



Colección Razetti

Volumen XXIX



Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta
Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

ATP Editorial
ATEPROCA

Colección Razetti

Volumen XXIX

Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

 Editorial
ATEPROCA

Colección Razetti. Volumen XXIX.

Colección Razetti. Volumen XXIX

Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta
Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

Depósito Legal DC2023001959

ISBN 978-980-415-035-7 (Colección)
ISBN 978-980-6905-07-08 (Volumen XXIX)

Editorial ATEPROCA C.A., Rochester, NY, Telef. +1-609-772-9613

www.ateproca.com

e-mail: ateproca@gmail.com

Versión electrónica Diciembre, 2023

CONTENIDO

Prólogo	Dra. Isis Nézer de Landaeta	V
Capítulo 1.	60 ^a Aniversario de la Promoción "Bicentenario de los Estudios Médicos". 1763- 1963 Dra. Isis Nézer de Landaeta	1
Capítulo 2.	Celebración de los sesenta años de la Promoción Bicentenario de los estudios médicos en Venezuela Dra. Claudia Antonieta Blandenier Bosson de Suárez Rengifo	5
Capítulo 3.	Sexagésimo Aniversario Promoción "Bicentenario de Estudio Médicos" Dra. Maria Fatima Garces	12
Capítulo 4.	Semblanza Dr. Guillermo Rafael Colmenares Arreaza "El Maestro de la Cirugía" Dr. Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero	16
Capítulo 5.	Palabras de Apertura: XX Congreso de Ciencias Médicas Dra. Isis Nézer de Landaeta	31

Capítulo 6.	Transhumanismo: teorías y praxis de nuevo paradigma en medicina Dr. Felipe Martín Piñate	35
Capítulo 7.	Especialidades médico-quirúrgicas. Aspectos bioéticos en la curva de aprendizaje Drs. Aderito De Sousa Fontes, Carlos Cabrera Lozada	61
Capítulo 8.	Síndrome de respuesta inflamatoria fetal: aproximación ultrasonográfica Drs. Jeiv Gómez Marín, Carlos Cabrera Lozada, Alexandra Rivero Fraute, Yeyderli Robayo Rodríguez, Carla Lozada, Pedro Faneite Antique	87
Capítulo 9.	El pathos trágico. De Sófocles a García Márquez Drs. Carlos Rojas Malpica, Miguel Ángel De Lima Salas	122
Capítulo 10.	Brechas entre la información existente en salud, alimentación, y calidad de vida y las acciones de respuesta humanitaria. Bases para la elaboración de un marco referencial de acciones públicas y humanitarias en Venezuela Dra. Marianella Herrera Cuenca	134
Capítulo 11.	La Iglesia y los hospitales durante la Colonia Dr. Daniel J. Sanchez Silva	189

P R Ó L O G O

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Individuo de Número Sillón XVII

Sale a la luz un nuevo ejemplar de la Colección “Razetti”, para dar continuidad a la publicación de ese variado aspecto de nuestra producción científica, de algunas de las actividades que se realizan en el ámbito de las reuniones periódicas de la Academia Nacional de Medicina y de artículos relacionados producto de la actividad y del interés propios de sus autores.

En este Volumen, dedicamos los tres primeros capítulos a los discursos pronunciados en la Sesión Solemne realizada el día 14 de septiembre del presente año, con el objeto de celebrar el Sexagésimo Aniversario de la Promoción de Médicos egresada de nuestra Ilustre Universidad Central de Venezuela. Se inicia con la intervención de la Presidenta de la Corporación, quien se refiere a algunos de los cambios más importantes ocurridos en los sesenta años transcurridos desde la graduación, no sólo en el campo de la medicina, sino de la ciencia en general y al importante papel que a esa generación de profesionales le ha correspondido desempeñar. Continúa nuestra edición con las sentidas y emocionadas palabras con las que la Dra. Claudia Blandenier de Suárez, en representación de los graduandos, rememora los hechos y circunstancias que como estudiantes les correspondió vivir, así como los diferentes campos y actuaciones en los que destacaron y concluye

ORCID: 0000-0002-9449-7067

lo correspondiente a esta Sesión Solemne con las estimulantes palabras pronunciadas por la Doctora Fátima Garcés, Vicerrectora Académica de la Universidad Central de Venezuela, en representación de sus autoridades.

En el Capítulo 4, el Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero, Miembro Correspondiente de nuestra Corporación, nos presenta una recopilación de la vida profesional, académica, asistencial, gremial y humana del Académico Doctor Guillermo Colmenares Arreaza, nuestro Bibliotecario, lamentablemente fallecido el 4 de octubre del presente año.

Las palabras de apertura del XX Congreso de Ciencias Médicas, que corresponden a la Presidenta de la Academia, se recogen en el siguiente Capítulo. En ellas explica la importancia y la necesidad de un Congreso que recoja la innovación y los progresos de la medicina en todos los ámbitos de su accionar.

De suma importancia y gran actualidad, el Académico Doctor Felipe Martín Piñate nos presenta en este Volumen su trabajo sobre Transhumanismo: Teoría y praxis de un nuevo paradigma en medicina, un reto de la tecnología para comprender e incentivar las investigaciones pertinentes.

También con la recomendación de comprender e incentivar la investigación clínica, pero en este caso ultrasonográfica a nivel nacional, un grupo de especialistas en medicina materno fetal, encabezado por los Drs. Jev Gómez y Carlos Cabrera, realizan un interesante estudio sobre el síndrome de respuesta inflamatoria fetal, con una aproximación ultrasonográfica que consideran debe ser conocida y utilizada por los médicos residentes y los especialistas en todo el país.

En el Capítulo 9, nuestro Miembro Correspondiente Dr. Carlos Rojas Malpica en conjunto con el Dr. Miguel De Lima, psiquiatras ambos, nos traen el interesante tema “El pathos trágico: de Sófocles a García Márquez, estableciendo la relación entre la tragedia griega y el Corpus Hipocraticum, relacionando la obra del filósofo con el escritor y mencionando además a Nietzsche, a Heidegger en su encuentro con la tragedia griega y su relación con las profundas tensiones de la condición humana.

En el Capítulo 10, presentamos el extraordinario trabajo de la Dra. Marianella Herrera Cuenca, con el cual se incorpora a nuestra Academia como Miembro Correspondiente Nacional para ocupar el Puesto N° 30, titulado “Brechas entre la información en salud, alimentación y calidad de vida y las acciones de respuesta humanitaria”, en el cual presenta las bases para la elaboración de un marco referencial de acciones públicas y humanitarias en Venezuela, reconoce la extraordinaria complejidad de la situación venezolana en relación con el hambre oculta y evidente y el deterioro de la salud en la última década. La brecha entre la data académica y la sociedad, ante la ausencia de data oficial, dando lugar a una crisis compleja y a la dificultad que esa complejidad plantea para su solución.

Para concluir esta excelente edición, se presenta en el Capítulo 11, reseña histórica escrito por el Dr. Daniel Sánchez titulado iglesia y hospitales coloniales, donde se muestra una amena y breve reseña histórica sobre nuestros hospitales en tiempo de la colonia.

Esperamos que la variedad, la profundidad y la calidad de los artículos que conforman este ejemplar de nuestra Colección Razetti, cautive el interés de muchos para contribuir a la difusión de un material de excelencia.

Col. Razetti, Vol. XXIX
Diciembre, 2023. Isis Nézer de Landaeta.

*60^a Aniversario de la Promoción
"Bicentenario de los Estudios Médicos".
1763- 1963*

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Celebramos hoy, en esta solemne y especial sesión de nuestra Academia Nacional de Medicina, el Sexagésimo Aniversario de la Promoción de Médicos de la Universidad Central de Venezuela, que en su denominación, rinde honor a un acontecimiento vital en la historia de nuestra Universidad, la creación de los estudios médicos en Venezuela.

Como todos recordamos, en la fecha que marca este importante acontecimiento, el día 10 de octubre del año 1763, el médico mallorquín Lorenzo Campins y Ballester, dicta le primera clase de Prima de Medicina en nuestra Universidad. Llegado al país en el año anterior y al conocer la situación en lo referente al ejercicio de la medicina, del cual se encargaban los curanderos y ante la casi total ausencia de médicos calificados, se empeñó en una misión que rindió sus frutos, la creación de los estudios médicos en el país.

No voy a detallar por supuesto, la épica tarea que se impuso y cumplió Lorenzo Campins y que comprendió además la creación del Protomedicato y la transformación de una práctica de la medicina por curanderos, herbolarios, barberos, en un ejercicio organizado, controlado y enseñado sistemáticamente en el ámbito universitario.

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023. XXIX.2>

ORCID: 0000-0002-9449-7067

Individuo de Número Sillón XVII

Un hecho tan resaltante como este, en nuestra historia, ha sido reconocido y exaltado por muchos, y así lo demuestra esta Promoción de Médicos, graduados en 1963, al designar con el nombre de “Bicentenario de los Estudios Médicos” a su promoción.

A través de los sesenta años transcurridos desde la culminación de esos estudios médicos, todos hemos sido testigos de la gigantesca revolución ocurrida en el ámbito de la medicina a consecuencia de las metas espectaculares alcanzadas por la ciencia a partir de la segunda mitad del siglo XX y crece nuestro asombro y curiosidad por lo que nos depara el siglo actual, en el que la tecnología intenta con audacia, intervenir en la vida humana.

Como lo expresa Diego Gracia, “el presupuesto de la globalización ha sido la revolución de las comunicaciones que ha hecho posible la presencia real... en todos los lugares del planeta, en un breve período de tiempo y sobre todo, la presencia virtual mediante la difusión tanto de la voz como de la imagen. Los avances técnicos han convertido el planeta en lo que Mc Luhan denominó, con frase espléndida, la aldea global”

Toda la teoría general de la información y control conocida como cibernética, irrumpe en nuestra época y origina la investigación que nos inquieta ante la aparición de la inteligencia artificial, cuyo alcance y consecuencias para la existencia de la humanidad como la hemos conocido hasta ahora, no estamos en capacidad de prever.

Durante este período que estamos considerando, son las ciencias médico-biológicas el sector que ha presentado el mayor número de innovaciones en el más corto tiempo, cualquier referencia ha de resultar somera, bástenos hablar del CrisprCas/9 y de las consecuencias de una modificación al arbitrio del genoma humano, para la conservación y el desarrollo de nuestra propia especie.

Mucho más podríamos comentar sobre lo vivido en el terreno científico y en el campo médico particularmente, en estas seis décadas transcurridas en el ejercicio de esta promoción, pero antes de continuar, quiero ahora hacer notar la complacencia de la Academia Nacional de Medicina al compartir este acto con la Dra. Fátima Garcés, Vicerrectora

Académica de nuestra Ilustre Universidad Central de Venezuela en representación de sus autoridades, a quien agradecemos especialmente que nos haya acompañado en el día de hoy.

En palabras del Dr. Miguel Yáber Pérez “se ha dicho, no sin razón, que las Academias y las Universidades son fundamentales para el destino de los pueblos. El acervo cultural, la experiencia científica y el dinamismo de los conocimientos actualizados, son una inmensa riqueza que se ofrece cada día, como hermosa contribución al engrandecimiento y actualización de cada país” y continúa: “necesitamos de esa relación indisoluble entre las Academias y las Universidades para transmitir la ciencia y la técnica, para orientar las investigaciones y muy especialmente para formar hombres”.

La relación entre la Academia Nacional de Medicina y la Universidad Central de Venezuela se establece desde el mismo momento de la creación de la Academia. El Dr. Luis Razetti es el Vicerrector de la Universidad en 1902 y es también él, junto con el Dr. Santos Aníbal Dominici, el que sueña en París con la creación de un organismo que represente los intereses científicos y profesionales y promueva el adelanto de la medicina nacional y que será al poco tiempo de su regreso, la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, la cual se instala solemnemente el 11 de junio de 1904 en el Salón Rectoral de la Universidad.

Se trata entonces, de una relación desde su origen, en el cual encontramos que el grupo fundador está constituido por profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, quienes elegirán a los miembros restantes. Es nuestro interés, coincidente con ese origen, el mantener y fortalecer esos vínculos que, por su inicio y su tradición, nos relacionan con la Universidad. Esperamos que se mantenga y se enriquezca esa interacción, para beneficio mutuo y del país en general.

Esta Promoción, cuyo sexagésimo aniversario celebramos hoy, tiene una característica muy particular para nosotros, pues seis de sus integrantes nos honran con su pertenencia a la Institución y es por esta razón que me permito mencionarlos expresamente. Son ellos, los Individuos de Número Doctores Guillermo Colmenares, nuestro

actual Bibliotecario, quien ocupa el Sillón VII, Saúl Krivoy, Sillón VI, Saúl Kizer, Sillón XI, Claudia Blandenier de Suárez, Sillón XXI, quien tuvo el honor de haber sido designada por sus compañeros para representarlos con su excelente y emotivo discurso en el día de hoy y a quien hacemos llegar nuestra cálida y sincera felicitación, el Dr. José Luis Cevallos, Miembro Correspondiente Nacional, Puesto N° 4 y el Dr. César Blanco Rangel Miembro Correspondiente Nacional, Puesto N° 26.

Profundos cambios han ocurrido en el ejercicio de la profesión médica, desde la ya lejana fecha de la graduación, muchos de ellos positivos al garantizar hoy en día la curación de enfermedades que se presentaban sin esperanza alguna para los afectados, permitiendo diagnósticos difíciles con la utilización de la moderna tecnología y modificando favorablemente pronósticos de acentuada letalidad, pero también es necesario señalar el maltrato que sufre nuestra profesión por todas las circunstancias que en el país nos ha correspondido vivir, a pesar de lo cual mantiene su fundamentación científica y defiende sus principios éticos con un esfuerzo encomiable, elevándose por encima de todas aquellas derivadas de las precarias condiciones en las que se encuentra la mayoría de nuestra población.

Por lo anterior, y antes de concluir estas palabras, considero importante insistir en la necesidad de mantener la esperanza en nuestras Instituciones y en nuestro país, al que la pérdida de evidencias éticas lo ha caracterizado, sobre todo en los últimos años y aunque la crisis actual es amplia y profunda, es posible observar rasgos esperanzadores: ninguna época histórica ha sido tan sensible como la que nos ha correspondido vivir, al valor inalienable de la persona humana. El debate ético es cada vez más importante en la sociedad, no sólo por la insatisfacción ante el funcionamiento de las instituciones, sino también para la propuesta de un ideal que eleve el nivel moral de toda esa vida social.

Se trata de un compromiso que nos corresponde transmitir a las venideras generaciones.

Septiembre, 2023.

Celebración de los sesenta años de la Promoción Bicentenario de los estudios médicos en Venezuela

Dra. Claudia Antonieta Blandenier Bosson de Suárez Rengifo

Bienvenidos todos, feliz día de la celebración de la exaltación de la Santa Cruz.

Honorable Académica, Dra. Isis Nézer de Landaeta, presidenta de la Academia Nacional de Medicina y demás integrantes de la Junta Directiva.

Honorable Dra. María Fátima Garcés Da Silva, vicerrectora Académica de la Universidad Central de Venezuela.

Honorable Dr. José Balbino León, vicerrector Administrativo de la Universidad Central de Venezuela.

Honorables Académicos: Expresidentes; compañeros Individuos de Número, Miembros Correspondientes Nacionales y Extranjeros, Invitados de Cortesía e Invitados Especiales de la Academia Nacional de Medicina.

Honorable Dr. Mario José Patiño Torres, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y demás autoridades de la misma.

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXIX.3>

ORCID: 0000-0001-6405-1059

Apreciados empleados administrativos y personal de servicio de la Academia Nacional de Medicina.

Distinguidos compañeros de la promoción Bicentenario de los Estudios Médicos de Venezuela.

Distinguidos familiares y amigos de los graduandos y graduandas. Señores y señoras.

Aprovecho para hacer un memento a la memoria de la Sra. Laura González, nuestra colaboradora estrella de la Academia.

Discurso

Hoy, 14 de septiembre del 2023, nos reunimos con gran orgullo para celebrar el sexagésimo cumpleaños de nuestra graduación como médicos cirujanos venezolanos, momento inolvidable que corresponde a la celebración de un jubileo de “diamantes”, cuyo brillo no se apaga con los años.

Toda conmemoración de este tipo, conlleva numerosos sentimientos de afecto y agradecimiento. Para comenzar, agradezco a mis compañeros quienes, por su magnanimidad, han depositado su confianza en mi persona para pronunciar unas palabras que expresan los sentimientos de toda una generación de médicos. Considero que es un honor más alto que el de mis merecimientos, pero que, me llena de satisfacción, el recordar con un especial cariño, nuestros momentos felices y también las experiencias menos afortunadas, que nos sirvieron para aprender y seguir adelante. Hoy es un día de júbilo para nuestra promoción bicentenario de los Estudios médicos/Dr. Lorenzo Campins y Ballester, que conmemora el importante hecho histórico de la creación de una cátedra prima de Medicina en la *Real y Pontificia Universidad de Santiago de León de Caracas*, por el Dr. Lorenzo Campins y Ballester, quien, el 10 de octubre de 1763, dictó, el primer curso de esta materia.

Hoy, un grupo representativo de nuestra promoción, aproximadamente el 26,0 %, de los que quedamos vivos, nos hemos congregado esta mañana, en un acto de acción de gracias a Dios y a la Virgen, en la Santa misa, donde elevamos nuestras oraciones por nuestros compañeros fallecidos y por aquellos que no nos pueden

acompañar hoy por diversos motivos personales, especialmente por los que están enfermos. Igualmente expresamos nuestros agradecimientos a nuestros padres y maestros que hicieron posible la culminación de nuestros estudios médicos, así como a nuestra Universidad Central de Venezuela, la casa que vence y vencerá la sombra de la ignorancia y protervia. También agradecemos, la generosidad de los Académicos que nos reciben en este vetusto lugar, cuna y representante de la Ciencia médica venezolana.

Repito, hoy es un día de la alegría, que podríamos llamar sagrada, la del reencuentro, de la amistad, como la que sentían, los israelitas cuando regresaban después de 70 años del exilio, cantando: “Qué alegría, cuando nos dijeron vamos a la casa del Señor, ya están pisando nuestros pies, Jerusalén”. Como ellos, es un sueño hecho realidad, después de seis décadas de esta experiencia superada, nos reunimos aquí, el día del reencuentro.

Nuestra promoción fue testigo de varios cambios políticos. El comienzo de nuestros estudios, transcurrió durante una etapa de transición histórica entre 1957, durante la dictadura del General Marcos Pérez Jiménez, y el 23 de enero de 1958, con el advenimiento de la nueva democracia, cuando “Venezuela se abrió al planeta retomando la bandera de los ideales políticos, como lo refirió el historiador Rafael Arráiz Lucca. Por estas circunstancias, también nuestra promoción fue denominada la Promoción de la Democracia.

Como recordamos, el recorrido de nuestra carrera fue desde un principio, difícil. En primer lugar, tuvimos que presentar un exhaustivo examen de admisión donde salimos triunfantes apenas unos 200 y pico, de un total de 400 bachilleres. Luego, nuestros padres, tuvieron que pagar unos aranceles trimestrales elevados. Permítanme, hacer una referencia personal acerca de este hecho. Recuerdo siempre, que, en noviembre de ese año, mi madre me notificó que, por reveses económicos, no podrían seguir pagando mis estudios. Mi padre era un preso político en la ciudad de Valera, Edo. Trujillo. Estoy segura que muchos de nosotros podrían narrar varias anécdotas parecidas. Los que veníamos del interior tuvimos que aprender a estar lejos de

nuestros seres queridos, y recordar ese momento en el que, entre la emoción y el temor de lo desconocido, fuimos acogidos por nuestra querida Universidad.

El 23 de enero del 58, llegó la libertad a Venezuela, quitaron los aranceles y los exámenes de admisión, entró una avalancha de jóvenes, unos 460, situación engorrosa para nuestros profesores quienes duplicaron las clases para atender a esta inmensa cohorte estudiantil. Sin embargo, aunque ustedes, no lo crean, solo pasamos a segundo año de la carrera, prácticamente los mismos que habíamos entrado en 1957. Luego, para impartir la docencia hospitalaria, nuestro grupo quedó dividido en dos: uno, designado al Hospital Universitario de Caracas y el otro, al Núcleo Docente del Hospital Vargas. La lista de nuestros profesores abnegados y competentes es larga. Me arriesgo a nombrar algunos de ellos con la posibilidad de dejar por fuera a unos profesores, no menos insignes. Nos acordamos de: Jesús Yerena, Edmundo Vallecalle, Antonio Sanabria, Augusto Diez, Otto Lima Gómez, Enrique Montbrun, Oscar Agüero, Félix Pifano, Milá de la Roca, Augusto León, Juan José Puigbó y Joel Valencia Parpacén. Hace menos de un mes, nos dejó el Dr. Antonio Clemente Heimerdinger nuestro maestro de generaciones de cirujanos, expresidente de la Academia Nacional de Medicina. Al final de nuestra carrera escogimos como padrino al Dr. Eduardo Coll García, nuestro profesor de Patología general y Fisiopatología, por sus innumerables méritos académicos y científicos. Nos dejó el recuerdo de su persona, hecha bondad y la imagen de un auténtico maestro. Él se había ganado el afecto y la consideración de la mayoría del estudiantado por su calidez humana y sabio proceder, lo que nos hace recordarlo como a un muy querido amigo. Rendimos en este momento un homenaje respetuoso a su recuerdo y sentimos su presencia espiritual en este acto.

El día viernes 13 de septiembre de 1963, en el Aula Magna de nuestra Universidad Central de Venezuela, recibimos de manos del Rector Dr. Jesús María Bianco Torres, nuestro Título de Médico-Cirujano. En su discurso, que era su primera actividad como rector, hizo votos para que tuviésemos merecidos triunfos en nuestro ejercicio

profesional e hizo alusión a nuestros familiares que este día cosechaban felices, el fruto de sus desvelos y sacrificios. El Rector mencionó a su hijo mayor Jesús, Chucho para nosotros, quien estaba en nuestro grupo. A parte de los cuatro pares de hermanos que se graduaban, es digno de mencionar al señor Ciro Mendoza Torres quien a los 53 años se graduaba con su hijo. El Rector nos dejó un mensaje claro” hagáis ante vuestras conciencias, la promesa formal de “NO ADULTERAR LOS IDEALES CIUDADANOS”.

