |
| | 21 | |
| | 22 | |
| | 23 | |
| | 24 | |
| | 25 | |

DIMENSIONES DEL PERFIL DEL CIRUJANO GENERAL



Estructura particular paciente. Informante: GED



ESTRUCTURA GENERAL PACIENTES

MATRIZ DE TRIANGULACIÓN MÉDICOS

| CATEGORÍAS | INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|---|---|--|--|
| Formación Cirujano Transdisciplinaria | Hay una gama importante de conocimiento, que va avanzando paulatinamente, cirujanos generales abarcatodo tendencias, de ir orientando avances conocimientos, cada día hay más especializaciones. Individuo, sociedad capacidad resolver problemas entre la vida y la muerte, moral discernir entre lo bueno y lo malo. Competencias, perfil del cirujano, país, salud pública, avances tecnológicos, hay vacíos, no contamos los residentes, con recursos económicos, cirugía robótica líneas de investigación la, formación académica abandonada. Seguir múltiples disciplinas, pacientes verlos dede el punto | Rossetol,(14)La formación integral es uno de los pilares fundamentales de la preparación de los estudiantes universitarios para un ejercicio ciudadano y profesional exitoso. Esta consideración adquiere especial relevancia cuando se trata de la formación de los médicos, profesionales responsables del cuidado de la salud y de la vida de los seres humanos, hecho que implica una mayor responsabilidad frente a la comunidad médica y a la sociedad en general. | A partir de los referentes mencionados, la formación integral no puede estar fundamentada únicamente en el desarrollo de competencias ni en la transmisión de información, sino que tiene que estar orientada hacia la adquisición de habilidades que permitan asumir la vida como una oportunidad de aprendizaje continuo, lo que determina la responsabilidad de 'propiciar el desarrollo del talento humano y permitir que cada quien sea lo que puede ser, que avive y busque perfeccionar sus fortalezas en el contexto |

Continúa en pág. 106...

...continuación MATRIZ DE TRIANGULACIÓN MÉDICOS

| CATEGORÍAS | INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|---------------------------------|--|---|--|
| | de vista global, contexto comorbilidad, complicaciones en el postgrado. Resolver problemas manera integral criterios para reconocer resolución de problemas | | de la totalidad de su ser. |
| | Los cirujanos no solo adquieren conocimientos con los libros, en cursos postgrados en Venezuela habilidades y destrezas por niveles. | Tovar, (15). Desde una perspectiva un tanto simplista, aunque no por ello carente de profundidad, el objetivo fundamental de la educación médica está orientado a la formación de profesionales preparados para servir a 'los propósitos fundamentales de la medicina', incluyendo el mantenimiento de la salud, el alivio del sufrimiento, la curación | Ala luz de los conceptos expresados, el proceso de formación integral se halla ligado de forma indisoluble al desarrollo del profesionalismo médico. Por tal razón, las facultades de medicina tienen la obligación de concienciar a sus estudiantes acerca de los principios y valores que regulan la práctica médica desde los primeros tiempos y de proporcionarles las |
| Formación Integral del Cirujano | Hay un vacío en cuanto a sistema herramientas e innovaciones, no estamos entrenados, no desmerita formación, debilidades a superar formación egresados del postgrado en avances tecnológicos. Promover la investigación tecnología, biomodelos, cirugía experimental, desarrollar nuevas técnicas. | | |

Continúa en pág. 107...

| CATEGORÍAS | INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|------------|--|--|--|
| | <p>Muchos vacíos se deben superar queda un año del postgrado seguir haciendo la parte de tecnología sin embargo la falta de equipos de laparoscopia no nos permite utilizar técnicas nuevas robótico no contamos con eso.</p> <p>Manera integral competencias, pacientes complicados, complementar otras especialidades en la formación del postgrado.</p> | <p>de la enfermedad, el control de la pérdida innecesaria de vidas y el acompañamiento durante el tránsito hacia una muerte digna, acciones que se encuentran enmarcadas en las cláusulas del 'contrato social' que se establece, en forma tácita o expresa, entre el médico que ejerce su profesión y la comunidad que demanda sus servicios.</p> | <p>herramientas necesarias para reconocer y afrontar en forma adecuada los conflictos existentes entre las más elevadas tradiciones de la profesión y los imperativos de sistemas sanitarios con una clara orientación por las normas del mercado.</p> |
| | <p>Creo que el avance de la especialización, mayor sub especializaciones, la cirugía cada vez evoluciona, sienta sus bases en las múltiples competencias del cursante.</p> | <p>El humanismo médico, la bioética y el profesionalismo médico se encuentran entre los 'tópicos más candentes' de la educación médica</p> | <p>Desde esa perspectiva, y teniendo en cuenta la magnitud del compromiso social que implica el ejercicio de la medicina y el proceso de</p> |

Continúa en pág. 108...

...continuación *MATRIZ DE TRIANGULACIÓN MÉDICOS*

| CATEGORÍAS | INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|--|---|--|--|
| <p>Herramientas intelectuales y Didácticas</p> | <p>Hombre-ciencia-investigador, procedimientos y la mayor de las veces que es necesario mejorar y adquirir destreza.</p> <p>Perfil de competencias cirujanos, desarrollo profesional y personal (personalidad del cirujano), relación médico paciente, humanista, centrado en valores: comunicación respetuosa, liderazgo.</p> <p>Competencias, proactivos resolver problemas, mayor rapidez, tranquilidad, no cometer errores, juicio de tratamiento integrado, relación con otros servicios</p> <p>Conocimiento técnico destrezas, procedimientos, no tenemos la capacidad de</p> | <p>en la actualidad y deben abordarse durante la formación profesional en los niveles de pregrado y postgrado. Entre los elementos propuestos como fundamento de la formación integral y pilares del profesionalismo médico estarían incluidos el altruismo, la tolerancia frente a la diversidad, la sensibilidad social, la adherencia a los principios éticos que regulan la práctica médica y la capacidad de establecer relaciones asertivas con colegas, pacientes y familiares.</p> <p>Villanueva, (16)</p> | <p>formación de los futuros médicos, el trabajo llevado a cabo en las instituciones universitarias no puede limitarse a la transmisión de conocimientos científicos ni al desarrollo de habilidades técnicas, sino que ha de garantizar el desarrollo armónico de todas las dimensiones del individuo, involucrando en el proceso los elementos científicos, tecnológicos, éticos, culturales, sociales y humanísticos requeridos para la consolidación progresiva del profesionalismo médico.</p> |

Continúa en pág. 109...

| CATEGORÍAS | INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|---|---|--|---|
| | actualmente manejarlos, solo bases teóricas, habilidades. | | |
| | Capaz de trabajar otra disciplinas equipo multidisciplinario medicina internas, infectología, cardiovascular, inmunología demanda la actuación de equipo todo procedimiento tiene una curva de aprendizaje. Principal herramienta proactiva autodidacta practicar adjuntos capacidad de resolver. | UNESCO (17), citado en Wojtczak (18) plantea que la educación tiene 'la misión de permitir a todos, sin excepción, hacer fructificar los talentos y capacidades de creación, lo que implica que cada uno pueda responsabilizarse de sí mismo y realizar su proyecto personal, en otras palabras, el compromiso de optimizar las capacidades del individuo para garantizar la cons- | Calificar la formación como integral implica orientar el sentido del proceso hacia el desarrollo pleno de las potencialidades del ser humano. Una educación encaminada a la formación integral asume al individuo 'como una persona íntegra, como totalidad, es una educación que reconoce la existencia de múltiples dimensiones humanas en constante interrelación, no por partes, sino en permanente despliegue, presentes siempre en todos los ámbitos de la existencia; es una educación |
| Docente Mundo Globalizado Organizado en Redes | Capacidad practica procedimientos medicina bioética mal eficiencia, beneficencia principios de ética y justicia. Mundo globalizado tecnología perdiendo el humanismo, con | | |

Continúa en pág. 110...

...continuación *MATRIZ DE TRIANGULACIÓN MÉDICOS*

| CATEGORÍAS | INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|------------|---|--|--------------|
| | <p>demás especialistas alejarnos de la trucción exitosa de un rol, valores, liderazgo, el de un proyecto de sociedad cirujano debe llevar la batuta. Manejo siempre líder producción en forma adecuada a las de conocimiento la cabeza del necesidades y expectativas paciente complementar con otros del colectivo al que especialistas. ausencia recursos. pertenece.</p> | <p>que reconoce que en cualquier actividad educativa está implicada la persona como un todo.</p> | |

MATRIZ DE TRIANGULACIÓN PACIENTES

| CATEGORÍAS INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|---|---|---|
| Excelente, atentos fáciles de ubicar. Muy buena | Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales, Lain (19). | Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. |
| Relación Cirujano Paciente | | |

Continúa en pág. 112...

...continuación MATRIZ DE TRIANGULACIÓN PACIENTES

| CATEGORÍAS | INFORMANTES CLAVES | TEORÍA | INVESTIGADOR |
|--------------------------------|---|--|---|
| Información de la Intervención | Desde el primer momento. Borroto (20). Tener en cuenta las características personales y paciente es, por a operar, cuales instrumentos del médico y del paciente. Por encima de todo, un y que me iban hacer parte del médico, es fundamental proceso comunicativo. que conozca su carácter, Sin embargo, siendo sus debilidades, su nivel de este un fenómeno de información, hasta donde puede comunicación humana, manejar una situación determinada los conceptos sobre y cuando debe recurrir a otro la misma no están colega. Debe tomar en cuenta el lo suficientemente gran significado profesional de su divulgados en este prestigio científico y social. | | |
| Opinión Técnica Quirúrgica | Me explicó dos, la que me realizo y si había infección haría una colostomía. Podía hacerme un portal único en el ombligo o laparoscopia pero serian otras heridas además de la del ombligo | En la práctica médica se han observado deficiencias en la aplicación correcta del método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico. Por otra parte, cada vez más se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe latencia a su utilización en forma injustificada. Lain (19). | A relación del consultorio es también en donde el medico es el anfitrión y el paciente el invitado, entre los cuales se establece un vínculo elaborado a partir de una relación de poder (sanador-enfermo), sobre la cual debe tejerse la confianza |

CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS MÉDICOS

| CATEGORÍA | RESULTADOS | TEORÍA |
|---------------------------------------|--|---|
| Formación Cirujano Transdisciplinaria | <p>Unagamade importan-cia de conocimientos a avanzando paulatinamente, los cirujanos generales abarcan todo tipo de tendencias, debenir orientados, avances conocimientos, cada día hay más especializaciones. Individuosociedad capacidad resolver en la vida y la muerte, morallo bueno y lo malo. Competencias perfil del cirujano, país, salud pública, los avances tecnológicos, vacíos, no contamos los residentes recursos económicos, cirugía robótica, líneas de investigación, formación académica abandonada.</p> <p>Seguir múltiples disciplinas, muchas complicaciones, pacien-tes verlos desde el punto de vista global, contexto, comorbilidad, complicaciones en el postgrado. Resolver problemas, manera integral, criterios reconocer resolución de problemas.</p> | <p>Rossetot (14). La formación integral es uno de los pilares fundamentales de la preparación de los estudiantes universita-rios para un ejercicio ciudadano y profesional exitoso. Esta conside-ración adquiere especial relevancia cuando se trata de la formación de los médicos, profesionales responsables del cuidado de la salud y de la vida de los seres humanos, hecho que implica una mayor responsabilidad frente a la comunidad médica y a la sociedad en general.</p> |

Continúa en pág. 114...

...continuación CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS MÉDICOS

| CATEGORÍA | RESULTADOS | TEORÍA |
|---------------------------------|---|---|
| Formación Integral del Cirujano | <p>Los cirujanos no solo adquieren conocimientos con los libros. cursos postgrados en Venezuela la habilidades y destrezas por niveles.</p> <p>Laguna, sistema, herra-mientas, innovaciones, no estamos entrenados, no desmerita formación, debilidades superar, formación egresados del postgrado avances tecnológicos.</p> <p>Promover la investigación en tecnología, biomodelos, cirugía experimental, desarrollar nuevas técnicas,</p> <p>Muchos vacíos, se deben superar, queda un año del postgrado, seguir haciendo la parte de tecnología, sin embargo falta de equipos de laparoscopia, no nos permiten utilizar técnicas nuevas, robótico no contamos con eso.</p> | <p>Tovar, (15) Desde una perspectiva un tanto simplista, aunque no por ello carente de profundidad, el objetivo fundamental de la educación médica está orientado a la formación de profesionales preparados para servir a 'los propósitos fundamentales de la medicina', incluyendo el mantenimiento de la salud, el alivio del sufrimiento, la curación de la enfermedad, el control de la pérdida innecesaria de vidas y el acompañamiento durante el tránsito hacia una muerte digna, acciones que se encuentran enmarcadas en las cláusulas del 'contrato social' que se establece, en forma tácita o expresa, entre el médico que ejerce su profesión y la comunidad que demanda sus servicios.</p> |

Continúa en pág. 115...

| CATEGORÍA | RESULTADOS | TEORÍA |
|---|---|---|
| | <p>Manera integral competencias pacientes complicados complementar otras especialidades formación del postgrado</p> | <p>El humanismo médico, la bioética y el profesionalismo médico se encuentran entre los 'tópicos más candentes' de la educación médica en la actualidad y deben abordarse durante la formación profesional en los niveles de pregrado y postgrado. Entre los elementos propuestos como fundamento de la formación integral y pilares del profesionalismo médico estarían incluidos el altruismo, la tolerancia frente a la diversidad, la sensibilidad social, la adherencia a los principios éticos que regulan la práctica médica y la capacidad de establecer relaciones asertivas con colegas, pacientes y familiares. Villanueva (16).</p> |
| Herramientas Intelectuales y Didácticas | <p>Creo que el avance de la especialización, mayor subespecializaciones, la cirugía, cada vez evoluciona, sienta sus bases múltiples competencias cursantes. Hombre, ciencia investigar, innovador, procedimientos la mayor de las veces que sea necesario mejorar y adquirir destreza. Perfil de competencias cirujanos, desarrollo profesional, relación médico paciente humanista, valores comunicación, respeto liderazgo. Competencias, proactivos, resolver</p> | |

Continúa en pág. 116...

...continuación CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS MÉDICOS

| CATEGORÍA | RESULTADOS | TEORÍA |
|--|--|---|
| | <p>problemas, mayor rapidez, tranquilidad, no cometer errores, juicio de tratamiento, integrado relación con otros servicios personalidad del cirujano.</p> | |
| | <p>Conocimiento, tecnicismo, destrezas tecnicismo, procedimientos, no tenemos la capacidad de actualmente manejarlos, bases teóricas habilidades.</p> | |
| <p>Docente Mundo Globalizado Organizado en Redes</p> | <p>Capaz de trabajar otra disciplinas equipo multidisciplinario. medicina interna, infectología, cardiovascular, inmunología. demanda la actuación de equipo, todo procedimiento tiene una curva de aprendizaje. Principal herramienta proactivo, autodidacta practicar adjuntos, capacidad de resolver.</p> | <p>UNESCO (1996), citado en Wojtezak (18) plantea que la educación tiene 'la misión de permitir a todos, sin excepción, hacer fructificar los talentos y capacidades de creación, lo que implica que cada uno pueda responsabilizarse de sí mismo y realizar su proyecto personal', en otras palabras, el compromiso de optimizar las capacidades del individuo para garantizar la construcción exitosa de un proyecto de vida personal y de un proyecto de sociedad que permita responder en forma adecuada a las necesidades y expectativas del colectivo al que pertenece.</p> |
| | <p>Capacidad práctica procedimientos medicina, bioética, mal eficiencia/beneficencia, principios de ética y justicia.</p> | |

CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS PACIENTES

| CATEGORÍA | RESULTADOS | TEORÍA |
|--------------------------------|---|---|
| Relación Cirujano Paciente | Excelente, atentos fáciles de ubicar. Muy buena | Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales. Lain (19). |
| Información de la Intervención | Desde el primer momento. Sí, claro dijeron como me iba a operar, cuales instrumentos y que me iban hacer. | Borroto (20). Tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social. |
| Opinión Quirúrgica | Me explicó dos la que me realizó y si había infección haría una colostomía. Podía hacerme con un portal único en el ombligo o laparoscopia pero serían otras heridas además de la del ombligo. | En la práctica médica se han observado deficiencias en la aplicación correcta del método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico. Por otra parte, cada vez más se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe la tendencia a su utilización en forma injustificada. Lain (19). |

A través de la enseñanza y el trabajo me he convencido de lo necesaria que es la claridad en los actos y en el pensamiento. Sin claridad es imposible la comprensión. Sin comprensión no puede haber una clara orientación sino sólo confusión. Algunas veces la confusión hace mella también en grandes hombres como en la época, hacia nuestro siglo XXI.

V.-CONTEXTO GENERATIVO

Teoría emergente teleo-epistémica en la formación competencial del profesional de Cirugía General.

Preámbulo

La actualidad mundial muestra un panorama de complejas relaciones económicas y políticas que rebasan claramente el texto y el contexto de los convenios y tratados de apoyo y cooperación entre las naciones.

Nuestro país no está al margen de esta situación en la que cada día, y probablemente a cada minuto, afloran y se confrontan nuevos posicionamientos y necesidades en los diversos escenarios de la actividad humana.

Desde luego, todos esos sucesos nos conciernen porque, si bien en algunos hechos somos actores principales y, en otros, secundarios, en el ámbito de nuestro que hacer todo lo que ocurre en otros horizontes se vuelve de importancia capital.

Esto es así, porque en el campo de la educación converge toda manifestación de cultura, de conocimiento, de arte; porque es en el ámbito educativo donde los mayores y más sorprendentes descubrimientos se renuevan y caducan a cada instante; donde la frontera de la investigación, del desarrollo científico, tecnológico y de la innovación se amplía continuamente. Y esto, como efecto, es a la vez causa de otros fenómenos que inciden en los requerimientos de los perfiles de puestos del mercado de trabajo del sector productivo, en los servicios, en las comunicaciones, en la transferencia de información y en un sinfín de actividades vinculadas a la formación de profesionales, en todo lo cual la educación se erige hoy día en punto crítico para el progreso.

El paso de la era industrial a la era de la informática es responsable de todos los avances que se dan actualmente en cirugía. Estamos cerrando el capítulo de los procedimientos invasivos y abriendo el de los procedimientos mínimamente invasivos.

Esta revolución tiene un impacto muy importante sobre la enseñanza médica y el entrenamiento en cirugía. Un estudiante de medicina ya no tiene que imaginar cómo son las ramas de la aorta; ahora puede sentarse frente a su computador personal para observarla, rodearla, y reconocer sus órganos vecinos, inclusive puede tocarla o si lo desea puede navegar en su interior y sentir la textura de una placa ateromatosa. De igual manera, un residente de cirugía puede navegar por el tracto gastrointestinal, ver una úlcera, sentirla, hacer una biopsia virtual, predecir qué ocurriría con el tratamiento médico e inclusive realizar la cirugía a su paciente cuantas veces lo desee antes de llevarlo al quirófano.

En estos últimos años han ido apareciendo toda una serie de innovaciones que no existían, tales como trasplantes, laparoscopia, robótica, bioética, cirugía a distancia, informática médica, buscadores sociales, etcétera. Además, la información médico quirúrgica que se genera es abundante y compleja, resultado de una investigación cada vez más formal y dura. Por lo tanto, periódicamente debemos hacer un análisis de qué, cómo debe ser la formación del profesional de cirugía general para hacer frente a los cambios de la sociedad actual.

Con base en la argumentación anterior y en la fundamentación empírica de esta investigación, este momento del proceso investigativo contiene la propuesta, la cual se ha denominado Teoría Teleo-epistémica Multidimensional para la formación del profesional de Cirugía General. Es de hacer notar, que el sendero indagativo bajo la cual se produjo esta construcción teórica, es de enfoque cualitativo, es decir, en este enfoque los datos no se reducen a números o a resultados estadísticos, sino a explicaciones y descripciones detalladas acerca de los fenómenos que se estudian, así como del modo en que se suscitan las interacciones entre los individuos; por lo tanto, el enfoque cualitativo “proporciona profundidad a los datos, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente

o entorno, detalles y experiencia únicas” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991) (X) . Es el enfoque más usado en las ciencias de la conducta y en el área de humanidades y para algunos autores recibe el nombre de Theoreo, término griego que significa contemplar, observar. Por consiguiente, hace referencia a un conocimiento especulativo. En la antigüedad el término fue utilizado en el contexto de la observación de una escena teatral, en la cual la persona se destaca solo como espectador lo cual justifica su carácter provisional y no de algo completamente real.

Estructura del Theoreo

La Aletheia: la verdad, lo revelado

La palabra “aletheia” es un vocablo de origen griego utilizado desde la antigua filosofía aristotélica y retomada desde la analítica existencial de Heidegger y que se traduce como “verdad”. ¿Qué implica esta concepción de verdad? Si cortamos el vocablo nos queda las raíces a (*sin*) y letheia (*ocultar*), por lo cual unidos forman el concepto “desocultamiento”. De esta forma el concepto de verdad se considera como un develamiento del ser, un quitar los velos que oscurecen el apreciar y conocer las cosas o seres tal cual son.

En el caso concreto de esta investigación, lo revelado se manifiesta en los siguientes términos: “la formación del cirujano general en la era de los procedimientos mínimos invasivos, ha de constituirse en una integración de saberes”.

Argumentación

Esta Teoría Teleo-epistémica Multidimensional para la formación del profesional de Cirugía se sustenta en tres dimensiones esenciales del proceso educativo:

La Dimensión Filosófica: Que se centra en la reflexión trascendental del hombre, el telos de esta investigación, lo epistémico y algunas consideraciones éticas como componentes que permiten al ser humano, en su etapa de formación académica, identificarse como persona, ciudadano y profesional capaz de participar, con actitud ética, en la construcción de una sociedad democrática, equitativa y justa.

La Dimensión Académica: Que asume todo lo concerniente al proceso de aprendizaje, los contenidos, las competencias, las estrategias didácticas y la evaluación.

La Dimensión Organizacional: Que tiene como conectores esenciales la gestión para el alto desempeño, el liderazgo transformacional y la gestión por procesos.

La Visión Filosófica: La educación que se imparte utilizando como fundamento esta teoría, tiene dos aristas fundamentales: en lo Teleológico, se persigue el desarrollo integral del ser humano. Consecuentemente, todos los procesos formativos giran en torno de este propósito, con el fin de que el futuro profesional egresado de Cirugía General participe en la sociedad desplegando todas sus potencialidades intelectuales, físicas y culturales que le permitan incidir, de manera ética y significativa, en el desarrollo de la comunidad en la que ejercerá su actividad productiva.

Desde la arista Epistémica, el egresado de Cirugía General debe concebir el conocimiento como una construcción dialógica. Por su parte, el desarrollo del conocimiento científico, tecnológico y humanístico se entiende como un proceso dialéctico, histórico y en permanente transformación, que responde a necesidades y demandas de diversa índole. A este respecto, la educación al contribuir a la formación y desarrollo de las potencialidades y capacidades del ser humano privilegia la autorreflexión para resolver contradicciones de conciencia en cuanto a la construcción social del conocimiento, el sentido ético de su aplicación y utilidad, así como de su trascendencia en la búsqueda del bienestar humano.

Con respecto al hombre, esta teoría considera que el ser humano como persona es un fin en sí mismo, inmanente en tanto mantiene su esencia humana; tiene identidad propia, única e irrepetible; es autónomo y al mismo tiempo interdependiente; es un ser histórico, creador de su cultura, consciente de sí y del Universo; es digno, libre y por tanto responsable de sus actos. Es un ser en constante evolución y búsqueda del conocimiento, la justicia, la felicidad y autorrealización, capaz de transformar su entorno y trascender por sus acciones.

El ser humano como ciudadano, es creador de cultura y símbolos, moldea su identidad y participa en el compromiso colectivo de construir y preservar una sociedad democrática, justa y equitativa. En consecuencia, erige un estado de derecho, actúa en el marco de la legalidad, la ética y el respeto a los demás y al medio; tiene un profundo sentido de identidad y pertenencia nacional y asume su responsabilidad de impulsar un desarrollo sustentable que respete las raíces multiculturales.

Como sujeto de aprendizaje, se considera que el ser humano, es el centro del aprendizaje. Es un sujeto complejizador, capaz de construir, deconstruir y reconstruir el conocimiento.

Consideraciones éticas

En esta Teoría teleo-epistémica impera la convicción de que es posible construir ambientes, espacios y formas de convivencia humana en los que confluyan, coincidan y armonicen actitudes, acciones y fines colaborativos que favorezcan la construcción del conocimiento, el desarrollo del avance científico, tecnológico y humanístico, y la acción social incluyente.

Con base a la axiológica universal, histórica, social e institucional, se asume como distintivos en el accionar cotidiano, las siguientes consideraciones éticas:

1. De la dignidad humana. Respeto a la persona, la cual es causa, razón y fin del acontecer educativo. Por ello, la totalidad de los procesos contemplados en la formación profesional del cirujano, se orientan a cimentar y promover el desarrollo intelectual, físico y emocional del estudiante, con la finalidad de cultivar sus inteligencias, fortalecer la expresión de sus sentimientos y emociones, y contribuir a la formación de una conciencia crítica de la realidad, con sentido de responsabilidad y libertad, para que desarrolle plenamente sus capacidades y potencialidades en beneficio propio y de la sociedad.
2. Respeto y preservación de la vida. Al asumir como premisa y compromiso estos valores, la acción educativa-formativa de todas y cada una de las instituciones, se enfoca a la cimentación

de una sociedad en la que el respeto y la preservación de la vida sean condición esencial del desarrollo sostenido, sustentable y armonioso, contribuyendo a una convivencia sana y una mejor calidad de vida presente y futura.

3. Sentido ético de la ciencia y la tecnología. Se ha de generar, aplicar, transferir y difundir el conocimiento científico y tecnológico, así como de innovar en materia de tecnología, y en todas estas actividades debe prevalecer la formación de una conciencia ética, que autorregule el ejercicio profesional de los egresados, para que todos los enfoques y resultados de sus acciones redunden en beneficio de la humanidad.

Dimensión Académica

En la dimensión académica se representan y expresan las características de la formación y el desarrollo de competencias profesionales en el cirujano general, desde la perspectiva de cinco planos esenciales: el proceso de aprendizaje, los contenidos, las competencias, las estrategias didácticas y la evaluación.

El proceso de aprendizaje

El acelerado avance de la ciencia y la tecnología ha generado dos máximos muy pronunciados en una hipotética gráfica de desarrollo, el de la creación y acumulación de conocimiento, y el de la especialización profesional, que influyen notoriamente en los contenidos y los enfoques de la educación; y el amplio y vertiginoso desarrollo de tecnologías, instrumentales, sistémicas y programables, que han intensificado la virtualización, convirtiéndolas en poderosas herramientas para la comunicación y la gestión de información de toda índole.

Se concibe el aprendizaje como un proceso espiral, es decir, en evolución y complejidad ascendente, de carácter sociocultural y psicológico, cuya gestación y desarrollo esenciales requieren del quehacer intelectual, pues de este depende la incorporación cognitiva de elementos de la realidad, la creación y transformación figurada y real de estructuras y esquemas de pensamiento y acción, llevados de

un grado a otro en esa espiral, para la construcción y sistematización del conocimiento.

Como proceso constructivo, el aprendizaje requiere de la voluntad del individuo para conocer, gestionar información, usar mecanismos intelectuales y herramientas culturales (lenguaje oral y escrito), exteriorizar y comprometer actitudes e interactuar con otros en el manejo de saberes para la aplicación de conocimientos y la solución de problemas.

Como protagonista de este proceso, el individuo forja y desarrolla una capacidad metacognitiva, es decir, la de pensar sobre su propio pensamiento; capacidad que le permite, en sus estadios de evolución, socialización y formación humana y académica, ser reflexivo y autocrítico sobre su aprender y lo aprendido; acceder a instrumentos que permitan mejorar su desempeño social y académico; apropiarse del medio para manejar, en el futuro, situaciones nuevas e impredecibles; adquirir conocimientos en distintos contextos y desarrollar actividades de investigación; en síntesis, aprender a aprender.

En este aparte, es importante considerar la relación entre los entes principales del proceso de aprendizaje: el estudiante y el docente, los cuales son sujetos biopsicosociales que llevan impresa una formación antecedente, un carácter histórico, y son actores y participantes de y en su sociedad y su tiempo, lo que incidirá decisivamente en el saber ser de cada uno en su interacción. A este tipo de intercambio de conocimientos, experiencias y actitudes que se establece entre ambos, en el ámbito académico, se denomina relación didáctica y es concreta, compleja y continua en su duración. En este trayecto compartido, el docente diseña, aplica y evalúa estrategias didácticas de manera informada, crítica y consciente; mientras que el estudiante, como profesional en etapa de formación, desempeña su actividad académica de manera activa, colaborativa, analítica y crítica, para desarrollar las competencias profesionales establecidas en el perfil de egreso de su carrera.

Los Contenidos

Es indudable que el desarrollo científico y tecnológico se revela en grados de complejidad e incertidumbre, y a través de la historia de

la humanidad se ha demostrado que en este campo no hay verdades absolutas; de ahí que la producción, construcción y estructuración del conocimiento se circunscriban en un proceso socio-histórico que marca el ritmo de su constante transformación. Consecuencia lógica de este hecho es que los contenidos de los planes y programas de estudio —de licenciatura y postgrado— de toda institución educativa son objeto de revisiones y actualizaciones periódicas en la práctica académica, sobre todo para valorar su vigencia y pertinencia. Esta premisa es la base de la organización curricular y de la selección y estructuración de contenidos científicos, tecnológicos y humanistas, así como de las prácticas profesionales predominantes y emergentes, en el entendimiento de que tanto el diseño como la innovación curricular, y sus revisiones y actualizaciones periódicas, se sustentan en un proyecto educativo institucional con criterios lógicos, epistemológicos y psicopedagógicos. Los programas de estudio deben incorporar contenidos de carácter conceptual, procedimental y actitudinal vigentes, pertinentes y oportunos, coherentemente amalgamados, con el fin de que el quehacer didáctico se enriquezca y se logren resultados sinérgicos, es decir, donde el todo es más que la suma de sus partes.

El paso de la era industrial a la era de la informática es responsable de todos los avances que se dan actualmente en cirugía. Estamos cerrando el capítulo de los procedimientos invasivos y abriendo el de los procedimientos mínimamente invasivos.