En este momento, se agolpan en nuestras mentes, los recuerdos de lo que deseábamos realizar y que tal vez no pudimos alcanzar. Nuestros ojos miran al camino recorrido y se juntan los recuerdos de lo que hemos hecho en el campo profesional. Hemos sido testigos de la transformación sustantiva y sintáctica de la Biología, trayendo como consecuencia la formación a nivel mundial, de movimientos Bioéticos, que surgen como una nueva forma de conducta en un mundo posmoderno.

Trataré de mencionar brevemente algunas de nuestras actividades. La mayoría de nosotros cursamos estudios de posgrado en las diferentes especialidades médicas, las cuales desde 1958, se habían organizado formalmente, en varios hospitales del país. La labor de nuestra promoción fue muy fructífera. Esparcidos en varios estados de Venezuela, nos desempeñamos como servidores de la salud. Algunos de nuestros compañeros pasaron a ser figuras importantes de la medicina no solo en Venezuela, sino también en el mundo. Cuarenta de nosotros ocupamos puestos en las Cátedras de pre y posgrado de Medicina, en las Facultades de varias Universidades, las cuales funcionaban no solo de Caracas, sino también en el interior del país. Varios de nuestros compañeros fueron fundadores de Servicios médicos, de laboratorios de investigación y de Sociedades Científicas. Somos seis, los miembros de la Academia Nacional de Medicina, uno de nosotros, ha ocupado el cargo de bibliotecario desde hace más 20 años y forma parte de la Junta Directiva. Hemos sido testigos y partícipes de la gran transformación de la medicina, en las especialidades que hemos escogido, contribuyendo a la formación de los jóvenes que nos sustituirán y a la consolidación de las instituciones.

Pero no todo fue medicina. Destaca una de nuestras compañeras, luchadora incansable por los derechos humanos, quien ocupó la presidencia de la Federación Médica Venezolana y la Presidencia de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Varios de nosotros, se dedicaron a las Artes, a la Historia y hasta de la Medicina Aeronáutica. Entre nosotros hubo poetas y ensayistas de cuyas plumas salieron libros, como los de un compañero psicoanalista, cuyos títulos son inolvidables: Cuestiones de amor y muerte, Jesucristo Psicoanalista, Claroscuros, Voces del Camino, Rosas y Moras, y una novela costumbrista redactada por un compañero llanero, Lágrimas de Guásimo. Fue interesante el libro Arturo Michelena, el pintor del niño enfermo, así como dos libros sobre la vida y obra del beato José Gregorio Hernández. Varios de nuestros compañeros, miembros de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina publicaron libros como: Historia de la Anestesiología, Cirujano Integral, Aporte a la Cirugía y Oncología Venezolana, entre otros. También fueron autores de semblanzas de los Drs. Carlos Rivas Larrazábal y Armando Márquez Reverón. Fueron de gran utilidad para la formación de los médicos especialistas, la publicación de textos como los Manuales de Cirugía entre otros. Entre nosotros hubo artistas como: cantantes, músicos y un renombrado artista plástico, lamentablemente ya fallecido. Una de nuestras compañeras, hermosa, canta tan bien que despertaría la envidia de las profesionales del canto.

Se preguntarán ustedes, la razón por la cual no he nombrado personalmente a ninguno de nosotros, porque temerosa de que por un *lapsus memoriae*, olvidara, la labor valiosa de uno de mis compañeros. Igualmente, no he hecho alusión del estado decadente social, político y económico de nuestra patria. Sencillamente, porque no quise que estos comentarios tan trillados en muchos discursos, fueran una nube gris que nos envolviera y nos quitara el fulgor de este evento.

Me veo obligada a nombrar, al único sacerdote de nuestra Promoción, el Padre Carlos Vicente Alvarado Díaz, Sacerdote de la Prelatura Sacerdotal de la Santa Cruz y Opus Dei, cuya labor evangelizadora constituye el legado espiritual de nuestra promoción. Su presencia nos recuerda que nuestra santificación está en nuestro

trabajo profesional, así como en el cumplimiento de nuestros deberes ordinarios de estado. Refiriéndome a este estado, muchos o la mayoría de nosotros fuimos padres de familia y varios, con hijos médicos, de tal manera, que nuestra promoción seguirá prolongándose en ellos y en nuestros nietos, como una tradición viva, recordando nuestras vivencias y obras.

Al final de nuestras vidas, hemos presenciado, la aparición de un mundo globalizado que se caracteriza por la desigualdad y la miseria que afecta a millones de hombres. ¿Y qué sucede, con algunas enfermedades causadas por genes malhechos, cuyo diagnóstico no tiene remedio en la actualidad? Somos como Tiresias, el profeta ciego de Tebas, que podía ver el futuro terrífico, pero no cambiarlo.

Pero no todo termina hoy, cargados de ilusión y esperanza seguiremos luchando por el bienestar de la salud de la población de nuestro país, hasta que Dios nos llame a su seno. Deseamos que nuestra experiencia adquirida, sea útil para la medicina venezolana y estamos convencidos que la sabiduría consiste en aceptar nuestra realidad física actual. Hemos llegado al momento sublime de la paz interior, de las ambiciones abolidas, de los odios perdonados y de las envidias fundidas. Nuestra promoción, se caracteriza por su cohesión, consolidada por el tiempo. Hoy, aprovecharemos cada minuto que respiramos para compartir, porque quizás para algunos de nosotros, será el último encuentro. Para concluir, consideren estas palabras como el grito del cisne cantor, de una generación que ingresó hace 60 años a la palestra del ejercicio médico, llena de entusiasmo y con un gran amor al prójimo, que es la esencia del arte de curar.

No me despido a la llanera, sino como una vieja compañera que los ama.

Dra. Claudia Antonieta Blandenier Bosson de Suárez Rengifo
A los 13 días del mes de septiembre de 2013, en Caracas.

Sexagésimo Aniversario Promoción “Bicentenario de Estudio Médicos”

Dra. Maria Fatima Garces

Dra. Isis Nézer de Landaeta – Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Huníades Urbina Medina – Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Marco Sorgi Venturoni – Secretario de la Academia Nacional de Medicina

Dra. Lilia Cruz Rodríguez –Tesorera de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Guillermo Colmenares Arreaza – Bibliotecario de la Academia Nacional de Medicina.

Honorables Individuos de Número y Demás Miembros de la Academia Nacional de Medicina

Muy Distinguidos Homenajeados, Miembros de la Promoción “Bicentenario de Estudio Médicos”

Invitados Especiales

Amigas, Amigos

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023. XXIX.4>

ORCID 0000-0002-5113-598X

Quiero iniciar estas breves pero afectuosas palabras recordando al gran médico griego Hipócrates, quien nos ilustra suficientemente al afirmar:

“Donde quiera que se ama el arte de la Medicina se ama también a la humanidad”

Y es que celebrar sesenta años de graduación, de tránsito comprometido por los densos caminos de la ciencia médica es el ejemplo más significativo de un convencimiento inmarcesible de que amar tan desprendida profesión y ejercerla con entusiasmo, mística y responsabilidad es también profesar amor al prójimo, amor al país, amor a la humanidad.

Son seis décadas en las que profundizar el proceso de aprendizaje, agudizar la capacidad de amalgamar un cúmulo de conocimientos y experiencias, decantarlos en la práctica constante, al mismo tiempo es un permanente inicio y conclusión, como un círculo, como bien decía Heráclito de Efeso: “*En el círculo se confunden el principio y el fin*”, así es el compromiso con el saber, que marca de forma indeleble el ejercicio de una profesión, y cuyo ejemplo es esta generación de maestros de la medicina, un colectivo de incansables entusiastas que han dado y siguen dando al país lo mejor de sus esfuerzos y que a cada día, continúan interesados en recomenzar su tránsito por el conocimiento.

Conviene recordar que fueron 214 jóvenes quienes conformaron la Promoción homenajeada el día de hoy. En ese entonces solo existía una sola escuela de medicina en la Universidad Central de Venezuela y eligieron como padrino de promoción al Doctor Eduardo Coll García, quien se desempeñaba en la Cátedra de Fisiopatología.

Aquel año, se celebraba el bicentenario del inicio de los estudios médicos en lo que fue la Capitanía General de Venezuela, me permito compartir con ustedes algunos datos publicados por el Dr Juan José Puigbó en su artículo “La Academia Nacional de Medicina en su centenario: Logros y desafíos”, quien señala que cuando el Rey Carlos III, por real Cédula, creó el Protomedicato, (el cual fue una suerte de tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias

de sus dominios, formado por uno o varios médicos denominados a su vez protomédicos suficientemente preparados y hábiles para evaluar y supervisar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras), fue designado para tal fin el médico español Lorenzo Campins y Ballester, considerado el fundador de los estudios médicos en Venezuela, quien dictó su primera clase de medicina el 10 de octubre de 1763, cabe señalar que dentro de unos días celebraremos 260 años de tan importante acontecimiento.

Recordaba aquel año de egreso de la promoción “Bicentenario de Estudios de la Medicina”, año 63 de la pasada centuria. Año convulso tanto en Venezuela como en el mundo. En Venezuela, los acontecimientos políticos y sociales marcaban un devenir de incertidumbre, acciones de carácter político eran noticia, la Universidad Central no era ajena a estas circunstancias, nuestro campus fue víctima de allanamientos y nuestros estudiantes fueron objeto de detenciones arbitrarias por parte del gobierno nacional, entonces como ahora, seguimos de pie, comprometidos con el futuro de la Universidad y el país.

Aquel año estuvo marcado por la efervescencia de la pugna electoral que terminaría dejando a Raúl Leoni en la primera magistratura de un país que profundizaba su transformación a través de la creación de infraestructuras importantes para su desarrollo, en ese contexto egresan estos 214 jóvenes médicos, que pronto pasaran a engrosar un colectivo de profesionales que asumieron la misión de modernizar la ciencia y la técnica en el país.

Quiero hacer especial mención de los doctores Guillermo Colmenares, Saúl Krivoy, Saúl Kizer y Claudia Blandenier, todos individuos de Número de la Academia Nacional de Medicina, igualmente mencionar a los doctores César Blanco y José Luís Cevalles, Miembros correspondientes de tan honorable cuerpo académico, todos integrantes de la Promoción cuya celebración aniversaria nos convoca este mañana.

El ejemplo de estos hombres y mujeres debe invitarnos a asumir nuestra labor con ese nivel de compromiso, estamos convencidos de que sólo trabajando con ese norte lograremos la transformación que tanto deseamos para el país. Es por ello que desde el Vicerrectorado

Académico hemos asumido con absoluta seriedad la misión de transformar desde dentro, pero conectándonos con el mundo, con el interés de establecer alianzas que nos permitan incorporar novedosas estrategias y conocimientos actualizados para que nuestros jóvenes, así como esta promoción de médicos, sean elementos de transformación y modernización del país. La búsqueda de ese equilibrio entre lo que tenemos, nuestro capital de conocimiento, nuestras capacidades y toda la innovación que podamos incorporar, redunde en el fortalecimiento de la academia. Ese es el reto que nos hemos planteado y en cuyo camino estamos trabajando convencidamente, dando pequeños pasos hacia adelante, con la mirada puesta en un futuro que reclaman la universidad y el país.

Quiero finalmente, en nombre del Rector Dr. Víctor Rago, el Vicerrector Administrativo aquí presente el Dr José Balbino León y la Dra Corina Aristimuño, expresar nuestro reconocimiento a estos ilustres integrantes de la Promoción Bicentenario de los Estudios Médicos en Venezuela, por arribar a su sesenta aniversario de trabajo arduo, empeñado, que ha convertido a muchos de ellos en nuestros guías, en maestros de generaciones de médicos que trabajan con profundo amor por su profesión y que hacen de su labora el mayor ejemplo de aquella frase con las que di inicio a estas palabras “donde se ama a la medicina, se ama a la humanidad”.

Muchas Gracias!!!

Semblanza
Dr. Guillermo Rafael Colmenares
Arreaza
“El Maestro de la Cirugía”

Dr. Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero

Nació en Caracas, el 25 de diciembre de 1938, hijo de José Domingo Colmenares Vivas (Abogado y Diplomático) y de Mercedes Dilia Arreaza Figuera.

Casado con Carmen Amalia Guerra Rodríguez, tuvo 4 hijos: Ana Carolina, Guillermo José, Mariela Josefina y Corina del Carmen.

Falleció en Caracas, el 04 de octubre de 2023.

El 04 de octubre de 2023, la Academia Nacional de Medicina de Venezuela y la Medicina Venezolana, se vistieron de luto por el fallecimiento inesperado en la ciudad de Caracas del insigne Médico Venezolano, el Dr. Guillermo Rafael Colmenares Arreaza, “El Maestro de la Cirugía”, especialista en Cirugía General y Endocrina, quien dedicó

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXIX.5>

ORCID: 0000-0002-7101-8481

Académico. Doctor en Ciencias de la Salud.

Cirujano General - Oncólogo - Ginecólogo Oncólogo.

Miembro Correspondiente Nacional (ANM), Puesto No. 41.



a lo largo de su vida profesional, numerosos aportes a la Medicina y Cirugía, no solo por las actividades Académicas y Asistenciales que había venido ejerciendo, sino por sus innumerables Trabajos de Investigación, Libros y otros, que publicó, los cuales fueron de gran valor en el aprendizaje, no solo a nivel de Pregrado, sino de Posgrados Médicos, de la Facultad de Medicina, en la Universidad Central de Venezuela, así como en otras Instituciones públicas donde ejerció con amor y pasión su carrera, formando numerosas promociones de Cirujanos Generales, enseñando su experiencia en el hermoso “Arte de la Cirugía”.

El Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, tuvo en su haber una fructífera e intachable Actividad Académica y Asistencial, la cual paso a describir:

Se graduó de Médico Cirujano en la Universidad Central de Venezuela (UCV), en 1963, realizando su Internado rotatorio por concurso en el Hospital Universitario de Caracas (HUC), entre 1963-1965.

Realizó el Posgrado de Cirugía General, en el Hospital Universitario de Caracas entre 1965-1969.

Obtuvo el Título de Doctor en Ciencias Médicas (UCV) en 1979 con la Tesis Doctoral titulada: “Los nódulos tiroideos solitarios. Diagnóstico y terapéutica”.

Fue Cirujano Adjunto del Servicio de Cirugía 2 del Hospital Universitario de Caracas desde 1970, hasta su jubilación en el año 2000, además de Cirujano de la Clínica Razetti de Caracas, desde 1970 hasta la fecha de su muerte en octubre de 2023.

Fue director de la revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía, entre (1993-1996).

Comenzó su actividad docente como Profesor Instructor por concurso en 1970, luego ascendió por trabajo y méritos a Profesor Asistente y Agregado en los años 1981-1985, luego a Profesor Asociado y a Titular en 1995, en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica B, en el Hospital Universitario de Caracas, de la UCV.

Fue Miembro del Consejo de la Escuela de Medicina “Luis Razetti” (UCV), entre 1994-1999.

Fue designado como jefe del Departamento Quirúrgico de la Facultad de Medicina, de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, de la UCV, en el Hospital Universitario de Caracas, entre 1995-2000, así como, director del Posgrado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas (1995-2000).

Asimismo, ejerció la función de director del Comité de Disciplina, de los Cursos de Posgrados de Cirugía General, de la Comisión de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Medicina (UCV), entre 1997-1999.

Fue Miembro (Fellow) del Colegio Americano de Cirujanos (FACS) desde 1979, y en 1982, recibió el Premio Internacional como Becario de este Colegio, así como, Fellow of the International College of Surgeons (FICS) en (1982). Además, fue presidente del Capítulo Venezolano del American College of Surgeons (1986-87).

En 1985 obtuvo el Premio Anual de Investigaciones de la Asociación de Profesores de la UCV.

También fue jefe del Servicio y director del Posgrado de Cirugía General, del Hospital “Dr. Francisco Antonio Rísquez”, de Caracas desde 1986 al 2000.

Perteneció a numerosas Sociedades Científicas, como Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía en 1968, de Oncología en 1970, y de Ginecología Oncológica en 2020, en la cual fue Miembro Fundador y Bibliotecario de la misma.

Fue Miembro fundador Capítulo Cirugía Endoscópica de la Sociedad Venezolana de Cirugía en 1992. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica (ALACE) desde 1993, de la Asociación Latinoamericana de Tiroides desde 1980, y de la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC).

Dentro de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, jugó un papel fundamental desde su ingreso a la misma cuando fue electo como Miembro Correspondiente Nacional por el Distrito Federal, sucediendo al Dr. Alfredo Planchart en el Puesto No. 20 en 1991.

El 27 de febrero de 2003, fue electo como Individuo de Número, Sillón No. VII, sucediendo al Dr. Victorino Márquez Reverón, incorporándose el 19 de junio de 2003, con el Trabajo titulado: “La acreditación ante el Consejo Nacional de Universidades de un Posgrado Universitario”, cuyo Juicio Crítico lo realizó el Académico Dr. Antonio Clemente H., siendo la recepción académica ese mismo día, y la bienvenida estuvo a cargo del Académico Dr. Ladimiro Espinoza.

Muchas fueron las actividades realizadas por el Dr. Guillermo Colmenares Arreaza en la Academia Nacional de Medicina entre (1992-1996), siendo Miembro de las numerosas Comisiones Científicas como la de Medicina Nuclear y Oncología, Patología y Terapéutica Quirúrgica, Ortopedia y Urología, Imagenología y Endocrinología. Además, fue presidente de la Comisión de Obstetricia y Ginecología entre (2004-2006).

Acto de incorporación como individuo de Número, Sillón VII, de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, donde promulgó su discurso en el Púlpito de Santo Tomás, en el Paraninfo del Palacio de las Académias, el 19 de Junio de 2003



En el año 2004, fue elegido Miembro de la **Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina como Bibliotecario – Archivero**, sustituyendo al Dr. Simón Muñoz Armas, cargo que ejerció hasta el momento de su fallecimiento el 04 de octubre de 2023.



Fue un gran investigador, siendo autor de más de ciento cuarenta (140) trabajos publicados en revistas indizadas, y autor y co-autor de dieciocho (18) libros sobre Medicina.

Tutor de numerosas Tesis Doctorales y Jurado de 8, en la Universidad Central de Venezuela.

El Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, no solo se destacó en la actividad Académica y Asistencial, sino también en la Actividad Gremial, ya que fue designado como delegado ante la XXXVII Asamblea Extraordinaria de la Federación Médica Venezolana en 1967. Fue Miembro Activo de la Comisión de Relaciones Gremiales del Colegio de Médicos del Distrito Federal entre 1970-1972. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad de Médicos de la Maternidad “Concepción Palacios” en 1970-1972. Miembro Principal de la Comisión Técnica del Centro Médico del Oeste del IVSS. Se desempeñó como Miembro de la Comisión Permanente de Asuntos Estudiantiles de la Escuela de Medicina Luis Razetti de la (UCV). Secretario de la Comisión de Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina (UCV). Miembro Honorario del Hospital Universitario de Caracas en 2002. Presidente de la Sociedad Médica del Hospital Universitario de Caracas entre 1982-1984. Miembro de la Junta Directiva, consejero de la Sociedad Venezolana de Cirugía desde 1981 al 2004 y Miembro Honorario de la misma desde 2008. También fue Miembro de la Comisión Técnica, del Hospital Universitario de Caracas entre 1994-1999.

El Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, fue acreedor de numerosos premios, distinciones, reconocimientos y condecoraciones, entre las que podemos destacar en la: a) Universidad Central de Venezuela (UCV), donde obtuvo el Botón de Oro de la Asociación de Profesores de la UCV (APUCV) en 1986, la orden Francisco De Venanzi, en 1988, la orden José María Vargas en su Primera Clase en 1999; así como, la Condecoración Única Clase y Diploma de la Universidad Central de Venezuela en 2014. b) Por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), obtuvo la Cruz de Sanidad en 1997 y José Ignacio Baldo. c) En la Federación Médica Venezolana se le otorgó Placa y Diploma en 2003. d) En el Hospital Universitario de Caracas recibió el Botón

Acto en el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, en diciembre de 2022



de Oro de dicho Hospital, por sus 30 años de Servicio en (1996), y la de Miembro Honorario en el año 2001. e) En la Academia Nacional de Medicina fue condecorado en (2007). f) Fue Padrino de cinco (5) Promociones de Cirujanos Generales.

Dentro del los aportes Científicos y Médicos del Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, se puede destacar que fue Co-Fundador de la Clínica de Tiroides del HUC en 1971. Formador de innumerables promociones de Cirujanos Generales, en el HUC de la UCV desde 1970. Formador de Promociones de Cirujanos Generales en el Hospital Dr. Francisco A. Riskey, de Caracas, de la Dirección General de Salud, de la Gobernación del Distrito Federal, desde 1986 hasta el 2000. Director del Curso de Postgrado de Cirugía General, del HUC, 1994-1999.

Fue Autor del Manual para Residentes del (HUC) en 1996. Autor del Manual para Residentes del Hospital Dr. Francisco A. Riskey de Caracas en 1997. Autor de la actualización del Programa del Posgrado de Cirugía General del HUC en 1999 y Acreditación del mismo, ante el

En uno de los muchos actos académicos donde participó en la Universidad Central de Venezuela. Aquí, junto al Dr. José María Vargas, en el Instituto Anatómico “José Izquierdo”, en la Facultad de Medicina



Consejo Nacional de Universidades (CNU) en 2001. Coautor del Libro: Manual de Cirugía General en 2003. Tutor de 5 Trabajos Especiales de Investigación (TEI), en los años: 1989, 1994, 1996, 1997 y 2000. Tutor de Tesis Doctorales y Jurado en otros en la UCV. Autor de innumerables trabajos científicos de investigación, publicados en Revistas Nacionales e Internacionales, cuyo contenido han sido de gran impacto y aporte importante a la Cirugía Venezolana. Autor de numerosos capítulos de libros de Cirugía y otros temas, en libros de Medicina y Cirugía. Autor y Coautor de numerosos Libros de Medicina y Cirugía. Jugó

un papel de alta importancia en la Academia Nacional de Medicina (ANM), siendo Coautor de los Libros de la Colección Razetti, de la ANM, Volúmenes: V, VI, VII, IX, X XI, XIV Y XV, XVII XVIII, XX, XXII, XXII y XXIV. Editor de los Tomos XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII Y XXIII, de los trabajos de incorporación y discursos de recepción en la ANM. Editor - compilador del Libro: Prontuario, de la ANM en 2005. Autor - Editor del libro: Patologías Insólitas en 2006 y Colaborador del libro: Diccionario Biográfico Médico Hispanoamericano, editado por la ANM en 2007, y premiado por la Federación Médica Venezolana.