Esta revolución tiene un impacto muy importante sobre la enseñanza médica y el entrenamiento en cirugía. Ante estos cambios se recomienda incorporar al pensum de estudios de la formación del cirujano general, los siguientes contenidos:

A. Conceptuales:

- Comunicación Informática
- Tele simulación
- Cirugía mínimamente invasiva
- Fundamentos de Cirugía laparoscópica I
- Fundamentos de Cirugía laparoscópica II
- Fundamentos de Cirugía laparoscópica III

- Anatomía Quirúrgica Laparoscópica

B. Procedimentales:

1. Los Residentes deben demostrar habilidad manual apropiada para su nivel de entrenamiento. Esto se enseñará durante las rotaciones clínicas por docentes apropiadas del staff del Departamento o Servicio y se evaluará al final de cada rotación.
2. Los Residentes deberán saber comunicarse y presentar los problemas a otros profesionales de la salud, a través de las presentaciones clínicas y conferencias apropiadas.
3. Deberán desarrollar habilidades motoras (relativas a la adopción de gestos quirúrgicos necesarios para la correcta realización de una intervención)
4. Habilidades de juicio (habilidades para decidir qué hacer en cada momento en función del conocimiento adquirido con la experiencia)
5. Proponer tratamientos quirúrgicos, según las indicaciones y contraindicaciones de cada patología.
6. Detectar y evaluar las complicaciones postoperatorias.
7. Interpretar y explicar de los resultados de la anatomía patológica.
8. Elaboración de algoritmos diagnósticos y terapéuticos.
9. El diseño, formulación, evaluación y desarrollo de proyectos de distinta índole.
10. El tratamiento de problemas de producción y tecnológicos.
11. Selección y uso de materiales, máquinas y herramientas.
12. El montaje de aparatos e instalaciones.

C. Actitudinales:

1. Los Residentes deberán mantener un alto estándar de conducta ética y una especial atención y cuidado respetuoso hacia los pacientes, conociendo las diferencias de edad, sexo y culturas de cada paciente o de cada otro profesional de la salud. Esto se enseñará a través del contacto diario, y el ejemplo de sus tutores, de conferencias de bioética y de discusión.

2. Mantener una entrevista médica con buena comunicación, dar las explicaciones necesarias al paciente en cuanto al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.
3. Manifestar una actitud proactiva y mutuamente influyente que propicia el trabajo colaborativo, la producción académica y el alto desempeño, en un ambiente de equidad, respeto y cordialidad.
4. Usar de manera responsable los equipos, máquinas, instalaciones y espacios.
5. Reconocer y respetar la dignidad de las personas involucradas en el proceso formativo.
6. Persistir en la consecución de objetivos personales y académicos.
7. Aprender el aprendizaje, el conocimiento, el rigor intelectual y los hábitos de trabajo: precisión, puntualidad, flexibilidad, entre otros.

Las competencias

En el campo de la educación universitaria se requieren procesos de formación que integren de manera expedita, eficaz y reflexiva, el saber con el saber hacer profesionales, fomentando el desarrollo de competencias en las que predominen una conciencia de adaptabilidad ágil, actitudes emprendedoras y de toma de decisiones éticas con perspectiva contextualizada. Es decir, una formación profesional que privilegie la percepción analítica y crítica de los fenómenos de la globalización, del cambio de criterios y estándares en los productos y mercados, para responder a las actuales condiciones, que generan y determinan nuevos y más estrictos mecanismos de competitividad nacional e internacional.

Relacionadas con el conocer

- Conoce los fundamentos de la telecirugía
- Tiene conocimientos de simulación.
- Fundamentos de cirugía laparoscópica.
- Anatomía quirúrgica laparoscópica.
- Conocimientos Médicos de la patología quirúrgica y su solución

terapéutica.

- Aprendizaje y mejoramiento profesional basado en la práctica de la cirugía.

Relacionadas con el hacer

- Realiza su práctica clínica y la toma de decisiones con base en el uso fundamentado del conocimiento teórico, el estudio de problemas de salud, el contacto con pacientes y las causas de demanda de atención más frecuentes en la medicina general.
- Realiza con base en la evidencia científica, clínica y paraclínica, el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos más frecuentes, el pronóstico y la rehabilitación del paciente y/o familia de manera eficaz, eficiente y oportuna.
- Habilidad y destreza en el cuidado integral del paciente quirúrgico. Realiza intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas.
- Práctica médica basada en los diferentes sistemas de salud.
- Relacionadas con el Ser.
- Plantea soluciones y toma decisiones con base en el conocimiento de su personalidad para superar sus limitaciones y desarrollar sus capacidades.
- Cultiva la confianza en sí mismo, la asertividad, la tolerancia a la frustración y a la incertidumbre e incorpora la autocrítica y la crítica constructiva para su perfeccionamiento personal y el desarrollo del equipo de salud.
- Reconoce sus alcances y limitaciones personales, admite sus errores y muestra creatividad y flexibilidad en la solución de problemas.
- Ejerce el liderazgo de manera efectiva en sus escenarios profesionales, demostrando habilidades de colaboración con los integrantes del equipo de salud.
- Utiliza los principios de administración y mejoría de calidad en el ejercicio de su profesión.
- Profesionalidad.

Relacionadas con el convivir

- Trabajos en equipos interdisciplinarios.
- Interactúa con otros profesionales involucrados en el cuidado de sus pacientes a través del trabajo colaborativo efectivo.
- Se comunica efectivamente en forma oral y escrita con el equipo de salud, profesorado, la comunidad, otros sectores y los medios de comunicación, considerando factores sociales, religiosos, culturales, personales y de idioma.
- Habilidad y destreza para el manejo de las técnicas de comunicación interpersonal.

Las estrategias didácticas

Las estrategias didácticas son conjuntos integrados de actividades diseñadas por el docente que, además de generar espacios creativos, favorecen el logro de aprendizajes y dan sentido a la relación didáctica. Se ajustan permanentemente a un concepto de aprendizaje, a los objetivos, los contenidos educativos y al contexto en que se realizan; y vinculan, de manera armoniosa, la relación docente-contenido-realidad-estudiante.

El trabajo didáctico requiere que el docente diseñe, organice (y reorganice), coordine y realice las actividades de aprendizaje, de enseñanza y evaluación, para propiciar en el estudiante la formación y desarrollo de competencias genéricas y específicas, y se establezcan las condiciones para que éste despliegue una actividad física y mental constructiva.

Entre las estrategias didácticas se sugieren:

- Trabajo cooperativo.
- Medicina basada en Evidencias.
- Metodología diversa, activa y participativa.
- Seminarios.
- Role playing.
- Trabajos de campo.
- Visionado de videos.
- Simulaciones.
- Investigaciones.

Evaluación

La evaluación es un proceso integral, continuo y sistemático que recaba, analiza y emplea información cualitativa y cuantitativa para dar cuenta de la formación y desarrollo de competencias profesionales, así como para determinar las actividades de enseñanza y de aprendizaje en correspondencia con las estrategias didácticas. Se lleva a cabo en diferentes momentos, con distintas intenciones y utilizando diversas estrategias, con base en criterios y evidencias previamente definidos; es decir, a partir de establecer las evidencias de las competencias, se diseñan y organizan las estrategias de enseñanza y aprendizaje. Los criterios y sistema de evaluación deben ser dados a conocer a los estudiantes al inicio del curso.

Las estrategias de evaluación incluyen métodos, técnicas e instrumentos que se aplican según la determinación de las evidencias de las competencias por desarrollar. Un punto que debe considerarse al aplicar las evaluaciones es evitar la sanción, la exclusión y la descalificación, para impulsar un óptimo proceso educativo-formativo y una adecuada relación didáctica entre estudiantes y docentes.

Dimensión Organizacional

La Dimensión organizacional se vincula a la Dimensión filosófica y se constituye en el espacio en el cual se definen y articulan los procesos que, al ejecutarse, aseguran el logro de las expectativas de la Dimensión académica. La implantación de procesos facilita la consolidación del enfoque de formación y desarrollo de competencias profesionales, así como de diseño e innovación curricular.

La configuración de esta dimensión la integran tres planos: Gestión educativa para el alto desempeño, Gestión por procesos y Liderazgo transformacional. Su concepción deriva del estado del arte de las teorías organizacionales, de los principios de calidad imperantes en las nuevas relaciones globalizadoras y de los modernos enfoques sociales del humanismo que consideran al ser humano como el origen y destino de todos los esfuerzos y recursos de las instituciones educativas, por

lo que estas justifican su existencia en la medida en que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y de la sociedad.

Gestión para el alto desempeño

La gestión educativa se realiza mediante procesos basados en el alto desempeño, y con el fin permanente de superar los indicadores más elevados y optimar los resultados, con la convicción, el impulso y la motivación de los participantes y beneficiarios del quehacer educativo. Se orienta y enfoca, por medio de la generación de estrategias y acciones innovadoras y pertinentes; la aplicación de métodos, técnicas e instrumentos didácticos que contribuyan al pleno florecimiento de las potencialidades humanas, no sólo para formar profesionales aptos y emprendedores, sino competitivos en el entorno mundial, con las capacidades y disposiciones óptimas para elevar su calidad de vida, posicionar mejor a su institución e incidir en el bienestar de la sociedad.

Liderazgo Transformacional

El liderazgo transformacional es el elemento actitudinal cohesionante de los esfuerzos que realiza toda la comunidad tecnológica de cada institución del subsistema de educación universitaria, toda vez que promueve el compromiso colectivo, incentiva las percepciones de valor de lo que piensa y hace cada uno satisfacción, confianza y compromiso, favorece las metas comunes y compartidas e impulsa formas más efectivas y eficientes de actuar para operar exitosamente los procesos.

Gestión por procesos

La gestión educativa propuesta en esta teoría, pasa de una estructura funcional a otra orientada a procesos y al alto desempeño. En este sentido, la gestión por procesos es una herramienta útil que facilita el logro de los objetivos y metas institucionales, agregando valor a las acciones y a los procesos mismos. Privilegia la integración, actualización y autorización de una estructura organizacional que

simplifica la operación del proceso educativo-formativo, particularmente en lo referente al enfoque en que se centran la formación y el desarrollo de competencias profesionales. Inclusive, se abrevian y determinan de mejor manera la asignación y el ejercicio de los recursos con apego al logro de los objetivos y metas de cada uno de los procesos.

Premisas

Premisa 1: Hacer de la educación y sus procesos formativos, una respuesta social.

Parece una emergencia la necesidad de virar el tejido educativo, para hacerlo entretejer en lo social, humano, científico y todo aquello que hace necesario pensar en un ser humano más espiritual, ecológico, sensible, fluctuante, creativo, innovador, etc. Es decir, todo aquello en muchos años le hemos puesto como apellido a la palabra Educación. Esto hace pensar en una redefinición de lo que estamos dispuestos a deconstruir en nuestros tiempos sobre lo que significar educar, y que es mucho más que cúmulo de conocimientos, conjunto de información o datos que acrecentamos día a día, el conocimiento de nuevas técnicas, procedimientos, en fin “empoderarnos de la naturaleza”, creo que a la fecha nos hemos olvidado de lo más importante conocernos a nosotros mismos, reaprender sobre nuestro planeta, identificarnos y comprendernos como humanos. Es mucho más que valores o temas transversales o inclusive currículo oculto.

Las universidades cada 5 años o más, trata de pensar cómo hacer que su institución logre mejores resultados y para ello se plantea la tarea de modificar sus proyectos educativos o poner sus diseños curriculares en terapia intensiva y hacer un proceso quirúrgico según la moda educativa. Esto hace pensar a la universidad que está en un cambio, en algo mejor y de actualidad. Pero, muchas veces se queda en intento y con ligeros matices de cambio; no hay respuesta social y creamos un imaginario educativo que pensamos como la gran respuesta, traducida en bellos documentos de gestión titulados Universidad-estado-empresa o sociedad, pero la única realidad es “que todo sigue igual o peor”.

En este tejido Educativo, entendido este como la realidad educativa de un país, de la región o planetaria debe darnos las luces para la construcción de una “estrategia educativa” que para los operadores educativos como las universidades debería ser su esencia filosófica de origen, donde logre plasmar acciones que permita hacer de la educación una respuesta social. Esta estrategia educativa es más que un modelo académico, mucho más que un proyecto educativo. Y es por ello que el pensamiento complejo lograr enraizarse en estas propuestas, porque en su esencia filosófica trastoca lo que buscamos como respuesta en nuestro tejido educativo: Re civilización humana, superación de la dualidad de la ciencia, entrar al mundo de la incertidumbre y el error como una herramienta de complementariedad y la incorporación del orden-desorden-organización, por mencionar algunos.

Premisa 2: La formación y el ejercicio profesional forman parte del mismo proceso.

En el proceso de su formación como profesionales universitarios, a través de las actividades de docencia, investigación e interacción social (extensión), en cada una de las áreas del conocimiento objeto del proceso se generan productos (competencias, conocimientos, bienes y servicios), que junto con el resultado principal “Los egresados”, se insertan en la dinámica de la sociedad que los sustenta. Se aspira de esta manera elevar la calidad de vida en el medio en el cual han de insertarse los productos de la universidad, la calidad de los resultados (competencias de los egresados, conocimientos producidos y bienes y servicios prestados) también debe ser elevada.



Teoría Teleo-Epistémica Multidimensional Humanística para la Formación del Profesional de Cirugía General.

EPÍLOGO

Ante la constante transformación, la vertiginosa innovación tecnológica y la voraz competencia, la necesidad de relacionar de una manera más efectiva la educación con el mundo del trabajo es una demanda que no deben desoír las instituciones educativas que pretendan mantener la excelencia en su calidad de formadores. El formar profesionales realmente capacitados, está íntimamente ligado a la noción de aprendizaje como proceso abierto, flexible y permanente. Lo importante no es sólo la posesión de determinados conocimientos, sino el uso que se haga de ellos. En ese sentido también es muy importante identificar, mediante un inventario todas las tareas que comprende una ocupación.

Las tendencias actuales de la educación son influir decididamente en el saber, el hacer y el ser del estudiante de cirugía, es decir, ponderar la adquisición de conocimientos, habilidades clínicas y quirúrgicas, así como actitudes y valores éticos y morales que permitan la generación de un profesional quirúrgico eficiente, con juicio crítico y reflexivo, que tome las mejores decisiones en beneficio de su paciente, además de tener la suficiente humildad para reconocer sus limitaciones y aceptar apoyos diversos o recurrir a opiniones más reconocidas; es decir, que también sepa trabajar en equipo.

Los planes de estudio de la actualidad se están basando en una serie de características que conjuntan conocimientos, habilidades y actitudes para lograr profesionales de alto nivel, competentes en cualquier lugar. Por lo tanto, se busca que posean conocimientos amplios básicos y clínicos, habilidades de comunicación y destrezas quirúrgicas completas, pensamiento crítico y reflexivo; que sean éticos, profesionales íntegros, responsables; apasionados por la educación continua, sabedores del manejo de la informática médica, y con un deseo de desarrollo y crecimiento personal constante. Indudablemente, para mejorar todo el proceso educativo debemos evaluar por igual a alumnos, profesores, programas e instituciones y, dependiendo de los resultados obtenidos, realizar las adecuaciones pertinentes.

Los nuevos programas de estudio deben favorecer para que el profesor sólo actúe como tutor y guía, con una educación dinámica, participativa, interactiva; centrada en el alumno, con supervisión y evaluación de los programas y apoyo en elementos que faciliten el aprendizaje, como son las estrategias de enseñanza: medicina basada en problemas y medicina basada en evidencias, asociando múltiples ejemplos, analogías, metáforas, comparaciones activas y prácticas mixtas, olvidándonos del enfoque educativo pasivo, conductista y memorístico, cambiándolo por una estrategia que pone énfasis en las necesidades del alumno, no en las de la institución, ni en las del profesor; se trata de que se aumente la motivación del estudiante para su aprendizaje autónomo y educación continua, y así sea el principal responsable de

su aprendizaje, el cual debe ser constructivista y reflexivo, es decir, debe permitir al alumno ir a la búsqueda de su propio conocimiento.

Por otro lado, debemos insistir en la adquisición de habilidades quirúrgicas por medio de la simulación biológica o no biológica antes de realizar el acto quirúrgico en el ser humano. Actualmente ya tenemos modelos sintéticos adecuados y biológicos, animales vivos o no vivos, además de modelos virtuales, para poder adquirir las habilidades fundamentales para enfrentar con certeza el acto quirúrgico sobre el paciente, en donde es de gran importancia tener herramientas de evaluación que permitan conocer si realmente se adquirieron las habilidades propuestas. Vale la pena insistir en que la investigación quirúrgica es también una herramienta adecuada para la educación, permite al médico perfeccionar su actuar a través del método científico acrecentando su educación continua, su espíritu innovador y la inquietud de la búsqueda de la verdad del momento.

REFERENCIAS

1. Tunnermann BC. La educación superior en el umbral del siglo XXI. Caracas, Venezuela: CRESALC/ UNESCO. 1996:211.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. New York City. 1910;4:346.
3. Quirarte C, Muñoz C, Hinojosa J. La revolución pedagógica en la cirugía y Los agentes del cambio. México. 2013;(Supl 1):14.
4. Majano F. El perfil del cirujano docente. Departamento de Cirugía de la Universidad Centrooccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA) Barquisimeto. 2013.
5. Guerra O. Aproximación teórica para un diseño curricular en la especialidad médica de cirugía general. Valencia: Signos, Ediciones y comunicaciones CA; 2013.

6. Lent R, Brown D, Hackett G. Toward a Unifying Social Cognitive Theory of Career and Academic Interest, Choice, and Performance. *J Vocational Behavior*. 1994;45:79-122.
7. Habermas J. *Teoría de acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1999;I.
8. Habermas J. *La lógica de las ciencias sociales*. Madrid: Tecnos; 1996.
9. Irigoín M, Vargas F. *Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo: Cinterfor; 2002.
10. UCV. *Comisión Nacional de Currículo. Lineamientos para abordar la transformación en la educación superior. Escenarios curriculares*. Caracas. 2002.
11. Vaquero C, Del Rio L, San Norberto E, Ambrosio Paré. Aportaciones a la cirugía. *Rev Esp Invest Quirúrg*. 2018;(21):67-70.
12. Gadamer G. *Verdad y Método: fundamentos de una Hermenéutica filosófica*. Salamanca. 1999.
13. Chacín L. *Cien años del Hospital Vargas. Su historia cronológica y significación nacional*. Caracas: Sociedad de médicos y cirujanos del Hospital Vargas; 1991.
14. Rosselot J. Dimensiones del profesionalismo médico: proyecciones para el siglo XXI. *Rev Med Chile*. 2006;(134):657-664.
15. Tovar MC. El significado de la formación integral en estudiantes de último semestre de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. *Colombia Med*. 2002;(33):149-155.
16. Villanueva JL. Necesidad de adquirir competencias en valores y actitudes. *Educ Med*. 2006;9(Supl 1):39-41.
17. Delors J. *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana/UNESCO; 1996.
18. Wojtczak A. Profesionalismo médico: una problemática global. *Educ Med*. 2006;9:144-150.
19. Laín P. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza; 1983.

20. Borroto R, Riba R. La comunicación humana y la actuación profesional la práctica clínica. Bol Ateneo Juan Cesar García. 1996;(4):35-55.
21. UNESCO. La educación Superior en el Siglo XXI. Visión y Acción. La contribución de la Educación Superior al Sistema Educativo en su Conjunto. 5-9 octubre. París. UNESCO. 1998.
22. UCV. Comisión Nacional de Currículo. Lineamientos para abordar la transformación en la educación superior. Escenarios curriculares. Caracas. Febrero 2002.
23. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, diciembre 2001.
24. Ley de Universidades Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N°1.429, (extraordinario), Septiembre de 1970.
25. Maturana H. El Sentido de lo Humano. Ediciones Pedagógicas Chilenas, S.A.; 1992.
26. Basarab N. Manifesto of Transdisciplinarity. New York, State University of New York (SUNY) Press. Translation in English by Karen-Claire Voss. 2002.
27. Sánchez GC. Fundamentos epistémicos de la investigación.
28. Martínez Miguel. Nuevos Paradigmas de la Investigación. Editorial Alfa. 2010.
29. Arnaz J. La Planeación Curricular. México: Trillas; AVEFAM Declaración de Mérida. Mérida. Mimeografiado. 2001.
20. Heidegger, Martin. Ser y Tiempo. Edición electrónica de www.philosophia.cl / Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. 1927.
31. Morsn E. La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento. Bases para una reforma educativa. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1999.
32. Echerman de C. E. Una propuesta para evaluar e internado Rotatorio de Pregrado de la Escuela de Medicina “José María Vargas”, UCV. Trabajo de Ascenso no publicado Caracas: UCV. 1995.

Bioética latinoamericana en salud pública

*Drs. Jeiv Gómez¹, Carlos Cabrera Lozada², Carlos Cabrera Figallo³,
Yeyderli Robayo⁴, Pedro Faneite⁵*

RESUMEN

Objetivo: Analizar las corrientes de pensamiento prevalecientes en la bioética latinoamericana en salud pública. **Métodos:** Se investigaron los lineamientos en la bioética latinoamericana, articulando las corrientes de pensamiento con mayor relevancia. **Resultados:** Se identificaron quince propuestas enlazadas de forma relevante a la problemática y la discusión en torno a la justicia ante las desigualdades en salud pública

¹M.Sc. en bioética. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. ORCID 0000-0003-4833-5160

²Ph.D. Especialista en obstetricia y ginecología. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina. ORCID: 0000-0002-3133-5183

³Especialista en anatomía patológica. Docente asistencial del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-2184-0888

⁴Especialista en obstetricia y ginecología. Residente del programa de especialización en medicina materno fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0009-0000-0293-0648

⁵PnD. Especialista en obstetricia y ginecología y en Perinatología. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. ORCID: 0000-0003-1924-7663

en América Latina. **Discusión:** El pensamiento latinoamericano, con sus diversos ejes, íntimamente ligado a las desigualdades en salud, ha producido diversas propuestas que, con sus divergencias conceptuales, terminan convergiendo en la necesidad de implementar mecanismos de resolución de conflictos bioéticos basados en valores y principios morales a través de lo social-institucional en lo referente a las desigualdades en justicia sanitaria.

Palabras clave: Bioética, salud pública, América Latina.

SUMMARY

Objective: To analyze the prevailing currents of thought on public health latinoamerican bioethics. **Methods:** Latino American public health bioethics most relevant currents of thought were investigated, as well the most relevant currents of thought. **Results:** Fifteen proposals relevantly linked to problematic and discussion over justice and inequalities on public health in America Latina. **Discussion:** Latino American train of thought, with its diverse axes, closely linked to health inequalities, has produced diverse proposals that, with its conceptual divergences, end converging over the necessity of executing mechanisms of conflict solving referred to inequalities on sanitary justice, based on moral values and principles.

Keywords: Bioethics, public health, Latin America.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XIX, la salud pasó de ser una cuestión privada, a un problema de orden público, por lo que se convierte en objeto de estudio por la política pública de forma paulatina, llevando progresivamente a la sectorización de la salud - bien sea pública, privada o mixta -, así como al desarrollo de la sanidad para mantener la salud pública, dando paso a la aparición de la expresión “política sanitaria”

como expresión de las acciones del Estado encaminados a fomentar y desarrollar la salud pública a nivel local, regional o nacional (1,2).

La bioética como disciplina acude en auxilio de la salud pública, partiendo de la realidad inapelable en que todo gerente en salud pública se ve obligado a decidir la asignación de recursos escasos para responder a múltiples necesidades y aspiraciones sin poder satisfacerlas en su totalidad (momento teleológico también conocido como utilitarista) en consonancia con los principios (momento deontológico) (1). La bioética en salud pública pasa a estar alrededor de la justicia sanitaria también conocida como justicia distributiva que debiera manejar la equidad como valor nuclear dentro de la concepción de macrobioética, relacionada con las decisiones que se deben tomar a nivel colectivo en contraste con las de la microbioética, relacionada con lo individual (1,3,4). La macrobioética (bioética social), usa el diálogo que formula, debate y resuelve (sin excluir la disolución cuando no es posible), las cuestiones morales asociadas al grupo, a lo universal y a lo ideal. Por ello, hay una interacción constante con las ciencias de la población, la epidemiología, la salud pública, y las ciencias de lo social (4-6).

Para Lolas (15), el discurso bioético en salud pública es bastante heterogéneo por la amplia diversidad desde sus orígenes (filosofía, medicina, ciencia), formas de articulación (multi, inter, transdisciplinar), campo de aplicación (micro, macrobioética), formas de presentación (fundamental, normativa, clínica, social). Lolas, así como Cortina, (16) separado de lo que inicialmente constituyó la diatriba entre la postura del lenguaje de los derechos en medio del antagonismo anglosajón y la postura enfocada en las virtudes del individuo, han descrito el surgimiento de la teoría de los valores como núcleo en la teoría y práctica de las ciencias sociales, la epidemiología u otras disciplinas dedicadas a la salud pública, en una dimensión diferente de las normas prácticas y los deberes de los gerentes en salud pública y de los profesionales sanitarios. Debido a que los valores en las disciplinas asociadas a la salud, se relaciona en la práctica con la búsqueda del bienestar de las personas y la búsqueda de la excelencia profesional, entra en contexto la macrobioética o bioética social cuando se busca aplicar dichos valores a nivel de las sociedades.

La necesidad de la bioética latinoamericana respecto a la búsqueda de propuestas bioéticas para lograr avances en los sistemas de salud que garanticen equidad, calidad y derechos, no es una consideración aislada dentro de los contextos particulares de cada nación. Es, por el contrario, producto de un esfuerzo constante y mancomunado, desarrollado paulatinamente, propulsado entre la última década del siglo XX y la llegada del milenio desde el Programa Regional de Bioética de la OPS/OMS. Las semillas para el desarrollo de la bioética latinoamericana son fruto del trabajo de referentes de la bioética contemporánea, quienes abordaron diversidad de cuestiones como el avance hacia una bioética para América Latina y el Caribe (Lolas) (3), mencionaron los retos de la bioética latinoamericana en equidad, salud y derechos humanos (Casas Zamora) (7), discutieron sobre la calidad y excelencia en el cuidado de la salud (Gracia) (8), reflexionaron sobre la intercepción de la ética y la justicia social en el problema de lograr la equidad respecto a la asignación de recursos (Arboleda-Flórez) (9), defendieron la necesidad de encuentros entre la evidencia y la autonomía para alcanzar calidad de la atención de la salud respetando los derechos del paciente (Mainetti) (10), lograron construir perspectivas al desafío de la equidad (Drane) (11), discutieron la tensión en la tríada igualdad-calidad-derechos de los pacientes (Callahan) (12), plantearon las inequidades en los diferentes sistemas de salud con un enfoque desde la bioética (Emanuel) (13), elaboraron notas sobre la necesaria fundamentación ética de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial (Argentino Pico), entre otros avances (14).

Por ello, se realizó la presente investigación documental con la finalidad de analizar las corrientes de pensamiento de la bioética latinoamericana en salud pública.

MÉTODOS

Se realizó una investigación documental en el área de bioética en salud pública, enmarcada dentro del paradigma cualitativo. La población estudiada estuvo constituida por las propuestas de las corrientes de

pensamiento de la bioética latinoamericana en salud pública. Se realizó muestreo no probabilístico, opinático y de representatividad cualitativa a juicio de los autores, de las corrientes de pensamiento de mayor relevancia en el debate bioético actual latinoamericano en salud pública para afrontar la inequidad de los sistemas de salud de la región. Se excluyeron las propuestas no relevantes dentro del debate latinoamericano bioético actual, por carecer de repercusión en citas bibliográficas o conceptuales por otros autores en el debate bioético del tema en la región o por carecer de aplicabilidad y representatividad contextualizada a la realidad regional o venezolana en salud pública. Los aspectos éticos y metodológicos del estudio fueron revisados y autorizados por el Centro Nacional de Bioética (CENABI), acorde a los principios de Beauchamp y Childress (15).

Se obtuvieron documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés), la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE), Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, organizaciones no gubernamentales (ONG) y autores reconocidos en bioética y salud pública a nivel nacional e internacional.

RESULTADOS

Los lineamientos generales sobre las propuestas de las corrientes de pensamiento con mayor impacto de la bioética en salud pública en América Latina, se obtuvieron de documentos de la OMS, la OPS, la UNESCO, FELAIBE, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, organizaciones no gubernamentales (ONG) y autores reconocidos en bioética y salud pública a nivel nacional e internacional.

Según Tealdi (16), la construcción axiológica de una bioética regional — así como las propuestas sobre la justicia ante las desigualdades en salud para afrontar la inequidad — debe tener en cuenta históricamente el pensamiento latinoamericano íntimamente ligado a la misma, el

cual se construyó a lo largo del siglo XX – superando el colapso del pensamiento colonialista cuya debacle a nivel sociopolítico y cultural se gestó durante el siglo XIX - por la acción de múltiples ejes: a) indigenismo y vivir del campesinado, b) negritud y esclavismo literarios, c) el ser mestizo literario, d) el ser urbano, e) obrero y proletariado industrial, f) postura revolucionaria y antiimperialista, g) mirada crítica y denuncia, h) la novela de dictador, i) filosofía de la liberación e interculturalidad, j) pedagogía de la liberación, k) teología de la liberación, l) sociología y antropología, ll) feminismo y antimachismo, m) construcción mítica y simbólica de la realidad, n) identidad del ser latinoamericano como conciencia regional y nacional, ñ) filosofía latinoamericana. Adicionalmente, Fabri rescata dentro de la conformación de la bioética latinoamericana la doctrina social de la iglesia fundamentada en la dignidad humana, bien común, subsidiaridad participativa y solidaridad (17).

Se encontraron 15 propuestas enlazadas de forma relevante a la problemática y la discusión en torno a la justicia ante las desigualdades en salud en América Latina para afrontar la inequidad (Cuadro 1):

- 1) Teoría de la justicia como equidad.
- 2) Ética dialógica
- 3) Ética instrumental.
- 4) Construcción democrática de la equidad y justicia en salud.
- 5) Bioética de intervención.
- 6) Bioética de protección.
- 7) Bioética narrativa.
- 8) Bioética jurídica.
- 9) Ponderación de principios en bioética.
- 10) Bioética y complejidad.
- 11) Bioética pública y pueblo.
- 12) Bioética de los derechos humanos.
- 13) Bioética del cuidado.
- 14) Bioética social y erradicación de la pobreza
- 15) Bioética institucional y social.

Cuadro 1. Ideas centrales propuestas bioéticas revisadas sobre la justicia ante las desigualdades en salud en América Latina para afrontar la inequidad.

| Propuesta Bioética | Idea central |
|--|---|
| Teoría de la justicia como equidad | Libertad equitativa, solución maximin y pluralismo razonable |
| Ética dialógica | Normatividad moral y legalidad política racionalizadas en forma comunicativa |
| Ética instrumental | Pensamiento estructurado que privilegia la utilidad de la acción, donde los objetos son medios para alcanzar un fin. |
| Construcción democrática de la equidad y justicia en salud | Pluralismo ético como para la construcción democrática de la equidad en salud, bajo la historicidad de la justicia social |
| Bioética de intervención | Utilitarismo y consecuencialismo desde la intervención del estado, concreción social a través de la realización física. |
| Bioética de protección. | Protección estatal ante las desigualdades para las áreas de autonomía deficitaria, hasta el cese de las desigualdades |
| Bioética narrativa | Razonamiento moral como exploración narrativa en lo cognoscitivo, pedagógico-ilustrativo y constructivo-deliberativo. |
| Bioética jurídica | Reflexión crítica sobre las relaciones entre la bioética y el derecho que determina lo que debe ser. |
| Ponderación de principios en bioética | Satisfacción de necesidades a través de la aceptación de un objetivismo moral, jerarquización de principios y la distinción entre principios y reglas. |
| Bioética y complejidad | Racionalidad desde la complejidad a problemas surgidos del nexo de lo real con lo simbólico e imaginario con énfasis en el holismo y el saber transdisciplinar. |

Continúa en la pág. 181...

...continuación Cuadro 1.

| Propuesta Bioética | Idea central |
|--|--|
| Bioética pública y pueblo | Ética de protección con participación social ampliada, deliberación democrática y empoderamiento de la ciudadanía en particular los excluidos/marginados. |
| Bioética de los derechos humanos | Los derechos humanos son el mínimo moral exigible para la construcción crítica y reflexiva de una sociedad cuya racionalidad parta de la dialéctica. |
| Bioética del cuidado | Cuidado de la vida como valor y derecho humano esencial y fundamental, imperativo categórico de responsabilidad intransferible. |
| Bioética social y erradicación de la pobreza | Equidad se alcanza con la solidaridad como construcción social, erradicando la explotación, exclusión y eliminación asociadas a la pobreza. |
| Bioética institucional y social | Redimensionamiento del principalismo clínico a lo social e institucional latinoamericano con la formulación de principios secundarios. Justicia como respeto a la legalidad, equidad y protección. |

Lineamientos generales de las propuestas bioéticas en salud pública en América Latina para afrontar la inequidad

1. Teoría de justicia como equidad: En conjunto promotora del estado liberal-socialdemócrata de bienestar colectivo influyendo en el concepto contemporáneo de justicia social (18,19), como la primera virtud de las instituciones, siendo la estructura básica de la sociedad en torno a la distribución apropiada de los beneficios y las cargas de cooperación social. Es necesario el consenso en

medio del pluralismo y el surgimiento de conflictos de intereses, partiendo del velo de ignorancia en la posición original para la toma de decisiones, como aquellas referidas al sector salud. En su estructura básica formula dos principios de interpretación democrática de la justicia social en torno a las ideas tradicionales de libertad, igualdad y fraternidad. Establece prioridad del primero sobre el segundo, y la segunda parte del segundo sobre la primera:

“Cada persona ha de tener un derecho igual al más amplio sistema total de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertad para todos”. También conocido como “libertad equitativa” en su máxima natural.

“Las desigualdades económicas y sociales han de ser estructuradas de manera que sean para:

b1) mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo con un principio de ahorro justo, y

b2) unido a que los cargos y las funciones sean asequibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades”.

Este segundo principio también conocido como de la “diferencia” en su máxima natural.

Los dos principios son concebidos como la solución maximin que permite ordenar las opciones por los peores resultados posibles que ofrecen, eligiéndose aquella opción cuyo peor resultado sea superior a los peores resultados de las otras, lo que permite establecer el diseño de decisiones, con un enfoque conservador o pesimista, según el cristal con que se mire. Se muestra contrario a la alternativa maximax referida ordenar las alternativas por sus mejores resultados posibles, adoptando aquella cuyo mejor resultado sea mejor que el mejor resultado de las demás, mostrada como una elección para optimistas, con alta probabilidad de resultados negativos.

Se opone también a la alternativa de la maximización de la utilidad, planteada como el ordenamiento de las alternativas sobre la base de estimaciones de ganancia probable, ya que el velo de la

ignorancia no permite tener claridad acerca de la probabilidad de obtener ganancias. Para León (20), Rawls apoya los principios de justicia sobre el “consenso entrecruzado” secundario a un “pluralismo razonable”, pero no hay ninguna verdad común que en este terreno pueda justificarse universalmente, separando así lo moral de lo político. Aunque en teoría defensora de la economía de mercado no excluye la posibilidad de que los dos principios que definen lo que es la justicia, fueran posibles de llevar a cabo en una sociedad donde existe propiedad social de los medios de producción.

Por otra parte, ha sido objeto de críticas por la dificultad de materializar las libertades sociales y económicas en sectores como el de la salud su concepto abstracto y universalista de justicia predominando la razón-racionalidad en un mundo de profundas desigualdades en medio de la globalización, sin especificar del todo metodología política, económica y sin considerar contextualización social, cultural e histórica e invisibilizando en pro de las instituciones —en particular las públicas—, la dimensión ética humana que conlleva sus propias motivaciones, deseos y fines, también implicando que los principios de justicia se reduzcan a la justa distribución de los bienes básicos, más que a la autonomía de los sujetos a través del ejercicio de los derechos, por ende sin abarcar la opresión y dominación, las minorías, el reconocimiento del género y la identidad, la transformación radical de las sociedades.

2. Ética dialógica: Considerada entre los paradigmas dominantes del debate bioético —con la respectiva influencia sobre el discurso bioético latinoamericano—, con diversas sinonimias como “ética del discurso”, “ética comunicativa” o “ética democrática” (20,21), entre las fuentes se encuentran los planteamientos de Rawls de la justicia como equidad (*fairness*), pero se encuentra directamente vinculada a la propuesta del diálogo como praxis moral, articulada en la ética comunicativa de Habermas (22-24), en una tradición más vinculada al socialismo esforzada en lograr unir a la ética

y el pluralismo a través del “diálogo libre de dominio” (similar al velo de la ignorancia planteado por Rawls), fundamentando racionalmente la ética.

Es una propuesta que establece una mediación entre la filosofía trascendental kantiana y lo que se conoce como «giro lingüístico» de la filosofía contemporánea. La filosofía desenvuelta en el «paradigma de la conciencia», resulta insuficiente para asegurar la objetividad. Aquel paradigma debe reemplazarse por el «paradigma del lenguaje». El paradigma de la conciencia lleva al encierro del sujeto en sí mismo, perdiéndose la intersubjetividad. En cambio, el paradigma del lenguaje asegura lo intersubjetivo desde el principio. El «yo pienso» cartesiano es sustituido por el «nosotros argumentamos». La razón se reconoce desde el carácter esencialmente dialógico donde predomine la igualdad (no dominio). Para Habermas (24), en la ética dialógica la normatividad moral y la legalidad política han de establecerse y justificarse racionalmente en forma comunicativa, previo el filtro de lo universal —bueno para todo—, a la hora de acordar lo que es justo. El consenso democrático resultante, se constituye como moralmente bueno y obligatorio según la ética de mínimos. Dicho consenso ejerce un efecto saludable, el cual es análogo a lo que en el contexto del mercado se atribuyó a la famosa «mano invisible» del liberalismo clásico, que convierte el egoísmo individual en bien común.

La crítica principal al planteamiento «dialógico» es que acaba resultando muy poco práctico, puesto que difícilmente la deliberación termina en decisión si la condición para decidir es el consenso. En el terreno político, más aún en cuestiones morales como las decisiones en políticas sanitarias, particularmente en tiempos de crisis donde frecuentemente se presentan puntos de vista frecuentemente irreconciliables, la ética dialógica no tiene una materialización sencilla dado que solo cuentan los consensos fácticos. Así, el enfoque dialógico converge con el utilitarismo, donde se busca la mejoría el mundo más que la mejoría de la

persona, pero sin ocuparse de aclarar cómo sería posible una cosa sin la otra. Por, el diálogo abandona el camino ético y entra al terreno de la política y la biopolítica.

3. Ética instrumental: la razón instrumental aplicada a la ética parte de la concepción de estructurar el pensamiento, privilegiando la utilidad de la acción y considerando los objetos como medios para alcanzar un fin determinado. Barbosa (25), contextualizando las ideas sobre la razón instrumental pragmática para el discurso bioético en América Latina, refiere que la ética instrumental ha tropezado con los efectos del discurso ajeno proveniente del legalismo bioético norteamericano, balanceada permanentemente entre una casuística indefinida y una pseudoteoría reducida a comentar los casos bioéticos a nivel de un periodismo de divulgación científica, sin aportes reales a nuestro medio más allá de la actualización acrítica del discurso foráneo de las “sociedades centrales”. Otra dificultad es la referente a que el debate respecto a la ponderación entre los derechos humanos y los valores trascendentales, no responde a urgencias específicas de la comunidad, sino a requerimientos de las políticas sociales que aparecen o desaparecen según los programas electoralistas, en otras palabras, se sale de la bioética para formar parte de la biopolítica.

Otra dificultad dentro de la instrumentalización de la ética lo constituyen las éticas del mandato, el altruismo sustitutivo de la justicia dentro de los *cultural studies* relacionados con las políticas de la diferencia y de la identidad, instrumentadas por la *intelligenza* estadounidense y europea, justificadoras de la globalización y el capitalismo tardío, con contrapartes como los estudios de la *diversité culturelle* de los francoparlantes a partir de los procesos de mundialización, o los estudios postcoloniales, más en boga en nuestra región. Estos estudios se dan en estados con sociedades postconvencionales y pluriculturales, inaugurando la llegada a una alteridad asistible. No es la compasión ni la caridad lo que las mueve, tampoco la promoción de la justicia, sino el altruismo y la filantropía (25).

En un nuevo humanismo, el mundial, colocado en el polo opuesto al capitalismo globalizante para integrar lo diverso. En suma, plantea que el discurso bioético práctico del siglo XXI puede compensar las limitaciones de aquel proyecto impidiendo su aplicación mecanicista irreflexiva a saber: a) valores y jerarquías fijos, b) limitación de propuestas a modelos típico-ideales. Es necesaria la asunción de un proyecto instrumental propio, anclado en las urgencias regionales, capaz de asegurar derechos personales a todos y cuya orientación se guíe por valores trascendentales como vida, identidad, integridad, libertad, salud y bienestar, capaz, en fin, de diseñar ideales para regir prácticas democrático-civiles, científicas y profesionales.

4. Construcción democrática de la equidad y la justicia en salud: Hernández (26), reconoce el asunto de la equidad en salud como de interés global, con la particularidad de que en nuestra región la mayoría de países sostuvo una fragmentación de diferentes proporciones entre el seguro social para trabajadores formales, la asistencia pública para pobres y un sector privado con diferentes formas de pago de bolsillo para los pudientes, en el análisis estructural de los sistemas de salud. La mayoría de las sociedades latinoamericanas no han tenido la experiencia vital de la garantía universal de derechos sociales, económicos y culturales, reconociendo la condición de ciudadano, traducido en el predominio de la perspectiva contractualista liberal “sálvese quien pueda”. El modelo del “pluralismo estructurado”, basado en la competencia regulada, orienta cada vez más las reformas de los sistemas de salud regionales, derivadas de los altos costos de los servicios médicos, la crisis fiscal y el ajuste estructural promovido por las agencias financieras multilaterales. Dicho modelo, (27-29) resulta en una combinación compleja entre la posición rawlsiana de los bienes primarios básicos y el utilitarismo del cálculo del menor costo y el mayor beneficio, incorporando mecanismos de regulación del mercado de aseguramiento, de manera que los competidores no se vean

estimulados por el precio de la póliza, sino por el número de afiliados y una mayor eficiencia en la operación, preservando la libre elección del usuario y del prestador resolviendo la tensión entre equidad y eficiencia, al lograr el acceso igualitario a un conjunto mínimo de servicios (plan de beneficios), con un “costo razonable”, alcanzado cuando “los beneficios marginales sean iguales al costo marginal para personas con un ingreso medio”. El pluralismo ético es el elemento referencial para la construcción democrática de la equidad en salud, partiendo de la conciencia de la historicidad de la justicia social y reconocer el malestar que genera la persistencia de las injusticias innegables a cualquier valoración, propiciando el debate público sobre lo que se entiende por salud y por equidad (27-29).

Desde la posición democrática es posible asumir el reto de cuestionar los predomios y las hegemonías para transformar, el modelo predominante en la mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos, enfatizando la inclusión institucional y social, dentro de las decisiones sobre políticas y justicia sanitarias en el contexto del respeto a los derechos humanos (26-29).

5. Bioética de liberación-intervención: autores como Dussel o Maliandi (30-32), hablan de la necesidad de cambiar la orientación de la ética dialógica en nuestros países dado que el diálogo racional se efectúa con gran disparidad en América Latina, no es un diálogo entre iguales, por lo que para evitar el silenciamiento de los oprimidos, se debe intervenir activamente en el campo político reformando los sistemas de salud, bajo una ética de liberación que arranca en el reconocimiento del otro como interlocutor válido al que se le reconoce el derecho a la palabra, además de darle lugar en los procesos político-dialógicos para que efectivamente pueda decirlo.

Yendo más allá de este planteamiento, Garrafa y Porto (33), conceptualizan la bioética de la intervención (inicialmente llamada bioética fuerte o *hard bioethics*), como un planteamiento que procura respuestas adecuadas para el análisis de macroproblemas

y conflictos colectivos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes constatados en los países pobres y en desarrollo, en oposición al enfoque individual del principalismo anglosajón. La bioética de intervención se fundamenta filosóficamente como utilitarista y consecuencialista, partiendo de la corporeidad como marco de intervenciones éticas por ser el cuerpo físico la estructura que sostiene la vida social; siendo imposible la concreción social sin la realización de la dimensión física humana.

La bioética de la intervención justifica moralmente: a) la prioridad de políticas públicas y tomas de decisión que privilegien el mayor número de personas, por el mayor espacio de tiempo posible y que resulten en las mejores consecuencias colectivas; b) la búsqueda de soluciones viables y prácticas para los conflictos identificados con el propio contexto donde estos ocurren, ejemplo, dilemas como autonomía *versus* justicia/equidad, beneficios individuales *versus* beneficios colectivos, individualismo *versus* solidaridad, cambios superficiales *versus* transformaciones concretas y permanentes, neutralidad frente a los conflictos *versus* politización de los conflictos. Incorpora el uso de las “4P”: a) prudencia (frente a los avances), b) prevención (de posibles daños e iatrogenias), c) precaución (frente al desconocido), d) protección (de lo más frágiles, de los desasistidos). Esto con el fin, de ejercer una práctica bioética comprometida con los excluidos, la “cosa pública” y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI.

La satisfacción de necesidades se mide a través de bases biológicas por la posibilidad de los individuos, en un determinado contexto social. El poder se legitima con la recompensa y el castigo, que fundamentan la idea de justicia. La bioética de intervención es colectiva, práctica, aplicada y comprometida con el “público” y con lo social, resaltando la importancia aplicada en el análisis de las responsabilidades sociales, sanitarias y ambientales, así como en la interpretación histórico-social ampliada de los cuadros epidemiológicos, siendo esencial en la determinación de las

formas de intervenciones públicas, en la prioridad de acciones, en la formación de personal capacitado.

6. Bioética de protección: Kottow con puntos en común respecto a la bioética de intervención (34,35), refiere la existencia del concepto de protección en el entorno sociopolítico desde el nacimiento del estado-nación y la elaboración filosófico-política del contrato social, quedando establecida como función primordial del estado la protección de sus súbditos, ya fuese frente a los riesgos y fracasos de la vida natural individual, o directamente para neutralizar la violencia entre los individuos.

La ética de la protección aplicada particularmente a la bioética en salud pública, es presentada como pragmática ante todo, abandonando la reflexión y pasando a la acción, reconociendo las necesidades reales de seres humanos necesitados de asistencia, desarrollando un pensamiento moral para el estado de desigualdad perenne de la humanidad, permitiendo a los excluidos, recibir el resguardo necesario para desarrollar sus capacidades en libertad, bajo el amparo de una instancia que pueda decidir y gestionar, en un pacto moralmente no rescindible donde prima el compromiso de entrega más que el intercambio igualitario de bienes.

La protección alcanza las áreas de autonomía deficitaria, acabando cuando el protegido se libera de las restricciones y asume el ejercicio pleno de su capacidad de decisión y sostén, donde la confiabilidad se pueda mantener en la rectitud en la dimensión interpersonal. Ofrece el desarrollo de actitudes personales de amparo y programas sociales de resguardo, abogando por los más débiles y desarrollando una herramienta conceptual que bregue por el uso de instituciones sociales, fomentando el empoderamiento de los postergados. Ejerce su influjo a través de programas de acción específicos referidos a prácticas sanitarias públicas, a desarrollar asimismo en otros ámbitos biomédicos como la investigación y la medicina clínica.

La bioética de protección establece una tétrada de perspectivas en la valoración ética, con aplicabilidad a los programas sanitarios: a)

la acción planeada debe responder a una necesidad sanitaria real y central en la vida de la colectividad, cuya solución justifique los costos y riesgos de intervenir; b) la autoridad sanitaria debe estar en posesión de una herramienta eficaz —con probada capacidad de resolución de problemas —y eficiente —relación beneficios—costos sustentable—, para combatir el problema surgido, recurriendo a las mejores soluciones existentes, sin caer en el conformismo; c) los inevitables efectos indeseados de la acción sanitaria han de ocurrir en forma imparcial y aleatoria, estando la totalidad de los involucrados por dicha acción con la misma probabilidad de ser beneficiados o afectados; d) la obligatoria participación de todos, coartando la autonomía de los reticentes asegurando la mayor eficacia posible al programa.

7. Bioética narrativa: la bioética tiene un paradigma narrativo en donde el hombre es un género literario y una especie narrativa según autores como Mainetti (36), Moratalla y Feíto (37). Dicho paradigma está configurado por un giro casuístico (textualidad de la bioética), un giro hermenéutico (interpretación del sentido) y un giro literario (literatura como maestra del conocimiento moral, que revaloriza el papel de la imaginación en la ética y la bioética, su rol fundamental en el razonamiento moral como exploración narrativa, contrario a la tradición racionalista del absolutismo moral, que deja al margen la subjetividad de la comprensión humana).

La bioética narrativa tiene como objetivo reflexionar sobre los valores implicados. La narración puede tener diferentes funciones: a) experiencial (cognoscitiva), b) pedagógica-ilustrativa, y c) constructiva-deliberativa. Gracias a la narración se pueden alcanzar tomas de decisiones responsables y prudentes siendo clave para la deliberación como método argumentativo de la ética y la bioética, formulado por Aristóteles en la antigüedad, con plena vigencia en la actualidad. La narración es fundamental para la construcción del juicio moral (36,37).

En América Latina, la bioética encuentra una heurística importante dado la literatura y boom narrativo de la región (realismo mágico). La deliberación requiere la capacidad de escuchar otros planteamientos o interpretaciones, la capacidad para reconocer que podemos no tener razón enriqueciéndose de otros y la capacidad de asumir ciertos niveles de incertidumbre (36,37).

Se pueden describir siete puntos de encuentro entre la narrativa y la deliberación. Primero, son procesos refigurativos, catárticos, educativos. Segundo, ambas fomentan hábitos mentales. Tercero, la construcción narrativa de la presentación de un caso bioético, está orientada moralmente para la deliberación. Cuarto, la identificación de los problemas morales y los valores implicados, bajo el desarrollo de la inteligencia narrativa, facilita la construcción y aplicación de la deliberación. Quinto, la narración es un gran laboratorio de la experiencia moral, desde que los relatos son vehículo de propuesta de grandes valores, de la construcción axiológica, de capital importancia en la deliberación. Sexto, la identificación de cursos de acción, es también un trabajo narrativo, un trabajo de la imaginación. Séptimo, la prudencia y la responsabilidad necesarias en la toma de decisiones, se logran al tener en cuenta los efectos y las consecuencias de nuestras decisiones y acciones, donde la narrativa ayuda en el cálculo y consideración de las consecuencias y posibilidades.

8. Bioética jurídica: Según Tinant (38), es la rama de la bioética ocupada de la regulación jurídica y las implicaciones jurídicas de la problemática bioética, constituyendo una reflexión crítica sobre las relaciones entre la bioética y el derecho (con múltiples acepciones nominales como bioderecho, biojurídica, juridización de la bioética o juridificación de la bioética, según el enfoque utilizado).

La bioética jurídica determina lo que debe ser en oposición a la bioética empírica, que determina lo que es. Es indispensable una mayor interactividad entre tales disciplinas, para la orientación, regulación, control, y llegado el caso, prohibición de determinadas

prácticas asociadas al desarrollo de la biomedicina contemporánea contrarias a la dignidad humana, las libertades fundamentales y los derechos humanos.

La tabla de contenidos de la bioética jurídica incluye al derecho en la bioética, en donde el derecho participa de la bioética en la filosofía de los derechos humanos, el constitucionalismo de las últimas décadas y el derecho internacional de los derechos humanos. También incluye a la bioética en el derecho, referida a la bioética como discurso preparatorio de acciones que requieren la solución jurídica de problemas bioéticos, se subdivide en doctrinaria, la cual argumenta el discurso bioético dirigido tanto a la comunidad científica, como a la sociedad y los actores del derecho y la política, con pretensión universalista, también se presenta como política e institucional, ocupada de promover y asegurar el derecho a la protección y la atención de la salud, encargada de la calidad y gestión asistencial en materia de salud pública, privada y semiprivada, y de los sistemas e instituciones de salud y la medicina hospitalaria así como de los diversos comités de ética (políticas públicas, asistenciales, de investigación clínica y experimentación biomédica con seres humanos).

La bioética jurídica incluye al derecho de la bioética, donde el derecho es producto de la bioética subdividido en normativo - regulación constitucional y legal de temas y problemas bioéticos - y jurisprudencial o judicial - resoluciones judiciales de conflictos bioéticos. Finalmente, la bioética jurídica incluye al derecho internacional de la bioética, cuyas normas, logradas de acuerdos sobre principios generales, evitan pecar de especificidad para lograr el consenso global se ubican claramente dentro del marco de los derechos humanos, esto es, dentro de la idea de que todo ser humano posee derechos inalienables e imprescriptibles, que son independientes de sus características físicas, de su edad, sexo, raza, condición social o religiosa.

9. Ponderación de principios en bioética: Autores como Atienza (39) y Vásquez (40), enfocan la necesidad de resolver los conflictos

bioéticos y alcanzar la satisfacción de necesidades básicas — como aquellas visualizadas en salud pública — , a partir de 3 premisas: la aceptación de un objetivismo moral (a mitad de camino entre el absolutismo y el relativismo moral), una ordenación de principios primarios y secundarios, y la distinción entre principios y reglas. Los principios normativos (y las reglas) son relevantes para orientar las decisiones de los funcionarios públicos de la salud bajo las siguientes condiciones: a) pluralidad y objetividad como expresión de la exigencia de satisfacción de necesidades básicas al presuponer una “moralidad común”; b) valor *prima facie* y el recurso a la ponderación en el conflicto de principios; c) distinción entre principios primarios y secundarios y la prevalencia de los primeros para determinar la carga de la prueba; d) la subsunción en el paso de los principios a las reglas como pautas específicas para la resolución de las situaciones concretas para los que no existiera consenso originalmente.

El conjunto de principios y reglas pueden conformar, una especie de jurisprudencia en el tiempo, que garantizaría continuidad en las decisiones y seguridad entre los ciudadanos. Se plantean principios primarios, contrapuestos a los enunciados por el principialismo anglosajón, los cuales vendrían siendo autonomía, dignidad igualdad e información con aplicación relativamente sencilla en la bioética clínica cotidiana en los denominados “casos fáciles”. Para los “casos difíciles” se requerirían principios secundarios derivados de los primarios, bajo la carga de la argumentación ante la imposibilidad de aplicación, de tal forma que ante la insuficiencia del principio de autonomía se apelara al principio de paternalismo justificado; de la insuficiencia del de dignidad al de utilitarismo restringido; del de igualdad al de trato diferenciado y del de información al de secreto.

10. Bioética y complejidad: Según Sotolongo (41), la bioética es resultado de la necesidad contemporánea de responder a problemas surgidos del nexo entre lo real (la vida y su evolución) y el impacto sobre lo real de lo simbólico, (conocimiento y comprensión

de la vida y los valores éticos implicados subyacentes) y de lo imaginario (la invención e innovación tecnológicas concernientes a la vida) alterando esa vida y sus formas.

Las interacciones humanas modernas en torno a la tríada naturaleza-sociedad-cultura, junto a los aportes convergentes del ambientalismo holista y del pensamiento de la complejidad, llevan a la construcción de una racionalidad alternativa con énfasis en el holismo y el saber transdisciplinar contrastantes con el *pathos* analítico, lineal y disciplinar de la racionalidad de la modernidad. Se opone al giro instrumental de la bioética y la ética relacionados con la globalización y sus estrategias de poder económico, sociológico y político de carácter y orientación neoliberales de finales del siglo XX, ligadas a las contradicciones sociales (41).

Se hace eco del pensamiento de la modernidad como vía alternativa denominando “nueva epistemología” o “epistemología de segundo orden” distinguible de las dos vertientes tradicionales en la epistemología, o sea, el objetivismo gnoseologizante —que ha imbuido los diferentes positivismos, el estructuralismo y los materialismos vulgares—, y el subjetivismo fenomenologizante —en escena merced a los diferentes existencialismos, el interaccionismo simbólico, la etnometodología y los distintos idealismos—.

Su propuesta contextualizada en América Latina y del Caribe aunque nacida de la idea de bioética global, superando la limitación clínica individual del principalismo anglosajón se diferencia en 2 sentidos: a) bioética-del-consenso-social, sin articulación con la política o biopolítica, forjada objetivamente a favor de una conciliación de intereses dentro del *status quo* social vigente; b) una bioética de-las-contradicciones-sociales, articulada con la política y biopolítica, encausada a revelar las contradicciones de intereses y fines bioéticamente relevantes dentro de esas realidades sociales contemporáneas de las cuales ha emergido. Para obtener el saber bioético que responda a estas realidades,

la actividad indagadora del sujeto es inseparable del objeto de su indagación, es decir, de la situación bióética y/o compleja que se afana por comprender en su contexto situacional y en sus múltiples sentidos.

11. Bioética pública y pueblo: Cubero-Castillo (42), pone en el mapa venezolano de la realidad bioética en salud pública una propuesta de bioética pública de Kottow secundaria a la bioética de intervención (43), de la cual se desprenden cuatro pilares que son la participación social ampliada, la deliberación democrática, el desarrollo de una ética de protección que se proponga empoderar al ciudadano y la propuesta de instancias y programas destinados a enfrentar las necesidades de la comunidad y a fomentar el empoderamiento de marginados y desposeídos, en conjunción con la biopolítica. También Cubero-Castillo resalta la propuesta de bioética y pueblo de Santos (44), “ha surgido como un discurso a favor del pueblo” cuyo origen está motivado por “un movimiento social en defensa de la dignidad social y política de las personas, sobre todo, de las personas y comunidades vulnerables”. En sintonía con el modelo de atención y gestión en salud prevalente en el estado venezolano desde 1999 —bajo el paradigma de la justicia como igualdad social—, resalta Cubero-Castillo que las comunidades organizadas, en especial los consejos comunales y los comités de salud, plantean la necesidad de una política pública orientada a resolver los problemas urgentes en un ámbito local contextualizado. Plantea que dicha perspectiva de una bioética pública fortalece la promoción de la atención primaria en salud y la participación ciudadana puesto que se articula con las acciones de políticas que defienden el derecho a la salud y calidad de vida de las comunidades. Hace una apología de dicha propuesta de una bioética pública, mediante la concreción del Sistema Nacional de Salud de “carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”. Afirmo que la Misión Barrio

Adentro —secundaria al convenio entre Venezuela y Cuba—, es la concreción de un sistema nacional articulado con la seguridad social y abierta para los ciudadanos sin ninguna limitación, en un contexto de “democracia participativa y protagónica”, por lo menos desde el discurso.

12. Bioética de los derechos humanos: Tealdi (45), postula que la ética y bioética basadas en los derechos humanos son dialécticas (crítico-normativas), al reconocer la dignidad humana y respetar el pluralismo como respuesta al fundamentalismo del principialismo anglosajón y al imperialismo moral que desconocían a la salud como un derecho humano y reducían a la justicia al rango de principio *prima facie*, por supuesto puntos clave en la bioética latinoamericana. El derecho internacional de los Derechos Humanos nació del consenso político internacional entre los dos grandes bloques de países liberales y socialistas, lo cual quedó expresado en los dos grandes Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos (cercano al liberalismo y su concepto de libertad) y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (cercano al socialismo y su concepto de igualdad) y que en términos religiosos y culturales supuso un consenso entre las grandes religiones (cristianismo, islamismo, budismo, entre otras) y la pluriculturalidad global, así como la preocupación global necesaria sobre el medio ambiente. Los derechos humanos son el mínimo moral exigible para la construcción crítica y reflexiva de toda bioética que procure el desarrollo de políticas públicas que busquen lograr equidad, cuya cúspide universal lo constituye la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).

La bioética de los derechos humanos exige alcanzar una conciencia crítica sobre la vida y el vivir originados en la intuición sensible y emotiva de lo indigno y se proyecte en la voluntad racional de lograr un acto de justicia, dicha exigencia es parte del núcleo que motiva la expresión de la bioética latinoamericana en nuestros países pobres o en vías de desarrollo. Responde a los fundamentos de una

moral universalista al identificar valores universales y reconocer deberes universales, así como la partida de la realización de la bioética global. Según Tealdi (45), *“la bioética de los derechos humanos busca el camino (el método) hacia la universalización de la práctica de deberes fundados en valores universales. Su tarea es el descubrimiento de los contenidos de intereses y falsa conciencia que convierten en vicio y corrupción los postulados de valor y deber universales”*.