El Maestro Dr. Colmenares, junto al busto del Dr. José María Vargas, en el Salón de Sesiones de la Academia Nacional de Medicina y en uno de los actos realizados en el Paraninfo del Palacios de la Academias



En lo que respecta a los Aspectos Humanísticos, es importante destacar que en el año 2004, el Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, ingresa por elección a la Junta Directiva de la ANM, ejerciendo el Cargo de Bibliotecario-Archivero, donde se mantuvo siendo reelecto desde entonces hasta el 2024, pero fallece en octubre de 2023; sin embargo, siempre tuvo y ejerció la gran responsabilidad de resguardar todo lo referente al material bibliográfico de la ANM, que suma un aproximado de más de 92 000 ejemplares, que incluye un amplio número de revistas nacionales e internacionales que reposan en la Academia, todos los números de la Gaceta Médica de Caracas (GMC), que comenzó a editarse en 1893, es decir, 129 años del Órgano Divulgativo de la ANM, quien este año 2023, cumplió 119 de su creación, Libros, toda la Colección Razetti, entre otros, además de participar activamente en la digitalización progresiva de la GMC a texto completo, desde 1990-1991 hasta la fecha de su fallecimiento, así como la Colección Razetti que comenzó a publicarse en 2014, lo que demuestra que no solo se destacó en su actividad Académica, Docente, Asistencial y Gremial, en torno a la Medicina y a la Cirugía. Igualmente, se dedicó a estudiar otros aspectos de la vida en general, como la de participar en investigaciones históricas no solo relacionadas con la Medicina, sino de grandes personalidades de la historia dando conferencias y publicando sobre ellos, donde podemos citar, la Conferencia Humanística, “Vida y Obra de Miguel Ángel Buonarroti”, presentada en el Salón de Sesiones de la ANM en 1997. Recopilación de la obra científica, docente y académica, de los Fundadores de la ANM. Presentado en el Salón de Sesiones en 2006. Publicado en el Prontuario. Arnoldo Gabaldón (1909-1990). Publicado en la GMC en 2006. Doctores en Ciencias Médicas egresados de la UCV desde 1785-2007. Colección Razetti. Vol. VI. Cuatro Premios Nobel en la ANM. Colección Razetti. Vol. V. Trabajos de Incorporación y Discursos en la ANM. Tomo XVII. Editorial Ateproca CA. Andrés Herrera Vegas. Exposición realizada con motivo del bautizo del libro: Biografía del Dr. Andrés Herrera Vegas, escrito por el Ing. Rafael Díaz Casanova. 15 de octubre de 2009. Harald Zur Hausen, quinto premio nobel de la ANM. Colección

Razetti. 2010. Salud colectiva e individuales. Recomendaciones ANM 2008-2010. Colección Razetti, 2010. Dr. Antonio Pedro Mora (1860-1945). Científico venezolano pionero de la radiología en Venezuela y américa. Presentado en la asamblea de la ANM. Colección Razetti. Discurso de orden con motivo del homenaje que rindiera la ANM a 21 Académicos de brillante trayectoria personal, científica y académica. Colección Razetti. Trabajos de Incorporación y Discursos en la ANM. Tomo XVIII. Editorial Ateproca CA. Los incunables. Perla humanística. Presentada el 7-6-2012. (ANM). Publicado en la Colección Razetti XIV, 2013. Leonardo Da Vinci, sus aportes a la medicina. Perla Humanística. Presentado en 2012 y publicado en Colección Razetti XIV. Primer premio Nobel de medicina a un venezolano: Dr. Baruf Benacerraf. Presentación en marzo 2013. (ANM). Publicado Colección Razetti Vol. XVI en 2017. Trabajos de Incorporación y Discursos en la ANM. Tomo XIX. Febrero 2013. Editorial Ateproca CA. Discurso pronunciado con motivo de los 50 años de la promoción bicentenario de los estudios médicos “Lorenzo Campins y Ballester” 19 de septiembre de 2013. Salón de Sesiones de la ANM. Publicado en Colección Razetti Vol. Catálogo digitalizado e impreso del Museo Felipe Tamariz de la ANM. Presentación en el Salón de Sesiones el 17-07-2014. Publicado boletín academia nacional de medicina, número 68 (agosto 2014). Trabajos de Incorporación y Discursos en la ANM. Tomo XX. Dic 2014. Editorial Ateproca CA. Historia de la Clínica Luis Razetti de Caracas. Presentado en el X Congreso de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Salón de Sesiones de la ANM en noviembre 12 de 2014. Acontecimientos de 1830. Disolución de la Gran Colombia. Asesinato del Mariscal Sucre y muerte del Libertador. Presentado en la ANM. Julio-2016. Colección Razetti XVI. Tres generaciones de Académicos del Estado Carabobo: Drs. Rafael Guerra Méndez, Fernando Guerra Méndez Moreno y Oswaldo Guerra Zagarzazu. Presentado en el Salón de Sesiones de la ANM. 10-12-2015. Publicado Colección Razetti Vol. XVI. 2015. Índice global Colección Razetti. 2015. Desde el No. 1-17. Co-editor. Editorial Ateproca CA. 2015. Biografías de médicos

venezolanos en: Diccionario biográfico médico hispanoamericano. Editores Drs. Jaime Gómez González, Leopoldo Briceño-Iragorry, Miguel Rabí Chara. Editorial Ateproca CA en 2007. Centenario del Académico Dr. Victorino Márquez Reverón. Colección Razetti. Vol. XX; 2017. IV conferencia Francisco Antonio Risquez Boada (1856-1941). En los 161 años de su natalicio. Historia del premio Francisco A. Risquez. Colección Razetti. Vol. XX; 2017. Baruf Benacerraf. Primer premio Nobel de medicina dado a un venezolano. Colección Razetti. Vol. XXI; 2017. Modificaciones a la Ley Orgánica, Estatuto y Reglamento de la Academia Nacional de Medicina. Colección Razetti. Vol. XXIII; cap. 6. Editorial Ateproca CA en 2020.

Dedicación del “Maestro de la Cirugía”

Dr. Guillermo Rafael Colmenares Arreaza

Cirugía General y Endocrina. Docente Universitario e Investigador.

Para finalizar, quiero comentar que realice con mucho cuidado, respeto y admiración, esta corta recopilación de la vida Profesional, Académica, Asistencial, Gremial y Humana, entre otros, del Dr. Guillermo Rafael Colmenares Arreaza, Individuo de Número, quien en vida ocupara el Sillón VII de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela.

Al Dr. Guillermo Colmenares Arreaza lo conozco desde 1986, quien fuera y seguirá siendo mi ejemplo a seguir, fue mi Profesor, Maestro, Amigo, con el que inicie mis primeros pasos en el bello Arte de la Cirugía, el que me formó como Cirujano General, de quien recibí innumerables consejos en el ejercicio de esta hermosa Especialidad, con el que publique numerosos trabajos de investigación, capítulos de libros, y autoría de libros de Medicina y Cirugía, y al que siempre estaré agradecido por haberme permitido compartir desde 1991, su consultorio en la Clínica Luis Razetti de Caracas, además por apoyarme en todas mis metas, y a quien le estaré eternamente agradecido, por incentivar me a hacer el Doctorado en Ciencias de la Salud, y por haberme guiado para llegar a la Ilustre Academia Nacional de Medicina de Venezuela.

El Maestro Dr. Colmenares, en prena actividad quirúrgia (aquí señalado con la flecha azul)



El Dr. Guillermo Colmenares Arreaza y yo, a lo largo de todos esos años, realizamos innumerables operaciones, muchas de gran envergadura, tanto en el ejercicio público como en el privado. Seguíamos haciendo equipo quirúrgico hasta 2 meses antes de su sensible fallecimiento.

También quiero destacar otros datos poco conocidos del Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, quien fue en 1956 campeón de Coleo por el Estado Monagas. Sub-campeón de Judo en 1963, donde le entregaron medalla y trofeo, en los Segundos Juegos Deportivos Nacionales. Fue jugador de Fútbol hasta 2019, jugando en 2 equipos como lateral derecho (era ambidiestro), el Caracas FC donde ganó 4 campeonatos y con el Dos Caminos FC 8, para un total de 12, recibiendo innumerables medallas y trofeos.

Junto al busto del Libertador Simón Bolívar, en la Asamblea Nacional de Venezuela



El Maestro, como acostumbré a decirle al Dr. Guillermo Rafael Colmenares Arreaza, fue mi Profesor, Mentor y además un gran amigo, siempre lo consideré como mi padre putativo, y a quien mi familia y yo le estaremos eternamente agradecidos.

Cuadro pintado al óleo por el Dr. Lorenzo Di Ruggiero Annicchiarico, donde aparece el Maestro Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, señalado con la flecha roja



“QUERIDO MAESTRO, DESCANZA EN PAZ”.

Agradecimiento

- A los Miembros de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, por permitirme presentar de forma oral, una breve semblanza del Maestro Dr. Guillermo Colmenares Arreaza, previa a la Sesión ordinaria de la Academia el día después de su fallecimiento acontecido el 04 de octubre de 2023.
- A familiares y amigos del Maestro, quienes me dieron información adicional a la ya recopilada del mismo.
- A los distinguidos colegas Académicos, Médicos y personal de la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, por la información dada.

- Muchas gracias a todos.

Palabras de Apertura: XX Congreso de Ciencias Médicas

Dra. Isis Nézer de Landaeta

La realización de un Congreso Científico, constituye un hecho que se ha convertido en casi una obligación formal dentro de lo que corresponde hoy en día a una comunidad científica. Sus propósitos son múltiples y todos de una gran significación para aquellos que comparten intereses similares, sobre todo de carácter profesional, pero en estos tiempos signados por la superespecialización en el campo de la atención médica, como una de las características más notables de la medicina actual, de esa medicina de vertiginoso desarrollo a partir de la segunda mitad del siglo XX, apenas nos alcanza este para ocuparnos de nuestra propia especialidad.

A pesar de lo anterior, nuestro interés por lo que significa la medicina en su totalidad, su infinita complejidad, que solo parece profundizarse con el tiempo, nos explica la pertinencia de una reunión como la que convoca hoy nuestra Academia Nacional de Medicina, un Congreso de Ciencias Médicas.

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXIX.6>

ORCID: 0000-0002-9449-7067

Individuo de Número Sillón XVII

Creados por la iniciativa de Luis Razetti, como un homenaje al país en el Centenario de su Independencia, el primero se realizó del 24 de junio al 4 de julio de 1911. Con períodos variables de inactividad se han mantenido a través de los años, también con características diferentes, hasta nuestros días en los cuales se llevan a cabo en períodos bianuales.

Su intención se orienta hacia la descripción de los excepcionales progresos científicos y tecnológicos que han venido ocurriendo y que representan una realidad histórica singular. Es todo tan reciente, tan próximo, tan rápido y múltiples los adelantos logrados, tan asociados a la vida cotidiana que no podemos precisar todavía si alguno de ellos marca un nuevo tiempo histórico.

Importantes descubrimientos han ocurrido durante toda la historia humana, pero a lo largo del siglo pasado y lo que va de este, la física nuclear, los nuevos sistemas de comunicación, los modernos procedimientos para explorar el macro y el microcosmos, las técnicas de automatización, los sistemas para el procesamiento de datos, la incorporación de la electrónica y de la ingeniería a las ciencias biomédicas, han favorecido la profundización de las investigaciones en todos los campos de las ciencias de la naturaleza y el desarrollo de tecnologías de aplicación diaria.

Los isótopos radiactivos utilizados en el diagnóstico y en la terapéutica, la electrónica que ha permitido el uso de los amplificadores, los marcapasos y muchos otros aparatos de alta precisión, incluyendo aquellos que originan una nueva rama de la exploración médica, la imagenología, nacieron solo ayer y ya integran hoy de forma rutinaria nuestra tecnología.

Hemos logrado superar a la naturaleza en lo que se refiere a las radiaciones “láser” y “máser”, cuya pureza monocromática se acompaña de una energía superior a la del sol por unidad de superficie. La tecnología química nos presenta materias sintéticas con propiedades a la medida y más ventajosas que los productos naturales.

Permítaseme aquí una cita de Desiderio Papp al referirse a la aparición de las computadoras, que hacen surgir “una imprevista

orientación de la técnica, solo precedida por escasos antecedentes. Al haber aliviado el trabajo muscular al homo faber, la tecnología presta su generosa ayuda a la actividad intelectual del Homo sapiens. No es sorprendente que algunos tecnólogos supongan que las derivaciones de los mecanismos electrónicos tendrían a la larga mayor repercusión sobre los destinos de la humanidad, que la liberación de la energía nuclear.” Lo anterior, cuando aún no se vislumbraba la aparición de la inteligencia artificial.

Las ciencias médico-biológicas constituyen el sector que ha presentado el mayor número de innovaciones en el más corto tiempo, cualquier referencia ha de resultar somera, mencionaremos apenas, la biología molecular, la inmunología y la infectología.

Me corresponde hoy, a nombre de la Academia Nacional de Medicina, que de acuerdo con la Ley que la rige es una Corporación Oficial, científica y doctrinaria que representa a la Ciencia Médica Nacional, darles la más cordial bienvenida a nuestro XX Congreso de Ciencias Médicas, al cual invitamos también a participar a todas aquellas profesiones afines que nos asisten y nos complementan en nuestro diario quehacer, con una programación que intenta tomar en cuenta el vertiginoso desarrollo de la ciencia médica en nuestros días, tal como lo hemos venido ponderando en esta intervención. Mantenernos informados y actualizados en todo lo referente al ejercicio médico, a sus fortalezas, debilidades y a sus más recientes logros, en beneficio de nuestros pacientes, para su correcta orientación y adecuado y moderno tratamiento.

Por unánime decisión tomada en el seno de nuestra Academia, el Congreso lleva el nombre del Ilustre Académico Doctor Antonio Clemente Heimerdinger, recientemente fallecido y a quien hubiéramos querido tener entre nosotros en el momento de rendirle este homenaje, Dios no lo quiso así, pero podemos dar fé de su orgullo, su satisfacción y su alegría al conocer de su designación como epónimo de nuestra reunión.

El programa que les ofrecemos ha sido cuidadosamente preparado por la Comisión Organizadora designada al efecto y presi-

dida por el Académico Doctor Huníades Urbina, actual Vicepresidente de la Academia, con la colaboración de los Drs. Carlos Cabrera, Elvia Badell, Germán Rojas, quienes con gran eficiencia y la mayor diligencia, asumieron el compromiso de organizar, con la inapreciable colaboración de las Sociedades Científicas el programa que rige nuestra reunión y que intenta presentar una visión actualizada de los aspectos más relevantes y novedosos de las diferentes especialidades que conforman el intrincado mosaico de nuestra medicina actual.

Agradezco asimismo, el apoyo que nos ha sido brindado por los Laboratorios y Casas Comerciales para poder llevar a cabo las actividades planificadas y a la gerencia del IESA por permitir la realización de esta actividad en sus acogedores espacios.

Con la esperanza de un fructífero evento, que reivindique además la inigualable calidez del encuentro personal, les reitero a todos nuestra más cordial bienvenida a este, nuestro XX Congreso de Ciencias Médicas.

Noviembre, 2023.

Transhumanismo: teorías y praxis de nuevo paradigma en medicina

Dr. Felipe Martín Piñate

XX CONGRESO DE CIENCIAS MÉDICAS ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA



RESUMEN

Actualmente, estamos impactados por el desarrollo tecnológico, producto de la IV Revolución Industrial, la cual ha penetrado en todas

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023. XXIX.7>

ORCID: 0009-0006-4591-4596

Individuo de Número. Sillón XXV. ANM

las áreas del saber humano y del no humano. La medicina, como disciplina científica no está excluida del fenómeno transformacional. Recordemos que la tradición científica médica ha pasado por diferentes etapas para su estudio y praxis, desde el modelo positivista con su método científico - analítico para conocer la realidad del conocimiento médico, seguido por revisiones de la Racionalidad en la cual se involucra: lo objetivo, lo subjetivo, lo crítico-dialéctico, lo complejo, lo autóctono y lo creativo, conceptos que han enriquecido la evolución del pensamiento médico, el cual en la actualidad enfrenta el reto que representa el avance de la biotecnología. El propósito del trabajo es la búsqueda de una mejor comprensión de la situación de estudio e incentivar nuevas investigaciones que den pertinencia al tema, a favor de la salud. La metodología de la investigación está guiada por la Fenomenología de Edmund Husserl, se utiliza lenguaje cualitativo, interesado en la interpretación y significado de las experiencias vividas, a manera de una racionalidad interpretativa, lográndose resultados que nos conducen a aclarar y comprender formas especiales del momento científico e histórico de la vida social, como se describe en las consideraciones transitorias al final del estudio.

Palabras clave: Paradigma, biotecnología, transhumanismo, poshumanismo, singularidad, inteligencia artificial e ingeniería molecular.

SUMMARY

Currently we are impacted by technological development, a product of the IV Industrial Revolution, which has penetrated all areas of human and non-human knowledge. Medicine, as a scientific discipline, is not excluded from the transformational phenomenon. Let us remember that the medical scientific tradition has gone through different stages for its study and praxis, from the positivist model with its scientific - analytical method to know the reality of medical knowledge, followed by reviews of the Rationality in which it is involved:

the objective, the subjective, the critical-dialectical, the complex, the indigenous and the creative, concepts that have enriched the evolution of medical thought, which currently faces the challenge represented by the advance of biotechnology. The purpose of the work is the search for a better understanding of the study situation and to encourage new research that gives relevance to the topic, in favor of health. The research methodology is guided by the Phenomenology of Edmund Husserl, qualitative language is used, interested in the interpretation and meaning of the experiences lived, as an interpretive rationality, achieving results that lead us to clarify and understand special forms of the moment. scientific and historical of social life, as described in the transitional considerations at the end of the study.

Keywords: Paradigm, Biotechnology, Transhumanism, Posthumanism, Singularity, Artificial Intelligence and Molecular Engineering.

INTRODUCCIÓN

En los momentos actuales estamos impactados por el desarrollo tecnológico producto de la IV Revolución Industrial, la cual ha penetrado todas las áreas del saber humano y también del no humano.

La medicina como disciplina científica no está excluida de dicho fenómeno transformacional. Recordemos que durante la época contemporánea, la tradición médica ha pasado por diferentes etapas para su estudio y praxis, desde el modelo Positivista con su método científico-analítico para conocer la realidad del conocimiento médico, seguido por revisiones de la Racionalidad en la cual se involucra: lo objetivo, lo subjetivo, lo crítico-dialéctico, lo complejo, lo autónomo y lo creativo, nos ofrece un amplio espectro paradigmático. Conceptos estos que han enriquecido la evolución del pensamiento médico, el cual en la actualidad enfrenta el reto que significa el avance biotecnológico como realidad desafiante en el sentido de generar una hibridación humana-máquina, denominado Transhumanismo, como componente

epistemológico de un nuevo diseño metodológico que enriquece la investigación científica y la práctica médica. Busca múltiples perspectivas en investigadores, médicos y demás personas involucradas en el proceso, para obtener los significados y construir su esencia, incluyendo semejanzas y diferencias, con el propósito de lograr una mejor comprensión del momento histórico, científico y social que está viviendo el ser humano en los momentos actuales, antropología cultural como fundamento del presente trabajo. De esta concepción filosófica se deriva la metodología de la investigación guiada por la Fenomenología de Edmund Husserl. Ante esta situación hoy más que nunca tenemos que estar preparados para comprender y adaptarnos a un nuevo paradigma en medicina.

Desde el punto de vista metodológico, el abordaje del trabajo es fenomenológico-hermenéutico con participación del Interaccionismo y de la Teoría fundamentada. Se usa lenguaje cualitativo relacionado con la interpretación y la búsqueda del significado. La validez de la Teoría generada por este enfoque, nos permite identificar y comprender de manera coherente, la situación actual del conocimiento médico sobre Transhumanismo y sus respectivas consecuencias: ventajas, desventajas, controversias, interrogantes, problemas múltiples transdisciplinarios y planetarios. Desde el punto de vista heurístico, las fuentes de información proceden de libros relacionados con la temática, revistas científicas, artículos, conferencias, trabajos presentados en la ANM, GMC, páginas Web y otros medios de información digital.

Universo: Este trabajo está dirigido a los académicos, docentes, universitarios, investigadores, al gremio médico y estudiantes de medicina.

Localización: El trabajo fue planificado y desarrollado desde la Academia Nacional de Medicina.

Pertinencia: El estudio es pertinente porque está destinado a reconocer los grandes cambios que ha experimentado la medicina en el presente siglo como consecuencia de la IV Revolución Industrial, además incentiva la generación de nuevas y mejores investigaciones desde la Academia, a favor del conocimiento científico y social de la

humanidad, y desde este punto de vista, cada académico posee una mente libre y sin fronteras para la especulación científica, partiendo de un conocimiento previo de la realidad de estudio, así en el presente trabajo, ésta se concibe en forma subjetiva y el estilo de pensamiento es introspectivo vivencial

INVESTIGACIÓN DE CAMPO Y MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Leal J. en su obra: “La autonomía del Sujeto Investigador”, nos enseña que la nueva epistemología a partir del siglo XVIII, con el desarrollo de la ciencia, se venía pensando que los efectos son proporcionales a las causas, que los estados estables eran armoniosos y que todos los sistemas naturales tendían hacia ellos. Los conceptos de equilibrio y de estabilidad son asociados con el orden, la simetría, la armonía y la geometría, ya que los sistemas en equilibrio pueden estudiarse de manera eficaz, con formalismos sencillos. Se sabía también, que existe en la naturaleza sistemas desordenados los cuales parecieran no obedecer a ley alguna, cuyo estudio era considerado inaccesible a la ciencia. Sin embargo, muchos científicos guiados por ese espíritu de curiosidad e investigación propios del ser humano, en su afán de comprender el mundo, desde los inicios del siglo XX han roto y trastocado esa visión, descubren que sólo el desequilibrio y el desorden, son creadores de estructuras novedosas, que no hay verdad absoluta y objetiva, el conocimiento es producto de un ir y venir, aparece la diversidad de lo real y la no linealidad y surge el principio de la incertidumbre y la idea de la complementariedad, el tiempo y el espacio son estados relativos, se hace la necesidad de dar paso al pensamiento sistémico, o sea que se plantea la diferencia de ver las cosas como proceso y no como estructura, se comienza a considerar los factores no epistémicos en el estudio de la ciencia de acuerdo con Paul Feyerabend, doctor en Física, filósofo e investigador, proclama libertad de acción para el progreso científico y considera que se “vale de todo”, cada científico vive diferentes momentos ya sea abductivo, intuitivo, deductivo e inductivo, en su proceso de la búsqueda del conocimiento.