13. Bioética del cuidado: Franco (46), rescatando lo presentado por Heidegger (47), refiere que la ética y bioética del cuidado trascienden el área de conocimiento de las ciencias de la salud, el cuidado de la vida como valor y derecho humano esencial y fundamental; es más que una actitud, es una conciencia soberana y existencial que conduce al sujeto —profesional de salud— para asumir con solicitud y atención necesarias todas sus actuaciones con el fin de hacer bien las cosas. En la ética y bioética del cuidado el sujeto se ocupa de las tareas que le conciernen con intranquilidad, preocupación y temor que lo lleva a ser cauteloso en su actuar, para evitar peligros o riesgos innecesarios, sobre todo, cuando se trata de proteger la vida, la salud, y la integridad de las personas involucradas en las decisiones que debe tomar. Se reconoce como imperativo categórico la responsabilidad intransferible y la educación continuada como deber moral, ético y político de todo profesional de salud dedicado a actividades relacionadas con la recuperación de la salud de la persona con rostro humano afectada por patologías en sus componentes biológico, psicológico y social trastornando sus capacidades humanas incluyendo la esfera espiritual, con una normatividad que trascienda lo técnico y procedimental en los sistemas de salud evitando la prevalencia del crédito económico y trabajando en la conciencia del ser y el reconocimiento de la dignidad del otro, para saber hacer evitando hacer daño (46).
La justicia sanitaria y el cuidado como orientación moral requiere que el cuidador canalice su energía hacia la satisfacción de

necesidades y proyectos del cuidado y su completa realización con el discernimiento y la reflexión de continuo en la práctica individual y colectiva, evitando las inequidades surgidas de las injusticias sociales. En este perfil las siete “Cs” de la moralidad (conocimiento, conciencia, conducta, comportamiento, compensación y castigo) interactúan ligadas a la voluntad nacida de la conciencia de sí mismo a partir del conocimiento de la que derivan a libertad y la responsabilidad con consecuencias positivas o negativas derivadas del beneficio o perjuicio ocasionados (46). A partir de la conciencia del “ser” que desplaza al “tener”, característico de las políticas contractuales en los modelos sanitarios, el cuidado de la salud y la vida, en América Latina está relacionado con el empoderamiento y la toma de conciencia de los profesionales del sector salud, a partir de ello impulsando el empoderamiento de pacientes y familiares para el debate bioético asistencial e institucional —bajo una adecuada organización—, para que asuman la defensa de los derechos fundamentales a la vida, la integridad y la salud recuperando el equilibrio perdido y la deshumanización (46).

14. Bioética social y erradicación de la pobreza: León (20,48), plantea que partiendo de la ética dialógica contextualizada en América Latina donde se deben ir más allá de la reducción de las asimetrías para el diálogo, la bioética regional se ha debatido en torno a dos temas que son conseguir de forma efectiva aplicación de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la vida y el derecho a la asistencia justa en salud; siendo el segundo tema, conseguir la aplicación de tales derechos en una región donde son muy numerosas las personas vulnerables y las vulneradas en algunos de sus derechos más fundamentales, tanto por la pobreza y falta de desarrollo social y económico, como por la marginación y exclusión étnica o social, cuya erradicación permite alcanzar justicia sanitaria.

Existen parámetros técnicos de equidad en las reformas del sector salud desde el contexto de la salud pública en países

en desarrollo como los propuestos por Daniels y col. (49), como la salud pública intersectorial, limitación de las barreras financieras y no financieras al acceso equitativo, comprensión de los beneficios y las desigualdades en la cobertura y calidad del cuidado, financiamiento equitativo, eficacia, eficiencia y calidad del cuidado en salud, eficiencia administrativa, administración democrática y empoderamiento, autonomía del paciente-usuario y el proveedor de servicios de salud.

La bioética social como antropoética solidaria que fundamenta la erradicación de la pobreza según Pérez de Nucci (50,51), entiende la justicia como bienestar colectivo donde la equidad se alcanza con la solidaridad, como un constructo surgido del contrato social en el que “la justicia es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres”, donde “el médico en situación de crisis frente al panorama de la pobreza y su incidencia en la salud, filosofa desde la admiración, la perplejidad, la situación límite y la angustia, la solidaridad y la ecuanimidad.

La bioética social propone la erradicación de la pobreza para superar las 3 “E” (explotación, exclusión, eliminación) con preservación y fortalecimiento de todos los espacios públicos remanentes, desarrollando la capacidad de interacción y de la red de contención social espontánea, solidaridad como construcción social, eliminación de la exclusión, respeto por la interculturalidad, reflexión filosófica y bioética acerca de los problemas de la medicina actual. Para el cambio del personal de salud en el camino comunitario y social dirige su propuesta en la formación de hombres dignos (docencia, ética), creación de instituciones dignas (ética empresarial y organizativa, desarrollo de las ONG), desarrollo de instituciones dignas (solidaridad como creación social), cambio de mentalidades (modificación de conductas), cambio de estructuras (la política), respeto a las diferencias (interculturalidad como necesidad).

La bioética social postula la cooperación social como necesaria para alcanzar una sociedad organizada y ciudadanos libres e iguales con las siguientes acciones a seguir: a) desarrollo del voluntariado personal e institucional, b) replanteo de “políticas sociales”, c) responsabilidad compartida que haga crecer la solidaridad efectiva, d) erradicación de la corrupción estatal y privada, e) cultura corporativa y estatal ética, e) responsabilidad empresarial social, f) construcción de una economía con rostro humano. Entre las actitudes imprescindibles a fomentar para erradicar la pobreza a través del cambio de mentalidad están la actitud de transparencia y su demostración en los hechos, la competencia y eficacia en la tarea a realizar, predisposición positiva en las tareas encomendadas, previsibilidad, disponibilidad de diálogo, moralidad de las normas, solidaridad compasiva, responsabilidad, capacidad de trabajo en equipo, coherencia, visión clara del corto y largo plazo, participación activa de todos los sujetos destinatarios de las acciones de desarrollo (50,51).

15. Bioética institucional y social: León (20), partiendo de un contexto de bioética global, en medio del debate sobre justicia e igualdad en salud, plantea que la bioética latinoamericana en su forma más reciente se ha desarrollado como una ética social, institucional y política – ligada a la biopolítica -, en medio del desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud, las propuestas de las éticas del desarrollo, las de la interculturalidad, ética de las instituciones en salud, género y ética en salud.

La bioética institucional y social (20), es un campo que analiza la justicia en nuestras sociedades de forma práctica, sirviendo de promoción de los derechos humanos —destacando los derechos a la vida y la salud—, entendiendo que muchos problemas encontrados en la bioética clínica superan el ámbito de la relación médico-paciente abarcando defectos institucionales que se convierten en la base de las quejas de los usuarios de los servicios de salud, defendiendo el debate plural sobre la concepción de la justicia

en las sociedades democráticas, bajo la premisa de establecer consenso sobre los bienes humanos básicos y los derechos humanos fundamentales sobre el análisis de la experiencia nacional en su ejercicio, protección y promoción, así como los valores culturales y morales propios de cada país latinoamericano, con su respectivo aporte en el sector salud – incluyendo la salud pública y las reforma sanitarias.

León es partidario de la jerarquización de los principios de la tradición anglosajona formulada por Gracia (51), en un primer nivel de la no maleficencia y justicia, en un segundo nivel la beneficencia y autonomía, por constituir la justicia la condición de posibilidad de autonomía mientras que la beneficencia es complementaria de la no maleficencia, en conjunto de con el deber de solidaridad del proveedor de servicios de salud, más allá de la calidad y excelencia de los cuidados provistos. Sin embargo, León redimensiona el principalismo clínico anglosajón a lo social e institucional latinoamericano con la formulación de principios secundarios que se transforman en deberes para la aplicación concreta en los casos surgidos a nivel individual, en la relación médico–paciente, a nivel institucional y a nivel general de las políticas y sistemas de salud.

La bioética institucional y social desarrolla el principio de justicia, dando a cada uno lo suyo, a lo que tiene derecho cada persona, pero contiene a su vez otros principios: a) Respeto a los derechos o a la legalidad vigente: visión del paciente-usuario de servicios de salud como un sujeto de plenos derechos legítimos, con claridad entre los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud, los pacientes y el sistema de salud. b) Equidad: Distribución equitativa de las cargas y los beneficios, superando el equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Se debe evitar las discriminaciones injustas con igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud. c) Protección: Consecución efectiva de un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica (20).

En su propuesta, León resalta que dentro de la justicia sanitaria está el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. También están los deberes de asegurar la continuidad de la atención, asegurar la sostenibilidad del sistema y la sostenibilidad de las prestaciones. La bioética en la cosmovisión de León, tiene la obligación de ayudar a crear una cultura de la justicia en América Latina, que facilite la equidad, la protección de los sectores de población más empobrecidos y marginados, y el empoderamiento de los sectores vulnerables (20).

DISCUSIÓN

La inequidad en América Latina requiere de respuestas desde la bioética. El pensamiento latinoamericano, con sus diversos ejes, íntimamente ligado a las desigualdades en salud, ha producido diversas propuestas, de las cuales durante la investigación documental realizada en el presente trabajaron, se analizaron quince que, con sus divergencias conceptuales, terminan convergiendo en la necesidad de implementar mecanismos de resolución de conflictos bioéticos basados en valores y principios morales a través de lo social-institucional en lo referentes a las desigualdades en justicia sanitaria.

En convergencia con el pensamiento de Romero (53), gran parte de las propuestas en torno a la bioética en salud pública en América Latina, giran en torno a la denominada tiranía de las mayorías y el principio del daño. La primera está referida a la decisión y acción de la salud pública, cuya búsqueda del bien común supedita al yugo del “interés común” a los derechos individuales, perjudicando a quienes no están de acuerdo con la medida asumida. El principio del daño, se refiere a que sólo se puede limitar la libertad del individuo cuando sus acciones perjudican a otras personas. Una recomendación primordial es la de hacer participar a todos los interesados en discusiones previas que orienten la toma de decisiones.

Castro (54), entiende que una realidad sanitaria complicada de transformar en nuestro medio, es la tendencia a pensar por parte de los

integrantes del equipo de salud, que las consideraciones de origen ético son reductibles a la legalidad. Si así fuera, se congelaría la realidad al status quo. Lo que es, sería entonces lo que debería ser. Y esto simplemente, no es verdad. En la misma línea Neira (55), expresa que “se desprecia la discusión que hace legítima o ilegítima una acción por el simple hecho de que existen los teoremas y teorías que permiten la realización técnica de un objetivo”. En realidad, en conjunción con lo expuesto por León y Pérez de Nucci (20,50,51), se debe buscar una visión de cómo deberían ser las cosas que son.

León (20,56), en un análisis extenso del tema, refiere que la bioética norteamericana originada en el pragmatismo filosófico anglosajón se caracteriza por la interdisciplinariedad (diálogo entre las ciencias empíricas y las humanidades), debate ético plural, teoría de fundamentación principialista (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), de aplicación efectiva (utilitarista) mediante una metodología de análisis de casos clínicos con dilemas éticos en medio del cambio de roles y modelo relación profesional de salud-paciente, y la creación de comités de bioética, haciendo la disciplina institucionalmente instrumentalizada en búsqueda de la calidad de atención en salud, así como la humanización de relación clínica, en una sociedad ocupada por problemas relacionados con la biotecnología de avanzada que necesita reflexión racional consensuada, fructífera y políticamente viable. La bioética norteamericana busca los caminos más adecuados para resolver los problemas, tomando decisiones en relación con procedimientos concretos.

La bioética europea se caracteriza por la presencia de un debate de diversidad cultural enriquecedor de sociedades heterogéneas multiculturales en la búsqueda del respeto de la dignidad de la persona humana (20,56), con elementos propios de la ética aristotélica-tomista, puesta al día desde el personalismo, la ética dialógica, la fenomenología y la ética neokantiana que buscan resolver los problemas considerando la vulnerabilidad, dignidad, autonomía e integridad de la persona humana, buscando la promoción de derechos humanos fundamentales, inherentes a la condición del ser humano, como el derecho a la vida y a

la salud, más allá de dilemas clínicos pasando a considerar problemas institucionales, sociales y políticos de carácter universal en el campo de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud buscando el bien común (nivel macro), con creación de comisiones nacionales o de instituciones supranacionales. La bioética europea se enfoca primero en los fundamentos para luego resolver los problemas de procedimientos. Todo procedimiento debe estar bien fundamentado y todo fundamento debe poder dar resultados de procedimientos ágiles y correctos.

Las diferencias se explican a través de tradiciones filosóficas diferentes y la tendencia clínica a partir de la cual se fundamentó la bioética norteamericana. La bioética europea es más teórica preocupada por las bases fundamentales con consistencia en los principios filosóficos, en contraposición al estilo pragmático y casuístico más concreto de la corriente americana. La bioética norteamericana se polariza hacia una reflexión racional sobre las acciones humanas cuando la ética no trata solamente de acciones humanas sino también de hábitos (virtud) y de actitudes (carácter). Por ello, la corriente europea fuertemente marcada por las ideas de virtud y carácter, puede complementar a la norteamericana para que pase del nivel micro (clínico) al nivel macro (institucional, político y social). La bioética anglo americana produce una normatividad de acciones, un conjunto de reglas que conducen a una buena acción. La bioética europea avanza en la búsqueda de los fundamentos del actuar humanas, tiene unas bases antropológicas (20,56).

Ninguno de los dos modelos (norteamericano y europeo) ha podido establecerse del todo en el ámbito latinoamericano aquejado por la situación de pobreza y vulnerabilidad que afecta la calidad de vida en medio de la exclusión e inequidad, situación que no se presenta en las realidades norteamericana y europea a tal extensión (20,56). El éxito de la bioética norteamericana ha sido la elaboración de una buena y eficaz metodología, la implementación de una buena propuesta de formación de los profesionales, la penetración en la salud a través de los comités de ética de los hospitales. El acierto de la bioética europea ha sido pasar a considerar parte del debate problemas institucionales, sociales y políticos de carácter universal (nivel macro), creando

comisiones nacionales o hasta instituciones supranacionales, con una visión filosófica de diversidad multicultural con sociedades heterogéneas con elementos propios de la ética aristotélica-tomista, puesta al día desde el personalismo, la ética dialógica, la fenomenología y la ética neokantiana.

Tanto las reflexiones filosóficas sobre la justicia como la cultura moral propia de América Latina están centradas muy especialmente en el concepto de justicia, que refleja su historia y las crisis y conflictos presentes en cada país. Por ello es importante, entender que no se puede importar los modelos norteamericano y europeo (más autonómicos, aunque con aproximaciones diferentes) de forma acrítica siendo preciso analizar los valores propios de cada país ante los paralelismos del paternalismo sanitario, contractualismos más o menos individualistas, o esquemas neoliberales (20).

La región está en permanente búsqueda de soluciones a problemas bioéticos y conflictos morales de los pueblos y comunidades de vida, utilizando un lenguaje propio, considerando que la interpretación de determinados valores y normas depende de creencias culturales que se modifican por cambios en las circunstancias sociales, políticas y económicas, incluyendo la disponibilidad de recursos (20). Dicha situación, ha llevado a un reciente desarrollo de la bioética en lo institucional, social y político (predominando las consideraciones sobre la justicia social), que confluye con los encendidos debate sobre justicia e igualdad en salud, ética de las instituciones de salud, o género y ética en salud, que van más allá de la bioética general y clínica, con inmersión en la realidad social, buscando eliminar las asimetrías para lograr autorrealización individual y colectiva adecuada, ayudando al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética y la concepción de la justicia en las sociedades democráticas.

Se debe establecer un consenso previo al debate, en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos humanos fundamentales. No importa sólo la referencia teórica y general, constitucional muchas veces, a estos derechos, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia ha aportado a cada país de América Latina sobre el ejercicio,

la protección y la promoción de estos derechos. La justicia —como redistribución y reconocimiento— se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía, y en los cambios de perspectiva que nos aporta también la consideración del principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad, más allá de la calidad de los cuidados del profesional de la salud (20).

CONCLUSIONES

El pensamiento latinoamericano constituido por múltiples ejes, ha permitido constituir una bioética regional alrededor de la justicia, claramente diferenciada del discurso de la bioética norteamericana y la europea, que refleja la historia, las crisis y los conflictos presentes en cada país, ha concebido diversas propuestas aplicables a la salud pública. El énfasis para la resolución en lo relacionado con el estudio de conflictos bioéticos en salud pública, está en lo social-institucional. La bioética latinoamericana en salud pública interpreta determinados valores y normas, dependiendo de creencias culturales modificables por cambios en las circunstancias sociales, políticas y económicas, incluyendo la disponibilidad de recursos disponibles para la atención sanitaria.

Las propuestas más relevantes de la bioética latinoamericana en salud pública giran en torno a la tiranía de las mayorías y el principio del daño, pese a sus claras diferencias conceptuales. Convergen en la necesidad de implementar mecanismos de resolución de conflictos bioéticos basados en valores y principios morales a través de lo social-institucional en lo referentes a las desigualdades en justicia sanitaria. La justicia en la bioética latinoamericana en salud pública bajo la inmersión social —como redistribución y reconocimiento— se nos aparece entonces como la condición de posibilidad de la autonomía, buscando eliminar las asimetrías para lograr autorrealización individual y colectiva adecuada.

Se recomienda realizar investigaciones relacionadas con la implementación de propuestas en bioética latinoamericana en salud pública.

REFERENCIAS

1. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Bol Of Sanit Panam.* 1990;108(5-6):570-585.
2. Coleman C, Bouësseau M, Reis A. Contribución de la ética a la salud pública. *Bol Organ Mund Salud.* 2008;86:577-656.
- 3, Lolas F. Hacia una bioética para América Latina y el Caribe. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos.* Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000.p.13-18.
4. Lolas F. Macrobioética y el principio de construcción de la salud. En: Málaga H, director. *Salud Pública. Enfoque Bioético.* Caracas: Disinlimed; 2005.p.139-144.
5. Tealdi JC. La enseñanza de la bioética como nuevo paradigma en salud. *Bioethics, Blackwell Publisher.* 1993;7(2-3):188-199.
6. Velásquez G. Fundamentos de un programa de bioética para la carrera de medicina en la Universidad Central de Venezuela. Repositorio Institucional SaberUCV[Internet]. 2014 Dic [consultado 22 de agosto de 2018]. Disponible en <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/7823/1/Fundamentos%20de%20un%20programa%20de%20bio%C3%A9tica%20para%20la%20carrera%20de%20Medicina%20en%20la%20Universidad%20Central%20de%20Venezuela.pdf>.
7. Casas Zamora J. Los Retos de la Bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos.* Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.1-34.
8. Gracia D. Calidad y Excelencia en el Cuidado de la Salud. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos.*

- Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.35-54.
9. Arboleda-Flórez J. Equidad y Asignación de Recursos: Donde la Ética y la Justicia Social se interceptan. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.53-68.
 10. Mainetti J. Calidad de la Atención de la Salud y los Derechos del Paciente: entre la Evidencia y la Autonomía. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.69-74.
 11. Drane J. El Desafío de la Equidad: Una Perspectiva. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.75-90.
 12. Callahan D. La Inevitable Tensión entre la Igualdad, la Calidad y los Derechos de los Pacientes. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.91-100.
 13. Emanuel E. Inequidades, Bioética y Sistemas de Salud. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.101-106.
 14. Argentino Pico L. Notas para una fundamentación ética de los Programas de Mejoramiento Continuo de la Calidad Asistencial. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.107-115.
 15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
 16. Tealdi J. Pensamiento latinoamericano. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red

- Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.1-2.
17. Fabri M. Doctrina social de la iglesia. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.525-527.
 18. Rawls J. Teoría de la justicia, trad. de Dolores M. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica; 1979.p.84.
 19. Molina P. La teoría de la justicia social en Rawls. Polis [Internet]. 2009; 23 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/1868>.
 20. León F. Justicia y bioética ante las desigualdades en salud en Latinoamérica. Rev Colomb Bioét [Internet]. 2010 [consultado 09 de octubre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189217244006>>.
 21. Barrio J. La aporía fundamental del llamado «debate» bioético. Cuad Bioét. 2003;4(2-3):229-240.
 22. Lagos J. La ética cordial. La diaria [Internet]. Oct 2015 [citado 13 Ene 2019]. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2015/10/la-etica-cordial>.
 - 23, Maliandi R. Ética discursiva y ética aplicada. Reflexiones sobre la formación de profesionales. Rev Iberoam Educ [Internet]. May 2002 [citado 13 Ene 2019]. Disponible en:<https://rieoei.org/historico/documentos/rie29a05.htm>.
 24. Habermas J. La inclusión del otro: Estudios de teoría política. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 1999:59.
 - 25, Barbosa S. Ética instrumental. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.159-161.
 26. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev Salud Púb 2008;10(1):72-82.
 27. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A, editores.

- Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Vol. 2. Santiago de Chile, Chile: CEPAL, Fondo de Cultura Económica; 2000.p.659-726.
28. Hernández M. La Bioética y el pluralismo ético. *Rev Ger Pol Salud*. 2001;1:74-85.
 29. Hernández M, Ochoa D, Novoa E. Del capital social a la construcción de lo público. *Rev Trans*. 2001;1:12-41.
 30. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. 3ª edición. Madrid, España: Editorial Trotta S.A.; 2008.p.664.
 31. Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos; 2006.p.260.
 32. Maliandi R, Thuer O. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Lanús, Argentina: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús; 2008.
 33. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.161-164.
 34. Kottow M. Bioética de protección. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.165-167.
 35. Kottow M. *Ética de protección. Una propuesta de protección bioética*. Bogotá, Colombia: Editorial Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia y Escuela Salud Pública de la Universidad de Chile; 2007.p.223-232.
 36. Mainetti J. Bioética narrativa. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.167-168.
 37. Moratalla T, Feito L. Bioética narrativa: clave de la deliberación. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para*

- América Latina. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.23-33.
38. Tinant L. Bioética jurídica. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.168-171.
 39. Atienza M. “Juridificar la bioética”. *Isonomía*. 1998;8:75-99.
 40. Vásquez R. Ponderación de principios. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.171-173.
 41. Sotolongo P. Bioética y complejidad. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.173-176.
 42. Cubero-Castillo E. Bioética pública: la participación y planificación comunitaria como base para la gestión sostenible de la organización comunal. *Rev Bioet Latinoam*. 2013;12:53-70.
 43. Kottow M. “Bioética Pública: una propuesta”. *Rev Bioét (Impr.)*. 2011;19(1):61-76.
 44. Santos L. Bioética y Pueblo. París, Francia: UNESCO [Internet]; 2009 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibresBioetica/13.%20Bioetica%20y%20Pueblo.pdf>.
 45. Tealdi J. Bioética de los derechos humanos. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.177-180.
 46. Franco Z. Reflexiones en torno a la bioética y la ética del cuidado en el área asistencial y de investigación en salud. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para América Latina*. 1a edición. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.61-73.
 47. Heidegger M. Cuidado. En: Ferrater Mora J. *Diccionario de Filosofía*. Volumen 1. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana; 2004.

48. León F. Bioética, deliberación y salud pública. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.9-15.
49. Daniels N, Bryant J, Castano R, Dantes O, Khan K, Pannarunothai S. Benchmarks of Fairness for Health Sector Reform in Developing Countries: Overview and Latin American Applications. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(6):740-750.
50. Pérez de Nucci A. Antropoética del acto médico. Tucumán, Argentina: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán; 2008.p.114-115.
51. Pérez de Nucci A. La bioética social frente a la pobreza y los grupos vulnerables. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.40-52.
52. Gracia D. Prólogo a Principios de ética biomédica. En: Beauchamp T, Childress J, editores. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona, España: Editorial Masson S.A.M; 1999.p.522.
53. Romero P. Bioética y ética de salud pública. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. Caracas: Saber UCV [Internet]. 2014 [consultado 31 de diciembre de 2018]; 2(87):58-64. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp/article/view/7234.
54. Castro J. Consideraciones éticas sobre un sistema de salud. *Comunidad y Salud* [Internet]. 2007 [citado 11 Dic 2018];5(2):46-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1690-3293.
55. Neira H. América Latina y bioética. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.156-168.
56. León F. La Bioética Latinoamericana en sus textos. Santiago de Chile: CEIB; 2008.p.21-23.

La cirugía decimonónica. Historia e influencia francesa en la cirugía venezolana

Dr. César Blanco Rengel

Dedicatoria

A la memoria del Dr. Juan José Puigbó, insigne maestro, quien nos dio la primera inquietud sobre el tema y su título, quien nos impulsó en todo momento en las dificultades y dudas (que fueron varias e importantes).

A mis maestros de 6° grado de primaria del “Colegio La Milagrosa” de Ciudad Bolívar, Reverendos Ubierna y Bernardino del Hoyo, por ese estudio repetido y agradable de la Historia Universal y de la Historia Sagrada, durante ese año cursado en esa histórica ciudad, que fue semilla para mi cercanía a la Historia.

A mis padres Oscar Guillermo y María Luisa por ese maravilloso libro infantil sobre el Libertador (lleno de láminas de la vida de Bolívar y con esa bella dedicatoria como premio por haber aprendido a leer) en mis 6 años.

A mi esposa Lídice Patricia y a mis hijos César Guillermo y Miguel Ángel por su apoyo en todo momento.

ORCID: 0000-0002-8182-927X

RESUMEN

Investigación histórica documental del estado y desarrollo de la Cirugía en Venezuela en el siglo XIX, de los adelantos médico-quirúrgicos europeos, en particular en Francia y su influencia en nuestro país a través de los cirujanos nativos con Pregrado o Especialización en París, que regresaron y trabajaron en el recién inaugurado Hospital Vargas. Se puntualiza el valioso aporte de las Instituciones Médicas creadas en el país a su regreso, que facilitaron el desarrollo y cirugía de la época. Se analizan las complejas y delicadas intervenciones quirúrgicas realizadas a su regreso de Francia y su condición de Pioneros. **Metodología:** Lineamientos de la Escuela de los Anales de Francia: Crítica Documental de March Bloch y Fernán Brandel. **Bibliotecas Investigadas:** Academia Nacional de Medicina, Nacional de Venezuela, Academia de Historia, Central de UCV y de Humanidades. **Resultados obtenidos:** Nuevos procedimientos en Cirugía Cardiovascular, Oncológica, Aparato Urinario, Vías Biliares, Gastrointestinal, Neurocirugía y Patología Tropical; en Anestesia; Invención en Área Quirúrgica e Instrumental, Fundación Instituciones y Cátedras. **Conclusión:** Los aportes brindados por Francia fueron de alta significación cualitativa y cuantitativa. Sirvan de ejemplo de los frutos obtenidos: Luis Razetti, Pablo Acosta Ortiz, José Gregorio Hernández y Santos A. Dominicci.

Palabras clave: Cirugía, historia, siglo XIX, Europa, Francia, Venezuela.

SUMMARY

History and documental investigation is made of the state and development of surgery in Venezuela in XIX century. Medicine and Surgery in Europe particularly France in XIV–XIX centuries were best advanced and its influence in Venezuelan's surgeons to comeback immediately finish training in grade or specialization in Paris to work in

the new Hospital Vargas. It shows the many contributions of French's School to medicine and surgical procedures in benefits of Venezuelan's physicians and surgeons. Many Medical Institutions were created in our country that facilitates the development of surgery. It analyzes the complex surgical procedures made for our surgeons when they come back to Venezuela. **Methodology:** According to School of French's Annals of Critical Documental of March Bloch and Fernán Brandel. **Library consultation:** National Medicine Academy, Venezuela National Library, History Academy, Central Library of UCV and Humanities Library. **Results:** New procedures in Cardiovascular Surgery, Oncologic, Urinary System, Gastrointestinal, Biliary Tract, Neurosurgery and Tropical Pathology, Anesthesia, Instrumental Surgical Area and foundation of Institutions and Professor Classroom. **Conclusion:** The benefits of France's contributions were of high qualitative and quantitative significations. Fruits obtained: Luis Razetti, Pablo Acosta Ortiz, José Gregorio Hernández and Santos A. Dominicci.

Key words: Surgery, history, XIX Century, Europe., France, Venezuela.

Frases célebres

La más noble conquista que ha hecho el hombre es la que ha realizado sobre el imperio del dolor”

“La ignorancia no se da perfecta cuenta de la bondad; solo el saber puede reconocerla real y eficazmente”

“La ciencia no embota la sensibilidad como se ha dicho, sino más bien la agudiza dándole la justa proporción”

Dr. Louis Dartigues (Enero de 1924)

Presidente de la Sociedad de Cirujanos de París.

Vicepresidente de la Sociedad de Medicina de París.

Fundador de la “Unión Médica Franco Ibero Americana” (UMFIA).
Presidente de la Sociedad de Historia de la Medicina de París (1939).
Presidente Honorario de la Sociedad de Historia de la Medicina del
Perú (1939).

Tomado de su libro: “**El dolor en Cirugía,**” publicado en París, 1925.
Traducido al castellano por el **Dr. Luis Razetti**. Profesor de la Escuela
de Medicina de Caracas. Delegado de Venezuela en la **Unión Médica
Franco-Ibero Americana (UMFIA)**. Caracas, 1932.

INTRODUCCIÓN

La historia de la Medicina y Cirugía está íntimamente ligada a la historia de la humanidad. Hay un grupo de historiadores médicos que la dividen en varias etapas:

1) La oscuridad de los tiempos pretéritos: llamada igualmente noche de ignorancia y sufrimiento. Corresponde a los primeros siglos de la civilización, tinieblas signadas por gran dolor con prácticas médicas muy elementales como la Hidroterapia en el tratamiento de las fiebres y las infecciones de las heridas, y el entablillamiento e inmovilización de las fracturas. Aunque hubo culturas muy adelantadas en su momento histórico que practicaban las Trepanaciones de Cráneo en los traumatismos craneoencefálicos llevadas a cabo en las civilizaciones Incas, Mayas y Aztecas (1). Se suceden luego las centurias hasta llegar al siglo XIX bautizado como: **2) El siglo de los cirujanos.** Es cuando los maestros europeos Joseph Lister, Ashley Cooper, Teodoro Billroth, Teodoro Kocher, Johannes Von Mickulicz, Ferdinand Sauerbruch, Eduardo Bassini, y los norteamericanos: Reginald Fitz, Charles McBurney, John Murphy, William Halstead y William y Charles Mayo crean las bases científicas de la cirugía y medicina. A mediados de esta centuria tiene lugar el dominio del dolor, en Boston, en el Hospital General de Massachusetts con William Morton y John Warren llevando a cabo la primera intervención quirúrgica con anestesia general (1,2).

Lo que continúa es el llamado: **3) El triunfo definitivo de la cirugía**, en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siguiente, cuando: **4) La tecnología toma la palabra** en forma asombrosa hasta nuestros días. En estos dos últimos períodos hay un gran progreso en los estudios anatómicos, fisiológicos y patológicos, con una práctica de técnica quirúrgica depurada, una tecnología de avanzada, un abordaje de todos los sistemas y aparatos, la creación de la Máquina Corazón–Pulmón, las Salas de Terapia Intensiva, el inicio de los trasplantes de órganos siendo el corazón el que lidera este campo y finalizando con la invención del corazón artificial. Más luego surge otro invento que revoluciona superlativamente los procedimientos operatorios llevando a cabo una cirugía no invasiva con una recuperación más rápida del paciente, constituido por la Cirugía Laparoscópica y la Cirugía Robótica. Para el primer tercio del siglo XX los tres grandes enemigos de la cirugía ya han sido superados: la HEMORRAGIA, el DOLOR y la INFECCIÓN (2).