La ciencia no es sólo racionalidad, es también subjetividad, es una expresión integral de la vida humana. Hay que enfrentar los mitos que hasta ahora han enmarcado el saber científico. La praxis emancipadora permite que las personas reflexionen sobre la naturaleza histórica y social de sus prácticas y a su entender cuanto más sólido se hace el edificio de la ciencia, más imperioso es el deseo de la vida por escaparse de él, hacia la libertad (1).

Thomas S Khun, Doctor en Física de la Universidad de Harvard, filósofo, historiador e investigador norteamericano, crea tienda aparte del cartesianismo, en la historia del conocimiento y genera una verdadera revolución de la ciencia, cuando en su obra: “La estructura de las revoluciones científicas”, introduce los conceptos de Paradigma, Comunidad de científicos y Revolución científica, en base a una ruptura epistemológica de la base positivista de la ciencia, convirtiendo la acumulación de datos en lo que llamó saltos paradigmáticos, cuestionó el progreso rectilíneo y acumulativo de la ciencia, expresando que el conocimiento no es lineal, sino que la ciencia progresa en forma de ruptura o saltos paradigmáticos. Ejemplos de ellos: Física Newtoniana (1700 a 1800), Física Cuántica (1910), Teoría de la Relatividad (1920), Teoría del Caos (1970). Rupturas que se corresponden con las crisis y surgimiento de teorías científicas para dar respuesta a nuevos planteamientos. El fracaso de las reglas existentes da origen a la búsqueda de otras nuevas. Se trata de la etapa preparadigmática. La subsiguiente evolución es la transición hacia el nuevo paradigma, gracias a la utilización confiada de las herramientas, por tanto la presencia de la crisis que ha llegado, conduce a un cambio de las mismas. Se trata de la respuesta a la crisis paradigmática: Teorías nuevas que a la vez esperan la respuesta de los científicos. Entonces, se establece la decisión de reemplazar un paradigma para dar paso a otro, a través de la comparación de ambos entre sí y con la naturaleza, además de la revisión de la epistemología dominante. También se ha visto el caso de científicos que se han visto obligados a abandonar la ciencia por su incapacidad de tolerar una nueva teoría. Siempre hay algunas discrepancias e incluso las más obstinadas acaban respondiendo en forma natural. Las revoluciones

paradigmáticas son cambios de la visión del mundo, de tal manera que según Khun: “Cuando cambian los paradigmas, el propio mundo cambia con ellos” (2).

Mac Tegmark, Doctor en Física de Harvard, Profesor de Física en el IMT y considerado por Forbes, como una de las diez personas que podrían cambiar el mundo. En su obra: *Vida 3.0*, señala: “La Tecnología confiere a la vida, la posibilidad de progresar como nunca antes o de autodestruirse”. En efecto después de 13 800 millones de años, nuestro universo ha tomado conciencia de sí mismo con el advenimiento de la IV Revolución industrial. Según Tegmark, hay tres formas de vida en el planeta, que se corresponden con tres niveles de evolución: biológica, cultural y tecnológica; Vida 1.0, simple y biológicamente incapaz de rediseñar, ni su software ni su hardware (seres unicelulares). Vida 2.0, si puede rediseñar a lo largo de su vida buena parte de su software (seres humanos), capaces de aprender nuevas habilidades por complejas que sean; pueden también modificar en su medida su cosmovisión y sus objetivos. La Vida 3.0 que aún no existe en la tierra, puede rediseñar drásticamente no sólo su software sino también su hardware, en lugar de que este evolucione de forma gradual a lo largo de generaciones. Es lo que los informáticos llaman “agentes inteligentes”, entidades que recogen información sobre su entorno mediante sensores que a continuación procesan para decidir como actuar sobre dicho entorno. Esta información puede ser percibida a través de ojos y oídos, para decidir que decir en una conversación, pero también puede implicar hardware y software, mucho más simple. Nosotros como ejemplo de vida 2.0, cuyo hardware es punto de evolución pero el software en buena medida, es resultado de algún tipo de diseño. Por nuestro software, entiendo todos los algoritmos y conocimientos para procesar la información de nuestros sentidos y decidir que hacer, desde la capacidad de nuestros amigos cuando los vemos caminar, leer, escribir, calcular, cantar o contar chistes. Esta capacidad que tiene la Vida 2.0 de diseñar su propio software, le permite ser más inteligente que los seres de la Vida 1.0. La alta inteligencia, requiere tanto hardware (hecho de ADN o sea átomos) como muchísimos hardware (hechos de bits), a través

del aprendizaje. La sinapsis que conectan las neuronas del cerebro, pueden almacenar alrededor de cien millones de más información que el ADN con el que nacimos. La Vida 2.0 puede adaptarse casi de primera instancia a través de una actualización de software, de tal manera que una información almacenada en el cerebro puede copiarse a otros cerebros y tenga así la posibilidad de sobrevivir a la muerte del cerebro original. Al instalarlos, un módulo de software que permita leer y escribir, pasamos a tener la capacidad de almacenar y compartir muchísima más información de la que las personas podrían memorizar. Gracias a estos avances científicos ingenieriles fue posible que buena parte de la información existente en todo el mundo están al alcance de muchos de los humanos que habitan el planeta con sólo unos pocos clics y con esta breve información pasamos a definir lo que es Inteligencia Artificial; según el autor (Max Tegmark): “Es la capacidad de lograr objetivos complejos”, por medios no biológicos, por tanto no existe razón alguna para pensar que las máquinas no pueden ser inteligentes como nosotros. También hay que recordar que la computación como instrumento de primera línea para la inteligencia artificial, en síntesis es una pauta de la disposición espacio-temporal de las partículas y lo importante no son las partículas sino la pauta representada por el software, el hardware es la materia .

La Inteligencia Artificial es fundamental para el diagnóstico certero y temprano de las enfermedades, resultando la tecnología, un aliado de la ciencia médica con el procesamiento de grandes cantidades de datos, imágenes entre todos: TAC, Rayos X, Resonancia magnética nuclear y otros procesos no detectables en los Rayos X, también es de gran importancia en la medicina personalizada y en sistemas de salud digital y se utiliza en modelos de aprendizaje automático (3).

La Inteligencia Artificial se está convirtiendo en parte integral de la atención médica incluyendo de manera paradigmática los procesos de investigación científica y sistemas de salud digital. Sigue el modelo de la red neuronal del cerebro y utiliza múltiples capas de información incluyendo algoritmos con incidencia de patrones “deep learning” y computación para aprender a comprender los datos. Antes de que la

Inteligencia artificial empezara a aplicarse a la información médica, en los primeros años del siglo XXI, los modelos predictivos en la asistencia sanitaria, solo podían considerar variables limitadas en datos de salud bien organizados. Actualmente, las sofisticadas herramientas de la máquina utilizan redes neuronales artificiales para aprender relaciones extremadamente complejas, demostrando ser compatibles y a veces superior a las capacidades humanas en la realización de algunas tareas relacionadas con la medicina. Los sistemas de inteligencia artificial están diseñados para gestionar los datos complejos que se han generado en la atención clínica moderna (3).

La inteligencia artificial tiene un enorme potencial para la sanidad; la digitalización de las historias médicas, en nuestro medio propuesta por el Dr. Antonio Clemente, ya han permitido a los médicos y pacientes, tomar decisiones más rápidas y mejores, para recibir ayuda inmediata de expertos en la realización de diagnósticos por imágenes y tratamientos apropiados, llegándose a la posibilidad de robots como cirujanos más precisos y fiables que los humanos para una amplia variedad de operaciones quirúrgicas robotizadas mediante cirugía mínimamente invasiva, contribuyendo a disminuir la mortalidad a nivel mundial por deficiencia en la atención sanitaria, creándose un imperativo moral de desarrollar una mejor inteligencia artificial para la atención médica.

Los humanos somos seres sociales que sometemos a todas las demás especies y conquistamos a la tierra, gracias a nuestra capacidad para cooperar. Hemos desarrollado leyes para incentivar y facilitar la cooperación, por tanto si la inteligencia artificial es capaz de mejorar nuestros sistemas legales y de gobernanza, puede permitirnos cooperar más eficazmente sacando lo mejor de nosotros en el sentido de como se elaboran y como se aplican las leyes para lograr imparcialidad y eficiencia y algunas con la posibilidad de crear robot-jueces para administrar justicia mediante sistemas de inteligencia artificial y así evitar condiciones de abuso e injusticias, por parte de maniobras de abogados en casos de “malpractice” (3).

El Dr. JAO'Daly, académico e investigador, en su libro: “Principios claves que ayudan a los seres humanos a aumentar la conciencia”,

dice que nuevas aplicaciones de la Biotecnología como Robots e Inteligencia Artificial significan que la hibridación humana se expande en forma exponencial de tal manera que actualmente están cambiando el significado del ser humano (4).

Según Casas M. la medicina siempre ha encontrado un proceso de transformación en su evolución histórica, ya que los médicos ante el compromiso de conservar la vida y salud de sus pacientes estudian, investigan y buscan cada vez mejores formas de lograrlo: La aplicación de la tecnología es parte de esa inquietud, en su lucha contra la enfermedad, el dolor y la muerte, fines propios de la medicina. En los últimos cincuenta años se han producido cambios conceptuales en la sociedad, los cuales han repercutido en el constructo médico de la relación médico-paciente, como son concepto actual de la diversidad de la naturaleza humana, concepto de cuerpo humano y disposición, concepto subjetivo de autonomía y valor de la calidad de vida. Estos cambios conceptuales han sido incorporados al campo médico, a lo largo de un proceso transformacional, denominado Transhumanismo que acepta la aplicación de los avances biotecnológicos enfocados a la salud y que nos obliga a estudiar, generar teoría y praxis más acorde con los nuevos conocimientos que contribuyen con un movimiento cultural que define la posibilidad del derecho o el deber de continuar y acelerar la evolución de la vida humana más allá de sus límites a través de la ciencia y de la tecnología. Esto es potenciar funciones a niveles extremos como llegar a ser inmortales, superinteligente y no enfermarse, obtener nuevas funciones, a través de tecnología emergente y por medio de la psicofarmacología, ingeniería genética, la nanotecnología, inteligencia artificial, neurotecnología, entre otras, para así responder a los retos de la medicina actual, con vigencia de sus objetivos clásicos tradicionales plasmados históricamente en sus códigos, juramentos y declaraciones. Los profesionales de la salud, son parte importante de la sociedad por tanto, no son ajenos a dichos cambios (5).

La historia del transhumanismo, llamada también Humaty+, lo presenta como la defensa del humano contra el posthumano a través del uso de las nuevas tecnologías biomédicas e informática.

El poshumanismo será un nuevo ser que tendrá una vida más larga, mayor capacidad intelectual, un cuerpo fabricado a medida del que podría incluso hacerse copias y sobre el que tendrá un control total. No se puede estar seguro, si natural o artificial, totalmente diferente al humano, con unas capacidades cognitivas que duplican las de un humano actual, con unas expectativas de vida de alrededor de 500 años y que poseerá elevada estabilidad psicológica y emocional. Es el objetivo de científicos y filósofos de diversas áreas: mejorar al ser humano para llegar a ser un posthumano. En este trayecto, el Transhumanismo será el ser humano en fase de transición hacia el posthumanismo pero todavía no se habrá alcanzado dicho objetivo (6).

Nick Bostrom, catedrático de Oxford y filósofo, consolida históricamente el pensamiento transhumanista, describe que la idea de buscar el mejoramiento del ser humano y la prolongación de su vida, parte del 1700 aC y el término transhumar, es utilizado por primera vez por Dante, en su Divina Comedia para indicar que es meta última del hombre y representa la experiencia imposible de explicar de ser elevado por la gracia, más allá de lo humano hacia la realización total y trascendente de Dios. J.B.S. Haldane en 1923, en una conferencia en Cambridge, manifiesta gran optimismo respecto al desarrollo de la biología, de la genética que se emplearía para hacer a la gente más allá, más sana y más inteligente, practicar la fecundación *in vitro* y la clonación. En 1950, Alan Turing, padre de la computación e inteligencia artificial, pensaba del mismo modo. El Test de Turing consiste en preguntar a una persona si puede o no identificar el comportamiento de un computador o de una persona, si no puede el computador gana (7).

El término Transhumanismo es introducido por Julian Huxley en 1957, cambia el concepto de Dante, involucrando la Psicología y la Biología con las nuevas ciencias para lograr una humanidad superior a la actual, gracias a la tecnología, dando origen a un nuevo antropológico y a partir de entonces, se fue creando un movimiento internacional transhumanista, en las últimas décadas del siglo XX, en el cual se cuentan científicos y filósofos como: FM Esfandiari, Robert Ettinger, Jhon Spencer, Natasha Vita-More, Erick Drexler, Max More y otros. En

1996, Vita-More innovó el concepto de una prótesis de cuerpo entero con un equipo de expertos y creó el primer diseño de futuro del cuerpo como un sistema portátil. Esto se conoce como primo Posthuman, una visión para un cuerpo poshumano altamente modificado (7).

En 1998, por iniciativa de Bostron y David Pearce, se crea la Asociación Transhumanista mundial (WTA) y se produce la Declaración Universal del Transhumanismo, constituyéndose así una organización educativa sin fines de lucro, dedicada a elevar la condición humana y cuyo objetivo es influir profundamente en una nueva generación de pensadores que se atrevan a imaginar los próximos pasos de la humanidad, incluyendo la extensión radical de la vida, el futurismo y otras tecnologías emergentes, y su impacto en el público en general. El filósofo David Pearce del Reino Unido, sostiene lo que él llama trabajar para la abolición del sufrimiento de todos los seres humanos sensibles, los estados de bienestar están destinados a convertirse en la norma genéticamente programada de salud mental: el proyecto incluye: farmacología, ingeniería genética, nanotecnología y la neurocirugía (Proyecto abolicionista) (7).

La propuesta transhumanista ha venido evolucionando en los últimos años como consecuencia del avance biotecnológico en el empeño de superar la propia naturaleza humana partiendo de la Biomedicina con las subespecialidades alineadas con el genoma humano, terapia genética, investigaciones genéticas en línea somática y embrionaria, las técnicas de edición genética, entre otros. Y es aquí donde intervienen los derechos humanos en respuesta a la preocupación por considerar que la tecnología podría pasar por alto, por tanto se impone la necesidad de un diálogo que fundamente los derechos humanos especialmente en su base antropológica y jurídica que nos permita una mejor comprensión del ser humano y la propuesta transhumanista. Se considera que el hombre como ser cultural tiende a ir más allá de la propia naturaleza humana relacionada con el ser y el hacer del hombre. Ello evidencia un cambio en la consideración de la medicina, el paso de la medicina curativa-terapéutica a la medicina preventiva (7).

La biotecnología es una interdisciplina de las ciencias biológicas que consiste en aplicar tecnologías que utilice sistemas biológicos y organismos vivos o sus derivados para la creación o modificación de productos o procesos para usos específicos. Dichos organismos pueden o no estar modificados genéticamente por lo que no hay que confundir biotecnología con ingeniería genética, la primera se define como la aplicación de principios de la matemática y de la ingeniería para el tratamiento de materiales orgánicos e inorgánicos por sistema biotecnológicos para producir bienes y servicios. Sus bases son: la Biología, Ingeniería, Física, Química y Biomedicina, y en el campo de acción de esta ciencia, tiene repercusión en la farmacología, medicina, en el tratamiento de residuos líquidos, sólidos y aéreos, la industria, la ganadería, la agricultura y en la bromatología. Modernamente se define a la biotecnología, como las técnicas *in vitro* del ácido nucleico incluido el ácido desoxiribonucleico (ADN recombinante) y la inyección directa de ácido nucleico en células u orgánulos, la fusión de células más allá de la familia taxonómica que supere las barreras fisiológicas de la recombinación y que no sean técnicas utilizadas en la producción selectiva tradicionales y en procesos de modificación genética, con una baja probabilidad de resultados aleatorios no reproducibles en protocolos que garantice la seguridad de todos los supuestos resultados inesperados probables. La Biotecnología para el tema que nos ocupa, tiene aplicaciones importantes en la atención de la Salud o tecnología roja, aplicación en procesos médicos, producción de antibióticos, vacunas, fármacos, diagnósticos moleculares, terapias regenerativas y en el desarrollo de la ingeniería genética. Ha aportado nuevas herramientas diagnósticas en microorganismos, en los inmunodiagnósticos con los anticuerpos monoclonales, PCR que han servido para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades nuevas y conocidas del ser humano (8).

Mención especial por su importancia en la temática, merece la Bioingeniería o Ingeniería biológica, rama de la Ingeniería que se ubica en las Biotecnologías y en las Ciencias biológicas. Comprende varias

disciplinas: Ingeniería, Bioquímica, Ingeniería biomédica, Ingeniería en proceso biológico, Ingeniería de Biosistemas, Ingeniería bioinformática o Biología computacional, como también se llama. Se trata de un proceso integrado de Ciencias biotecnológicas con los principios tradicionales de Ingeniería química y de la Bioinformática, desempeña un papel clave en la genómica funcional, genómica estructural y la proteómica (9).

Además es importante destacar que la Ingeniería Molecular es un campo dinámico y en evolución con objetivos complejos en el desarrollo de materiales con tecnologías emergentes que requieren informes rigurosos de diseño molecular hacia sistemas de alta complejidad. Requiere ingenieros sofisticados y creativos, familiarizados con todas las disciplinas buscando manipular las propiedades del sistema directamente utilizando una comprensión de sus orígenes químicos y físicos, para dar lugar a materiales y sistemas nuevos que son necesarios para abordar campos que van desde la energía hasta la asistencia sanitaria y electrónica. Los esfuerzos de la Ingeniería Molecular pueden incluir herramientas computacionales y métodos experimentales o una combinación de ambos. En su estructura interdisciplinaria, busca aspectos de Ingeniería química, Ciencia de los materiales, Bioingeniería, Ingeniería eléctrica, Física, Mecánica y Química. También tiene una solapada reacción en la nanotecnología. La Ingeniería molecular ha tenido éxito en los campos de Inmunoterapia, Biología sintética y en la Electrónica imprimible. En síntesis, Arthur R Von Hippel, la define como un nuevo modo de pensar sobre el problema de pensar, en lugar de tomar materiales prefabricados y tratar de diseñar aplicaciones de ingeniería con sus propiedades macroscópicas, construye materiales a partir de sus átomos y moléculas para el propósito en cuestión y dando paso al nacimiento de la nanotecnología, por Drexler en 1980 y el descubrimiento de las propiedades conductivas en el poliacetileno por Alon J. Heeger (1977) que abrió el campo de la electrónica orgánica. De estos materiales se han obtenido una serie de innovaciones que incluyen los diodos, emisores de luz orgánicos, células solares flexibles y entre otras aplicaciones se pueden citar: Inmunoterapia (Vacunas basadas en péptidos), Biología sintética (CRISPR), para edición de genes

más rápida y eficiente, terapia genética, ingeniería metabólica para la producción de sustancias químicas (Genómica sintética) e Ingeniería de proteínas completamente artificiales, espectros de copias de RMN, síntesis de ADN, síntesis de nanopartículas, síntesis de péptidos, síntesis de polímeros y síntesis orgánica (10).

En la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Instituto de Ingeniería Biológica y Médica, los académicos están trabajando sobre una aproximación de la investigación experimental y computacional que combina la biofísica, bioinformática, bioquímica y dinámica molecular a objeto de estudiar la estructura, función y evolución de proteínas y de los sistemas genéticos, con énfasis en la investigación computacional y matemática sumando a herramientas de ADN recombinante de la Biología sintética. Asimismo, se han enfocado en el estudio de las biopelícula, la producción de sustancias extracelulares poliméricas y los procesos de interacción célula-célula (11).

Hasta ahora, podemos apreciar que tanto el ser humano como la tecnología son pilares fundamentales del Transhumanismo. La ciencia y la tecnología no son neutrales u objetivas, por el contrario muestran valores, intereses comerciales y económicos, así como una lógica de poderes propia de lo social y temporal, por tanto se desarrollará un sistema de valores en torno al trabajo, el bienestar y la humanidad que será por el Transhumanismo y por tanto representa una filosofía futurista con herramientas a favor del hombre y de su entorno a decir por Max More: “Es una clase de filosofía que busca guiarnos por medio de la razón y de la ciencia, a un compromiso con el progreso y una valoración de la existencia humana en esta vida, entre humanos y máquinas como parte de la evolución tecnológica (12).

La tecnología todo lo invade y lo hace a gran velocidad (Revolución industrial). Sobre el hombre y la máquina, los avances tecnológicos prometen continuar mejorando la salud y nuestras condiciones de vida, pero el desarrollo de la Inteligencia Artificial, o la edición genética toman camino inesperado hacia el Transhumanismo. Una corriente, que ambiciona trascender las capacidades humanas normales a través de la tecnología y sobre a la que hay que reclamar consenso ético y

reglamentario. El poder superior de una máquina se manifiesta en su velocidad que es mucho mayor que la del proceso del cerebro humano a la hora de calcular consecuencias. Hannah Arendt, en la condición humana, destaca las virtudes de la Inteligencia artificial y también sus carencias, cuando en 1958, observó la rapidez de las computadoras en que empezaban a convivir con las personas y remata diciendo “Hemos introducido algo exponencial en las ecuaciones del tiempo planetario y eso es la tecnología“. Roman Abafdias, conductor de la Internacional de Telecomunicaciones Teltronic y autor de Aposia (“La curiosidad mató al gato” Schaudinger), no es descabellado que nos comuniquemos con una red neuronal de humano a humano y en veinte años llevaremos el teléfono implantado en el cerebro. Chatjield, apunta: si dejáramos que esta evolución vertiginosa siguiera su inercia natural, la tecnología alcanzaría un punto de no retorno en el que tomaría el control y se autodiseñaría dejando a la humanidad fuera de circuito, lo que se conoce como el mito de la Singularidad. Antonio Dieguez (Ingeniero): “La tecnología podría llegar a tener una repercusión evolutiva si consigue modificar nuestro genoma”. Estamos en un crecimiento tecnológico abrupto en el cual la información electrónica, la medicina y la biología se combinan para generar lo que se llama Homo Digitalis (alteraciones en el genoma humano en la línea germinal), en desarrollo por inversión financiera gigantesca en Silicon valley con miras al aumento de la longevidad (Vivir hasta los 200 años), lo que generaría diferencias sociales, desigualdades biológicas y hasta caer en un mundo digital, desprendernos a través del Transhumanismo de nuestro cuerpo y del sentido renacentista del humanismo. No en vano, uno de los más acérrimos impulsores, Nick Brostom de la Universidad de Oxford, defiende el bienestar de toda entidad con capacidad sensitiva, ya sean inteligencia humana, artificiales, especies anormales e incluso especies extraterrestres, si las hay. Hay que estar alerta, no sentirnos super humanos, necesariamente. Elena Postigo, Directora del Instituto Biotecnológico de la Universidad Francisco Vitoria, dice: ¿Que pasaría en una sociedad en la que conviven seres imperfectos, otros perfeccionados por edición genética o nanochips y

posthumanos o robots? Injusticia y discriminación, hay que entender el Transhumanismo como un movimiento cultural que tiene como finalidad la plena realización de las personas no sólo a nivel físico sino mental, psíquico, teniendo en cuenta nuestra responsabilidad sobre las generaciones futuras y el planeta. Hay que ser prudente a la hora de evaluar el Transhumanismo y Marta García Aller; periodista y escritora española dice: “Debemos poner límite a la acumulación del poder tecnológico en pocas manos y hay que saber diferenciar lo cierto de lo que no, lo que es útil de lo que no, y concluye que entramos en una transición que nos llevará más allá del Homo Sapiens al lomo de la tecnología, según la Ley de Moore” (13).

Indudablemente el avance de la biotecnología, la ingeniería genética y la biología, han permitido alterar y modificar las capacidades de los seres humanos a voluntad y por tanto es deseable proteger la naturaleza humana a base de derechos, valores y preceptos morales. Rodrigo Lagos Berríos, Doctor en Filosofía de la Universidad de Viena, señala que la naturaleza humana nunca antes en la historia de la humanidad ha estado tan expuesta a la manipulación científico-tecnológica como en la era contemporánea. La aplicación de estas nuevas tecnología en la Medicina ha conducido a intervenir progresivamente la condición biológica del ser humano, lo cual ha generado aspectos éticos bien diferenciados, un grupo transhumanista apoya la incorporación progresiva de las biotecnologías en la medicina con la oportunidad de transformar por completo al ser humano y de mejorar sus habilidades físicas y mentales para trascender sus limitaciones biológicas y los bioconservadores que ven estas biotecnología como un peligro inminente que amenaza con destruir la integridad de la humanidad y sus fundamentos morales, derechos y valores de la sociedad. Esto indica que el transhumanismo estaría convirtiendo a las clases sociales en clases biológicas: seres humanos de primera categoría (los mejorados genéticamente) y seres humanos de segunda categoría (No mejorados genéticamente) y con capacidades normales (14). En suma, como veremos más adelante la naturaleza humana es un concepto ambiguo.

Definitamente la persona en lo más profundo de su ser experimenta un anhelo de plenitud a pesar que el dolor, la enfermedad y la muerte acompañan su existencia, de allí que el transhumanismo se solidariza con ese deseo generándose una antropología centrada en la persona. Ella encierra la comprensión de los conceptos hasta ahora estudiados y los medios (praxis), para salvar la humanidad. Entonces desde el punto de vista filosófico, en el transhumanismo se produce una acción reduccionista para dar respuesta al propósito, tomando en cuenta que el ser humano es vulnerable ante sí mismo, ante el otro y ante el medio que lo rodea. En una nueva era científica y tecnológica, sería inmoral no usar los medios que ofrece la biotecnología para ponerlos al servicio de la humanidad y derrotar los límites conscientes que deben ser éticos y normados, para diferenciar quienes son superables y quienes no, por tanto se impone una antropología centrada en la persona, en otras palabras: el Transhumanismo reconoce la existencia de los límites de nuestra naturaleza y además sabe que el ser humano tiene consciencia de sus debilidades y de como estas lo conducen hacia el final: la muerte pero en pleno siglo XXI, considera que puede afrontar estos límites y atreverse a retarlos como que sabe lo que son los integrantes de la fórmula magistral: nanociencia, biotecnología, infotecnología y cognotecnología (NBIC), siglas que identifican las tecnologías más avanzadas del momento y todo será texto acompañado de la reflexión ética, filosófica y moral, de tal forma que técnica y ética deben ir de la mano en la gestión transhumanista, siempre sobre la base de no atentar contra la naturaleza humana (Simbiosis material y espiritual) y el límite para sus proyectos no es otra que su incapacidad tecnológica. Importante tener en cuenta la vulnerabilidad espiritual, improcedente, ser alterada. En suma, en el Transhumanismo debe estar presente el optimismo tecnológico y la voluntad de superar la naturaleza humana en término de limitaciones, a sabiendas que se reduce el ser humano a un entramado de circuitos y chips manipulados en un laboratorio. La antropología en la que se fundamenta el humanismo centrado en la persona, concibe al mundo y al ser humano como realidades finitas, limitadas y temporales. La existencia humana implica una precariedad,

una dependencia que le hace vulnerable pero a la vez digna de ser amada (Juan Ruiz de la Peña), profesor de Antropología y Teología. En conclusión, el transhumanismo y la ciencia establecen un diálogo de convivencia tomando en cuenta la vulnerabilidad física y espiritual del ser humano con las limitaciones implícitas y las posibilidades de soluciones parciales, destinadas a prolongar la esperanza de vida, habida cuenta que la vulnerabilidad puede ser fuente de sabiduría en el sentido de la vida que ontológicamente forma parte de la naturaleza humana (15).

Por todo lo que hemos visto, el concepto actual de naturaleza , incluye lo que se llama Humano Natural y Humano Artificial, esta última categoría producto de científicos visionarios, buscando el control del futuro. Así planteado, debemos considerar lo que la extraordinaria periodista, especializada en temas científicos, Marta Peirano (2022), dice sobre el futuro: “Nuestra historia evolutiva es un relato de agónicas transformaciones forzadas por la necesidad de supervivencia y sabemos que el trauma evolutivo nos hace prisioneros de lo heroico, que preferimos empezar de cero y cambiar los hábitos pero no podemos empezar de cero sin sacrificar una gran parte de la humanidad. La mitad de la población mundial vive en centros urbanos y la Organización Mundial para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), prevé que en veinte años será el setenta por ciento. Con las metrópolis consumiendo más del setenta y cinco por ciento de la producción de energía mundial generando el ochenta por ciento de las emisiones, el único cambio significativo vendría de mejorar lo que ya tenemos para encontrar nuevas maneras de vivir (16).

CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA

El Transhumanismo, es un movimiento filosófico, cultural y científico, que aboga por el uso de la tecnología avanzada para mejorar la condición humana, incluyendo la vida y la salud. Se basa en la idea de que la tecnología puede ser utilizada para superar los límites biológicos y para mejorar la calidad de vida. En este sentido, la biomedicina es una disciplina científica y tecnológica que tiene como objetivo el

estudio y tratamiento de enfermedades humanas (teorías y praxis). La Biomedicina así concebida está relacionada con el Transhumanismo para aprovechar las herramientas a objeto de mejorar la salud y la calidad de vida de los seres humanos con elevación de la condición psicosocial y segura mejoría de la condición económica de los mismos. En el contexto temático, la Biomedicina puede ser vista como una forma de tecnología médica que se utiliza para mejorar la condición humana con el desarrollo de terapias genéticas, terapias celulares, prótesis biónicas, implantes neuronales y otras tecnologías avanzadas que tienen el poder de potenciar, de mejorar la salud y la capacidad humana. También en contexto el Transhumanismo, plantea cuestiones éticas y sociales como la posible creación de desigualdades sociales y la necesidad de establecer límites éticos en el uso de las tecnologías para la mejora humana. Aunque en este punto es necesario declarar que el propósito del Transhumanismo es mejorar la calidad de vida de las personas y no ejercer control alguno sobre la población o gobierno global por tanto el Transhumanismo y el Nuevo Orden Mundial (NOM), no guardan relación entre ellos. No hay evidencia que respalde esta teoría, habida cuenta de que el NOM es un plan para control global, a través de la manipulación económica, política y social.

A pesar de que la propuesta transhumanista es integradora, entendemos que genera incomprendiones y contradicciones en las cuales se pone de manifiesto la negación a la verdad objetiva y se busca un referente a competir por el sujeto mismo, una verdad subjetiva, lejana de toda razón pero determinada de emociones y sentimientos, es decir una verdad que se puede construir como a cada uno le plazca y es en ésta realidad cultural en la que nace y se desarrolla el Transhumanismo, como enfoque interdisciplinario, para comprender y evaluar las oportunidades que nos ofrece el avance biotecnológico, para mejorar la condición humana: Comprender mejor la fusión del hombre con la máquina a favor de la mejoría de las capacidades físicas y mentales, estados de ánimo, capacidades morales y sociales en general, a pesar de las críticas más recientes que señalan que un incremento subjetivo

del bienestar no sería suficiente en términos de moralidad y distribución de recursos.

Nick Bostrom, cerebro y norte del movimiento transhumanista señala que la idea es promover un enfoque interdisciplinario, biotecnológico para mejorar la condición humana. Esta transformación va desde una mejora radical, completa del Ser humano, promovido por Transhumanistas radicales y es lo que se llama: Posthumanismo, Era Virtual o Singularidad tecnológica, de tal forma que estamos pasando de la evolución natural Darwiniana a una evolución tecnológica de mejoría como consecuencia y continuación de la evolución biológica. En oposición, al mejoramiento transhumanista ha surgido un planteamiento crítico, llamado Conservador, contra el uso de la biotecnología porque está dirigida a modificar la condición biológica del Ser humano o mejorar sus capacidades si no responde a un objetivo terapéutico o a una indicación médica. Francis Fukuyama, en su Libro “El fin del hombre consciente”, dice: “El uso de las biotecnologías que promueven los transhumanistas ponen en peligro los fundamentos del sentido moral proporcionado por la naturaleza humana y con ello muchas nociones de dignidad humana y derechos humanos con repercusiones negativas para la democracia liberal y la naturaleza de la propia Política”.

Ahora bien, el debate sobre el cambio de la naturaleza humana se ha hecho presente entre Bioconservadores y Transhumanistas fundamentados como cada grupo concibe la naturaleza humana, los primeros la ven como algo fijo y esencialista, los otros como algo cambiante y sujeto a perfeccionamiento. En contexto, se puede concluir que la naturaleza humana es un concepto adecuado para limitar y detener al menos por concepto posible, mejoras biotecnológicas que alteran la biología del ser humano. La Naturaleza humana es un concepto ambiguo y contradictorio, sin base segura para permitir distinguir entre aquella biotecnología que permita mejoras posibles y no posibles de efectuar en los seres humanos.

Desde el punto de vista ético, siguiendo la ética Hipocrática: “Primum non nocere”, primero no hacer daño, ampara a la propuesta

Transhumanista aunque el ser humano tiene la facultad de elegir. Reconociendo que la naturaleza humana como criterio normativo para limitar las intervenciones biotecnológicas es inviable y quien se ubique contra la Biotecnología en cuestión, está condenado a la marginalidad científica y social.

Para algunos pensadores transhumanistas, no hay marcha atrás y la perfección biológica humana es sólo cuestión de tiempo como se aprecia en su doctrina futurista en contexto social con intereses personales, de la comunidad doliente, discapacitada y longeva, valores espirituales, económicos, no fantasiosa en base a la razón y conciencia de que por medio del avance de la ciencia (adelanto biotecnológico), a favor del desarrollo del hombre.

Uno de los componentes epistémicos clave es la Inteligencia Artificial, considerada actualmente el proceso tecnológico más importante del universo, hará indistinguible el límite entre humanos y máquinas. Se trata de un realismo científico, no ataca la dignidad humana sino por el contrario genera bienestar por el aumento de las capacidades humanas, es una nueva forma de antropocentrismo.

Hoy en día los seres humanos almacenan información en libros, otros medios impresos, cerebro, disco duro y más dispositivos de memoria digital, gracias a la tecnología que hace posible que un objeto pueda recordar, ordenar y aprender.

En síntesis, el Transhumanismo en una etapa transitoria hacia el poshumanismo, es decir es una mejora del humano hacia un destino posthumano.

En relación con el mito de las controversias en Inteligencia Artificial, se puede notar: Las dudas son procedentes de personas que no saben a profundidad de la Inteligencia Artificial, además los medios de comunicación han hecho saber que los debates sobre Inteligencia Artificial son contradictorios y los mitos sobre robots hay que prestarle atención porque forman parte de la conversación más importante de la actualidad, las máquinas: nos controlan o nosotros seguimos controlándolas a ellas, o ellas se fusionan con nosotros y se da la hibridación humana-máquina: Transhumanismo, columna principal

del presente estudio. No dialogar con sordos ni con mal entendidos, el peligro está en el uso de la tecnología por mentes insensatas.

CONSIDERACIONES TRANSITORIAS

1. Después de 13 800 millones de años la materia inerte se ha hecho inteligente.
2. No existe razón alguna para aceptar que las máquinas no puedan ser algún día tan inteligentes o más que nosotros.
3. La Biotecnología es un saber basado en el método científico y tecnológico que puede ser aplicado a los seres humanos, con el propósito de lograr mayor bienestar y evidencias en el conocimiento. Las consecuencias generadas por éste, tienen incidencia no sólo para el ser humano sino también para el contorno que lo rodea, tiene efectos a nivel de salud, económico, social, jurídico y cultural.
4. El Transhumanismo no ha planteado la idea del “más allá“, desde el punto de vista biotecnológico en contraste con la concepción divina. La búsqueda del mayor bienestar, objetividad, seguridad, etc, está con “el más acá“, material, sólo cree en un hecho en el cual el ser humano puede ser moldeado por él mismo.
5. Teorías y Praxis son importantes en la construcción de un nuevo paradigma para el estudio y ejercicio de la medicina actual, con la idea de generar una mejor y actualizada atención a los pacientes, como también crear nuevo diseño curricular para los estudios médicos tomando en cuenta los nuevos factores epistémicos presente en el Transhumanismo.
6. La Ciencia y la Tecnología no son neutras ni objetivas, muestran valores, intereses comerciales, económicos, así como una lógica de poder propio, de nuestro contexto social y temporal. Fé en el progreso ilimitado acompañado por el proceso ético correspondiente como valores derivados del trabajo, el bienestar y la humanidad. No hay marcha atrás, la perfección es cuestión de tiempo.

7. La Inteligencia Artificial, se considera como el fenómeno más importante del universo en el presente siglo y el límite entre lo humano y la máquina, se ve como parte de la evolución tecnológica.
8. La Medicina actual con las publicaciones de avances biotecnológicos, enfocados en la salud, nos obliga a estudios y prácticas de actualización, a fin de recibir y aportar nuevos conocimientos, dicho de otra manera, nos obliga aceptar el transhumanismo como propósito de los estudios médicos.
9. La propuesta transhumanista crece cada vez más como instrumento idóneo para consolidar el estudio y práctica de la medicina, como incuestionable mejora para el ser humano, un diálogo crítico es necesario, habida cuenta de la variabilidad cultural de la naturaleza y la apertura de nuevas definiciones.
10. El tema es complejo, por tanto tenemos que dialogar con la incertidumbre para comprenderlo y reflexionar y generar conceptos que nos permitan llegar a consideraciones útiles y trascendentes.
11. En la hibridación transhumanista las mejoras de salud implícitas o explícitas deben ser iguales para todos a pesar de las diferencias económicas y sociales, hay que estar vigilante porque se camina en horizontes emancipadores teniendo en cuenta que el éxito de la tecnología depende del uso que se le dé. Los mitos sobre peligros, desaciegos y otros males son guiados por mentes insensatas.
12. Definitivamente, el Transhumanismo médico erige su estatua de gran capitán, ante el envejecimiento, principal factor causal de enfermedades, discapacidad y demencia, de tal manera que la Biotecnología confiere a la vida, la posibilidad de prosperar como nunca antes; no ataca a la dignidad humana sino por el contrario aumenta sus capacidades. Los logros científicos y tecnológicos fortalecen la cultura.
13. Distinguidos académicos, Señoras y Señores, el Transhumanismo por todo lo expuesto, se nos presenta como un nuevo Paradigma con base filosófica y científica bien definida, que se está desarrollando como un diseño para el estudio y práctica de la Medicina, garante y constructor de una humanidad futura nueva y distinta.



Este trabajo ha sido realizado en honor al Doctor, Profesor y Maestro Antonio Clemente, Epónimo del XX Congreso de Ciencias Médicas, por sus méritos académicos, científicos, docentes y humanos, que sembró en generaciones médicas presentes y futuras.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a: Marta O'Maley Martín, Marta Iriarte de Martín, Dr. José Luis Molina y Dra. Trina Ysabel Martín de Molina, por la magnífica colaboración en la estructuración del trabajo.

REFERENCIAS

1. Leal J. La Autonomía del Sujeto Investigador. 3ª edición 2011. ISBN: 980-12-1254-3.
2. Kuhn T.S. La Estructura de las revoluciones científicas. Editorial: Fondo de Cultura Económica, cuarta reimpresión 2019. ISBN 978-607-16-1422-3.
3. Tegmark M. Vida 3.0. Editorial Taurus, mayo de 2021. ISBN: 978-84-306-1962-7.
4. O'Daly J. A. Key principles helping human beings to increase conscience. Lap Lambert Academic publishing group, July 2023. ISBN 978-620-6-75316-2.
5. Casas M. ¿Es el transhumanismo un fin de la medicina? Pers Bioet. 2023;26(2):e2629. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2022.26.2.9>. version electrónica disponible el 16 oct 2023

6. Bostrom N. A history of transhumanist thought. *J Evolut Technol.* 2005;14(1).
7. D'Angelo R. Transhumanismo, biotecnología y derechos humanos: diálogos, exigencias y necesidad de respuestas". *Persona y Derecho.* (84), 2021, 309– 328. <https://doi.org/10.15581/011.84.014>. 2021-06-17
8. Sepulveda J. *Biotecnología y sus aplicaciones en el sector salud.* Editorial Universidad Tecnológica de Pereira; 2020. ISBN: 978-958-722-439-9
9. Pérez J, Merino M. *Bioingeniería.* Actualizado el 1 de febrero de 2023. Disponible en <https://definicion.de/bioingenieria/>
10. Riley M. *Introducing Journal of Biological Engineering.* *J Biol Engineering,* 1,1, 2007. <http://www.jbioleng.org>
11. Instituto de Ingeniería biológica y médica de la Pontificia Universidad de Chile. *Ingeniería celular y molecular.* En: <https://ingenieriabiologicaymedica.uc.cl/>
12. Natucci JP. El Transhumanismo a la luz de la antropología filosófica. *An Semin Metaf.* 53, 81-98. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/ asem.70838>
13. Meyer L. El hombre y la máquina en: <https://ethic.es/2021/11/el-hombre-y-la-maquina-transhumanismo/>
14. Lagos, R. La disputa por la Naturaleza Humana. *Ethika + ISSN 2452-6037.N5(2021),pp 101-117.* DOI: 10.5354/2452-6037.2022.66219
15. Miro S, Maldonado C. Dos formas de entender la vulnerabilidad: Transhumanismo de Bostrom y Antropología centrada en la persona. En: *Cuadernos de Bioética.* 2021;32(105):149-158. DOI: 10.30444/CB.94. <http://aebioetica.org/revistas/2021/32/105/149.pdf>
16. Peirano M. *Contra el futuro.* Penguin Random House, Grupo Editorial. España, 2022. ISBN:978-607-381-536-9

Especialidades médico-quirúrgicas. Aspectos bioéticos en la curva de aprendizaje

Drs. Aderito De Sousa Fontes¹, Carlos Cabrera Lozada²

RESUMEN

Los avances en las tecnologías y técnicas en distintas especialidades quirúrgicas requieren que los médicos se capaciten constantemente y las adopten en sus prácticas corrientes. Hasta que el médico adquiera competencia en la nueva técnica, se dice que está en la curva de aprendizaje. A menudo se hace referencia a las curvas de aprendizaje

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023. XXIX.8>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0272-7655>¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3133-5183>²

¹MD, PhD. Otorrinolaringólogo. Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad Central de Venezuela (UCV). Director de la Unidad de Otorrinolaringología Endoscópica del Instituto Médico La Floresta. Profesor del posgrado de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Miembro Correspondiente Nacional (puesto # 46), Academia Nacional de Medicina de Venezuela. E-mail. aderitodesousa@gmail.com

²MD PhD. Especialista en Obstetricia y Ginecología (UCV), Docencia en Educación Superior. (UCV). M.Sc en Bioética. y Director Fundador Emérito del Programa de Medicina Materno Fetal. Universidad Central de Venezuela. Miembro Correspondiente Nacional. (puesto # 16), Academia Nacional de Medicina
E-mail: carloscabreralezada@gmail.com

en el contexto de la educación y formación médica, aunque sus características, trayectorias y naturalezas son un tema de debate en la actualidad. Durante el período de curva de aprendizaje de un médico, el paciente tiene un mayor riesgo de sufrir resultados adversos. Esto plantea importantes desafíos clínicos y éticos para los médicos y los pacientes. Este artículo describe los dilemas éticos que enfrentan los médicos cuando intentan adoptar nuevas tecnologías y técnicas en su práctica, sin que esta armonización con el progreso en diferentes áreas de la medicina y cirugía, afecten la seguridad e integridad del paciente.

Palabras clave: Procedimientos médicos y quirúrgicos, entrenamiento. curva de aprendizaje, ética médica.

SUMMARY

Advances in technologies and techniques in different surgical specialties require physicians constantly retrain and adopt into their current practices. Learning curves are often referred to in the context of medical education and training, although their features, trajectories and natures are a topic of current debate. During a physician's learning curve period, the patient is at higher risk of adverse outcomes. This poses significant clinical and ethical challenges for physicians and patients. This paper describes the ethical dilemmas faced by physicians as they adopt newer technologies and techniques into their practice, without that this harmonization with the advance in several areas of medicine and surgery, affecting the safety and integrity of the patients.

Keywords: Medical and surgical procedures, training, learning curve, medical ethics.