En este trabajo de investigación histórica se hizo un primer planteamiento: el de conocer el estado de la Cirugía en nuestro país en el siglo XIX y que grado de atraso tenía en relación con otros países del mundo, en particular Europa. En Francia, Inglaterra, Suiza, Alemania, para esa época se habían desarrollado tecnologías quirúrgicas de tal manera, que mejoraron su práctica y aseguraron un mejor resultado para la sobrevivencia de los pacientes. En Venezuela la asistencia hospitalaria era muy precaria en todos los campos incluyendo el concerniente a la cirugía, consecuencia del terremoto de 1812, de la cruenta guerra emancipadora y de nuestras guerras civiles en particular la Guerra Federal.

El segundo criterio que se planteó fue el señalar la influencia de la Medicina y Cirugía Europea, especialmente la de la Escuela de París, Francia, en nuestros médicos y cirujanos que en un buen número terminaron su formación de grado o de posgrado en la Ciudad-Luz, específicamente en relación con la adquisición y aplicación de instrumentos y conductas que se manejaban en aquel entonces en

Europa. De igual modo con el uso de la anestesia, las modalidades de su administración y sustancias utilizadas para ese fin.

Otro aspecto de mucho interés fue determinar si la Cirugía Venezolana estaba a la par de la Cirugía Norteamericana en lo relacionado con el diagnóstico y la terapéutica frente a la Apendicitis Aguda Vermiforme. Igualmente fue importante indicar y señalar la formación académica de nuestros cirujanos especialmente en relación con sus experiencias logradas en el extranjero y los medios de difusión de sus logros. También de interés el conocer el contacto que hubo por un buen tiempo, entre los países mencionados y nuestros médicos en las especialidades quirúrgicas, quienes fueron Pioneros de criterios y prácticas de las mismas a su regreso a Venezuela. Fue numeroso el grupo médico venezolano que realizó estudios de Pregrado, y de Especialización en la Ciudad Luz, tanto en las especialidades médicas como quirúrgicas.

La importancia de estas exposiciones radicó en resaltar en forma exhaustiva la trascendencia que tuvo la medicina foránea en el desempeño de la Medicina y Cirugía en Venezuela. Muchos de sus protagonistas fueron fundadores de instituciones docentes y de investigación así como de Medicina Social y Preventiva. Sus nuevas técnicas y procedimientos catapultaron en forma eficaz el desarrollo de la Medicina Moderna y Científica Venezolana.

Es pertinente mencionar que la asistencia hospitalaria en nuestro país y con mucho énfasis en Caracas, tenía deficiencias muy marcadas como ya se ha señalado: 1) El terremoto de 1812, 2) La sangrienta guerra de independencia y 3) la Guerra Federal. Se planteaba con insistencia la creación de *“un gran hospital general”* que subsanara las carencias asistenciales. El 16 de agosto de 1888, el Dr. Juan Pablo Rojas Paul decreta su edificación. Su construcción se inspiró arquitectónicamente en un modelo parisino, el Hospital Lariboisiere, el cual había sido inaugurado en 1854 y el que fue guía en su funcionamiento y administración. Se le denominó HOSPITAL VARGAS y se constituyó en el centro asistencial que superaba con creces a los hospitales caraqueños, cuna de la formación profesional

y de los grandes progresos de nuestra medicina y cirugía hasta bien avanzado el siglo veinte. Fue inaugurado el 1° de enero de 1891 siendo presidente de Venezuela Raimundo Andueza Palacios y realmente comenzó a funcionar el 5 de julio del mismo año.

La Metodología empleada se ha hecho siguiendo la Escuela de los Anales de Francia siguiendo la Crítica Documental de Marc Bloch y Fernán Brandel. Se siguió una investigación documental exhaustiva en las siguientes instituciones: 1) Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina. 2) Biblioteca Nacional de Venezuela, 3) Biblioteca Humberto García Arocha de la UCV, 4) Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia, 5) Biblioteca Central de la UCV, y 6) Biblioteca de la Facultad de Humanidades y Educación. En relación con las Referencias Bibliográficas hemos empleado las Normas de Vancouver.

CAPÍTULO I.

EL PROTOMEDICATO

Se debe comenzar mencionando a ese gran médico Mallorquín Lorenzo Campins y Ballester (1726-1785) fundador de los estudios y práctica médica en nuestro país. El 10 de octubre de 1763 dictó la clase inaugural dando nacimiento a la Cátedra de Medicina. El Protomedicato en Venezuela fue creado por Carlos III por Cédula emitida el 14 de mayo de 1777 y el primer Protomédico fue el Dr. Campins. Como era de esperar estos primeros pasos fueron muy elementales en su ejercicio y el ansiado progreso se va a alcanzar en los comienzos del siglo XIX con ese gran maestro de la cirugía, el Dr. José María Vargas y sus destacados discípulos: Guillermo Michelena, Eliseo Acosta, Francisco Eugenio Bustamante, y Manuel María Ponte.

Estas descollantes figuras en el campo quirúrgico de la época se les ha catalogado muy certera y justicieramente como integrantes de la ÉPOCA PRE-RAZETTIANA. Más luego, harán su aparición con un ejercicio asistencial y docente de primera calidad los doctores Luis Razetti y Pablo Acosta Ortiz quienes con otros médicos y cirujanos formarán el grupo de la bautizada por nuestro más preclaro historiador

médico, el Dr. Ricardo Archila: la Época del Renacimiento y de la Moderna Medicina y Cirugía en Venezuela.

En el “*International Museum of Surgical Science and Hall of Fame*”, dependiente del International College of Surgeons fundado en 1950 por ese eminente cirujano, el Dr. Phillip Thorex, con sede en Chicago, Illinois, en un salón dedicado a ese fin, se exhiben cuatro bustos de cirujanos venezolanos, hechos por el gran escultor nativo, Francisco Narváez, a quienes se les considera los padres de la moderna cirugía en nuestro país. Corresponden a los doctores: José María Vargas, Guillermo Michelena, Luis Razetti y Pablo Acosta Ortiz.

Importancia de la Fundación del Hospital Vargas. Breve recuento de la evolución y fundación de instituciones científicas de Caracas

Luego de su inauguración en 1891 hubo una serie de hechos que se debe señalar: 1) La creación de las Cátedras de Histología Normal y Patológica, de Fisiología Experimental y Bacteriología en ese mismo año, estando al frente de las mismas el Dr. José Gregorio Hernández, 2) La fundación de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas y de la Gaceta Médica, ambos en 1893, 3) El establecimiento de la enseñanza clínica de la Universidad de Caracas en el Hospital Vargas en 1895, 4) La fundación del Instituto Pasteur de Caracas en ese mismo año. Igualmente, en la misma fecha, el establecimiento del Concurso de Internado y Externado de los Hospitales, 5) Las reformas de las Cátedras de Anatomía y Medicina Operatoria en 1895 y 1896 respectivamente, 6) La fundación del Colegio de Médicos de Venezuela en 1902, 7) La creación del Laboratorio del Hospital Vargas en el mismo año a cargo del Br. Rafael Rangel, y de la Academia Nacional de Medicina en 1904, y 8) La Reunión del Primer Congreso Venezolano de Medicina y la Fundación del “Instituto Anatómico”, ambos en 1911 (3-5).

El Hospital Vargas fue el centro médico nacional más moderno y acreditado, el cual permitió la práctica de procedimientos originales, pioneros de la medicina nacional y la concentración de inteligencias que además de todo habían tenido la oportunidad de recibir los beneficios en el extranjero de las influencias médicas reconocidas.

De esta manera el Hospital Vargas estaba en franco proceso evolutivo por la frecuencia avasallante de nuevos descubrimientos y tendencias de la medicina mundial. Entre estos favorecidos por la fortuna se mencionan entre otros el Dr. Luis Razetti y el Dr. Pablo Acosta Ortiz.

Cirujanos Pre-Razettianos

Hagamos un recuento resumido de las figuras más significativas, principalmente en cirugía de la “*Época Pre-Razetti*”. Ellas fueron: José María Vargas, Guillermo Michelena, Eliseo Acosta, Francisco Eugenio Bustamante y Manuel María Ponte.

José María Vargas (1786-1854)

Considerado con justicia como “El reformador de los estudios médicos en el país y el Padre de la Medicina Nacional”. Obtuvo su formación (1813-1819) en la famosa Universidad de Edimburgo, fundada por la reputada dinastía de los Monro. Obtiene “El título del Colegio Real de Cirujanos” de Londres. Logra una formación especialmente dirigida a los campos de la Anatomía, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Química, Botánica y Odontología. Fundador de la Cátedra de Anatomía y Profesor de esa disciplina (1826). Fundador de la Cátedra de Cirugía (1832).

La obra magistral de Vargas fue crear la Cátedra de Anatomía y Cirugía. Eso determina un adelanto de medio siglo en el avance prodigioso de estas dos disciplinas, lo hecho en Francia por Testut, Latarjet, Rouviere, Poirier, Lisfranc y Farabeuf. En estas ramas la cirugía venezolana es pionera en el siglo XIX y cimentó los pasos para los progresos de la especialidad en el siglo XX. La Escuela de Edimburgo y los Monro influyeron de una manera determinante en este insigne cirujano como igualmente lo hicieron los ingleses Percival, Pott y Ashley Cooper. Fue Presidente de la República de Venezuela. Mereció los honores de ser sepultado en el Panteón Nacional (6).

Guillermo Michelena Salias (1817-1873)

Fue fundador de la “Cátedra de Cirugía Operatoria y Obstetricia (1852-1864). Y primer catedrático de esa especialidad en Venezuela. Inventó el dilatador uretral y es considerado el “Padre de la Urología”. Hizo curso de posgrado en París entre 1842-1847. Recibió el título de Doctor en Medicina y Cirugía en Caracas, París, La Habana y Nueva York. Como cirujano tuvo una gran maestría. Practicó por primera vez la ligadura de la arteria carótida primitiva con resección del maxilar inferior en 1854 y la extirpación total de la parótida con preservación del nervio facial en 1857 con muy buena evolución posoperatoria. Fue un brillante orador dejando una obra literaria muy valiosa. Sus restos mortales están sepultados en el Panteón Nacional (6).

Eliseo Acosta (1818-1879)

Discípulo dilecto del Dr. José María Vargas. Realiza estudios de Posgrado en París y Londres. Sucesor de Vargas en la Cátedra de Cirugía. Dicta y publica las conferencias “Lecciones orales sobre las enfermedades de los ojos”. Fue un precursor de la disciplina oftalmológica. Introdujo en Venezuela la anestesia general al utilizar el cloroformo en nuestra capital (1849). Realizó por vez primera una Parotidectomía parcial. Atendió al Dr. Vargas al final de su enfermedad. Le realizó su autopsia y su máscara mortuoria la cual se exhibe en el salón de sesiones de nuestra Academia (6).

Francisco Eugenio Bustamante (1829-1921)

Considerado una de las figuras resaltantes de la Medicina Nacional. Realiza por primera vez y en forma exitosa numerosas intervenciones: entre ellas la primera Ovariectomía en Maracaibo (1874). Pionero en la introducción de instrumental técnico quirúrgico como son las pinzas hemostáticas de Pean traídas a nuestro país luego de sus estudios en la Ciudad-Luz. Diseñó y dirigió la fabricación de una mesa operatoria que usó en forma regular. Profesor en varias asignaturas, especialmente de la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica (1874). Fundador de una sólida escuela de Cirugía y de una buena labor de Salud Pública. Rector

de la Universidad del Zulia llevando a cabo una notable renovación académica y de efectivo progreso en la Institución. Desde 1905 fue Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina. Escritor, ensayista, político combativo, gran orador, de ideas científicas de avanzada, darwiniano, de espíritu liberal y de una ética a toda prueba.

Manuel María Ponte (1838-1903)

Este destacado cirujano introdujo el método Listeriano en nuestro país: la asepsia y la antisepsia. Practicó la segunda Ovariectomía en Venezuela en 1880. En este mismo año realizó la primera Histerectomía Abdominal en Caracas. Profesor de Obstetricia desde 1887. Es uno de los pioneros en cirugía ginecológica. Publicó el primer Tratado de Obstetricia y Ginecología en Venezuela y América Latina. Manejó con eficiencia los datos epidemiológicos en este campo. Se destaca en salud pública principalmente en la prevención con una labor editorial importante. Rector de la Universidad Central de Venezuela (1883-1884). Le cupo el honor de firmar como Rector el título de Doctor de Luis Razetti. Fue discípulo destacado de Jules Emily Pean, el ilustre cirujano francés del Hospital Saint Louis de París (6).

Todos los nombrados transitan un camino muy prolífico como se puede apreciar en lo expuesto y van a ser los inspiradores de dos eminentes cirujanos con máximo desempeño para fines del siglo XIX y algunos decenios del siglo XX.

Cirujanos del Renacimiento y de la Moderna Cirugía

Luis Razetti. (1862 -1932)

Nació en Caracas el 10 de septiembre de 1862. Se le ha considerado como el propulsor del Renacimiento de la medicina venezolana y junto a Pablo Acosta Ortiz, Padre de la Moderna Cirugía en nuestro país. Se graduó de Doctor en medicina y cirugía en la Universidad Central de Venezuela en 1884. Trabaja luego durante 5 años en los estados Lara, Zulia y los Estados andinos. Enseguida se va a París especializándose en Cirugía y Obstetricia. En su formación recibió las influencias de Santiago Ramón y Cajal, Charles Darwin y Ernst Heinrich Haeckel (7).

De regreso a Caracas participa en la Fundación de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas en 1893, establece la enseñanza de Clínica de la Universidad Central y los concursos de Internado y Externado de los hospitales en 1895. Implanta las reformas de las Cátedras de Anatomía y Medicina Operatoria en 1895-1896, participa en la creación del Colegio Médico de Venezuela en 1902, y de la Academia Nacional de Medicina en 1904 ocupando el Sillón No XIII y siendo Secretario Perpetuo de la misma. Integró igualmente la Fundación del Instituto Anatómico en 1911. Fue Fundador de la revista científica Gaceta Médica de Caracas la cual dirigió durante 30 años. Se debe señalar que esta revista médica fue pionera en su ramo en el país, no ha tenido interrupciones en su publicación hasta la fecha aunque actualmente se publica solo en forma digital. Fue Rector de Universidad Central en 1908 y Senador por el Estado Zulia en 1909 (7).

Entre sus publicaciones en el campo quirúrgico destacan: “Lecciones y Notas de Cirugía Clínica”, “Apendicitis”, “Perforaciones Intestinales Tíficas” realizando la primera intervención operatoria por perforación intestinal de etiología tífica en el país con curación de la paciente. Otras publicaciones fueron: “Eclampsia Puerperal” y “Operación Cesárea”. Fue un Higienista autodidacta llevando a cabo campañas contra el alcoholismo, la prostitución y las enfermedades venéreas. Gran defensor de la tesis de la evolución de las especies. En 1924 denuncia los altos índices de mortalidad infantil reinantes lo que le acarrea un exilio de casi un año en Curazao. En ese año renuncia a su cargo de Secretario Perpetuo de la Academia de Medicina (7).

Realizó la cuarta apendicectomía en Venezuela en 1899 usando la hipnosis como anestésico. Este novedoso procedimiento usado como anestésico, lo llevó a cabo el Dr. Enrique Meier Flegel a petición del Dr. Razetti debido a que el uso del Cloroformo le ocasionaba intensa bradicardia al paciente en cuestión. La primera apendicectomía había sido realizada por el Dr. Miguel Ruiz en 1898 y la segunda y tercera por el Dr. Pablo Acosta Ortiz en el mismo año. Es menester destacar que nuestra República fue pionera en practicar la apendicectomía adelantándose a Europa en varios años (7).

El Dr. Razetti se destacó además en el campo de la Bioética publicando en 1928 su “Código de Moral Médica” el cual ha sido de gran trascendencia en nuestro continente. Además publicó: “La Doctrina de la Descendencia”, y ¿“Qué es la vida”? Murió en Caracas en 1932. Sus restos mortales reposan en el Templo de los Libertadores. Una de nuestras Escuelas de Medicina de la Universidad Central, el Hospital Oncológico más importante de Caracas y otros hospitales generales del país llevan su epónimo (7).

Pablo Acosta Ortiz (1864-1914)

Nació en Barquisimeto y dos meses después sus padres se radican en Caracas. Se graduó de médico en la Universidad Central de Venezuela el 19 de octubre de 1885 obteniendo un Diploma de Sobresaliente y por su aprovechamiento se le otorga una “Medalla de Plata”. Trabaja por varios años como médico en los andes: Trujillo, Valera y Betijoque manteniendo una amistad por varios años con el sabio investigador Br. Rafael Rangel. Se va luego a París y hace su doctorado en la Facultad de Medicina de la Ciudad-luz el cual termina en 1892 con su tesis de grado: “*Sobre el tratamiento quirúrgico de los aneurismas del Tronco Braquiocefálico y del Cayado de la Aorta*”, habiendo sido su Tutor, Presidente del Jurado y quien hizo el prólogo de la misma el Dr. Juan Francisco Augusto Le Dentu. Los otros miembros del jurado fueron los doctores: Le Fort, Nélaton y Charrín. Esta tesis fue muy elogiada y publicada en la revista de la Facultad de Medicina de París. El Dr. Acosta Ortiz es considerado Pionero en esta rama de la cirugía en Francia y en Venezuela. En atención a su destacada labor quirúrgica se le distinguió con los títulos de: “Príncipe de la Cirugía y Mago del bisturí” (7).

Introdujo en el país el uso de la Anatomía de Testut el cual fue: “*el primer tratado de Anatomía escrito en Francia según las nuevas ideas de la Escuela de Heidelberg*”. En 1911 publica su libro “Lecciones de Clínica Quirúrgica” el cual se lo dedica a su país como: “*un personal homenaje a las fiestas centenarias de nuestra independencia*”. El

prólogo fue redactado con mucha deferencia por su antiguo maestro y Tutor el Dr. Juan Francisco Augusto Le Dentu (7).

Entre los años de su ejercicio quirúrgico en el Hospital Vargas su record operatorio llegó a 2 034 operaciones abordando todas las regiones del organismo con intervenciones de diversa complejidad destacándose principalmente en cirugía cardiovascular, oncológica e inflamatoria amebiana del hígado. En esta última patología describió un signo que lleva su epónimo: *“la auscultación en el epigastrio de los ruidos cardíacos transmitidos a través de un absceso del lóbulo izquierdo de la glándula hepática”*. Tuvo una experiencia en abscesos hepáticos en 187 casos con una mortalidad de 6,5 % en una época donde la Emetina y los antibióticos se desconocían. Murió en París en febrero de 1914 de una Bronconeumonía. Sus restos mortales reposan en el Cementerio Generas del Sur, Caracas (7).

Es un deber mencionar dos figuras, médicos, no cirujanos que formaron parte capital de este período del Renacimiento y de la Moderna Cirugía:

José Gregorio Hernández (1869-1919)

Nació en Isnotú, Estado Trujillo. Estudió Medicina en la Universidad Central de Venezuela (1882-1888). Estudios de Posgrado en París (1889-1891). Primer becario en Especialidades Médicas en el exterior. Trabajó en el Laboratorio de Histología del Dr. Martín Duval, luego en el de Histología con el Profesor Charles Richet, quien fue Premio Nobel de Fisiología en 1913, y con el Profesor Isidro M Strauss en el de Bacteriología. A su regreso de la Ciudad-Luz funda en la Universidad Central las Cátedras de Histología Normal y Patológica, Parasitología, Embriología y Fisiología Experimental. Todo esto en un Laboratorio con toda la estructura y dotación parisina teniendo como sede la Universidad ubicada en el actual Palacio de las Academias (8).

Se distinguió por ser un gran clínico con aplicación rigurosa al Método Anatomoclínico, integrando los recursos suministrados por las técnicas complementarias de diagnóstico y poseyendo una gran capacidad de inventiva. Publicó en 1964 su obra “Elementos de

Bacteriología”, primer texto de esta disciplina publicado en nuestro país. Durante su existencia tuvo inclinaciones hacia la vida religiosa y en su labor médica fue practicante del ejercicio cristiano en forma intensa. Desempeñó un papel importante en la formación de una Escuela de Investigadores en Venezuela. Hizo contribuciones importantes en el campo humanístico con su obra “Elementos de Filosofía” en 1912. Su muerte ocurrida en 1929 constituyó un verdadero duelo nacional (8).

Santos Aníbal Dominicci (1869-1956)

Nació en Carúpano, Estado Sucre. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina y su Presidente de 1944 a 1946. Doctor en Ciencias Médicas en 1890. Estudios de especialización en la Sorbona, París (1890-94), con Tesis Doctoral sobre “Infecciones Biliares”, premiada. Descubre en Venezuela el Hematozoario de Laverán. Fundador de la Cátedra de Clínica Médica en el Hospital Vargas en 1895. Rector de la UCV de 1899 a 1901. Ministro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de 1936 a 1937. Fundador y Primer Presidente del Colegio de Médicos del Distrito Federal en 1941. Miembro Fundador y Primer Director de la Sociedad de Historia de la Medicina en 1944. Representante Diplomático en las Legaciones de Alemania, Bélgica, Gran Bretaña, EE.UU y la Santa Sede. Fundador del Instituto de Fisioterapia (8).

LA ANESTESIA EN VENEZUELA

La primera anestesia en nuestro país la realizó el Dr. **Blas Valbuena** en Maracaibo en 1847. Se desconoce el nombre del Hospital o Clínica, el del cirujano, el del paciente, y el tipo de intervención practicada. Lo que se sabe es el nombre del agente anestésico: el Éter-sulfúrico. Posteriormente en 1848 el Dr. **Eliseo Acosta**, en Caracas, lleva a cabo la primera anestesia con Cloroformo. En este mismo año el Dr. **Guillermo Michelena** hace lo propio con el mismo agente anestésico

La creación del Hospital Vargas va a impulsar la medicina, la cirugía y la docencia en forma importante. El Dr. **Miguel Ruiz** (1853-1941), cirujano y obstetra practica la primera Histerectomía Abdominal

en 1892, la primera Apendicectomía en 1896 y la primera Cesárea en 1897. Se le considera uno de los pioneros de la Anestesiología en una época en que esta era tarea del cirujano. En un Boletín de los Hospitales del 10 de marzo de 1902 apunta el Dr. Ruiz: *“Toca al cirujano en primer término elegir el anestésico del que va a servirse, el cual designará de los que componen la lista, según el criterio que haya formado de la resistencia de su enfermo y del género de operación que va a hacer. Todos estos preliminares puestos en evidencia vamos a llegar por el orden cronológico al preámbulo del acto operatorio, a la anestesia, que no es otra cosa que la desaparición del dolor y de la conciencia por medio de agentes propinados a voluntad de esa intención”*.

El anestésico más utilizado fue el Cloroformo de tal manera que se designó como “Cloroformizadores” o “Cloroformistas” a quienes administraban la anestesia y “Cloroformizados” a los pacientes en cuestión. Los signos a controlar en el paciente eran el pulso, los latidos cardíacos y la respiración. El anestésico era suministrado por “técnicos”: enfermeras, camilleros, monjas o estudiantes de medicina. Se usó en menor proporción el Éter-sulfúrico. Otro producto usado fue el Eter-vinículo. A los pacientes se les hacía inhalar estos gases a través de una Máscara de Yankauer o un aparato de Ombredanne. Fue otro cirujano, el Dr. **Ricardo Baquero González** (1911-1979) mencionado con anterioridad, en el siglo XX, quien impulsa la especialidad anestésica fuera de las manos quirúrgicas como lo dictaba la coherencia científica. Previamente publica un libro: “La Anestesia Quirúrgica”, el cual fue un referente importante antes de independizarse esta especialidad de la cirugía (9,10).

Descubrimiento y uso del curare en Venezuela

“El Curare es un veneno que se presenta como una masa pastosa de color pardo extraída de las cortezas de determinadas especies del género *Strychnostoxifera* que crece abundantemente en las regiones del Orinoco y del Amazonas. La propiedad principal del curare es la de paralizar los órganos terminales de los nervios motores aun en dosis mínimas. Su mecanismo de acción es unirse de manera competitiva y reversible

a los receptores neuromusculares impidiendo la contracción muscular. El individuo queda paralizado y muere por asfixia mecánica al no poder contraer el diafragma, principal músculo de la respiración” (11).

El curare tratado, purificado farmacológicamente y administrado al organismo en las dosis adecuadas por los especialistas en anestesia es un auxiliar de primera línea en algunas fases de la intervención quirúrgica. Brevemente se mencionan tres personas que estuvieron muy cercanas a su descubrimiento, su uso, la interpretación de sus efectos, en un principio de manera mágico-mitológica hasta llegar a su real interpretación científica. En primer lugar se hablará del Padre Jesuita **José Gumilla** en los siglos XVII y XVIII, (mayo de 1686, Valencia, España; julio 1750, Llanos de Amazonas, Venezuela), misionero de la Compañía de Jesús quien por muchos años mantuvo un estrecho vínculo con el Estado Amazonas y con el río Orinoco en sus aspectos literario, político, económico y social. Su obra cumbre lo constituye: “*El Orinoco Ilustrado. Historia natural, civil, y geográfica de este gran río y de sus caudalosas vertientes: gobierno, usos y costumbres de los indios, sus habitantes...*” Madrid, 1971.

En su prolongado contacto con los indígenas tuvo ocasiones de observar la acción del veneno en los animales de cacería, usados en las puntas de las flechas y dardos de las cerbatanas llegando incluso a hacerles disecciones casi completas a estos animales recién muertos. Obviamente la interpretación de las causas de estas muertes estuvo muy alejada del criterio científico. Otro sabio que menciona el curare fue el berlinés **Friedrich Heinrich Alexander Von Humboldt (1769-1859)**. Este polifacético alemán fue naturalista, astrónomo, explorador, sismólogo, vulcanista, demógrafo y economista. Viajero infatigable prácticamente por todo el planeta. Quizás su viaje más importante lo llevó a cabo con su gran amigo francés, médico y botánico, **Aimé Bonpland** por América, pasando primero por las Islas Canarias (11).

En el nuevo continente permaneció por 5 años recorriendo más de 64 000 Km estudiando la geografía, el clima, la flora, fauna y costumbres de sus pobladores. Comenzó su periplo venezolano por Cumaná en 1799, recorriendo el Golfo de Cariaco, la Península de Araya, pasando

luego al Valle de Caripe. Regresa a Cumaná y por barco se va a La Guayra. Cruza de norte a sur, en mula, el Guaraira Repano, llegando a Caracas, que tenía una población estimada en 40 000 habitantes. Aquí sube a nuestra majestuosa montaña llegando hasta lo que se conoce actualmente como La Silla del Ávila. Recorre buena parte de nuestro país: los estados Miranda, Aragua, Carabobo, Guárico, Apure, Bolívar y Amazonas. Posteriormente va a visitar Colombia, Ecuador, Perú, Cuba, México y Estados Unidos. Se establecerá posteriormente en París y allí recopila, ordena y publica el material recogido en esa maravillosa expedición. Esta investigación es editada en treinta volúmenes con el título: “*Viaje a las Regiones Equinocciales del Nuevo Continente*”.

En el libro séptimo, capítulo XII de su obra arriba mencionada expone: “*Recogimos la liana conocida en estas regiones como Bejuco de Mavacuare que suministra el famoso veneno Curare. Este no es un Plyltanth ni una Coriácea...es probablemente un Strichnos...*” De seguidas explica como lo fabrican los indios, de lo que él piensa es su mecanismo de acción en un experimento realizado previamente por su persona en el músculo de una rana: “*No tiene acción directa sobre los nervios crurales de la misma y sí sobre el sistema vascular*”. Se aprecia que aunque no es una interpretación ajustada a la verdad científica hizo un intento de hacerlo en una investigación *In Situ*.

Marcel Granier Doyeux (1916-1996)

Este insigne caraqueño, médico, farmacólogo y profesor universitario se graduó de Doctor en Ciencias Médicas en la Universidad Central de Venezuela en 1940. Hizo un Posgrado de Farmacología y Toxicología en la Universidad de Yale, EE.UU en 1941-1942. Profesor de Farmacología en la Universidad Central de Venezuela desde 1943 hasta su jubilación llegando a ejercer la Jefatura de la Cátedra A por varios años. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina, de la Sociedad de Historia de la Medicina y de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales. Su trabajo: “*Contribución al estudio Histórico, Geográfico y Etnográfico de los Curares*” es considerado la mejor tesis escrita sobre este veneno. Comienza con

la historia general de las armas envenenadas. De seguidas expone la evolución de la historia de los venenos y drogas curarizantes con un recorrido por la conquista y colonización del Orinoco visto a través del Curare, y finalmente lo describe científicamente con su respectiva clasificación botánica. Este estudio arroja por la borda todos los mitos y supersticiones que se habían tejido al respecto haciendo ciencia su estudio y conocimiento (11).

Es menester mencionar a quien fue pionero en la Operación Cesárea en nuestro país:

Alonso Ruiz Moreno (1778-1833). Era natural del pueblo de Encinas Reales, Obispado de Córdoba, España. Estudió 6 años de medicina en la Facultad de Medicina y Cirugía de Cádiz graduándose de Licenciado en 1800. Desde 1802 se residió en Cumaná con el cargo de Médico-Militar, ejerciendo “Medicina y Cirugía”. Realizó en Cumaná la primera Operación Cesárea en mujer viva en 1820 a María del Rosario Oliveira. Hubo muerte materna a las 48 horas. El niño se llamó Rafael Nonato Badía y vivió 80 años. Según el historiador norteamericano Moll fue la primera operación de su género en América. Llevó a cabo la primera Litotomía y “otras intervenciones”.

Practicó la primera vacunación contra la viruela en 1802, dos años luego de haberse practicado por vez primera en España (12).

Miguel Ruiz ya mencionado en relación con la primera Apendicectomía e Histerectomía Abdominal fue el primer médico venezolano en realizar una Cesárea con madre y recién nacido vivos en 1907 (13).

BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA DE LA CIRUGÍA EUROPEA Y FRANCESA DESDE LOS SIGLOS XIV AL XIX

Europa fue el continente donde la cirugía y la medicina nacieron, crecieron, llegaron a la adultez influyendo en forma notable en otras latitudes del planeta. Francia, al parecer, fue signada por la Providencia a dar las primeras luces principalmente en el campo quirúrgico. El saber científico médico-quirúrgico se va extender luego al resto del

mundo. Norteamérica y América Latina van a buscar ese saber, hacerlo propio y llevarlo a su tierras originarias. Especial mención merece la República Francesa, especialmente París, en su influencia con la cirugía y medicina europea y en particular con la venezolana como veremos luego y lo que es el motivo del presente trabajo.