INTRODUCCIÓN

Cuando se aprende un nuevo procedimiento, el rendimiento tiende a mejorar con la habilidad obtenida y la representación gráfica

del rendimiento y la evolución frente a este proceso genera una curva de aprendizaje de experiencia alcanzada. En este sentido, la curva de aprendizaje en el espectro de especialidades y procedimientos médicos y quirúrgicos, la podemos definir como el tiempo y el número de procedimientos prácticos que un médico promedio necesita para ser capaz de realizar de forma independiente, con resultados razonables”. En otras palabras, una curva de aprendizaje indica lo que se ha ido aprendiendo en relación con un tiempo determinado y revela los aspectos conseguidos y los triunfos que se han obtenido en relación el tiempo empleado para alcanzar una determinada habilidad y experiencia.

Se ha señalado que los médicos sin experiencia en un procedimiento se encuentran en la fase inicial de su curva de aprendizaje. y se esperan mejoras a medida que aumenta la experiencia. Este concepto se aplica en todo; sin embargo, con la llegada de técnicas de mínima invasión exigentes, es en la cirugía en particular donde existen implicaciones específicas y potencialmente dramáticas. La importancia clínica de esta consideración fue destacada en un extenso documento realizado y presentado al Parlamento por el Secretario de Estado de Sanidad del Reino Unido, por el Consejo Médico General en la Unidad Cirugía Cardiovascular Pediátrica del Bristol Royal Infirmary (Inglaterra) que afirmó que los pacientes no deben estar expuestos a cirujanos que operen durante la fase inicial de sus curvas de aprendizaje (1).

En este trabajo pretendemos describir la línea de tiempo histórica del concepto de curva de aprendizaje, conocer las implicaciones bioéticas y los riesgos en el proceso de aprendizaje académico de procedimientos difíciles y complejos y resaltar algunos aspectos relevantes en el desarrollo estructurado de la medicina moderna.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los antecedentes históricos del concepto de la curva de aprendizaje en el campo de la formación académica se remontan a las investigaciones realizadas sobre la memoria publicadas en 1885, por el psicólogo alemán Hermann Ebbinghaus, quien describió en concepto de curva del olvido, en la que relacionaba la intensidad del recuerdo versus el tiempo en el

que se mantenía en la memoria. La curva del olvido señalada por este autor representaba logarítmicamente la pérdida de retentiva en función del tiempo (2) (Figura 1).



Figura 1. Representación gráfica de la Curva del olvido en la que relaciona la intensidad del recuerdo aprendido versus el tiempo en el que se mantiene en la memoria.

El teoría de la curva de aprendizaje en el proceso de la memoria y el adiestramiento en diferentes tareas, comienza a ser formalmente considerado y estudiado como tal, por el psicólogo Arthur Gilbert Bills en 1934, en su libro titulado *General experimental psychology*, en el que señaló que la curva de aprendizaje es una herramienta gráfica cuantitativa y cualitativa para representar la tasa de mejora en términos de un criterio dado de eficiencia como resultado de la práctica, en la cual se valora el progreso de aprendizaje de una determinada competencia, durante el proceso de asimilación, retención, aptitud y pericia (3).

Este concepto comienza a ser considerado en el campo de la medicina y especialmente en las disciplinas quirúrgicas entre los años 1984-1995, presentado por Spiegelhalter y col. en el que se estudió la disminución en el número de muertes de niños sometidos a cirugía cardiovascular, a medida que los cirujanos lograban un nivel de entrenamiento adecuado (4).

En Japón la estrategia Kaizen (mejora continua) se utilizó como método de resolución de problemas en muchos campos y actualmente aplicado en la atención médica entre 2015 y 2018 para mejorar su calidad y eficiencia. La palabra Kaizen se asocia con este enfoque, como una medida de mejora continua en el aprendizaje humano, basándose en la detección de errores, su respectiva rectificación y el perfeccionamiento de la competitividad del individuo. El desarrollo de esta estrategia abarca la retroalimentación periódica del todo el personal asistencial involucrado, categorizado según sus competencias, capacidades y habilidades técnicas, para responder a la resolución de problemas, sustentándose en varios pasos secuenciales como: comprender el reto o problema presentado, establecer objetivos claros, analizar factores en contexto, desarrollar e implementar contramedidas y confirmar efectos (5).

En la actualidad, el desarrollo del concepto de curva de aprendizaje en todo el espectro de especialidades y procedimientos médicos es un instrumento científico clave para medir resultados a largo plazo, tomar decisiones, obtener competitividad, detectar errores y corregirlos. Su interpretación se ha vuelto más compleja y controvertida, con una demanda de objetivos, habilidades específicas y excelentes resultados cada vez mayor, que han propiciado muchos estudios sobre el proceso de aprendizaje de procedimientos quirúrgicos individuales y en equipo, desde los más simples hasta los más complejos. Por añadidura, con la llegada de las técnicas quirúrgicas de mínima invasión, este concepto se ha convertido en nuestros días, en un “dogma” fundamental, con implicaciones específicas en todos los campos de la cirugía y potencialmente inquietantes desde el punto de vista económico y ético (7,8).

CARACTERÍSTICAS CIRCUNSTANCIALES DE LAS CURVAS DE APRENDIZAJE

La teoría de la curva de aprendizaje se basa en el concepto de que existe un período inicial en el que el esfuerzo invertido en los aprendices es mayor que el retorno. Sin embargo, tras evolucionar y superar en su curva de aprendizaje, el retorno es mucho mayor que la inversión. Cuanto más se enseña a un aprendiz practicar una determinada tarea, este se vuelve mejor en ella, lo que se traduce en un menor costo de capacitación y un mayor rendimiento con el tiempo. El modelo de curva de aprendizaje ayuda a realizar un seguimiento del progreso de la capacitación, mejorar la productividad y predecir el desempeño y la mejora de los alumnos a lo largo del tiempo. Sin embargo, la relación entre la cantidad de tiempo dedicado a practicar una actividad y el rendimiento general no es lineal. Siempre habrá períodos específicos para cada actividad, de acuerdo a su grado de complejidad, en los que una pequeña cantidad de práctica produciría una mejora enorme en el resultado o en los que incluso mejoras menores pueden requerir muchas horas de trabajo. En síntesis, la curva de aprendizaje analiza la relación y variaciones entre la práctica y la competencia a lo largo del tiempo. La representación gráfica de una curva de aprendizaje correlaciona el desempeño de un aprendiz en una determinada tarea o actividad con el número de intentos y el tiempo necesario para completar esa tarea de manera independiente con resultados razonables (4,7).

En el campo de la medicina y especialmente en las disciplinas quirúrgicas se han descrito diferentes tipos de curvas de aprendizaje, de acuerdo con el nivel de capacitación del aprendiz y la complejidad de la tarea realizada. Las características circunstanciales de cada tipo de curva dependen de diversos aspectos:

- a. Capacitación teórica previa adecuada.
- b. Naturaleza repetitiva de la tarea o actividad.
- c. Proceso de progreso de aprendizaje (tiempo necesario para habilidad).

Durante el proceso de progreso de aprendizaje, especialmente en procedimientos complejos o muy especializados, la curva de aprendizaje puede registrar diferentes etapas:

- a. Etapa de aprendizaje inicial o lento.
- b. Etapa de aprendizaje exponencial.
- c. Etapa en la que el desempeño del aprendiz se estabiliza, presentando ligeros incrementos de habilidad con el tiempo.
- d. Etapa de estancamiento de la competencia del aprendiz una vez que ha dominado su habilidad.
- e. Etapa en la que un aprendiz todavía está trabajando para mejorar su habilidad.
- f. Etapa de sobre aprendizaje, la que la habilidad del aprendiz se vuelve automática (memoria propioceptiva).

De acuerdo con lo antes establecido se pueden registrar diferentes representaciones con etapas de aceleración negativa o lenta, de aceleración positiva o rápida, de meseta o estabilización y de revitalización o incremento de competencia y sobre aprendizaje (1,6,7) (Figuras 2 - 5).

Curva de rendimiento decreciente



Figura 2. Representación gráfica de una curva de aprendizaje o de rendimiento decreciente que señala que si aumenta la cantidad de intentos para adquirir una habilidad manual (desempeño) durante un tiempo determinado, el desempeño aumentará significativamente al principio hasta dejar de crecer en el tiempo, pudiendo incluso disminuir. Una curva de este tipo (empinada) señala “que en poco tiempo se aprendió mucho y con el tiempo ese aprendizaje se mantuvo”.

Curva de rendimiento creciente



Figura 3. Representación gráfica de una curva de aprendizaje o de rendimiento creciente que indica que el progreso de aprendizaje (desempeño) en un determinado tiempo se inicia de manera lenta hasta que posteriormente, se acelera y aumenta de manera exponencial. En este tipo de curva, cuanto mayor se pronuncia su inclinación, mayor es también la velocidad de aprendizaje. Una curva de aprendizaje creciente señala: “en poco tiempo se aprendió poco y muy lentamente y con el tiempo ese aprendizaje aumento mucho”.

Curva en S o sigmoidea



Figura 4. Representación gráfica de una curva de aprendizaje sigmoidea o en “S”: es el tipo de curva más habitual porque describe cómo se produce normalmente el aprendizaje cuando una persona se enfrenta por primera vez a una tarea o habilidad. El inicio del aprendizaje (desempeño) es lento en el tiempo empleado, porque se requiere de un conocimiento previo de la tarea asignada. Cuando el conocimiento y habilidad han progresado, el rendimiento

de la habilidad requerida para lograr eficientemente dicha tarea se acelera e intensifica de manera exponencial en el tiempo y su progreso de aprendizaje se estabiliza (meseta de la curva). Una curva de aprendizaje sigmoidea o en “S” señala: “que el inicio del aprendizaje es lento, hasta que, con el conocimiento y la práctica, se adquiere mayor habilidad y eficiencia en realizar la tarea en menos cantidad de tiempo, llegando ese aprendizaje a estabilizarse en el tiempo.



Figura 5. Representación gráfica de una curva de aprendizaje compleja que señala que el proceso de aprendizaje pasa por varias etapas. Normalmente el progreso de la habilidad requiere de un conocimiento y aprendizaje más complejo y extenso. La curva tiene un inicio del aprendizaje (desempeño) lento, que dependerá de la complejidad del conocimiento previo para realizar la tarea asignada. Seguidamente progresa a una fase de aumento en la capacidad o incremento de la competencia. Después que el conocimiento y habilidad han progresado, el rendimiento de la habilidad requerida para lograr eficientemente dicha tarea se desacelera, se estanca y puede incluso disminuir (fase de estancamiento de la competencia después de haber dominado la habilidad requerida). Seguidamente se registra una etapa de mejoramiento exponencial de la habilidad necesaria para una alcanzar una mejor eficiencia de realizar la tarea aprendida de forma independiente y con resultados razonables (fase de mejoramiento de la habilidad requerida) para finalmente seguir progresando también de manera exponencial a una etapa incremento de competencia, revitalización del aprendizaje o sobre aprendizaje. Una curva de aprendizaje compleja se registra usualmente en procedimientos complejos (procedimientos médicos y quirúrgicos avanzados, que señalan que “que el inicio del aprendizaje es lento, con el conocimiento y la práctica, la evolución del aprendizaje y la habilidad evolucionan en el tiempo lentamente, la eficiencia en realizar la

tarea se estanca o puede decaer levemente (reforzamiento de conocimientos, aparición de dificultades inesperadas e inusuales o situaciones complejas). Posteriormente se manifiesta una etapa de mejoramiento exponencial del conocimiento y la habilidad necesaria para alcanzar una mayor eficiencia para realizar la tarea realizada de forma independiente y con resultados razonables, la cual finalmente sigue progresando a un nivel más elevado de competencia, hasta alcanzar la automatización del conocimiento y las habilidades aprendidas.

Debido a los avances tecnológicos en gran parte de las especialidades médicas modernas y especialmente en las disciplinas quirúrgicas, el entrenamiento académico contemporáneo de los médicos esta fundamentalmente enfocado en el conocimiento científico, el razonamiento clínico, la habilidad motora para realizar procedimientos diagnósticos invasivos especializados o quirúrgicos y su probidad humana. Las destrezas para realizar cualquier tipo de procedimiento médico o quirúrgico (desde un procedimiento endoscópico diagnóstico hasta una cirugía especializada) requiere de un aprendizaje práctico previo, para que este pueda ser realizado en un tiempo determinado, de manera independiente y exitosa.

La curva de aprendizaje, especialmente en los procedimientos médicos o quirúrgicos complejos y especializados, puede sufrir distorsiones derivadas a la impaciencia o el abandono del aprendiz que derivan en un proceso de capacitación insuficiente o defectuoso, esta circunstancia puede menoscabar la correcta idoneidad técnica del médico con perjuicios potenciales en sus pacientes. La interrupción prematura de un proceso de aprendizaje metódico por la impaciencia o el abandono puede algunas veces estar impulsada por la tentación de una realidad equivocada de un aprendiz de querer lograr una meta de aprendizaje acelerada que requiere algunas veces, de años para su maduración y cumplimiento. Estas distorsiones de la experiencia de aprendizaje en cualquiera de los diferentes modelos propuestos de curva de aprendizaje, especialmente en aquellos relacionados con competencias especiales de alta complejidad, pueden registrarse con

estancamiento de la eficiencia de la habilidad que aprende en función del tiempo necesario para lograr eficientemente ese objetivo. A esta fase de estancamiento el autor principal de este trabajo las ha identificado como “curva de la impaciencia” y “curva del abandono” (10,11) (Figura 6).

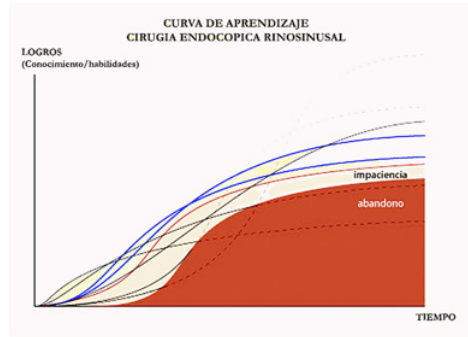


Figura 6. Representación gráfica de una curva de aprendizaje que registra las distorsiones derivadas a la impaciencia o el abandono de un aprendiz durante un proceso de capacitación insuficiente o defectuoso, esta circunstancia puede menoscabar la correcta idoneidad técnica del médico con perjuicios potenciales en sus pacientes. La interrupción prematura de un proceso de aprendizaje metódico y sistemático por la impaciencia o el abandono, en cualquiera de los diferentes tipos conocidos de curva de aprendizaje, especialmente en aquellos relacionados con competencias especiales de alta complejidad como los que podemos contemplar en diversos procedimientos médicos diagnósticos invasivos o quirúrgicos, pueden registrarse con estancamiento de la eficiencia de la habilidad que aprende, con potenciales repercusiones perjudiciales en los pacientes.

Las curvas de aprendizaje individuales, también denominadas curvas de experiencia, demuestra que las personas hacen mejor sus cometidos a medida que estos se van repitiendo, adquiriendo habilidad, eficiencia o practicidad a partir de su propia experiencia. Sin embargo, la aplicación estricta de este concepto, en el proceso de aprendizaje

de habilidades en el campo de la medicina y especialmente en las disciplinas quirúrgicas, debe ser abordado y reflexionado de manera cuidadosa. El término “experiencia” entendido como el aprendizaje de conocimientos y habilidades concretas que se han adquirido y asimilado en un período determinado de la vida, cuando es contrastado con lo que siglo XVIII señaló el filósofo alemán del Friedrich Heinrich Jacobo, exponente de la corriente filosófica que sostiene la imposibilidad del conocimiento y niega la existencia y el valor de todas las cosas (nihilismo), cuando señaló: “Algunos hombres, cometen el mismo error durante 50 años y a eso le llaman experiencia” (12). Esta axiomática y antigua reflexión puede ser altamente temeraria cuando el aprendizaje de habilidades en el aprendizaje de diversos procedimientos diagnósticos invasivos especializados o quirúrgicos se basan en la destreza manual (propioceptiva) del aprendiz y la celeridad de su ejecución y no en las mejores evidencias de eficiencia científicas sobre los pacientes.

Chris Argyris y col. (13) señalaron hace más de 3 décadas, que el aprendizaje es “la detección y corrección de un error”. Un error es una desavenencia entre nuestras intenciones y lo que realmente sucede. Los errores generan rutinas defensivas: normas, prácticas o acciones que impiden que las personas implicadas se vean amenazadas o queden en evidencia y que, a la vez, impiden que descubran la manera de eliminar las causas de ello”, apuntando además que el aprendizaje puede obstaculizarse por tales rutinas, que son comunes en todas las culturas y en todos los tipos de organización y disciplinas. Estos autores (13) fueron los primeros en utilizar el término “aprendizaje organizativo”, señalando que “los seres humanos muestran un admirable ingenio para la autoprotección. Pueden crear defensas individuales y organizativas que sean poderosas y en las que el poder esté principalmente al servicio del rendimiento deficiente o insatisfactorio y del anti-aprendizaje”. El aprendizaje de habilidades médico-quirúrgicas especializadas de diversos procedimientos diagnósticos invasivos o quirúrgicos es complejo y requiere, como medida preliminar, reconocer que pueden producirse fallos y errores. Algunas personas que han adquirido destrezas generalmente suelen no estar acostumbradas a los fallos. Reconocer y

admitir su existencia, y aceptar responsabilidades, es uno de los aspectos que más pueden soportar las personas habilidosas. Cuando se sugiere que su rendimiento o eficiencia puede no haber sido satisfactoria, su reacción puede desestimar fracaso (10,14).

El aprendizaje de habilidades médico-quirúrgicas y su curva dependen de numerosos factores como son la aptitud quirúrgica, la destreza manual, el conocimiento de la anatomía, el centro de trabajo, el volumen de pacientes y la presencia de esquemas estructurados de entrenamiento y el tutelaje o supervisión. El tipo, la naturaleza y la complejidad de un determinado procedimiento también pueden influir en la pendiente de la curva. Los factores del paciente, como las características anatómo-funcionales que en algunos casos particulares pueden ser complejas y de sus diferentes morbilidades, también tienen su impacto sobre una curva de aprendizaje (10,15).

Conforme un médico es más experimentado, puede manejar casos más complejos y este es otro factor que puede afectar los resultados. Los médicos con cierta experiencia práctica y especialmente los que están en período de formación académica, que trabajan en hospitales con alto volumen de pacientes, tienen la oportunidad de refinar sus técnicas y por tanto, pueden mejorar sus resultados por aprendizaje, pero: ¿Qué pasa con aquellos médicos que no cuentan con esta oportunidad? y ¿Qué pasa con aquellos pacientes que son objeto de procedimientos diagnósticos invasivos o terapéuticos en un ambiente hospitalario por médicos inexpertos o con escasa preparación? (10).

Es un hecho cierto, que se pueden presentar complicaciones mucho tiempo después de haberse rebasado la curva de aprendizaje, porque algunos factores como el exceso de confianza por la habilidad y la rapidez adquiridas por el personal médico, así como la falta de aptitud, pueden contribuir a una mayor morbilidad intra y posterior al procedimiento realizado, bien sea diagnóstico invasivo o quirúrgico (15).

La curva de aprendizaje sin tutelaje ha sido utilizada por algunos médicos y cirujanos, como un pretexto para realizar distintos procedimientos, alejándolos del compromiso profesional con el paciente y permitiendo que sufran complicaciones que pongan en riesgo su

vida o dejen secuelas graves, incrementándose los costos en salud y deteriorándose la imagen del cirujano ante la sociedad. Es por ello que el proceso de aprendizaje de procedimientos en medicina y cirugía y sus correspondientes curvas de aprendizaje, pueden fluctuar en relación con el aprendizaje manual en otras áreas no médicas, porque estas últimas se enfocan primariamente en el procedimiento de la eficiencia de la tarea que se intenta aprender y no en la calidad de la tarea lograda. Debemos admitir que para el paciente la palabra calidad puede ser sinónimo de seguridad. Sin embargo, en el contexto pragmático lo aprendido en medicina o cirugía, el concepto de calidad puede significar ayudar, mientras que el concepto de seguridad es no dañar. Llevar estos principios a la práctica diaria del médico y cirujano contemporáneo sin duda, nos permitirá mejorar la calidad y la seguridad de nuestras intervenciones y ayudará a preservar el honor de la profesión médica recuperar y contribuir a resguardar y recuperar la dignidad y salud de los pacientes (15).

Teóricamente, una curva logarítmica de aprendizaje: mientras más empinada sea la curva, mayor es la eficiencia del aprendizaje, señalando de manera pragmática que “en un determinado tiempo se aprendió mucho”. Sin embargo, una curva de aprendizaje empinada en el sentido médico académico, este concepto puede ser inexacto, porque no siempre señala que en poco o un determinado período de tiempo se aprendió mucho. Por esta razón, los registros de curvas de aprendizaje de procedimientos en medicina y cirugía pueden ser suelen ser complejos, con etapas de aceleración negativa o lenta, de aceleración positiva o rápida, de estabilización inconclusa (meseta) y de incremento de competencia y sobre aprendizaje (revitalización) (10,15).

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL APRENDIZAJE MÉDICO-QUIRÚRGICO

A lo largo de la historia, los médicos que realizan procedimientos han mantenido sus destrezas, sus experiencias y su honestidad, con la intención suprema de curar y evitar daños innecesarios, siguiendo los

principios de adiestramiento, profesionalismo y ética. Hace medio siglo, el personaje mítico del cirujano asumía todo el protagonismo, definiéndose como un ser virtuoso, superior y responsable y de total confiabilidad. Pero a medida que se comenzaron a tomarse en consideración las normativas moralistas en los que se debe sustentar la práctica médica y quirúrgica surgió la necesidad de dedicar una mayor atención y responsabilidad para reflexionar y decidir sobre aspectos éticos en los pacientes (16).

El médico ejerce su actividad con la mente, con su sentimiento y con sus manos, porque es una labor científica e intelectual que conlleva un propósito humanitario y se ejecuta muchas veces mediante procedimientos manuales. En la expresión del cirujano sólo cabe la perfección, que resulta del conocimiento, de la capacitación, de la habilidad y de la experiencia. Este conjunto de cualidades ha sido a lo largo de la historia determinantes en la caracterización de la idoneidad profesional. Como la medicina y cirugía se asocian a una exigente responsabilidad entre todas las actividades humanas, sólo deberían ser ejercida por quienes posean idoneidad y se debiera practicar de manera prudente, buscando el bien inmediato y seguro del enfermo (10,16).

El cirujano está facultado y autorizado a realizar toda intervención que redunde en beneficio del paciente, pero debe rehusar, por principio, todo lo que pueda causar un mal o que perjudique la salud. Y no debe poner en práctica nada que sólo suponga un lucimiento personal, que tenga dudosa utilidad o que sea potencialmente nocivo. El acto quirúrgico representa una agresión cruenta, tal vez una de las formas más demostrativas de cómo un enfermo puede poner, literalmente, su vida en nuestras manos, depositando toda su confianza en nosotros, por lo que debe indicarse y practicarse con la convicción de que es la mejor opción terapéutica que permite, dentro de lo humanamente posible, ofrecer la curación bajo el sustento de una consciente capacidad profesional y un comportamiento ético (17).

Como cirujanos estamos obligados a actuar conforme al “*lex artis ad hoc*”, definiendo este término como como el conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo en el mo-

mento en el que se trata. El “*Lex Artis ad hoc*” es por lo tanto un criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo procedimiento o tratamiento médico que significa el modo de hacer bien las cosas y la dispráxis sería no cumplir adecuadamente, salvo justificación muy razonada, con los preceptos destinados a este fin. La regla clásica de la ética médica *Primum non nocere* viene definida en buena medida por el *Lex Artis ad hoc* (18).

La ciencia médica no es exacta y el médico puede ser susceptible al error. A menudo los errores se intentan minimizar, calificándolos como complicaciones, haciendo recaer su causa sobre la condición del paciente. La actitud ética y el deber de honestidad del médico en la implementación del *Lex artis ad hoc* como estándar en su práctica clínica debe considerar y diferenciar cuando una complicación surgió por un error, cuando se indicó y se realizó un procedimiento de manera inapropiada, bien sea por falta de capacitación o de condiciones adecuadas. Todo procedimiento médico-quirúrgico puede tener riesgos y por ello es importante para estimar su impacto en los pacientes considerar la capacidad de quienes y el lugar donde se practican los mismos, sus efectos secundarios y la selección apropiada de los pacientes. El médico por lo tanto debe asumir un compromiso crucial, no sólo en estar cognoscitiva y técnicamente capacitado en realizar un procedimiento médico-quirúrgico ajustado a la ciencia actual, sino de llevarlo a cabo con el cuidado y precisión exigibles, de acuerdo con las circunstancias y sus riesgos inherentes (18).

Debido a la variedad de tratamientos, al avance tecnológico y a la presión de la industria, puede resultar difícil mantener. La ciencia y la tecnología en su arrollador avance, en muchos casos rebasan al humanismo y los principios éticos, haciéndonos pensar que el mejor tratamiento sólo es posible a través de la tecnología de punta. Por eso, el cirujano debe poseer habilidad específica, experiencia, disposición de ánimo y conocimientos claros, para poder utilizarlos junto con sus manos, los instrumentos y las técnicas actuales, con el objeto de eliminar la enfermedad, prolongar la vida y mejorar su calidad y dignidad. Contando previamente con el consentimiento informado del paciente,

el cirujano está asumiendo junto a él un riesgo calculado al iniciar un procedimiento médico-quirúrgico y ese riesgo previsto, gracias a su capacidad profesional, podrá ser superado con aproximación científica y preparación técnica, que únicamente habrían de variar circunstancias extraordinarias. Pero el consentimiento, por sí solo, no exime al cirujano de responsabilidad. Un consentimiento informado firmado por un paciente no equivale a una exoneración, pues ante la ley se estaría renunciando a algo a lo que no se puede renunciar, como lo es el derecho a la salud y la integridad del organismo. Un paciente antes de asentir, en ejercicio de su autonomía, debe recibir una comunicación efectiva y veraz. Apartarse de la fórmula del consentimiento informado supone un retorno al paternalismo médico, ocultando o manipulando la información, a fin de asegurar que las decisiones sean acordes con la opinión del cirujano (19,20).

Cuando se oscurece la diferenciación entre práctica clínica e investigación o innovación, surgen interferencias tanto en el consentimiento informado como en el concepto de la integridad profesional. Las normas éticas y los derechos humanos son universales porque es universal la dignidad humana sobre la que están fundamentados. El respeto a esa dignidad es lo que obliga a los médicos a obtener el consentimiento informado de manera comprensible y acorde con el lenguaje y la cultura de la persona. El respeto y la sinceridad son dos maneras de tener en cuenta la autonomía del paciente, su libertad para decidir y su derecho a recibir información sobre lo que le ocurre. Aunque no exista siempre la obligación de decir toda la verdad, en todo caso el médico no debe mentir ni inducir a engaño, aunque sólo fuera por la razón pragmática de que una mentira puede erosionar y socavar la confianza: si la mentira no se evita o no se enmienda, los daños pueden ser graves e irreparables (21).

En el momento de un procedimiento médico-quirúrgico, un paciente es un ser vulnerable e indefenso y no tiene capacidad de opinar o de oponerse a nada y un médico debe ser extremadamente correcto para no someterle a sufrimientos no previstos, no abusando de la confianza depositada en él. No es un argumento válido que basándose en la

curva de aprendizaje se puedan causar daños irreversibles, falsamente auto justificados, sobre todo cuando el beneficio demostrado o que se espera alcanzar, es muy pobre o nulo: la curva de aprendizaje no puede erigirse en argumento justificativo de una mayor morbimortalidad. En otras palabras, el médico no puede someter a su paciente a riesgos no relacionados con su proceso, diferentes de las condiciones patológicas por las cuales se lleva a cabo el acto médico y por lo tanto, no debe ser sometido a procedimientos, en ningún caso, que puedan comportar peligro adicional para su salud. La principal declaración de lealtad del médico ante un paciente es la que este le debe demostrar a su paciente y a su bienestar como ser humano, debiendo anteponerse a cualquier otra aspiración o incentivo (22,23) .

DESAFÍOS ÉTICOS EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS INAPROPIADOS O INNECESARIOS

La proliferación de procedimientos médico-quirúrgicos con resultados discutibles, el aumento desmedido de intervenciones sin la satisfacción adecuada de los pacientes junto con el aumento de acusaciones por presunta dispraxis médica, sustentadas en una débil indicación formal y el aumento de los costos de la atención de la salud han puesto al descubierto el concepto de los estudios médicos invasivos y las cirugías inapropiadas o innecesarias. Estos se realizan a menudo sin beneficio alguno de los pacientes; transgreden el principio de no maleficencia, al no considerar las consecuencias de los daños y agresiones que pueden ocasionar; contravienen el principio de justicia al incurrir en uso inadecuado de recursos y violentan muchas veces, las normas del consentimiento informado, incluida la veracidad (24) .

Ya en 1937, Max Thorek en 1960 señalaba que “el primer gran error en la cirugía es la operación innecesaria y el siguiente es la realización de un procedimiento quirúrgico por un cirujano no adecuadamente entrenado para realizarlo” (25). El concepto de innecesaridad en la indicación de un procedimiento médico trasgrede el cumplimiento del principio Hipocrático fundamental de medio siglo aC., de *Primum non nocere* (Primero no hacer daño), cuando no se

fundamenta en las indicaciones médicas formales y cuando no esta respaldado con una valoración completa de las necesidades y condiciones físicas, emocionales, sociales y ocupacionales de un paciente. Cuando el médico ha actuado con falsedad o malicia para inducir la aceptación de una indicación de una técnica o procedimiento médico-quirúrgico, utilizando argumentos engañosos y confusos o peor aún, cuando se ha valido de razonamientos incorrectos con la intención de lucro o cuando el acto médico es parte de en un protocolo de investigación que se aparta de los derechos del paciente y de las normas éticas internacionales (26).

Los procedimientos terapéuticos y actos intervencionistas calificados como inapropiados o innecesarios, han sido siempre impugnados y juzgados por los propios médicos, pero con la salvedad de que este concepto debe ser analizado de acuerdo a las diferentes épocas de la historia de la medicina, los niveles y evolución de los conocimientos científicos, los recursos económicos dedicados a su desarrollo y la evolución de la enseñanza médica y sus programas de entrenamiento y capacitación, hasta llegar a la contextualización de la los estándares actuales de calidad en la atención médica y ejercicio de la medicina basada en evidencias (17,20,27).

La preocupación acerca de procedimientos médico-quirúrgicos innecesarios o inapropiados ha sido un tema intensamente debatido en los últimos 50 años. El un extenso documento realizado por Comité de Calidad de la Atención Médica del Congreso de Estados Unidos de Norteamérica (28), se definieron seis categorías de procedimientos de este tipo que a priori y sin previo análisis, podrían ser consideradas innecesarios e inapropiados:

1. Procedimientos en los cuales no se extraen tejidos patológicos.
2. Procedimientos con indicación discutible.
3. Procedimientos para aliviar síntomas tolerables o no invalidantes.
4. Procedimientos para trastornos asintomáticos o no amenazantes.
5. Procedimientos considerados obsoletos, desacreditados o anticuados.
6. Procedimientos con escasa o nula justificación clínica y/o estudios complementarios.

En el mismo documento se señalaron igualmente las 15 principales circunstancias y factores que comúnmente contribuyen a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos innecesarios o inapropiados:

1. Intención de lucro desmedido.
2. Necesidades económicas del cirujano.
3. Fallos en el diagnóstico.
4. Equipos modernos con necesidad de recuperar inversiones.
5. Tecnología avasallante.
6. Exigencias de los pacientes.
7. Necesidad de obtener destrezas quirúrgicas
8. Necesidad de acortar el tiempo en la curva de aprendizaje
9. Por circunstancias de medicina institucional administrativa o privada
10. Por modas y costumbres
11. Por variaciones en la práctica médica en diversas áreas geográficas
12. Por medicina defensiva
13. Por fallos de los sistemas de auditorías de los departamentos de cirugía
14. Por adquirir prestigio en el tratamiento de una determinada patología
15. Deshumanización del cirujano

Todas las circunstancias señaladas en este documento rebasan los límites del ámbito de la ética médica con el contexto médico legal, a pesar de que la ética no es un asunto estrictamente legal pero lo legal siempre tiene un fondo ético. Desde el punto de vista ético y médico legal, la mayor parte de estos factores son iguales a actitudes dolosas, fraudulentas e ilícitas y por lo tanto consideradas como dispraxis (29).

La ética, en su concepto primigenio, analiza las conductas y el comportamiento de las personas y las califica como aceptables o erróneas, a condición de que sean voluntarias y conscientes, expresa, asimismo, la propuesta colectiva de la sociedad. En tanto, la ética médica, en ese mismo sentido, orienta la conducta del profesional médico hacia el acto

médico correcto, y propicia el logro de un estándar ideal y de excelencia de las relaciones que éste debe establecer con los pacientes (30).

Los procedimientos médico-quirúrgicos innecesarios o inapropiados deben ser considerados como un ejemplo de error médico con potenciales repercusiones bioéticas y médico legales y en respuesta al por qué se pretenden seguir realizando, debemos enfatizar su reprobación, cuando se indican deliberadamente por motivos ajenos al ámbito científico, poniendo en riesgo la integridad de los pacientes y servir de mal ejemplo en la actitud ética y el deber de honestidad del médico como estándar del *Lex Artis ad hoc* del ejercicio de la medicina (25,28,31).

Excluida esta posibilidad, otros motivos pueden ser la ignorancia del médico en ejercicio, por desactualización de sus conocimientos, o que los conocimientos actualizados y difundidos hayan sido desestimados por su experiencia anecdótica. Todo esto debe estimular el desarrollo de los consensos clínicos y de la medicina basada en la evidencia, que filosóficamente se ha convertido en el paradigma contemporáneo de la práctica médica cotidiana, transformándola en ejercicio apoyado por la síntesis de la mejor evidencia y argumentos científicos sólidos y comprobados para la indicación y resolución de los problemas de los pacientes. Esta metodología, es en la actualidad es un nuevo enfoque que disminuirá a su mínima expresión los casos de procedimientos médico-quirúrgicos innecesarios o inapropiados. Sin embargo, es fácil constatar que se siguen presentando factores y circunstancias que lamentablemente obstaculizan este objetivo (32,33).

CONCLUSIONES

El progreso científico y médico deben estar vinculados abiertamente con los principios éticos en la práctica clínica cotidiana. La reafirmación de los valores éticos tradicionales tanto en la investigación como en la asistencia médica, deben subrayar que es necesario no dañar, proteger al vulnerable y respetar la dignidad de pacientes con

el consentimiento informado, la confidencialidad, libertad de decisión y la objetividad de nuestras actuaciones, que en los tiempos actuales deben estar basadas en las mejores y más sólidas evidencias científicas.

Los procedimientos médico-quirúrgicos deben cumplir siempre cuatro condiciones básicas que son el conocimiento, la habilidad para ejecutarlos, la rectitud y la bondad. Un acto es incorrecto cuando no está técnicamente bien realizado. Si un médico no sabe utilizar de forma adecuada los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, decimos que los utiliza “incorrecta o indebidamente”. Por eso al médico que practica su oficio y arte de modo incorrecto, se le califica de “mal médico”. Hay malos médicos como hay malos profesionales en otras actividades. Los malos médicos no se identifican con los “médicos malos”. Mal médico es el que posee una capacidad técnica insuficiente o incorrecta, en tanto que el “médico malo” es aquél que la utiliza mal porque es moralmente malo. Un buen médico puede ser a su vez un médico malo, dado que la suficiencia técnica no implica necesariamente la bondad moral, por lo que al médico se le deben exigir ambas características.

A lo largo de la evolución histórica de la medicina y cirugía, se han realizado, se hacen y se seguirán haciendo, procedimientos diagnósticos y terapéuticos intervencionistas que deben estar apoyados en los conocimientos, competencias, destrezas, profesionalismo, ética y la actuación humana del médico, con el objetivo primordial de proporcionar beneficios y mínimos riesgos. En todas las épocas se han hecho reflexiones sobre lo que se acepta como procedimientos y cirugías necesarias según las circunstancias del momento histórico y también ha existido la voluntad de conocer lo que se ha hecho bien o se ha realizado mal por innecesario, incompetencia, impericia y antiético.

Admitiendo el innegable papel del desarrollo con las nuevas tecnologías y habilidades técnicas especializadas, no podemos ignorar los inconvenientes y dilemas que ellas han suscitado. Ellas han ejercido una presión significativa de innovación y modernidad en la capacitación del médico contemporáneo y un aumento de costos para los sistemas de salud. Muchas veces la utilidad de los nuevos procedimientos no ha sido correctamente evaluada, cuando observamos principalmente

en los médicos más jóvenes un reduccionismo de la medicina a lo estrictamente biológico y técnico, ignorando la interacción de las variables físicas, emocionales, sociales y culturales de la esencia del ser humano desfavorecido por una condición de salud, lo que ha contribuido finalmente a la despersonalización en la relación médico-paciente y a la deshumanización de la medicina.

Más allá de las idealizaciones retóricas, la vocación médica de manera implícita debe tener siempre presente la disposición de que el médico debe auto limitarse cuando las circunstancias le impiden tener presentes los principios de la ética. La conciencia, la medicina, el ejercicio profesional y el bien de los pacientes deben conjugarse en la práctica clínica habitual. Los principios éticos en la medicina no son un factor limitante de la innovación, la investigación, la formación o la actuación profesional, sino una decidida apuesta por el ser humano y su dignidad. Un acto médico diagnóstico y terapéutico en un paciente será correcto cuando se realiza con conocimiento, pericia y técnica, y será mejor cuando además cumpla con las exigencias de la ética médica y considere la importancia dentro de los programas de estudio los aspectos bioéticos y humanísticos.

REFERENCIAS

1. Bristol Royal Infirmary Inquiry. Care in the operating theatre and the “learning curve.” 2001 Available at: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090811143822/>; http://www.bristol-inquiry.org.uk/final_report/the_report.pdf. Accessed January 2017.
2. Hermann Ebbinghaus, Über das Gedächtnis. Untersuchungen zur experimentellen Psychologie. 1885. Verlag Von Duncker & Humblot Ed., Leipzig. SBB-PK, Nn 8844.
3. Bills, AG. The curve of learning. En: General experimental psychology. Bills, Arthur Gilbert Longmans psychology series. 1934:192-215. New York, NY.: Longmans, Green Ed. New York, Número de OCLC: 3450203.
4. Spiegelhalter DJ, Evans S, Aylin P, Murray G. Overview of statistical evidence presented to the Bristol Royal Infirmary Inquiry concerning

- the nature and outcomes of paediatric cardiac surgery services at Bristol relative to other specialist centres from 1984 to 1995. Bristol Royal Infirmary Inquiry 2000. En: www.bristol-inquiry.org.uk/final_report/annex_b/images/Spiegelhalteretal_O_statev1.pdf.
5. Koike D, Nomura Y, Nagai M, Matsunaga T, Yasuda A. Bundle interventions including nontechnical skills for surgeons can reduce operative time and improve patient safety. *Int J Qual Health Care.* 2020;32(8):522-530.
 6. Latiff A. La “Curva de Aprendizaje”. Qué es y cómo se mide. *Rev Urol Colomb, Sociedad Colombiana de Urología.* 2005;14(1):15-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120315004>.
 7. Siri J, Reed AI, Flynn TC, Silver M, Behrns KE. A multidisciplinary systems-based practice learning experience and its impact on surgical residency education. *J Surg Educ.* 2007;64(6):328-332. doi: 10.1016/j.jsurg.2007.05.002.
 8. Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med.* 2012;87(9):1185-1190. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182604968.
 9. Gonsalves C, Zaidi Z. Hands in medicine: understanding the impact of competency-based education on the formation of medical students identities in the United States. *J Educ Eval Health Prof.* 2016;13:31. doi: 10.3352/jeehp.2016.13.31.
 10. De Sousa A. Curva de aprendizaje en cirugía endoscópica rinosinusal. Masterly ENT postgraduate Lectureship. Universidad Central de Venezuela Hospital Domingo Luciani, DOI: 10.13140/RG.2.2.27957.04327 Curva de aprendizaje en cirugía endoscópica rinosinusal. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/370717227_Curva_de_aprendizaje_en_cirugia_endoscopica_rinosinusal [accessed Oct 27 2023].
 11. Luen Rin I, Kennedy DW, De Sousa A. Cirugía Endoscopia básica de los senos paranasales: anestesia técnica y manejo postoperatorio. En: De Sousa A, Kennedy D, Levine H, Zinreich J, Palmer J, Hockstein NG, Chiu, Orlandi R, Kingdom, editores. *Cirugía Endoscopia de Nariz, Senos Paranasales y base de cráneo.* 2008.p.149-6. Ed. Mc Graw Hill-Latinoam; ISBN: 978-970-10-6959-2.

12. Wilde N. A Faith Philosopher of the Eighteenth Century. *The Philosophical Review*, 1914;23(3):317-332. DOI: 10.2307/2178624 Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2178624>.
13. Argyris Ch. Schön DA. Organizational Learning: A Theory of Action Perspective. *Reis*, 1997;77-78:345-348. <https://doi.org/10.2307/40183951>.
14. Gkiousias V. Scalpel Please! A Scoping Review Dissecting the factors and influences on professional identity development of trainees within surgical programs. *Cureus*. 2021;13(12):e20105. doi: 10.7759/cureus.20105.
15. Hasan A, Pozzi M, Hamilton JR. New surgical procedures: Can we minimise the learning curve? *BMJ*. 2000;320(7228):171-173. doi: 10.1136/bmj.320.7228.171.
16. Tung T, Organ CH Jr. Ethics in surgery: Historical perspective. *Arch Surg*. 2000;135(1):10-13. DOI: 10.1001/archsurg.135.1.10.
17. McKneally MF. Ethical problems in surgery: Innovation leading to unforeseen complications. *World J Surg*. 1999;23(8):786-788. doi: 10.1007/s002689900580.
18. Seoane JA. La lex artis como estándar de la práctica clínica. *Folia Humanística*. 2021;2(6):1-23. <https://doi.org/10.30860/0081>
19. Cook JA, Ramsaya CR, Fayers P. Statistical evaluation of learning curve effects in surgical trials. *Clinical Trials*. 2004;1(5):421-427. doi:10.1191/1740774504cn042oa.
20. Torjuul K, Nordam A, Sørli V. Action ethical dilemmas in surgery: An interview study of practicing surgeons. *BMC Med Ethics*. 2005;6:E7. doi: 10.1186/1472-6939-6-7.
21. Sohl P, Bassford HA. Codes of medical ethics: Traditional foundations and contemporary practice. *Soc Sci Med*. 1986;22(11):1175-1179. doi: 10.1016/0277-9536(86)90184-x.
22. Antonio EM, Fontes TM. A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia (Medical ethics under the bioethics point of view: the moral surgical practice). *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(5):355-360. doi: 10.1590/s0100-69912011000500013.

23. Cardenas D. Surgical ethics: A framework for surgeons, patients, and society. *Rev Col Bras Cir.* 2020;47:e20202519. doi: 10.1590/0100-6991e-20202519.
24. Ferreres A, Angelos P. Surgical Ethics Symposium: Ethical dilemmas in surgical practice. *World J Surg.* 2014;38(7):1567. doi: 10.1007/s00268-014-2562-7.
25. Thorek M. *Surgical errors and safeguards.* Philadelphia; Lippincott. 5th edition. 1960:450-454. ISBN-13: -978-0397500673.
26. Emmerson R, Creedon JJ. Unjustified Surgery Dilemma: Second Opinion Versus Preset Criteria”. *NY State Med,* núm. 1997;(77):779-785.
27. Helft PR, Eckles RE, Torbeck L. Ethics education in surgical residency programs: A review of the literature. *J Surg Educ.* 2009;66(1):35-42. doi: 10.1016/j.jsurg.2008.10.001.
28. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human.* En: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *Building a Safer Health System.* Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.
29. Bazmi S, Kiani P, Enjoo SA, Kiani M, Bazmi E. Assessment of surgery residents knowledge of medical ethics and law. Implications for training and education. *J Med Life.* 2023;16(3):406-411. doi: 10.25122/jml-2022-0035.
30. Rojas A, Lara L. ¿Ética, bioética o ética médica? *Rev Chil Enferm Respir.* 2014;30(2):91-94.
31. Martinez W, Lehmann LS. The “hidden curriculum” and residents attitudes about medical error disclosure: comparison of surgical and nonsurgical residents. *J Am Coll Surg.* 2013;217(6):1145-50. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2013.07.391.
32. Knifed E, Goyal A, Bernstein M. Moral angst for surgical residents: a qualitative study. *Am J Surg.* 2010;199(4):571-6. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.04.007.
33. Hong DZ, Goh JL, Ong ZY, Ting JJQ, Wong MK, Wu J, et al. Postgraduate ethics training programs: A systematic scoping review. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):338. doi: 10.1186/s12909-021-02644-5.