Desde el siglo XIV ya despunta Europa en los esbozos de la cirugía y es un francés llamado **Guy de Chauliac (1300-1368)** quien expuso los atributos que debe tener un cirujano y que se mantienen prácticamente sin variaciones en nuestros días: *“Que el cirujano sea audaz en las cosas seguras y precavido en las peligrosas; que evite los tratamientos y prácticas defectuosas. Debe ser amable con el enfermo, respetuoso con sus compañeros, cauteloso en sus pronósticos. Que sea modesto, digno, amable, compadecido y misericordioso; que no codicie el dinero ni sea socaliñero; que su recompensa sea según su trabajo, los medios del paciente, la clase del asunto y con su propia dignidad”*. Del mismo modo sostuvo: *“el cirujano cura con sus manos, las cuales serán tanto más beneficiosas, en cuanto quien las dirija sea un espíritu razonable e instruido”* (14).

Sigamos con el desarrollo de la cirugía a partir del siglo XVI, con otro francés, **Ambrosio Paré (1517-1590)**, considerado el padre de la Cirugía Francesa y de la Moderna Cirugía. Es el cirujano que hace un cambio de 360 grados en al tratamiento de las heridas de guerra, el cirujano de manos suaves y de modales finos, quien sostiene que la “tenacidad en el trabajo nos hace dueños de nuestro destino”, el cirujano del “Yo los cuido y Dios los cura” y que “el fundamento en el arte de curar debe ser el amor”, cambiando el cauterio y el aceite hirviendo en el tratamiento de las heridas de guerra por el lavado exhaustivo, las ligaduras de los vasos sangrantes y el vendaje sobre un emplastro hecho con amarillo de huevo, agua de rosas y trementina.

En el siglo XVIII es obligatorio mencionar a **John Hunter (1728-1793)** quien es la máxima autoridad en esta centuria de la cirugía inglesa. Discípulo de Percival Pott y maestro de Edward Jenner y de Ashley Cooper. Desarrolla las fases doctrinarias de la inflamación y funda el *“Museo del Colegio Real de Cirujanos de Londres”*.

El siglo XIX es quizás la centuria más prolífica en los logros que va a tener la medicina y la cirugía. Aunque no era médico, el químico francés **Luis Pasteur (1822-1895)** por sus descubrimientos va aportar grandes progresos a la cirugía. Echó por tierra la Teoría de la Generación Espontánea. Se le considera el Padre de la Bacteriología con sus estudios sobre la fermentación de los vinos, el enunciado de bacterias aerobias y anaerobias. Creador de la “*Pasteurización de la leche*” y precursor de la antisepsia. Igualmente uno de los padres de la inmunología aplicando por primera vez en el niño Joseph Meister una vacuna antirrábica en forma exitosa.

Otra gran figura fue **Ignaz Phillip Semmelweis (1818-1865)**, ayudante primero de Clínica Obstétrica y luego Jefe del Departamento de Obstetricia, su especialidad médica, en el Hospital General de Viena. Gran impulsor de la antisepsia con sus valiosos trabajos sobre la fiebre puerperal (15).

En la primera mitad del siglo XIX la figura descollante como cirujano en Europa es Sir **Ashley Cooper (1768-1841)**. Era Vox Populi que: “*Los dos hombres más conocidos en Londres eran el rey Jorge IV y Sir Ashley Cooper*”. Se destaca principalmente en la anatomía de la región inguinal describiendo por primera vez “*La Fascia Transversalis*”.

Hace hincapié en el *ligamento púbico superior* al cual sus colegas lo bautizan luego con su epónimo y reconociéndole Cooper la paternidad del mismo a **Antonio Gimbernat (1734-1816)** natural de Tarragona, España. Describió igualmente la “*Fascia Mammae*” que engloba al tejido mamario entre sus dos capas, superficial y profunda y describe igualmente el “*Ligamento suspensorio*” de la misma. Se destacó igualmente en la cirugía arterial: 1) Ligadura de la carótida para tratamiento en los aneurismas, 2) Ligadura de la arteria femoral para igual patología y 3) Cirugía de la aorta abdominal. Hizo un injerto de piel en una mano previa amputación del pulgar en forma exitosa y una de las primeras amputaciones de cadera. Además trató fracturas, lujaciones, afecciones del testículo y del timo. Recibió muchas distinciones honoríficas. Fue presidente en dos ocasiones del Colegio Real de Cirujanos. Asegurada su posición económica por la fortuna

de su esposa trabajaba día y noche, como un esclavo: examinando, operando, estudiando, investigando, dando conferencias, disecando o redactando. En cada una de estas facetas era brillante, perfeccionista y comunicativo. Como cirujano era elegante y cuidadoso preocupándose de que sus alumnos pudieran presenciar cada uno de los pasos del acto quirúrgico.

Otra gran figura es el cirujano inglés **Joseph Lister (1827-1912)** seguidor cercano de los trabajos de Pasteur y Semmelweis con sus estudios médicos en la Universidad de Londres y su labor posterior en Glasgow y Edimburgo. Es considerado en la actualidad el verdadero padre de la antisepsia. El expresaba: “Hay que filtrar el aire”. Tuvo mucha experiencia con las fracturas tanto cerradas como abiertas y estas últimas las trataba con cloruro de zinc, sulfitos, ácido fénico y ácido carbólico con resultados positivos. Inventó y operaba con un vaporizador de ácido carbólico el cual colocaba vecino a la zona operatoria.

Fue el inventor del *Catgut* elaborado del intestino del carnero. Fue pionero en el uso de estadísticas. Hizo un trabajo acerca de la mortalidad en las amputaciones donde adquirió mucha experiencia observando que en los casos llevados a cabo con los principios de la antisepsia la mortalidad era del 15 % en comparación con el 45 % cuando no se practicaba. A su muerte sus funerales se realizaron en la Abadía de Westminster y se le dieron los títulos de Lord y de Barón.

Albert Christian Theodor Billroth (1829-1894). Nació en Rugen, Austria y estudió en la Universidad de Berlín. En él se unen todas las características docentes, clínicas, investigadoras y técnicas del cirujano de la época con una calidad excepcional que lo convierte en el modelo de la nueva cirugía científica. Introdujo los métodos histológicos, bacteriológicos, experimentales y estadísticos en su actividad cumpliéndose en él de la forma más brillante el proceso de conversión de la cirugía en ciencia. Alumno de Langebeck, Romberg y Traube. Profesor en Zúrich entre 1860 a 1867. En 1863 edita su “Tratado General de Patología y Terapéutica Quirúrgica” la que alcanzó 12 ediciones. En 1867 ocupó la Cátedra de Clínica Quirúrgica II en la Universidad de Viena donde permaneció hasta su muerte.

Realizó las primeras operaciones radicales en faringe, esófago y laringe entre 1871 a 1873. En 1881 Billroth realiza la primera gastrectomía por cáncer con sobrevida del paciente haciendo la anastomosis con el duodeno, pieza anatómica que en nuestros días se conserva en formol en el Museo del Colegio Internacional de Cirujanos en Chicago. Esta técnica operatoria se le conoce como Billroth I y para 1885 crea la modificación a la anterior anastomosando el estómago a la primera asa yeyunal, el denominado Billroth II.

Billroth en un primer momento estuvo en contra de los preceptos Listerianos en relación con la antisepsia al igual que Von Mickulicz y Thiersh aunque más tarde los apoyaron totalmente. Hizo un estudio exhaustivo de las residencias quirúrgicas de las Escuelas Europeas el cual publicó en su libro: “*Historia de las Universidades alemanas*”. Lo distinguieron su gran talento, destreza quirúrgica, gran prestigio personal y una descripción veraz en sus informes publicados fueran estos satisfactorios o no. Sostenía Billroth: “Se debe operar si se tiene alguna posibilidad de éxito; operar sin esta esperanza significa prostituir este magnífico arte y ciencia de la cirugía y hacerlo sospechoso ante los profanos y colegas”. Es opinión de muchos historiadores médicos que él fue el motor principal de la cirugía científica en el último tercio del siglo XIX (16).

Emil Theodor Kocher (1841-1917), nacido en Berna. Alumno de Langebeck, de Lucke y de Billroth. Ejerció su trabajo profesional por 42 años en su ciudad natal. Uno de sus postulados fue: “El cirujano es un médico capaz de operar y que sabe cuándo no hacerlo”. Gran defensor de la antisepsia. Abordó prácticamente todo el organismo

Creador de **dos incisiones**: 1) *Incisión en collar*, en el cuello, y las *sub-costales*: *Derecha*, para intervenciones en vías biliares, píloro y duodeno y la *Izquierda*, para intervenciones en el bazo. Introdujo **dos maniobras quirúrgicas**: a) Para la movilización de la segunda porción del duodeno y b) Para la sección circunferencial del saco herniario en las grandes hernias inguino-escrotales en los pacientes de tercera y cuarta edad de alto riesgo, en cirugía electiva o en estrangulación herniaria, con extirpación solo proximal de dicho saco. También ideó

varios procedimientos operatorios tales como: a) La *Anastomosis colédoco-duodenal interna* en pacientes con grandes cálculos enclavados en el colédoco terminal, b) Un tipo de *excisión de la articulación del tobillo*, y c) Un *método de pílorectomía*. No se puede olvidar el “**signo de Kocher**”: el cual consiste en “*La asinergia oculomotora que se observa cuando el paciente con bocio tóxico levanta la mirada*”. En la parte instrumental ideó una pinza con un diente terminal: *el fórceps de Kocher*, aun usado actualmente como pinza de aprehensión y tracción.

Una de las cirugías que más lo distinguió fue la de la glándula tiroides. En esa época se desconocía la función tiroidea realizándose la cirugía principalmente para los bocios de gran tamaño los cuales causaban compresión de la tráquea y del esófago. Con conocimientos anatómicos muy depurados, una técnica quirúrgica muy cuidadosa, con control de la hemorragia en una glándula de gran vascularización y preservando los nervios laríngeos inferiores o recurrentes, aumentó las indicaciones operatorias. Para 1881 había operado 101 tiroidectomías de las cuales 18 fueron tiroidectomías totales.

Para 1895 Kocher sugirió la posibilidad de que la glándula contuviera yodo y en esa misma fecha el bioquímico alemán E. Baumann, de manera independiente, lo descubre. Para 1898 había realizado 600 tiroidectomías con una mortalidad operatoria de solo 1 % y finalmente para 1917 había intervenido 5 000 casos con una mortalidad operatoria menor de 1 %. Esta mortalidad estaba en el orden del 12,8 % cuando publicó sus primeros 100 pacientes intervenidos. Se le considera el Padre de la Endocrinología y un pionero, junto a Lister y Billroth del uso de las estadísticas. Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1909 (16).

Johannes Von Mikulicz-Radecki (1850-1905). Nacido en Czernowitz, ciudad perteneciente primero al imperio austro-húngaro y luego a Polonia. Graduado de médico en la Universidad de Viena. Discípulo y ayudante de Billroth. Fue precursor de la endoscopia y de la cirugía gastrointestinal. Profesor de Cirugía en las Universidades de Cracovia, Kronisberg y Breslau. Realizó la primera gastrorrafia por úlcera perforada. Es autor de una técnica de piloroplastia y una de colostomía. Esta última pautaada por el Colegio Americano de

Cirujanos como técnica obligatoria durante la segunda guerra mundial en las heridas de colon y recto. Igualmente ideó el “Packing” de rollo de quemado, que lleva su epónimo, usado en los grandes traumatismos sangrantes de las vísceras macizas del abdomen

Publicó el **“Atlas de las enfermedades de la cavidad oral y de la garganta”** y otro libro sobre **“Las enfermedades de la boca”**. Opuesto al comienzo a los postulados de Lister los llevó luego a medidas de verdadera prevención mediante el lavado de manos y antebrazos preoperatorios con agua, jabón y sublimado (un antiséptico muy potente cuyo componente principal era el bicloruro de mercurio). A él se le debe el uso del tapabocas, gorro de gasa y la prohibición de las conversaciones superfluas dentro del quirófano. Murió a los 55 años operado de un cáncer de estómago avanzado por su condiscípulo Von Eisselberg (16).

Ernest Ferdinand Sauerbruch (1875-1951). Este alemán nació en Barmen y murió en Berlín. Trabajó en la Clínica Universitaria de Breslau como asistente de Mikulicz y luego en el Hospital de la Charité, de Berlín. Algunos lo consideran como el cirujano más importante e influyente de la primera mitad del siglo XX. Igualmente como Padre de la Cirugía Torácica y Cardíaca. Pionero en la experimentación animal principalmente con perros y conejos ideando las cámaras de baja y luego de alta presión pulmonar las cuales fueron creadas para evitar el colapso pulmonar que ocurría al abrir la cavidad torácica a consecuencia de la presión negativa existente dentro de la misma.

Sus trabajos experimentales los hizo en el hospital donde Mikulicz era el Jefe del Departamento de Cirugía con quien en un primer tiempo mantuvo relaciones profesionales y afectivas muy tensas y difíciles, debidas principalmente al carácter de Mikulicz. Este estado de relaciones cambió radicalmente cuando éste comprendió la calidad técnica y científica de Sauerbruch logrando una armónica y productiva dupla, llevando los trabajos hechos en forma conjunta a Congresos Mundiales en Europa y Norteamérica. Fue creador de un pinza, un fórceps, bautizado con su epónimo (16).

CIRUJANOS FRANCESES Y SU INFLUENCIA EN LOS CIRUJANOS VENEZOLANOS DEL SIGLO XIX

Fue numeroso el grupo de médicos venezolanos que hicieron su grado o posgrado médico o quirúrgico en París: Luis Razetti, Pablo Acosta Ortiz, José Gregorio Hernández, Santos Aníbal Dominicci y Manuel María Ponte entre otros. Revisemos a través de qué figuras destacadas se nutrieron en primer lugar nuestros cirujanos:

Guillaume Dupuytren (1777-1835). Procedente de una familia con una precaria situación económica. Su crecimiento siguió a la revolución francesa. Se le considera una de las figuras quirúrgicas más importantes de su época y el cirujano principal de París. En 1815 fue nombrado Jefe de Cirugía del Hospital Dieu y su fama de cirujano y profesor fue incuestionable. Llegó a ser el cirujano del Papa y el título de Barón se lo concedió el Rey Luis XVIII después de haber tratado al Duque de Berry por una herida por arma blanca. Drenó dos abscesos de la fosa ilíaca derecha sin identificar el apéndice lo que lo llevó a sostener por varias décadas el término de TIFLITIS y PERITIFLITIS, concepto que causó un gran retardo en Europa en descubrir la verdadera causa del problema, ya identificado en Norteamérica por Reginald Fitz, Charles McBurney y John Benjamín Murphy (años 1886 y siguientes): como apendicitis aguda (17).

Jules Emily Pean (1830-1898). Descendiente de una humilde familia de labradores. Empezó sus estudios en Chartres y estudió medicina en París. Para sus estudios de clínicas quedó en primer lugar en el concurso efectuado y de la misma forma obtuvo el cargo de “Ayudante de Hospitales” graduándose de Doctor en aquel tiempo. Fue discípulo de Nélaton. En 1895 fue cirujano del Hospital Central y del Hospital de Niños. En 1880 realizó la primera gastrectomía en un cáncer de estómago con muerte del paciente al quinto día de posoperatorio debido a su muy comprometido estado nutricional. Aplicó con éxito la hemostasia por compresión de los vasos sanguíneos. Desde 1887 perteneció a la Academia de Medicina. Redactó los tres nuevos tomos de la Patología Quirúrgica de Nélaton. Por primera vez hizo una

“Histerotomía por vía vaginal”. En 1909 se inauguró un monumento en su honor en París (18).

Juan Francisco Augusto Le Dentu (1841-1926). Médico francés nacido en Basse Terre (Guadalupe) en 1841. Estudió en el Liceo Luis El Grande y en la Facultad de Medicina de París. Fue presidente de la Sociedad de Cirugía y del Congreso de esta sociedad celebrado en 1898. Escribió los siguientes trabajos: “*Des anomalies du testicule*” (1869), “*Traité des maladies de la prostate et de la vessie*” (1880), “*Affections chirurgicales des veins et des uréteres*” 1889), “*Etudes de clinique chirurgicale*” (1904), y “*Traité de chirurgie clinique opératoire*”. Fue uno de los mentores del Dr. Acosta Ortiz dirigiendo su tesis de grado, siendo el presidente del jurado evaluador de la misma y a los años el prologuista de su libro: “*Lecciones de Cirugía*”, publicado en 1911 y a quien tenía en alta estima profesional y humana. El Dr. Le Dentu fue Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de París. Miembro de la Academia Francesa de Medicina, Cirujano del Hospital Necker y Caballero de la Legión de Honor (19).

Juan Luis Faure. (1863-1944) Nacido igualmente en Francia. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de París, y Jefe de los Servicios del Hospital Cochin. Publicó varios trabajos científicos: “*L’Appareil suspenseur du foie*” (1892), “*Maladies Chirurgicales de la appareil tegumentaire*” (1895), “*Maladies del anus et du rectum*” (1901), “*Chirurgie des annexes de l’utérus*” (1902), “*Cours de clinique et de technique chirurgicales*” (1906), “*Traité de ginecologie medico-chirurgicales*” (1909) y un gran número de memorias. Fue autor del libro “**El Alma del Cirujano**” muy elogiado luego de publicado (20).

Louis Dartigues (1869-1940). Este ilustre cirujano francés ejerció una gran influencia entre los cirujanos venezolanos que perfeccionaron su formación quirúrgica en París principalmente el Dr. Luis Razetti. Fue Presidente de la Sociedad de Cirujanos de París, Vicepresidente de la Academia de Medicina Francesa y Fundador de la “Unión Médica

Franco Ibero Americana” (UMFIA). Fue autor de un libro: **“El dolor en Cirugía”**, publicado en París en 1924, traducido luego al castellano por el Dr. Razetti quien era Delegado en Venezuela de esta prestigiosa asociación y editado en nuestro país en 1932. En la primera página de este libro del Dr. Dartigues se destaca tres frases de su autoría: “La más noble conquista que ha hecho el hombre es la que ha realizado sobre el imperio del dolor”, “La ignorancia no se da perfecta cuenta de la bondad; solo el saber puede reconocerla real y eficazmente” y “La ciencia no embota la sensibilidad como se ha dicho sino más bien la agudiza dándole la justa proporción”.

Este libro estuvo dedicado a los doctores Emilio Forgue y al ya nombrado Juan Luis Faure (21).

Es obligatorio mencionar a eminentes médicos franceses muy destacados principalmente en el terreno de las ciencias básicas como la Anatomía Humana y la enseñanza-aprendizaje de esta materia en nuestro país, en América Latina y en Europa. Sus libros de texto fueron de uso común de nuestros maestros del siglo XIX, del siglo XX y aún son textos de obligatoria consulta en nuestros días. Son ellos:

Jean Leo Testut (1849-1925). Profesor de Anatomía Humana de la Facultad de Medicina de Lyon. Escribió más de 90 publicaciones de Anatomía, Antropología e Historia. Fue el padre del más sobresaliente tratado de Anatomía Humana de su época, editado en 1887. Fundó y dirigió el *International Journal of Anatomy and Histology*. Miembro de la Academia de Medicina Francesa y Presidente de la *World Association of Anatomists*. El Dr. José Izquierdo y sus discípulos Luis Plaza Izquierdo, Jesús Yerena, Rubén Darío Rodríguez Escobar, Pablo Izaguirre y otros tantos estudiaron y enseñaron por estos textos (22).

André Latarjet (1877-1947). Anatomista cirujano especialista en Medicina del Deporte. Era igualmente Médico Internista. Discípulo de Testut fue un sobresaliente Profesor de Anatomía Humana. Sucesor de su maestro continuó la difusión de su trabajo. Miembro de la Academia de Medicina Francesa y Presidente de la Federación Internacional de

Medicina Deportiva. Fue co-autor de los textos anatómicos de Testut los cuales siguen siendo de obligatoria consulta en las Cátedras de Anatomía del mundo (23).

Henry Rouviere (1876-1952). Doctor en Medicina y Profesor de Anatomía Humana de la Universidad de París. Miembro Honorario de la Academia Francesa de Medicina. Escribió importantes ensayos de Anatomía Humana y de tópicos relacionados incluyendo un Compendio de Anatomía y Disección (1911), un Tratado de Anatomía Descriptiva, Topográfica y Funcional (1921), y una Anatomía del Sistema Linfático (1932). Culminó su trabajo de publicaciones con una Anatomía General, Formas Originales y Estructuras Anatómicas en 1939. En nuestra república fue introducido como texto de estudio por el Dr. Francisco Montbrún (24).

Otros cirujanos franceses destacados y que dejaron una huella muy marcada son:

Dominique Jean Larrey (1766-1842)

De padre zapatero, abuelo barbero-cirujano y tío cirujano en Tolousse. En París en el Hotel Dieu fue alumno de Pierre Desault, Cirujano Director de la Academia de Cirugía. Fue cirujano naval en la Fragata La Vigilante en las costas de Terranova lo que lo puso en contacto con la higiene, el escorbuto y “el mal del mar”. A su regreso de esta experiencia se le felicitó por su trabajo, sus dotes de organizador, altruismo, puntualidad y disciplina. Durante la Revolución Francesa se desempeñó como Cirujano-jefe en el Distrito Saint André des Arts. Pasó luego al Hotel des Invalides como Asistente de otro destacado cirujano: Raphael Sabatier. Gran admirador de ese joven emperador Napoleón Bonaparte, se deja seducir por su dinamismo y sus conquistas con participación en gran número de sus campañas incluyendo la invasión a Rusia y la batalla de Waterloo.

Fue en primer lugar un cirujano con gran experiencia en la parte bélica: un servicio militar por más de 28 años, con 40 batallas y 200 combates. En 1831 es nombrado por el ministro de Guerra como

Inspector y Cirujano en Jefe del Hotel de Les Invalides. Uno de sus mayores logros lo constituyó la creación de las “Ambulancias Móviles”: (coches ligeros de dos a cuatro ruedas con tiro de dos caballos cuya movilidad y manejo fácil permitía utilizarlas en el mismo campo de combate y apenas comenzaba la batalla).

La primera “Ambulance Volante” se compuso de 12 vehículos al que se le adscribió un servicio de 12 cirujanos. Esto mejoró notablemente las tasas de éxito de la cirugía de guerra. Las intervenciones se hacían en el mismo campo de batalla y no en los hospitales alejados, en no buenas condiciones y con hacinamiento de pacientes. Se atendía a los heridos de ambos bandos en pugna. Larry se ganó el respeto de todo el mundo por su extraordinario valor, por su humanismo, por su desvelo hacia los enfermos de su ejército y de los ejércitos enemigos los cuales eran atendidos con el mismo empeño. Los soldados le llegaron a valorar tanto como el propio Napoleón: “era el salvador de sus vidas”.

Se ocupó también del almacenamiento de víveres, del material sanitario e impuso medidas de higiene. Napoleón decía de él: “es el hombre más virtuoso que he conocido”.

Era incansable en su trabajo quirúrgico. Se dice que llegó a realizar 2 000 amputaciones en 24 horas. Realizó la primera Pericardiocentesis con éxito en un soldado. En 1806 presidió La Societé de Medicine de París fundada en 1796. Fue Miembro de la Academia de Medicina desde 1820 y de la de Ciencias desde 1929 (25,26).

Auguste Nélaton (1807-1873)

En 1830 fue Alumno Externo y Alumno Interno de 1831-1835 en el Hotel Dieu en el Servicio de Dupuytren. Su tesis de doctorado se tituló: “L’ Affection Tuberculeuse des Os”. En 1839 fue Cirujano de los Hospitales con su Tesis de Agregación: “Des tumeurs de la Mamelle”. Profesor de Clínica Quirúrgica en sustitución de Cloquet. En 1862 le curó una herida de bala a Garibaldi adquiriendo gran prestigio y convirtiéndose en el cirujano de moda. Posteriormente fue cirujano de Napoleón y luego Profesor Honorario.

Creó instrumentos importantes: 1) La Sonda Exploratoria para ubicar y detectar proyectiles de plomo (un estilete con una bolita de porcelana deslustrada en uno de sus extremos y 2) La Sonda de Nélaton para cateterismo vesical principalmente, muy usada en nuestro país. Describió por vez primera el Hematocele Retrouterino. Docente y buen cirujano. Publicó: “Elementos de Patología Quirúrgica” en cinco volúmenes y “Lecciones sobre el Hematocele Retrouterino”. El primero de los nombrados traducido al español por Rafael Martínez y Molina y Félix Guerrero Vidal. Miembro de las Academias de Medicina y de Ciencias. Dejó varias intervenciones quirúrgicas con su epónimo: a) Desarticulación del hombro, 2) Rinoplastia con colgajos de las mejillas, 3) Litotomía Prerectal, 4) Desarticulación Sub-astragalina y 5) Ablación de pólipos nasofaríngeos por vía bucal. Hizo una buena fortuna aunque fue modesto en su vivir. Ordenó que sus funerales fueran sencillos (27,28).

Georges Paul Dieulafoy (1839-1911)

Este distinguido médico se destacó principalmente en Medicina Interna con su Manual de Patología Interna que alcanzó 14 ediciones desde 1880 hasta 1911. Tuvo gran brillantez en sus “Lecciones de Patología Médica” en el Hotel Dieu. Fue Jefe de Servicio en el Hospital Saint-Antoine donde suplió a Charcot en numerosas ocasiones en sus magistrales disertaciones con la presencia del paciente incluido. Igualmente fue Profesor en el Hospital Necker y luego llegó a tener la mención de Profesor Honorario.

Llama la atención que no siendo cirujano tuvo una dilatada experiencia con los abdómenes agudos en particular con la Apendicitis Aguda llegando a formular su famosa “**Tríada de Dieulafoy**”: 1) “Dolor al comienzo de leve intensidad con progresión de la misma hasta ser fuerte” y con “localización exquisita en la parte media de la línea descrita por Charles McBurney”, 2) “Contractura muscular en la Fosa Ilíaca derecha por la irritación peritoneal”, y 3) “Hiperestesia Cutánea” en la misma región abdominal.

Se ocupó igualmente del drenaje por aspiración de los derrames pleurales, de los Quistes Hidatídicos y “de otros derrames”. Fue Miembro de la Academia de Medicina, Sección de Patología Médica y su Presidente en 1910. Igualmente fue “Commandeur de la Légion D’Honneur” desde 1898 (28,29).

Fueron muchos los cirujanos destacados en Francia como se puede apreciar. No se puede dejar de mencionar al ortopedista **Jules Réne Guérin**, el cirujano militar **Charles Sedillot** y al estudioso de la cirugía Hipocrática y de Paré: **Joseph François Malgaigne (1806-1865)**, quien estudió en las Universidades de Nancy y de París. En 1831 obtuvo su título de “Doctor en Tesis” que defendía la enseñanza de la historia de la medicina y de la cirugía. Escribió además dos trabajos sobre: “Los pólipos uterinos” y “Las fístulas lacrimales”. Editó dos revistas de cirugía. Introdujo el uso del éter e inventó un aparato para administrarlo. Publicó en 1847 su “Traité des fractures et des luxations” en dos volúmenes y un Atlas, considerada por muchos la obra más completa en este campo en su época. Le dio su epónimo a “La fractura vertical de la pelvis con lujación sacroilíaca bilateral y fracturas de las ramas púbicas” acompañándolo con una casuística de diez pacientes. De igual manera describió un método de amputación del pie conservando el astrágalo. Más luego publicó un “Manual de Medicina Operatoria” con varias ediciones y traducción a varios idiomas. Miembro de la Sociedad de Cirugía, de la Academia de Medicina siendo su Presidente en 1865. Oficial de la Legión de honor y “Medalla al Mérito Militar” de Polonia (30,31).

CAPÍTULO II.

RESULTADOS DECIMONÓNICOS. INFLUENCIA DE LA CIRUGÍA FRANCESA EN VENEZUELA EN EL SIGLO XIX

La República Francesa al igual que los países europeos mencionados previamente participó en esa maravillosa revolución científica que tuvo lugar en el siglo XIX, tanto en la parte médica como

quirúrgica, teniendo en algunas áreas una actuación descollante. En Francia, la ciudad que lideró este proceso fue su capital, la Ciudad-Luz: París. Hubo médicos y cirujanos franceses pioneros en conocimientos, técnicas y procedimientos, que nutrieron a nuestros médicos y cirujanos, quienes trajeron estos avanzados criterios y enfoques a Venezuela, poniéndolos en práctica y difundiéndonlos en primer término a través de ese Gran Faro del Saber, el recién creado Hospital Vargas y de instituciones fundadas con ese fin (32).

El aprendizaje tuvo como consecuencia o resultados:

A) Nuevos procedimientos quirúrgicos en varias regiones del organismo, algunos de alta complejidad técnica:

- 1) **En Cirugía Cardiovascular:** a) “El tratamiento quirúrgico de los Aneurismas del Tronco Braquiocefálico y del Cayado de la Aorta”, b) “El tratamiento quirúrgico de los Aneurismas del pliegue del codo”, de un “Hematoma Aneurismal del muslo”, de “la Femoral”, “de la Ilíaca Interna, del muslo y hueso poplíteo”, y c) “La ligadura de la Carótida Primitiva con Resección del Maxilar Inferior” (33-35).
- 2) **En Cirugía Oncológica:** a) La Resección Total de Osteosarcoma del Maxilar Superior, b) La Resección de mitad derecha del Maxilar Inferior por Osteosarcoma, c) La Extirpación de Osteosarcoma de la Garganta del Pie, y d) La Extirpación de Fibroma del Ciático Poplíteo Interno (36-38).
- 3) **En la Glándula Parótida:** a) Primera Parotidectomía Parcial exitosa, b) Primera Extirpación Total de la Parótida con preservación del Nervio Facial.
- 4) **En el Aparato Urinario:** Manejo de la Hematuria en los Traumatismos Abdominales (39).
- 5) **En Cirugía Ginecológica y Obstétrica:** a) Primera Ovariectomía (Ooforectomía) Francisco Eugenio Bustamante, 1874 b) Segunda Ovariectomía (Ooforectomía) Manuel María Ponte 1880, c) Histerectomía Total Abdominal, Manuel María Ponte, en

Maracaibo, 1880.; Primera Histerectomía Total Abdominal en Caracas, Miguel Ruiz, Hospital Vargas, 1892 y primera Cesárea con madre y recién nacido vivos en 1907 (11).

- 6) **En Patología Tropical:** Tratamiento Quirúrgico de 187 casos de Abscesos Hepáticos Amibianos con mortalidad de 6,5 %. (Época Pre-Emetina y Pre-antibiótica) (40).
- 7) **En Cirugía de Vías Biliares:** Colecistostomías, Colecistectomías, Colédoco-duodenostomías, Primera Exploración Intraoperatoria del Colédoco, Colangiografía Operatoria, Manometría Biliar Intraoperatoria, Hepatectomía con Colecistectomía y Colecistogastostomía.
- 8) **En Cirugía Gastrointestinal:** Primeras cuatro Apendicectomías realizadas en nuestro país, entre 1898 y 1899 por Miguel Ruiz, Pablo Acosta Ortiz (dos) y Luis Razetti, adelantándose Venezuela en varias décadas a las Apendicectomías Europeas.
- 9) **En Neurocirugía:** Primeras Craneotomías llevadas a cabo en la última década del siglo por Antonio María Pineda, Pablo Acosta Ortiz, Luis Razetti y Rafael López Baralt. Es de señalar que en 1736 los cirujanos franceses Juan Bautista Francisco Tellerín, Pedro Bigott y Pedro Blandín practicaron una Craneotomía en nuestro país señalada en una monografía del Dr. Plácido Rodríguez Rivero.
- B) **Procedimientos y Medicamentos Anestésicos:** a) Primera Anestesia General usando Éter Sulfúrico, Blas Valbuena, 1847; b) Primera Anestesia General usando el Cloroformo, Eliseo Acosta 1848; c) Segunda Anestesia General con Cloroformo, Guillermo Michelena, 1848; d) Anestesia por hipnosis en cuarta apendicectomía, realizada por Luis Razetti y llevada a cabo por Enrique Meier Flegel quien tenía buena experiencia con la práctica de la hipnosis, e) Primera Anestesia Raquídea en el Hospital Vargas, Pablo Acosta Ortiz, 1900.
- C) **Invencción dentro del Área Quirúrgica e Instrumental:** a) Introducción de Principios Listerianos, (Manuel María Ponte); b) Invencción Mesa Operatoria (Francisco Eugenio Bustamante);

- c) Invención de Dilatador Uretral (Guillermo Michelena); d) Introducción de Pinzas de Jules Emily Pean, (Francisco Eugenio Bustamante); e) Introducción del Termocauterío de Paquelín, las Sondas de Beniqué y de Paynd y la Antisepsia de Guerin.
- D) Fundación de Instituciones:** a) Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, 1893; Fundación Laboratorio del Hospital Vargas, 1902; Fundación de la Gaceta Médica 1893; Fundación Instituto Pasteur (1895); Concurso de Internado y Externado de Hospitales (1895); Reformas de Cátedras de Anatomía y Medicina Operatoria (1895-1896); Fundación del Colegio Médico de Venezuela (1904); Reunión del Primer Congreso Venezolano de Medicina (1911); Fundación del Instituto Anatómico (1911).
- E) Fundación de Cátedras:** a) Fundación de Cátedras de Anatomía, 1826 y de Cirugía, 1832, por el **Dr. José María Vargas**, pionero y con adelanto de medio siglo en el ejercicio de las mismas en América Latina. b) Fundación de Cátedras de Histología Normal y Patológica, Bacteriología, Parasitología y Fisiología Experimental por el **Dr. José Gregorio Hernández** en 1891. c) Fundación de Cátedra de Clínica Quirúrgica por los **Drs. Luis Razetti y Pablo Acosta Ortiz**. Este último dictando la clase inaugural, d) Fundación de Cátedra de Clínica Médica por el **Dr. Santos Aníbal Dominicci** igualmente en 1895.

¿Qué resultados, qué frutos obtuvo y trajo este distinguido grupo de médicos y cirujanos criollos a su regreso de Francia? Citemos en primer lugar a José Gregorio Hernández quien fue el primer becario enviado a realizar estudios fuera del país en especialidades médicas, seguidos por Luis Razetti, Pablo Acosta Ortiz, y Santos Aníbal Dominicci, y luego otros muchos, quienes fueron esponjas vivientes en captar y empaparse de conocimientos y criterios que alumbraban en forma radiante ese París que estaba en la cúspide del saber científico en Medicina y Cirugía y en las diversas Artes. Estos cuatro personajes nombrados, en el transcurso de sus entrenamientos se reunieron en forma repetida y planificaron el traer a su querida patria todo lo aprendido durante sus estudios. En el

Capítulo II hemos expuesto en forma integral aunque sucinta los logros obtenidos. Queremos ahora ratificarlos y extenderlos en lo que hemos omitido sin intención.

Algunos de los criterios aprendidos eran pioneros en la Ciudad Luz, ayudando en su desarrollo y reforzamiento y al traerlos fueron fundadores de los mismos, en una Venezuela que estaba con intensas ansias de hacerlos propios, quien se encontraba con unas carencias superlativas en la asistencia sanitaria-hospitalaria y docente por razones ya mencionadas. El Hospital Vargas copiado en su arquitectura y en su administración del Lariboisiere, con ese grupo de piadosas y compasivas Enfermeras de la Cofradía de San José de Tarbes venidas igualmente de Francia, los esperaban con los brazos abiertos para hacer partícipe a nuestro pueblo de toda la sabiduría obtenida.

Nuestros cirujanos trajeron procedimientos quirúrgicos de alta complejidad técnica siendo fundadores de los mismos en diferentes sistemas y patologías. En el campo de la Cirugía Cardiovascular en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los Aneurismas del Tronco Braquiocefálico y del Cayado Aórtico lo que constituyó la Tesis de Grado del Dr. Pablo Acosta Ortiz. Igualmente del diagnóstico y tratamiento operatorio de los aneurismas de otras regiones del organismo como lo son: del codo, del muslo, de la arteria Femoral y de la Ilíaca Interna en forma conjunta, y del muslo y Hueco Poplíteo en forma coincidente en otro paciente. Es de recordar que el diagnóstico se hacía solo por pura clínica y estaba en sus inicios la aplicación de los Rayos X (Wilhelm Rontgen, 1895), los cuales esperarán el nuevo siglo para ser aplicados en Venezuela.

En cirugía Oncológica adquieren buena experiencia y experticia principalmente en el tratamiento del Cáncer Óseo, los Osteosarcomas, en particular los localizados en el Maxilar Superior, en el Maxilar Inferior y en la Garganta del Pie.

En cirugía realizada en la glándula salival principal, la Glándula Parótida, bien removiéndola parcialmente, o en forma total (Parotidectomías Parcial o Total según el caso). Cirugía muy delicada

donde se disecciona y se preserva el nervio facial en todas sus ramas constituyentes, con secuelas importantes si se lesiona dicho nervio accidentalmente durante el acto operatorio.

En el área Ginecológica practican, a su llegada, dos "Ovariectomías", (propriadamente Ooforectomías) y una Histerectomía Abdominal Total.

En Patología Tropical realizan el Tratamiento Quirúrgico de 187 casos de Abscesos Hepáticos Amibianos con una mortalidad muy baja de 6,5 %. De nuevo recordemos, que en esta época no se conocía la Emetina ni los Antibióticos.

Es importante exponer en lo concerniente a la cirugía biliar que en 1896, **Francisco Eugenio Bustamante** realiza las dos primeras Colectomías en Maracaibo y en 1904, **José Gabriel Ramón Parra Picón** en Mérida, practica por vez primera una Colectoduodenostomía. En 1911 el **Dr. Acosta Ortiz** lleva a cabo dos Colectomías y en 1915, **Luis Razetti** en el Hospital Vargas practica una Colectomía por Colectitis Supurada. Dos años después, en Caracas, **Salvador Córdoba**, el 6 y el 20 de febrero, practica las dos primeras Colectomías teniendo de ayudante en ambas al **Dr. Domingo Luciani**. En los años siguientes Razetti extirpa "varias vesículas" en el Hospital Vargas y **Ramón Soto González**, en Maracaibo en 1934 abre por primera vez un Colédoco intraoperatoriamente. Es el famoso cirujano español **Manuel Corachán García**, maestro de varios cirujanos del país y uno de los fundadores de la cirugía experimental, quien realiza la primera Coledoduodenostomía en 1940 y un año después practica la segunda el destacado cirujano **Ricardo Baquero González** (9).

En este mismo año es realizada la primera Hepatectomía con Colectomía por un tumor hepático por **Miguel Pérez Carreño**. Para 1943 **Hermógenes Rivero** en un paciente con un Cáncer de Páncreas lleva a cabo una Colectogastrotomía. **Ricardo Baquero González** a su regreso de Buenos Aires y habiéndolo aprendido del **Dr. Pablo Luis Mirizzi** quien fue su creador, practica la primera Colangiografía Operatoria. Un año después, **Eduardo Carbonell** realiza la primera Manometría Biliar Intraoperatoria (9).

En Cirugía Gastrointestinal se van a llevar a cabo las cuatro primeras apendicectomías, todas exitosas, en el Hospital Vargas en el último decenio del siglo XIX.

En relación con la anestesia se practican las primeras anestias generales usando el Éter Sulfúrico y la primera y segunda anestesia general usando el Cloroformo, en 1848. Para el uso de estos anestésicos se emplean las máscaras de Juliard y de Ombredanne. Más luego se administrarán estos dos anestésicos en forma combinada lo que permite usar menor cantidad de cada uno debido a su potenciación al combinarlos. En el Hospital Vargas tiene lugar la primera Anestesia Raquídea en 1900.

Hemos señalado previamente la puesta en práctica de los preceptos de asepsia y antisepsia, el fabricar mesas operatorias, el uso de instrumental como los Fórceps o Pinzas de Pean para hacer hemostasia.. Es la época de las frecuentes estenosis uretrales causadas por las Blenorragias no tratadas o mal curadas (Era Pre-antibiótica). Guillermo Michelena inventa un Dilatador Uretral que mejorará en mucho estas estrecheces.

Ha tenido lugar la fundación de una serie de instituciones que son de capital importancia en el desarrollo de nuestra medicina, cirugía y en la parte académica. Mencionemos en último lugar por su gran valor académico, de prestigio y trascendencia, la realización del Primer Congreso Venezolano de Medicina.

Del mismo modo se crean las siguientes Cátedras: de Histología Normal y Patológica, Bacteriología, Parasitología y Fisiología Experimental, la de Clínica Quirúrgica y Clínica Médica. Recordemos que previamente en 1826, el Dr. José María Vargas había fundado la Cátedra de Anatomía y en 1832 la Cátedra de Cirugía.

El desempeño académico, docente y de publicaciones científicas fue de gran empuje. Citemos:

- 1) al Dr. Eliseo Acosta, quien es el discípulo dilecto de Vargas, su sucesor en las cátedras mencionadas. Dictó numerosas conferencias que fueron publicadas y editó un libro: “Lecciones orales sobre las enfermedades de los ojos”,

- 2) a Francisco Eugenio Bustamante, fundador de la Escuela de Cirugía del Estado Zulia, Profesor de Patología y Clínica Quirúrgica, Rector de su Universidad y Miembro de la Academia Nacional de Medicina,
- 3) a Manuel María Ponte, profesor de Obstetricia, quien hizo un manejo coherente de la Epidemiología Ginecológica. Publicó el primer Tratado de Obstetricia y Ginecología en Venezuela que fue modelo para la América Latina y fue Rector de la Universidad Central de Venezuela,
- 4) a Luis Razetti: profesor de Clínica Quirúrgica con numerosas publicaciones médico-quirúrgicas incluyendo la Bioética donde destaca su “Código de Moral Médica”, modelo para Latinoamérica principalmente para Colombia y Perú. Vice-Rector y luego Rector de la Universidad Central de Venezuela,
- 5) a Pablo Acosta Ortiz. Profesor de Clínica Quirúrgica. Destaca la publicación de su libro “Lecciones de Cirugía” en temas cardiovasculares, oncológicos y de medicina tropical.

Estos médicos y cirujanos que fueron a Europa quizás en poco número al comienzo, para 1903 se calcula que podían llegar a catorce, y en los decenios siguientes continuó, se mantuvo su flujo y posteriormente hubo un desplazamiento, hacia mediados del siglo XX, hacia la Escuela Norteamericana, la cual se había formado principalmente en sus estudios de posgrado en las Escuelas Alemana, Suiza, Francesa e Inglesa.

CAPÍTULO III.

LOS HOSPITALES DE CARACAS

¿En qué condiciones se encontraban los centros asistenciales de salud, los hospitales de nuestra capital en el siglo XIX, antes de la aparición del Hospital Vargas?

Los hospitales de nuestra capital nacieron como hospicios, como consuelo de los enfermos con enfermedades crónicas próximas a la muerte, carentes de todo criterio científico y docente. Fueron entidades

netamente misioneras y filantrópicas. El Dr. Guillermo Soto enuncia que “La historia de los hospitales va en forma común ligada a la Historia de la Medicina”.

Considera tres etapas o Épocas Hospitalarias: 1) Precolombina o Prehispánica, 2) Colonial o Hispánica que se inicia con el descubrimiento de América hasta 1810, 3) Republicana desde 1810 hasta 1900, y d) Moderna o Actual desde 1900 hasta la actualidad. Como veremos luego, el hito de esta última etapa está dada por la fundación del Hospital Vargas (40).

Hospitales Coloniales y Republicanos: siguiendo al Dr. Soto y basado en el sistema administrativo se les dividen en tres tipos:

- 1) Hospitales Reales: que dependían administrativamente de un organismo responsable: el Real Patronato. Eran ellos:
 - a) El Real Hospital de San Pablo,
 - b) El Real Hospital de la Caridad de Mujeres y
 - c) El Real Hospital de San Lázaro
- 2) Hospitales Privados o No Oficiales:
 - a) Religiosos, ubicados en los conventos de Capuchinos, de San Francisco y de San Jacinto, y
 - b) Seculares, llamados también de “Obras Pías” como el Hospital Linares y las Obras Pías Requena
- 3) Instituciones de Beneficencia que dependían de organizaciones de caridad fueran públicas o privadas, y
- 4) Hospitales Militares

Estos entes administradores, como vemos muy diversos, en ocasiones se superponían y compartían responsabilidades lo que ocasionó una mala administración y graves problemas financieros. Hablaremos de las instituciones principales:

Hospital San Pablo

Fue el primero en fundarse con el nombre de “San Pablo el Ermitaño”. En 1602 se inició con 4 camas (“catres”), con aumento progresivo a 12, 50, llegando a 130. Su primer médico fue el Dr. Angelo

Bartolomé Soliaga y Panphilio en 1673 aunque el Dr. Ricardo Archila menciona al Dr. Manuel de Rojas en 1614.

Tenía cuatro Secciones: una para tratar sifilíticos, otra para presos y reos políticos, una tercera para tuberculosos, una cuarta para enfermos con viruela y una última para militares.

Para 1789 presentaba un marcado deterioro por hacinamiento, humedad, insalubridad y vecindad con un cementerio. Aparece entonces un nuevo proyecto pero no se materializa.

Funcionó aparentemente hasta 1810 y el terremoto de 1812 y la guerra de independencia marcaron su final. Estaba íntimamente ligado y al lado del templo de San Pablo. Su ubicación exacta era: “Al sur de la ciudad, al lado del templo de San Pablo y separado del mismo por un torre de dos cuerpos, limitando al este con la iglesia y al sur con casas y fabricas particulares, y al noreste con la Plaza de San Pablo. Al oeste de todo este conjunto se construyó después el Hospital de la Caridad de Mujeres.

Aparentemente funcionó hasta 1810 infiriéndose por el estudio de sus planos, y que fue el terremoto de dos años después y la guerra de independencia quienes lo destruyeron. El Dr. José Domingo Díaz menciona en sus memorias que para 1814 “todos los hospitales caraqueños estaban destruidos”.

Tanto el templo como los restos del edificio donde funcionó el Hospital San Pablo fueron demolidos en 1876 durante la presidencia de Antonio Guzmán Blanco aunque el Dr. Archila menciona que funcionó hasta la inauguración del Hospital Vargas en 1891 (Debe mencionarse que en el espacio ocupado por estos inmuebles se edificó el “Teatro Antonio Guzmán Blanco” al que años después se le bautizó como “Teatro Municipal”).

El Hospital San Pablo fue el primer centro hospitalario docente desde la llegada al país de Lorenzo Campins y Ballester (40).

Hospital de Nuestra Señora de la Caridad

Llamado también Hospital de la Caridad para Mujeres fue construido al lado del Hospital San Pablo. Inaugurado el 17 de

diciembre de 1691. Funcionó como hospital para enfermas pobres y como Hospicio para “reclusas públicas pecadoras”.

Hospital Real de San Lázaro

Fundado en 1752. Primer hospital especial para atender a los pacientes con la Enfermedad de Hansen, recibiendo los primeros once casos en septiembre del mismo año aunque ya existía según Rodríguez Rivero un albergue para este tipo de enfermos en la parroquia de San Juan. Fue el único hospital construido en Venezuela en el siglo XVIII. Su fundador fue el Dr. Fernando Lovera y el financiamiento se hizo por donaciones públicas y privadas.

En 1757 se edificó la iglesia y la sección que separaba hombres de mujeres contando la primera con ocho habitaciones y la de mujeres con una sala grande y una casa para el Procurador, capilla y cementerio.

Hospital de Caridad para Hombres

En diciembre de 1839 el edificio municipal que servía como Cuartel de Milicias se refacciona y acondiciona para el funcionamiento de este hospital quedando el San Pablo solo para la atención de mujeres.

Estaba vecino al sitio donde se construyó una cárcel pública de nefasto recordatorio llamada La Rotunda, donde hoy está la Plaza de La Concordia. Por decreto del 21 de setiembre de 1879 se dispuso su administración por la Sociedad de San Vicente de Paúl pasando luego a ser Instituto de Beneficencia Pública del Distrito Federal en diciembre de 1882, dejando de prestar servicio en 1891 con la inauguración del Hospital Vargas.

Hospitales Privados: Instituciones religiosas y Obras Pías

Los hospitales religiosos fueron un grupo de instituciones anexas a los conventos que brindaron poco beneficio, de los cuales hay poca información y cesaron su existencia por orden de Guzmán Blanco. Las obras Pías eran producto de donaciones para favorecer a los pobres, en manos de la Iglesia y con motivos netamente filantrópicos.

Entre los Hospitales privados de esta significación podemos mencionar el de Capuchinos, el del Convento de San Francisco y el de San Jacinto. La atención de los pacientes era de un número de moderado a escaso (40).

Hospital Linares

Este hospital fue inaugurado en julio de 1893 por el General Joaquín Crespo. Atendido por el Dr. José Manuel de los Ríos y los Drs. Agustín Avelado y Agustín Valarino. El Sr. Juan Esteban Linares aportó el terreno y el dinero para su construcción y dotación.

Estaba ubicado entre las esquinas de Paradero a Puente Anauco con capacidad para 50 pacientes. Se preciaba de tener la Sala de Operaciones del país con los criterios de asepsia y antisepsia traídos del Hospital Necker de París.

Al parecer prestó un servicio infantil muy bueno hasta 1908 cuando “por reveses económicos” hubo que entregarlo a sus acreedores. En 1910 fue adquirido por el gobierno nacional para destinarlo a un Hospital Militar y Naval que funcionó hasta 1931 cuando fue cedido a la Cruz Roja Venezolana por el General Juan Vicente Gómez.

Es pertinente mencionar como otra de las Obras Pías, la fundada por Ignacio Requena con local y con rentas de siete casas comerciales, que la mantenían. Fue un pequeño hospital con 10 camas en 1867 y con 15 para 1876 en la cual se hacían procedimientos quirúrgicos dirigidos por el Dr. Nicanor Guardia.

Hospitales Militares

El primer Hospital Militar estuvo adscrito al Hospital San Pablo ya mencionado para atender a los “Miembros del Batallón de Veteranos”. Se piensa que estuvo ubicado luego en las inmediaciones del Panteón Nacional, en dependencias del Cuartel San Carlos. Posteriormente en 1867 se instala en edificio y nombre propio de Hospital Militar en un viejo edificio de la Planicie, en Catia. De allí fue trasladado al que fue Hospital Linares, ya mencionado, en 1910. En 1936 se decreta

la creación del Hospital Militar de Caracas inaugurándose en 1938 con el nombre de “Mariscal Antonio José de Sucre” en la Esquina de Poleo. En 1957 fue ubicado en el 6° piso del Hospital Universitario de Caracas y en 1959 es trasladado a la que es su sede actual en espaciosa y funcional edificación con el nombre de “Hospital Central de las Fuerzas Armadas Dr. Carlos Arvelo” (40).

REFERENCIAS

1. Thorwald J. El siglo de los cirujanos. Barcelona (España): Ediciones Destino; 1961:11-15.
2. Thorwald J. El triunfo de la cirugía. Barcelona (España): Ediciones Destino; 1960:13-16.
3. Vargas Arenas RE. Hospital Vargas 1891-1991. Influencia en la medicina nacional. Caracas: Impreso por Editorial Sucre, C.A.
4. Silva Álvarez A. Pablo Acosta Ortiz. Un mago del bisturí. Ediciones Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Oficina de Publicaciones, Biblioteca y Archivo. Caracas. Venezuela. 1970.
5. Archila R. Historia de la medicina en Venezuela. Ediciones del rectorado de la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela: Talleres Gráficos Universitarios; 1966.
6. Puigbó J.J. Conferencia Dr. Luis Razetti: “Historia de la cirugía en la época Pre- Razetti”. Gac Méd Caracas. 2000;108(4):454-512.
7. Puigbó JJ, Briceño Iragorry L. Centenario de la Academia Nacional de Medicina 1904-2004. Caracas: Editorial Ateproca; 2004:139-141.
8. Puigbó JJ, Briceño Iragorry L. Centenario de la Academia Nacional de Medicina 1904-2004. Caracas: Editorial Ateproca; 2004:183-185.
9. Baquero-González R. Ponencia sobre Cirugía Biliar. Memorias del Primer Congreso Venezolano de Cirugía. 12-16 de marzo. Caracas, Venezuela: Editorial Sucre; 1951:33-34.

10. Sánchez D. Dos momentos históricos en la anestesiología venezolana. *Rev Soc Venez Hist Med.* 2009;58(1-2):28-33.
11. Sánchez D. El Curare en Venezuela visto por un Misionero, un Naturista y un Científico. *Rev Soc Venez Hist Med.* 2005;54(1)36-47.
12. Diccionario Biográfico Médico Hispanoamericano. En: Gómez González J, Briceño Iragorry L, Rabí Chara M, editores. Caracas: Editorial Ateproca C.A.; 2007.p.666-667.
13. Bustamante N, Francisco E. Bustamante Fundador de la Cirugía Abdominal en Venezuela. Algunas facetas de su personalidad. *Rev Soc Venez Hist Med.* 2006;55(1-2):55-63.
14. Krivoy A. Juicio crítico al trabajo de ascenso a Individuo de Número del Dr. César Blanco Rengel en SOVEHIMI. *Rev Soc Venez Hist Med.* 2013;62(1-2) Publicación digital.
15. Lyon A, Petrucelli J. Historia de la Medicina. Barcelona, España: Ediciones Doma; 1980:531-533.
16. Blanco Rengel C. Evolución histórica de la cirugía. Siglos XIX, XX, XXI. *Rev Soc Venez Hist Med.* 2013;62(1-2) Publicación digital.
17. Blanco Rengel C. Apendicitis Aguda. Su evolución en la Historia. *Rev Soc Venez Hist Med.* 2016;65(2) Publicación digital.
18. Pean JE. Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana. Madrid: Espasa-Calpe S.A.; 1975;XII:1120.
19. Le Dentu JF. Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana. Madrid: Espasa-Calpe S.A.; 1978;XXIX:1341.
20. Faure JL. Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana. Madrid: Espasa-Calpe S.A.; 1979;XXIII:397.
21. Dartigues L. El Dolor en cirugía. Publicado en París en 1924. Traducido y publicado en Venezuela por el Dr. Luis Razetti en 1932.
22. Romero Reverón R. Jean Leo Testut (1849-1925). Anatomist and Anthropologist. *Anatomy.* 2014;8:36-39.
23. Romero Reverón R. André Latarjet (1877-1947) Anatomist and Surgeon Specialized in Sports Medicine. *IJAE* 2014;119(3):250-254.

24. Romero Reverón R. Henry Rouviere (1876-1952). French Anatomist, Vesalius. 2014;XX(2):81-83.
25. De la Garza Villaseñor L. Dominique Jean Larrey. La Cirugía Militar de la Francia Revolucionaria y el Primer Imperio. Cirujano General. 2004;26(1):59-66.
26. López Piñero JM, Balaguer E. Ballester R. La Cirugía en el romanticismo. En: Laín Entralgo P, editor. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat; 1973.p.295-301.
27. De Chambre A. Dictionnaire Encyclopedique de Sciences Medicales. París: Maisson-Asselin; Segunda serie. 1877;2:84-86.
28. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea. 2ª edición. Barcelona-Madrid: Científico-Médica; 1963.
29. Huguet F. Les professeurs de la Faculté de Medicine de París. Dictionnaire biographique 1794-1939, París, Institut National de echerche pedagogique. Edition du CNRS, 1996.
30. López Piñero JM. Ciencia y Enfermedad en el siglo XIX. Barcelona, Península, 1985.
31. Fernández P LJ, Fernández V JM. Joseph François Malgaigne (1806-1865). Acta Ortop. Mex. 2005;19(6):284-485.
32. Beaujón Graterol O. Pablo Acosta Ortiz (Microbiografía). Biografía del Hospital Vargas. Caracas: Artegrafía; 1961;I:502-510.
33. Acosta Ortiz P. Lecciones de Clínica Quirúrgica. Caracas: Tip Emp El Cojo; 1911.
34. Acosta Ortiz P. Aneurismas del Tronco Braquiocefálico y del Cayado Aórtico. Gac Méd Caracas. 1894-95;II-III:49-50.
35. Acosta Ortiz P. Aneurisma Arteriovenoso del pliegue del codo. Compresión y ligadura. Hematoma Aneurismal difuso del muslo. Ligadura y Amputación. Gac Méd Caracas. 1894-95;II-III:71-74.
36. Acosta Ortiz P. Tumores de los Maxilares. Gac Méd Caracas. 1897;V(4):25-27.

37. Acosta Ortiz, P. Fibroma del Ciático Poplíteo Interno. Resección Nerviosa. Neuritis Traumática descendente. Mal Perforante Plantar. *Gac Méd Caracas*. 1894-95;I-III(1):9-11.
38. Acosta Ortiz P. De la Hematuria en algunos Traumatismos Abdominales. *Gac Méd Caracas*. 1896;IV(9):65-67.
39. Acosta Ortiz P. Sobre algunos casos de Hepatitis supurada en Caracas. *Gac Méd Caracas*. 1896;IV(21):161-167.
40. Escalona R. Los antiguos Hospitales de Caracas (Desde su fundación hasta la inauguración del Hospital Vargas). *Rev Soc Venez Hist Med*. 2006;55(1-2):25-41.

MATERIAL FOTOGRÁFICO RELACIONADO CON EL TRABAJO ASISTENCIAL Y ACADÉMICO EN EL SIGLO DIEZ Y NUEVE

Médicos y Cirujanos principales responsables de los cambios ocurridos en Venezuela a su regreso de París, Francia

Arriba: José Gregorio Hernández Izquierda: Luis Razetti

Abajo: Santos Aníbal Dominicci Derecha: Pablo Acosta Ortiz



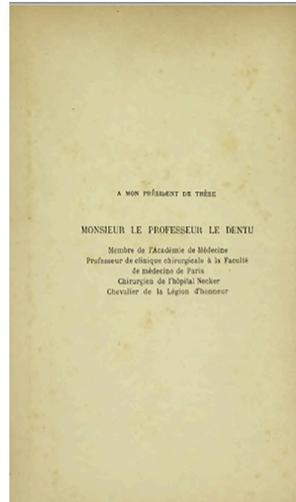
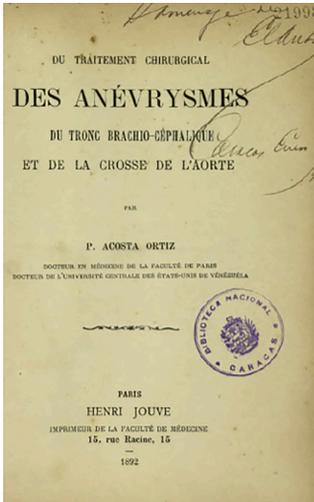
Conferencia Sanitaria Internacional con Asistencia de los Drs. Luis Razetti y Pablo Acosta Ortiz



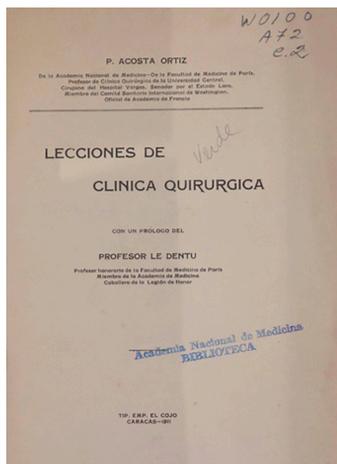
Figura 102

El Dr. Acosta Ortiz (x) en una de las Conferencias Sanitarias Internacionales a que asistió, como Delegado de Venezuela, en compañía del Dr. Luis Razetti (xx).

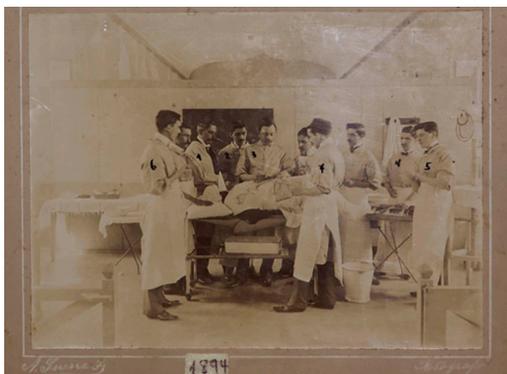
Tesis de grado del Dr. Pablo Acosta Ortiz: “*Tratamiento de los Aneurismas del Tronco Braquiocefálico y del Cayado de la Aorta*”. Escuela Médica de París, 1892



“Lecciones de Cirugía” : Libro con clases de Clínica Quirúrgica dictadas y editado por el Dr. Pablo Acosta Ortiz en ocasión del Centenario de la Declaración de Independencia de Venezuela, dedicado a Venezuela y con Prólogo del Dr. Juan Francisco Augusto Le Dentu



**Intervención Quirúrgica realizada en el Hospital Vargas en 1894
El 5° de izquierda a derecha (en el medio) es el Dr. Pablo Acosta**



Sesión de Disección en cadáver formolizado. París 1892.
Disector: Pablo Acosta Ortiz
Se ignora la pertenencia de la sala

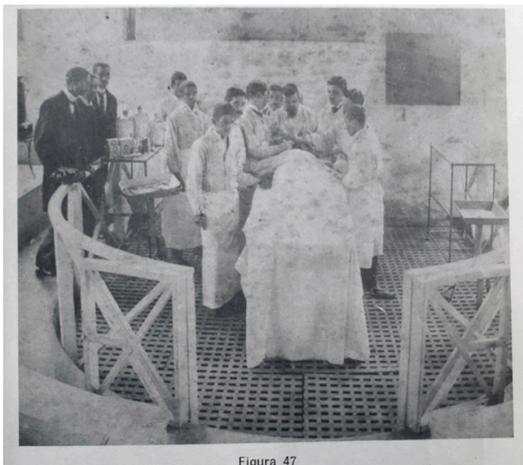


Figura 47

Sala de operaciones sépticas. Hotel Dieu, París



SALLE POUR OPERATIONS SEPTIQUES

**Sede de la Academia Nacional de Medicina
Palacio de las Academias
Caracas**



La obra otorrinolaringológica del artista Carlos Cruz Diez

Aderito De Sousa F¹, Leopoldo Briceño-Iragorry², María José Zamora S³

RESUMEN

Durante los primeros años de formación artística de Carlos Cruz Diez, considerado uno de los pioneros del abstraccionismo y del arte óptico y cinético, se descubre una etapa poco conocida pero intensa, relacionada con la ilustración, el diseño gráfico, las artes gráficas y la publicidad.

Durante este período realizó varias obras poco conocidas, entre las que se encuentran una serie de dibujos e ilustraciones figurativas en el campo de la otorrinolaringología. La mayoría de los dibujos originales sobre temas de otorrinolaringología realizados y firmados por este autor fueron realizados sobre cartón y papel, la mayoría en formato rotafolio entre 1941 y 1954 y sirvieron de apoyo a las explicaciones anatómicas y procedimientos quirúrgicos realizados por el Dr. Conde

¹Otorrinolaringólogo. Director de la Unidad Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta. MCN puesto # 46 de la ANM. Caracas. <https://orcid.org/0000-0002-0272-7655> - E-mail: aderitodesousa@gmail.com

²Cirujano Pediatra. Individuo de Número Sillón VIII y expresidente de la ANM. Individuo de Número de la SVHM, Sillón XXII. Caracas. <https://orcid.org/0000-0001-6602-2606> - E-mail: lbricenoi@gmail.com

³Otorrinolaringólogo. Unidad Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta. Caracas. <https://orcid.org/0000-0003-1883-0769> - E-mail: mari-nike-z@hotmail.com

Jahn, durante su actividad docente como profesor de la Cátedra de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

La mayoría de las ilustraciones de la serie de Carlos Cruz Diez sobre temas de otorrinolaringología fueron donadas por el Dr. Conde Jahn en 1960 al Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, del cual se convirtió en su primer jefe en 1956, junto con muchas revistas y libros científicos de su propiedad.

En esta publicación revelamos una faceta interesante, pero a la vez curiosa, de la iniciación artística de Carlos Cruz Diez, quien años más tarde sería uno de los grandes protagonistas mundiales del arte cinético a través de su investigación y creatividad artística, redescubriendo una forma de interpretación y proyección del fenómeno cromático y la revelación perceptiva lúdica de la visión humana del espectador de su obra como artista plástico.

SUMMARY

During the early years of art education of Carlos Cruz Diez, considered one of the pioneers of abstractionism and optical and kinetic art, a little known but intense stage was discovered, related to illustration, graphic design, graphic arts and advertising.

During this period he made several little-known works, among which are a series of drawings and figurative illustrations in the field of otorhinolaryngology. Most of the original drawings on otorhinolaryngology issues made and signed by this author were made on cardboard and paper, most of them in flipchart format between 1941 and 1954 and its served as support of the anatomical explanations and surgical procedures performed by Dr. Conde Jahn, during his teaching activity as professor of the Chair of Otorhinolaryngology at the Medicine faculty of Universidad Central de Venezuela.

Most of Carlos Cruz Diez's series illustrations of otorhinolaryngological subject-matter were donated by Dr. Conde Jahn in 1960 to the Department of Otorhinolaryngology of the University Hospital

of Caracas of which he became its first chief in 1956, together with an many scientific journals and books of his ownership.

In this publication we reveal an interesting but at the same time a odd facet of the artistic initiation of Carlos Cruz Diez, who years later, would be one of the world's great protagonists of kinetic art through his artistic research and creativity, rediscovering a form of interpretation and projection of the chromatic phenomenon and the playful perceptive revelation of the human vision of the spectator of his work as a plastic artist.

INTRODUCCIÓN

En los primeros años de formación artística de Carlos Cruz Diez, considerado el padre del abstraccionismo geométrico y el arte óptico y cinético, se identifica una etapa poco conocida pero intensa, relacionada con la ilustración, el diseño gráfico, las artes gráficas y la publicidad.

Durante este período realizó diversas obras muy poco conocidas, entre las cuales se encuentran una serie de dibujos e ilustraciones figurativas en el campo de la especialidad otorrinolaringológica. La mayor parte de los dibujos originales sobre temas otorrinolaringológicos realizados y firmados por este autor, fueron realizados en cartulina y papel, la mayor parte de ellos en formato de rotafolio y fueron realizados entre 1941 y 1954 y complementaron de manera relevante, las explicaciones anatómicas y quirúrgicas realizadas por el Dr. Conde Jahn, durante su actividad docente como profesor de la cátedra de ORL del Hospital Universitario de Caracas. La mayor parte de las ilustraciones de Carlos Cruz Diez de esta serie sobre temas otorrinolaringológicos, fueron donadas por el Dr. Conde Jahn en 1960, junto a una importante cantidad de revistas y libros científicos de su patrimonio a la cátedra que de la cual llegó a ser su primer jefe.

En este trabajo se pretende conocer una faceta curiosa y particular de la iniciación artística de Carlos Cruz Diez, quien años después, a través de su investigación y su creatividad artística, sería uno de los grandes protagonistas mundiales del arte cinético, redescubriendo una forma

de interpretación y proyección del fenómeno cromático y la revelación lúdica perceptiva de la visión humana del espectador de su obra.

Infancia y estudios iniciales

Carlos Eduardo Cruz-Diez nació el 17 de agosto de 1923 en La Pastora y sus padres fueron el químico Carlos Eduardo Cruz y de Mariana Diez. Su pasión por el arte comenzó desde muy pequeño. Su fascinación por el color surge a raíz de la pequeña fábrica de botellas de gaseosas que monta su padre, pues en ella descubre el reflejo de la luz y el color gracias al impacto del sol en las vidrieras.

Durante los primeros años de escolaridad estudió en el Colegio Atenas y su madre recibía reprimendas de sus maestros, ya que era considerado un estudiante flojo por hacer dibujos durante la clase. Cursó sus estudios de educación secundaria en Liceo Andrés Bello, los cuales abandonó porque había tomado la decisión de ser artista. Durante esa época estudiantil colaboró con viñetas humorísticas para el diario “La Esfera” y la revista infantil “Tricolor” (Figura 1).



Figura 1. Fotografía de Carlos Cruz Diez en 1948.

Iniciación artística de Carlos Cruz Diez (1940-1960)

En 1940 se inscribió en la Escuela de Artes Plásticas y Aplicadas donde obtiene el diploma de profesor de Artes Aplicadas. Allí recibió clases de destacados maestros, como Marcos Castillo, Rafael Ramón González, Luis Alfredo López Méndez, Alejandro Otero, Héctor Poleo, Francisco Narváez y Juan Vicente Fabbiani. Durante este periodo formativo se interesó particularmente la obra de Francisco Narváez, Héctor Poleo y especialmente de Rafael Ramón González, del cual aprendió a valorar la importancia del manejo y la interpretación de los matices que componen los colores y a no utilizar el color como elemento explícito y plano para definir los objetos. Durante ese período, colaboraba con viñetas humorísticas para el diario La Esfera y la revista infantil Tricolor (Figura 2). Años más tarde profundizó en este precepto llegando a concretar uno de sus más grandes descubrimientos: apreciar que el color está en el espacio que nos rodea y que el objetivo radica en saber observar y apreciar la composición y fragmentación del color.

En 1942 abandona sus estudios de arte puro y continúa estudiando Artes Manuales y Artes Aplicadas, carrera que concluye en 1945 alcanzando el diploma de profesor en estas disciplinas.



Figura 2. Viñeta humorística de Carlos Cruz Diez realizada para el Diario La Esfera en 1943.

Ilustraciones y dibujos con temas otorrinolaringológicos de Carlos Cruz Diez

Carlos Cruz Diez fue paciente del Dr. Franz Conde Jahn quien le había tratado algunas dolencias otorrinolaringológicas y de esa relación de afecto recíproco, surgió el ofrecimiento del novel artista de hacerle diversas ilustraciones para algunas de sus publicaciones científicas y lecciones magistrales como profesor de esta especialidad. La mayor parte de los dibujos originales sobre temas otorrinolaringológicos realizados y firmados por Cruz Diez, fueron realizados en cartulina y papel, algunos de ellos en formato de rotafolio y datan de los años 1941 a 1943 y complementaron de manera clara, las explicaciones anatómicas y quirúrgicas realizadas por el Dr. Conde Jahn, durante su actividad docente. En 1960, todas estas ilustraciones fueron donadas por el Dr. Conde Jahn, junto a una importante cantidad de revistas y libros científicos a la cátedra de ORL del Hospital Universitario de Caracas.

En la actualidad lamentablemente todas estas ilustraciones se encuentran amontonadas en un depósito en el piso 8 del Hospital Universitario de Caracas, en un avanzado estado de deterioro, producto del descuido y el desconocimiento del valor patrimonial de dichos trabajos. Algunas de estos de los dibujos con temas otorrinolaringológicos fueron incluidos en su libro “Lecciones de Otorrinolaringología”, editado en 1944 (Figuras 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9).

Existen otras ilustraciones en acuarela y guache, en las que el artista plasmó algunas escenas asistenciales otorrinolaringológicas en la consulta y el quirófano que pertenecieron a la colección privada del Dr. Conde Jahn, que en la actualidad se encuentran en un excelente estado de preservación y pertenecen a una colección privada (Figuras 10 y 11).

En 1944 trabajó como ilustrador y diseñador gráfico de la revista “El Farol” de la Creole Petroleum Corporation e ilustró también otras publicaciones. Durante ese tiempo realizó cómics para algunos periódicos y revistas venezolanas (La Esfera y Élite). En 1945 se incorporó al equipo docente de la Escuela de Artes Plásticas y Aplicadas hasta 1955. Entre 1946 y 1951 fue director creativo de la agencia publicitaria McCann-Erickson Venezuela, realizando algunos cursos

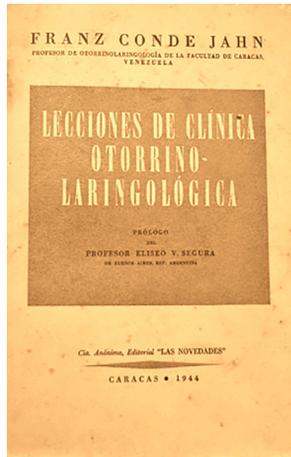


Figura 3. Imagen de la portada del libro del Dr. Franz Conde Jahn, editado en 1944, por la Editorial Las Novedades.

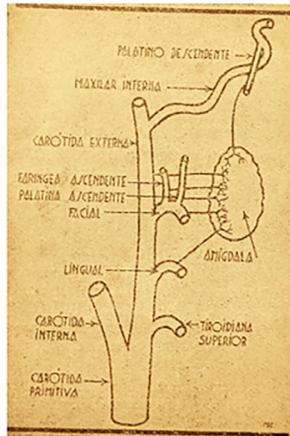


Figura 4. Dibujo esquemático fechado en 1941 de Carlos Cruz Diez, de la Irrigación Amígdala Palatina, realizado para una lección magistral del Dr. Franz Conde Jahn (incluida en su libro Lecciones de Otorrinolaringología), editado en 1944.

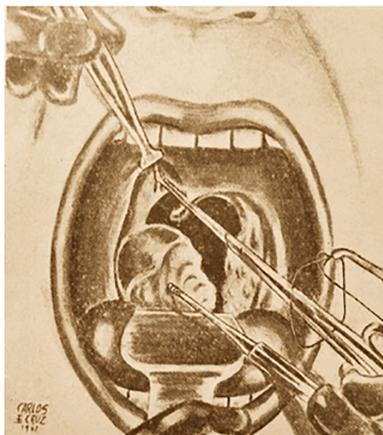


Figura 5. Dibujo fechado en 1942 de Carlos Cruz Diez, de la Ligadura arteria polar superior en la Amigdalectomía, realizado para una lección magistral del Dr. Franz Conde Jahn (incluida en su libro *Lecciones de Otorrinolaringología*), editado en 1944.



Figura 6. Dibujo fechado en 1942 de Carlos Cruz Diez, de la Ligadura arteria polar superior en la Amigdalectomía, realizado para una lección magistral del Dr. Franz Conde Jahn (incluida en su libro *Lecciones de Otorrinolaringología*), editado en 1944.

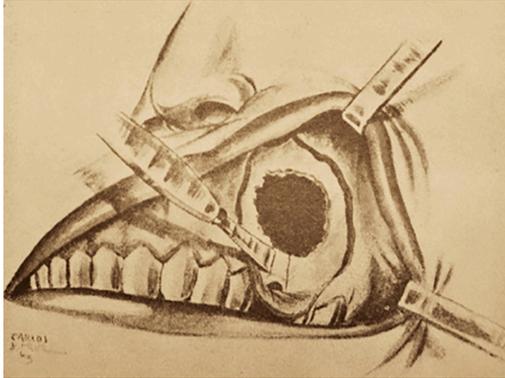


Figura 7. Dibujo esquemático fechado en 1943 de Carlos Cruz Diez, de la una Antrostomía del seno Maxilar (Operación de Caldwell-Luc), realizado para una lección magistral del Dr. Franz Conde Jahn (incluida en su libro *Lecciones de Otorrinolaringología*), editado en 1944.

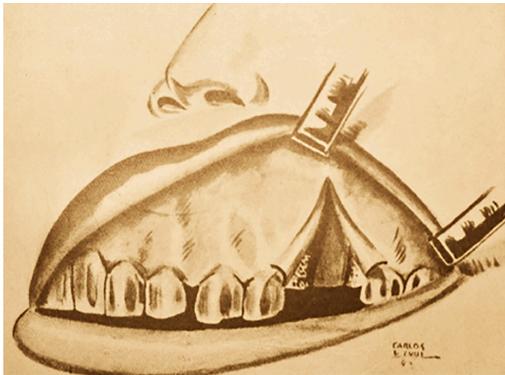


Figura 8. Dibujo esquemático fechado en 1941 de Carlos Cruz Diez, del cierre fístula alveolo antral (Técnica de Laurens), realizado para una lección magistral del Dr. Franz Conde Jahn (incluida en su libro *Lecciones de Otorrinolaringología*), editado en 1944.

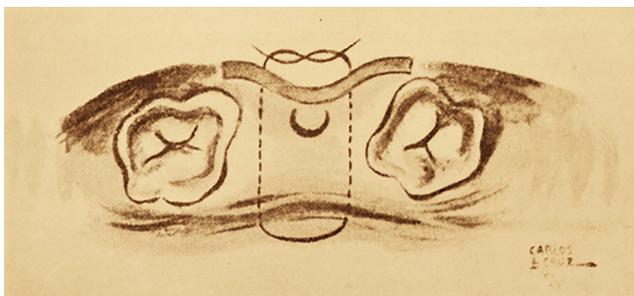


Figura 9. Dibujo fechado en 1941 de Carlos Cruz Diez, del cierre fístula alveolo antral con “Punto en U de Delatre”, realizado para una lección magistral del Dr. Franz Conde Jahn (incluida en su libro *Lecciones de Otorrinolaringología*), editado en 1944.



Figura 10. Guache (colores disueltos en agua y mezclados con goma arábica) de Carlos Cruz Diez fechada en 1948, en la que se representa una escena en la sala de operaciones en una intervención otorrinolaringológica. El segundo personaje perfilado (de derecha a izquierda) posee en su frente un frontoluz, elemento de iluminación utilizado en esa especialidad para iluminar el campo operatorio. El resto del grupo corresponde al equipo medico completo en el momento de una cirugía (anestesiólogo, ayudantes, instrumentista y auxiliares circulantes). Colección privada.



Figura 11. Ilustración de Carlos Cruz Diez con técnica mixta sobre cartulina fechada en 1954, en la que se representa la escena de un examen de un oído de una paciente, rodeada por una unidad de examen otorrinolaringológico en el consultorio. Colección privada.

de arte y publicidad en Nueva York en 1947. En 1953, fue ilustrador del periódico *El Nacional* y las revistas *Momento*, el “Gallo Pelón” y “Rojo y Negro”. Entre 1953 y 1955 formó parte del Taller Libre de Arte de Caracas. Durante esos años su producción creativa sobre diversos temas, predominantemente en acuarela, técnica mixta y guache, es poco conocida y estuvo orientada en la línea del realismo social.

Evolución artística hacia la abstracción de Carlos Cruz Diez

En 1954 comenzó a interesarse por las corrientes abstractas y realizó una serie de proyectos para murales exteriores con elementos geométricos, exponiendo ese mismo año algunos de estos proyectos en

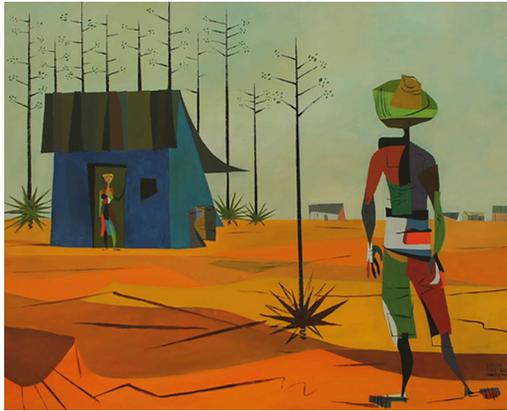


Figura 12. Ilustración de Carlos Cruz Diez con técnica mixta sobre cartulina fechada en 1955, titulada “Campesinos”.

el XV Salón Oficial de Artes Plásticas, los cuales produjeron magníficos comentarios de sorpresa por su conversión a la abstracción.

En 1955 viajó a España y residió durante un año y medio en El Masnou, Barcelona. Posteriormente viajó a París y visitó la exposición *Le Mouvement* en la Galerie Denise René y tiene la oportunidad de apreciar los trabajos de su compatriota Jesús Soto. A partir de esa experiencia comienza a desarrollar, entre 1956 y 1957, las series “Parénquimas” y “Objetos Rítmicos Móviles”, “Signos Rítmicos Dinámicos” y “Construcciones en Cadena”, obras en las que indaga el problema del movimiento consecutivo, resalta su preocupación por las relaciones entre forma y color, así como por la animación de la superficie pictórica producida por el contraste y la disposición del diseño sobre el plano. Estas obras fueron exhibidas por primera vez en 1956, en la Galería Buchholz de Madrid.

Luego de breves viajes a Nueva York y a París en 1957, regresó a Caracas y fundó el Estudio de Artes Visuales, dedicado al diseño gráfico e industrial. En 1959, realizó su primera serie creativa titulada “Couleur

Additive y Physichromie”, cuya crítica fue altamente satisfactoria le facilitó viajar a París en 1960, donde se instaló definitivamente en París con su familia profundizando su investigación y trabajo artístico, que lo catapultaría como uno de los protagonistas internacionales más significativos del arte óptico y cinético.

Para 1961 participa en la exposición *Bewogen Beweging* en el Stedelijk Museum de Ámsterdam donde también colaboraron artistas como Allan Kaprow, Alexander Calder, Moholy-Nagy, Robert Rauschenberg, Jean Tinguely, Marcel Duchamp, Victor Vasarely, entre otros.

Durante los años siguientes, su investigación creativa se fundamentó en cuatro condiciones cromáticas: sustractiva, aditiva, inducida y refleja. Su trabajo ha sido considerado un aporte artístico a una forma nueva de conocimiento del fenómeno cromático, ampliando considerablemente su universo perceptivo. Carlos Cruz Diez ha sido considerado desde entonces, un teórico del color y un genio artístico, desarrollando a lo largo de su carrera ocho investigaciones cromáticas denominadas: *Couleur Additive*, *Physichromie*, *Induction Chromatique*, *Chromointerférence*, *Transchromie*, *Chromosaturation*, *Chromoscope* y *Couleur à l’Espace*.

En 1957 regresó a Venezuela y crea el Estudio de Artes Visuales dedicado a las artes gráficas y el diseño industrial. Se desempeña como diseñador gráfico en el departamento de publicaciones del ME, diseñador de la revista *El Disco Anaranjado* y director adjunto y profesor de pintura de la Escuela Cristóbal Rojas (1958-1960). Enseñó además tipografía y diseño en la Facultad de Periodismo de la UCV. A partir de 1959 se hace cada vez más notorio el interés del artista por los fenómenos cinéticos y cromáticos. De este año data *Amarillo aditivo*, y empieza a desarrollar en sus obras el principio de los colores ópticos. Asimismo, realiza su primera *Fisicromía*, término introducido por el artista, derivado de la expresión “cromatismo físico”. A partir de las primeras *Fisicromías*, Cruz-Diez introducirá modificaciones cromáticas y técnicas que lo conducirán a ampliar el formato de las obras, hecho que le permitió integrarlas a espacios arquitectónicos.

En 1960, después de exponer en el MBA, cierra su taller en Caracas y se establece en París, donde descubre el principio del color sustractivo e investiga nuevos conceptos plásticos que se basan en los efectos ópticos generados por el color en sus obras. Algunos de estos planteamientos los aborda en las series Inducción cromática (idea introducida en 1963, basada en el efecto de persistencia del color en la retina) y en Cromo-interferencias (concepto incorporado a partir de 1964 que consiste en lograr transformaciones tonales por medio de la superposición de tramas de colores fijos y móviles en estructuras realizadas con plexiglás y ejes rotatorios).

En 1965 es designado miembro consejero del Centro Cultural Noroit, en Arras, Francia, actividad que desarrolló hasta su muerte. Ese mismo año participa en *The Responsive Eye* en el Museum of Modern Art de Nueva York, exposición que supone la consagración oficial del arte cinético. En 1969 inició su proyecto de “Cámaras de Descondicionamiento Sensorial” que producirán más adelante sus “Laberintos de cromosaturación”, que fueron unas especies de casetas urbanas donde experimenta saturaciones cromáticas en el espectador que las recorre.

En 1967 fue premiado en la IX Bienal de São Paulo y regresó por breve tiempo a Venezuela por invitación del Instituto Nacional de Cultura y Bellas Artes (INCIBA). A partir de este momento, Cruz Diez realizó innumerables proyectos de ambientaciones cromáticas, integrando sus obras a la arquitectura o al urbanismo, como la *Transcromía* para la puerta de la Torre Phelps (Caracas) y la puerta de la Torre La Previsora (1971). En 1968 diseñó *Cromoscopios*, que alteraban en un visor la percepción de los colores, y trabajó en la restauración de los vitrales de la Basílica de Santa Teresa (Caracas). Fue profesor de técnicas cinéticas en la Universidad de La Sorbona (París, 1972-1980). Durante ese tiempo fue designado jurado en el Salón de Vitry-sur-Seine (Francia). En 1974 realizó una ambientación cromática para el hall central del Aeropuerto Internacional Simón Bolívar (Maiquetía, Edo. Vargas). En 1975 inició sus *Cromoprismas* aleatorios y en el marco del programa

“El artista y la ciudad”, organizado por la Gobernación del Distrito Federal, presentó una serie de intervenciones urbanas: pinturas de autobuses y aceras, pasos peatonales, proyecciones de colores en el cielo y murales colectivos. En 1976 realizó “Ambientes Cromointerferentes” y “Cromoprismas Espaciales”.

En 1980 presentó la muestra “Didáctica y dialéctica del color” en la Universidad Simón Bolívar (USB). En 1981, el Museo de Arte Contemporáneo (MACC) organizó la primera retrospectiva de su obra realizada en el país. Al año siguiente, el Museo de Arte Moderno La Tertulia de Cali (Colombia) celebró sus 25 años de producción y junto a la muestra presentada, realizó una serie de intervenciones urbanas en la ciudad, pintando varios pasos peatonales con obras cinéticas. La misma experiencia la repitió en 1985 con los alumnos de la Escuela de Bellas Artes de Cali y Barranquilla en Colombia. Al año siguiente fue nombrado director de la Unidad de Arte del Instituto de Estudios Avanzados (IDEA) en Hoyo de la Puerta en Valle de Sartenejas del Municipio Baruta.

En 1989 realizó una intervención cromática para Marsella en Francia, consistente en pasos peatonales en diferentes avenidas, “Inducción Cromática” para un autobús público y “Cromoestructura Espacial” que consistió en 18 globos inflados, cada una con 3 colas de 100 m de largo, iluminadas por proyectores de color. En 1991 realizó una serie de pasos peatonales en la Plaza La Castellana de Caracas. En 1995, en el marco de la exposición “Otero, Soto, Cruz-Diez. Tres maestros del abstraccionismo en Venezuela y su proyección internacional” organizado por la Galería de Arte Nacional (GAN) elevó al cielo caraqueño, en la Plaza de los Museos, su “Cúpula Virtual Efímera” que incorporó 3 000 globos y papagayos. Este mismo año instaló El “Laberinto Cromovegetal” de la USB, jardín concebido como una estructura plástica, donde los colores, en lugar de estar aplicados con pigmentos de emulsión, son generados por plantas y flores que se van modificando naturalmente. En 1997 fue nombrado presidente vitalicio y miembro del Consejo Superior del Museo Cruz-Diez, creado ese mismo año.

Su obra forma parte de las colecciones permanentes de museos tales como: el Museum of Modern Art (MOMA), Nueva York, el Tate Modern, Londres, el Centre Georges Pompidou, París, el Museum of Fine Arts, Houston, el Wallraf-Richartz Museum y el Colonia; Musée d'Art Moderne de la Ville de París, entre otros. Varias de sus obras han participado permanentemente en subastas internacionales de arte contemporáneo

En 1997 fue designado presidente de la Fundación del Museo de la Estampa y del Diseño Carlos Cruz-Diez en Caracas y miembro de la Orden de Andrés Bello. A partir del año 2000 su vida transcurrió entre París y Panamá. En 2005 su familia crea la Cruz-Diez Foundation dedicada a la conservación, desarrollo, difusión e investigación de su legado artístico y conceptual.

De su obra se han realizado varios documentales y numerosas publicaciones, entre ellos: *Fisicromías y Fisicromías II* (Ángel Hurtado, 1960 y 1967), *Cruz-Diez, el ilusionista del color* (Manuel de Pedro, 1978) y *Le Vénézuéla par Cruz-Diez* (Dirección de la Comunicación del Servicio Audiovisual, París). Entre las múltiples muestras colectivas en las que ha participado destacan: "1661-1961: pintura venezolana" (MBA, 1960), XXXI Bienal de Venecia (1962), "First Festival of Modern Art from Latin America" (Galería Signals, Londres, 1964), VIII Bienal de São Paulo (1965), "De Mondrian au cinetisme" (Galería Denise René, París, 1967), "Art cinétique et espace" (Museode El Havre, Francia, 1968), "Art cinétique" (Chateau de Montbeliard, Francia, 1975), "L'Œil en action" (Centro Georges Pompidou, 1978), "Trois jours d'art cinétique" (École d'Art de Luminy, Marsella, Francia, 1981), "Aspects de la peinture contemporaine" (Musée d'Art Moderne, Troyes, Francia, 1984), "Forty Years of Modern Art 1945-1985" (Tate Gallery, Londres, 1985), "Manifeste, une histoire parallèle 1960-1990" (Centro Georges Pompidou, 1993) y "La transparence dans l'art du XX siècle" (Musée des Beaux-Arts André Malraux, El Havre, Francia, 1995).

Carlos Cruz Diez es considerado uno de los artistas venezolanos más determinantes del siglo XX y su obra se ha difundido internacionalmente, profundizando una de las investigaciones más importantes

referidas al cinetismo y a las experiencias ópticas. La dimensión, el formato de sus diseños, el patrón lineal de que se ha valido, así como los espacios que ha utilizado, fueron sometidos por su ingeniosa creatividad a un modelo armónico, que ha respondido a un mecanismo científicamente de redescubrimiento lúdico y participativo de la visión humana. Carlos Cruz Diez falleció el 7 de julio de 2019 en París, Francia, a los 96 años de edad.



Figura 13. Fotografía de Carlos Cruz Diez en 2017.

REFERENCIAS

1. Bello A. Carlos Cruz Diez. Colección de Arte Venezolano 41. IARTES, Fundación Imprenta de la Cultura. Ministerio del poder popular para la Cultura. Caracas, Venezuela. 2008.
2. Boulton A. Historia de la pintura en Venezuela. Tomo III. Época Contemporánea. En: Armitano E, editor. Caracas, Venezuela. 1972.
3. Boulton A. Cruz Diez. En: Armitano E, editor, Caracas, Venezuela. 1975.

4. Cruz-Diez. Reflexión sobre el color. Caracas, Venezuela: Fabriart Ediciones; 1989.
5. Cruz Diez en la arquitectura. Caracas: Centro Cultural Consolidado. Caracas, Venezuela. 1991.
6. Guédez V. Cruz-Diez y el tránsito de lo participativo a lo interactivo. En: Cruz-Diez De lo Participativo a lo Interactivo. Catálogo N° 37. Fundación Corp Group. Caracas, Venezuela. 2001.
7. Carlos Cruz Diez: Formed by Color. 2008. Americas Society. New York, USA.
8. Clay J. Cruz Diez et le trois etapes de la couleur moderno. Paris: Galerie Denise Rene; 1969.
9. Navarro Güere HI. La Percepción en el arte cinético, 3 artistas venezolanos. Fundación Carlos Eduardo Frias. CIC-UCAB. Caracas, Venezuela. 1993.
10. Artistas Venezolanos. Colección Canícula. Caracas, Venezuela. 1999.
11. Cruz-Diez: Color in Space and Time. Museum Fine Arts Houston. Houston, USA. 2011.
12. Suárez O. La Lógica del éxtasis. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. Los Cinéticos. Bancoja España. 2007:12-25.
13. Guevara R. Ver todos los días. Caracas: Monte Avila Editores; 1981.
14. Jiménez A. Carlos Cruz Diez in conversation with Ariel Jiménez. Nueva York: Fundación Cisneros; 2010.
15. Valdivieso H. Carlos Cruz-Diez, una línea trazada de la caricatura al cinetismo. Rev Logotipos. Caracas, Venezuela. 2001;VII:40-44.
16. Otero S. Cruz-Diez: Tres maestros del abstraccionismo en Venezuela y su proyección internacional. Caracas: Galería de Arte Nacional; 1994.
17. Pierre A. Cruz-Diez. Paris: Editions de la Difference; 2008.
18. Pierre A. Cruz-Diez: La Couleur Dans L'Espace. Paris: Galerie Denise Rene; 2005.