Síndrome de respuesta inflamatoria fetal: aproximación ultrasonográfica

Jeiv Gómez Marín¹, Carlos Cabrera Lozada², Alexandra Rivero Fraute³,
Yeyderli Robayo Rodríguez⁴, Carla Lozada⁵, Pedro Faneite Antique⁶

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023. XXIX.9>

ORCID: 0000-0003-4833-5160¹

ORCID: 0000-0002-3133-5183²

ORCID: 0000-0003-3171-6100³

ORCID: 0009-0000-0293-0648⁴

ORCID: 0000-0002-1136-7364⁵

ORCID: 0000-0003-1924-7663⁶

¹M.Sc. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.

²MD.PhD. Especialista en obstetricia y ginecología. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. Miembro Correspondiente Nacional puesto 16 de la Academia Nacional de Medicina.

³Especialista en obstetricia y ginecología, perinatología. Directora del programa de especialización en medicina materno fetal.

⁴Especialista en obstetricia y ginecología. Residente del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.

⁵Especialista en medicina interna. Profesora asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Docente asistencial del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.

⁶MD.PhD. Especialista en obstetricia y ginecología. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Profesor Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Director fundador del programa de especialización de Perinatología, Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, Puerto Cabello, Universidad de Carabobo.

RESUMEN

El síndrome de respuesta inflamatoria fetal (FIRS) es una condición caracterizada por presencia de una respuesta inflamatoria sistémica con compromiso multiorgánico, frecuentemente resultado de la activación de la respuesta inmune innata, en ausencia de evidencia de infección intraamniótica. Está relacionado con alteración de la programación fetal y aumento del riesgo de resultados perinatales adversos, incluyendo alteraciones del neurodesarrollo. Su diagnóstico convencional ha sido mediante amniocentesis o cordocentesis prenatalmente y el estudio histopatológico placentario postnatal. Se realizó revisión narrativa de la literatura encontrando que se han descrito marcadores ultrasonográficos de utilidad clínica en la detección del feto en riesgo de FIRS en corazón, timo, bazo, glándulas suprarrenales y riñones. Particularmente, aquellos marcadores realizables en ecografía bidimensional y *doppler* permitirían instaurar una metodología práctica para los residentes en formación y los especialistas en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal y perinatología. Es necesario realizar investigación clínica nacional en relación a la aproximación ultrasonográfica del feto en riesgo de FIRS.

Palabras clave: Síndrome de respuesta inflamatoria fetal, aproximación, marcadores, ultrasonido.

SUMMARY

The fetal inflammatory response syndrome (FIRS) is a condition characterized by presence of a systemic inflammatory response with a multi-organ involvement, frequently as result of innate immune response activation, in absence of evidence of intra-amniotic infection. It is related to fetal programming alterations and increase of adverse perinatal outcomes, including neurodevelopment disorders. Prenatal diagnosis testing for FIRS has been conventionally performed by amniocentesis or cordocentesis, and postnatal diagnosis by placental histopathological study. A narrative review of literature was performed

with findings of research on fetal heart, thymus, spleen, adrenal glands and kidney ultrasound markers with clinical utility on detection of the fetus at risk for FIRS. Particularly, those markers obtained by two-dimensional and doppler ultrasound would allow to set up a practical methodology for residents in training and specialists on obstetrics and gynecology, maternal fetal medicine and perinatology. It is necessary to perform national clinical research related to an ultrasonographic approach of the fetus at risk for FIRS.

Key words: Fetal inflammatory response síndrome, approach, ultrasound, markers.

INTRODUCCIÓN

El feto humano puede producir una respuesta inflamatoria cuando está expuesto a invasión microbiana con bacterias, virus, hongos, parásitos o estímulos no infecciosos (1-3). Dicha respuesta inflamatoria puede limitarse a un órgano o volverse sistémica cuando los mediadores inflamatorios entran a la circulación sanguínea. El término “síndrome de respuesta inflamatoria fetal” (FIRS por sus siglas en inglés) fue acuñado por Romero y col., (4) en 1998, mientras estudiaban el rol de la infección intraamniótica en la rotura prematura de membranas (RPM) y el parto pretérmino (PP), para describir una condición caracterizada por evidencia de una respuesta inflamatoria sistémica con compromiso multiorgánico, frecuentemente resultado de la activación de la respuesta inmune innata, en ausencia de evidencia de infección intraamniótica (1,4).

El FIRS es equivalente al síndrome de respuesta inflamatoria sistémico materno (SIRS por sus siglas en inglés), el cual se describió originalmente en pacientes con manifestaciones clínicas de sepsis en pacientes sin infección que resultaron de un proceso inflamatorio sistémico, como por ejemplo en caso de trauma, quemaduras, pancreatitis, isquemia, lesión inmunomediada (1,5). En relación con el SIRS también se describió el síndrome de falla multiorgánica, para

referirse a la alteración funcional de múltiples órganos en pacientes con enfermedad aguda (1,5).

El término FIRS se definió operativamente para diagnóstico por pruebas de laboratorio como una elevación de la concentración plasmática fetal de la interleuquina 6 (IL-6) por encima de valores de 11 pg/mL, mientras que a nivel histológico el criterio diagnóstico viene dado por la presencia de hallazgos de funisitis y corioamnionitis aguda. La IL-6, glucoproteína secretada por los macrófagos, células T, células endoteliales y fibroblastos, como parte de la hiperrespuesta inflamatoria, con respuesta disminuida de las células T descrita en la literatura tanto en sepsis materna y neonatal, así como en SIRS y FIRS, con términos como “tormenta de citoquinas”, “síndrome de liberación de citoquinas”, “síndrome hemofagocítico” o “síndrome de activación macrófago-like”.

La IL-6 se mide tanto en líquido amniótico como en sangre de cordón umbilical, a diferencia de otros marcadores como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la interleuquina 1 beta (IL-1 β), interleuquina 8 (IL-8), el receptor soluble activado de la interleuquina 2 (sIL-2Ra), el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF), el interferón gamma (IFN- γ) o la proteína atrayente de monocitos 1 (MCP-1), que no se detectaban consistentemente en sangre periférica con las pruebas de laboratorio disponibles para el momento en que se describió el FIRS inicialmente. Se han descrito cambios fisiopatológicos ocasionados por el FIRS en el sistema hematopoyético, timo, sistema nervioso central (SNC), corazón, pulmones, hígado, bazo, glándulas suprarrenales, riñones, tiroides, intestino, ojos, oídos y piel (1).

Adicionalmente, la IL-6 es un mediador mayor de la fase aguda en respuesta a la infección o el daño tisular, por ejemplo, induce la producción de proteína C reactiva (PCR), reactante de fase aguda ampliamente utilizado para detectar la inflamación sistémica (1-5). La PCR, sintetizada a nivel hepática en respuesta a aumento de la IL-6, es detectable a partir del rango de 0,5-10 mg/mL en las pruebas disponibles actualmente, las cuáles se pueden realizar de sangre de cordón umbilical, sin requerir venopunción del neonato, bien sea por

enzimoinmunoanálisis de absorción (ELISA), inmunoturbidimetría o pruebas nefelométricas basadas en anticuerpos (1).

A mayores valores de IL-6 y PCR se han correlacionado con etapas más graves de funisitis y la vasculitis coriónica asociada a la corioamnitis aguda histológica en ausencia de infección, así como tendencia a mayor gravedad en la sepsis neonatal (1). La funisitis se caracteriza por la presencia de neutrófilos fetales en la pared de la vena umbilical (etapa 1 o flebitis umbilical), presencia de dichos neutrófilos en una o ambas arterias umbilicales (etapa 2 o arteritis umbilical) con o sin invasión de la gelatina de Wharton. Cuando la funisitis es necrotizante (etapa 3 o funisitis necrotizante) se distingue por la presencia de neutrófilos fetales o detritus celular en un anillo concéntrico alrededor de al menos uno de los vasos umbilicales (1).

La correlación de la PCR y la IL-6 en el diagnóstico de infección intraamniótica tiene sensibilidad de 52 % y 57 % con especificidad de 76 y 73 %, sepsis neonatal con sensibilidad de 82 % en ambos marcadores y especificidad de 74 % y 69 % en infección intramniótica, funisitis de 62 % y 67 % y especificidad de 83 % y 76 %. A medida que aumentan las concentraciones de la PCR y la IL-6, la respuesta inflamatoria es más grave y la morbimortalidad fetal y neonatal aumenta. El estudio de la eficacia diagnóstica de otros marcadores de respuesta inflamatoria, como la procalcitonina o las metaloproteinasas de matriz (MMP) como la MMP-8, también se ha utilizado ampliamente en el diagnóstico de sepsis neonatal (1,6).

El FIRS presenta una fuerte correlación con el PP y bajo peso al nacer, se ha relacionado hasta en un 39 % de los casos, la RPM en un 50 %. Se ha evidenciado en presencia de FIRS el síndrome de dificultad respiratoria neonatal con un riesgo relativo (RR) aumentado en 2,4 veces, así como en sepsis neonatal (RR 3,1), neumonía (RR 3,1), displasia broncopulmonar (RR 5,9), hemorragia ventricular (RR 4,9), leucomalacia periventricular (RR 3,3), enterocolitis necrotizante (RR 1,2-3,2), muerte neonatal (RR 7,0), con aumento del riesgo de resultados perinatales adversos de parálisis cerebral infantil (RR 7,0) y otras alteraciones del neurodesarrollo (RR de 2,0 a 5,0), incluyendo

trastornos del espectro autista, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, síndrome de Tourette, trastornos neuropsiquiátricos, déficit sensorial (ocular, auditivo) (1,7,8).

Del estudio del transcriptoma y el proteoma relacionado con FIRS, heterogéneo en cuanto a los mediadores relacionados en la respuesta inflamatoria se ha reportado la presencia de dos tipos de FIRS, el tipo I y el tipo II (1). El FIRS tipo I se da en presencia de lesiones histopatológicas agudas como corioamnionitis aguda y funisitis y con aumento de la IL-6 y cuya etiología se relaciona con infección intramniótica/inflamación. El FIRS tipo II, relacionada con una reacción aloinmune de rechazo materno fetal, cuyo impacto a corto, mediano y largo plazo en la vida fetal, neonatal, infantil, adolescente y adulta, se encuentra en investigación, se da en presencia de lesiones histopatológicas crónicas como corioamnionitis crónica, villitis de etiología desconocida, deciduitis crónica y con aumento de una citoquina producida por las células T y los monocitos, la citoquina motivada C-X-C ligando 10 (CXCL-10), también conocida como la proteína 10 inducida por el interferón gamma (IP-10) (1).

La activación inmune materna (MIA por sus siglas en inglés), que no amerita la presencia de hiperrespuesta inflamatoria sistémica que es lo que la diferencia conceptualmente del SIRS, se ha relacionado en la etiología de la hiperrespuesta inflamatoria placentaria y fetal del FIRS tanto tipo I, como tipo II (1, 7-14), con respuesta disminuida de las células T. Entre las entidades que precipitan la secuencia MIA-FIRS y que por ende constituyen factores de riesgo para la aparición del FIRS están los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), diabetes gestacional y pregestacional, la infección materna, el asma y las enfermedades inmunomediadas. Por último, pero no menos importante, está descrito la relación de la secuencia MIA-FIRS con el exposoma, definido como todas las exposiciones ambientales a las que el ser humano está sometido desde el nacimiento lo que incluye además de agentes químicos-físicos contaminantes a elementos relacionados al nivel socioeconómico-entorno social y estilo de vida (estrés, sedentarismo, obesidad, desnutrición, salud mental) (1,7-14).

Según la teoría de Barker (1,6,8-10), los efectos nocivos de diferentes estímulos durante los primeros mil días de vida, esto es durante el embarazo (programación fetal) y los primeros dos años de vida extrauterina, pueden modificar el ambiente epigenético del ácido desoxirribonucleico (ADN), a través de procesos de metilación y desmetilación que activan y desactivan genes, que eventualmente pueden ocasionar cambios fenotípicos en el individuo con aumento del riesgo de patologías más tarde en la vida, estableciendo entre sus postulados un origen fetal de enfermedades del adulto, con complicaciones cardiorrespiratorias, endocrinas, metabólicas, así como alteraciones del neurodesarrollo (8-10,13-24).

En lo referente a la programación fetal ocasionada por el FIRS (1,13-24), en que se ha descrito tanto activación de respuesta proinflamatoria con aumento de citoquinas como IL-6, IL-8, TNF- α , sIL-2Ra, CXCL-10/IP-10, GMCSF, IFN- γ y MCP-1, como activación de la respuesta antiinflamatoria con aumento de la IL-10, lo que explicaría la mejoría aparente de casos con FIRS inicialmente en el período neonatal y la posterior aparición de sepsis neonatal de inicio tardío, similar a las dos etapas de actividad proinflamatoria y posteriormente antiinflamatoria con mayor susceptibilidad a infecciones y falla multiorgánica descritas en el SIRS materno (1). En FIRS está reportada *upregulation* de 296 genes y *downregulation* de 252 genes, lo que explica su papel en el aumento de riesgo de parálisis cerebral infantil y otras alteraciones del neurodesarrollo (1), con lesiones histopatológicas demostradas en FIRS de gliosis, daño axonal y de la sustancia blanca (incluyendo leucomalacia periventricular) producidas por la neuroinflamación, así como potencialmente en complicaciones cardiorrespiratorias, endocrinas, metabólicas (1,11,12).

La gravedad de la patología materna durante el embarazo que provoca la MIA, no se correlaciona con la gravedad del FIRS y SIRS neonatal que se produce como consecuencia de la MIA. Esto se evidenció en la pandemia ocasionada por la enfermedad causada por coronavirus de 2019 (COVID-19), durante la cual el FIRS y el SIRS neonatal ocasionado por la MIA ante la presencia de infección por el

coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) en la madre gestante, se presentó aún en casos de infección asintomática materna por SARS-CoV-2 o casos de afectación leve de COVID-19 (25-27). En casos de COVID-19 durante la gestación, se demostró que la respuesta inflamatoria placentaria y fetal puede variar desde mínimas alteraciones de parámetros de laboratorio sin repercusión clínica, hasta el desarrollo de falla multiorgánica con el consiguiente aumento de la morbimortalidad perinatal (27).

Entre las estrategias reportadas en el manejo del FIRS entre las que están la resolución obstétrica con balance riesgo/beneficio de las complicaciones asociadas con el PP, la antibioticoterapia y la inmunomodulación de la respuesta inflamatoria (1). Entre los fármacos descritos con acción terapéutica sobre el FIRS están la claritromicina, la dexametasona, la indometacina, anticuerpos monoclonales, la N-acetilcisteína y productos derivados de células madres de cordón umbilical como las células mesenquimales.

El estándar de oro para el diagnóstico de FIRS prenatal, está dado por la medición de IL-6 por procedimientos invasivos cordocentesis o amniocentesis (1,5), no exentos de complicaciones, como el PP, la RPM, el desprendimiento prematuro de placenta, el compromiso del bienestar fetal y la muerte perinatal. Por tanto, para poner en práctica las estrategias de manejo del FIRS, el uso prenatal métodos no invasivos, como el ultrasonido o el monitoreo fetal no estresante, se han planteado como una aproximación diagnóstica a esta entidad y con ello mejorar los resultados perinatales y disminuir el impacto sobre la programación fetal y el origen fetal de las enfermedades del adulto (5,13-24).

Por ello, se realizó la presente revisión narrativa con la finalidad de analizar los distintos marcadores ultrasonográficos propuestos para una aproximación diagnóstica de FIRS y su utilidad clínica.

DESARROLLO

Se han descrito hallazgos ultrasonográficos directamente relacionados con la presencia de funisitis y, subsecuentemente, corioamnionitis histológica, criterios histopatológicos posnatales de

diagnóstico de FIRS, como las calcificaciones placentarias y de las paredes de la vena umbilical, engrosamiento heterogéneo de la gelatina de Wharton, con aumento de la ecogenicidad interna heterogénea, como los descritos por Katsura y col. (28) y Wang y col. (29), como una aproximación ultrasonográfica a la relación entre las tres etapas de funisitis y cuya progresión histopatológica tiene una asociación directa con el aumento proporcional de la gravedad de FIRS y la sepsis neonatal, así como con el incremento de marcadores inflamatorios como la IL-6 y la PCR, descrita por Oh y col. (30).

Sin embargo, en la práctica clínica pareciera que la sensibilidad de marcadores ultrasonográficos específicos de las diversas etapas de funisitis y su relación con corioamnionitis histológica es baja para la detección de fetos en riesgo de FIRS, ya que se limitan a reportes de casos aislados (28-30). Por ello, la utilización de marcadores indirectos de FIRS en relación a cambios histopatológicos en placenta y órganos blanco es más plausible que mejore la detección de fetos en riesgo de FIRS (2,3,6,24,31,32).

Se ha descrito el papel del ultrasonido transfontanelar postnatal en el diagnóstico de FIRS. Los hallazgos de estudios neuroimagen postnatales, como el ultrasonido transfontanelar y la resonancia magnética, en fetos con FIRS, PP y RPM, descritos por Goncalves, Cornejo y Towbin (32) son inespecíficos, entre los que destacan los cambios de ecogenicidad cerebrales especialmente en la sustancia blanca y lesiones quísticas relacionadas con la leucomalacia periventricular, la hemorragia ventricular y parenquimatosa, la ventriculomegalia, y las calcificaciones corticales. Dichos hallazgos se superponen a otras entidades que afectan el SNC neonatal como encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI), las enfermedades metabólicas y las infecciones de SNC, particularmente en casos con ausencia de evento centinela causante de asfisia perinatal. La resonancia magnética tiene mayor sensibilidad y especificidad que el ultrasonido transfontanelar en la detección de daños de la sustancia blanca y hemorragias.

Por ello, Goncalves, Cornejo y Towbin (32) concluyen que, en presencia de hallazgos inespecíficos, el FIRS debe ser la primera

opción a considerar en PP con o sin RPM, así como debe considerarse en los diagnósticos diferenciales en neonatos a término en que no estén presentes las características más comunes de la EHI y otras entidades como las enfermedades metabólicas y las infecciones de SNC. Por ende, además de considerar el estudio histopatológico placentario y el uso de marcadores inflamatorios como la IL-6, la PCR y la procalcitonina postnatales, es necesaria la investigación clínica e implementación basada en la evidencia de marcadores ultrasonográficos prenatales para el diagnóstico de FIRS. Entre los órganos en los que se han descrito marcadores ultrasonográficos de FIRS tenemos, corazón, timo, bazo, glándulas suprarrenales y riñones (2,3,6,24,31).

En hígado fetal y placenta a la fecha no se han descrito estudios con hallazgos significativos de marcadores ultrasonográficos de FIRS (31), si bien se ha sugerido que pudiera ser de utilidad investigar la utilidad clínica de evaluar un potencial aumento del índice de pulsatilidad en *doppler* de vasos sistema portal y la utilización de nomogramas de longitud hepática en relación a hepatomegalia, está en etapa de investigación la aplicación de la resonancia magnética placentaria en imágenes en T2 para caracterizar potencialmente patrones característicos de corioamnionitis histológica que puedan asociarse a diagnóstico prenatal de esta entidad. En Venezuela, Cegarra, Aular y Rivero, realizaron un nomograma por percentiles del lóbulo hepático derecho fetal (33).

Es de destacar que en Venezuela, al realizar revisión de literatura en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal (MMF) y perinatología (34-37) no se encontraron artículos de investigación en el país con descripción de marcadores ultrasonográficos en directa relación al FIRS, en los archivos del programa de especialización en MMF, de la Universidad Central de Venezuela (UCV) (34,35) con sede en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), en la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (ROGV) (36), órgano divulgativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), la Revista Venezolana de Ultrasonido en Medicina (RVUM) (37), órgano divulgativo de la Sociedad Venezolana de Ultrasonido en Medicina

(AVUM) y la Revista Latinoamericana de Perinatología (Rev Latin Perinat), órgano divulgativo de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Medicina Perinatal (FLAMP), cuyo editor el Dr. Dalton Ávila Gamboa, de Ecuador, es docente asistencial por la FLAMP del programa de especialización en MMF-UCV con sede en la MCP(34,35).

Corazón

Varios parámetros se han propuesto en la literatura para el estudio de la función cardíaca del feto afectado por FIRS (2,3,6,24,38-53):

Cociente E/A (2,3,6,38-44), un marcador ampliamente utilizado para la evaluación de la función diastólica ventricular. Se calcula posterior a la insonación *doppler* de las válvulas aurículoventriculares en un corte axial de la vista apical de las cuatro cámaras de corazón fetal, dividiendo la velocidad pico de la onda E que refleja el llenado ventricular temprano, por la onda A que refleja el llenado ventricular tardío dado por los cambios en la velocidad sanguínea durante la contracción atrial (Figura 1).

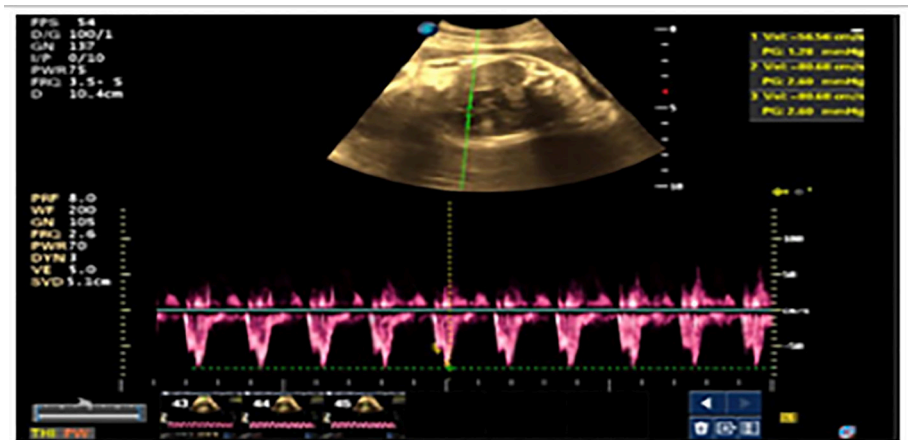


Figura 1. Cociente E/A.

Integral velocidad/tiempo (IVT) (6, 41), que es una medida del área bajo la curva de la onda E y A y que se utiliza para estudiar el flujo sanguíneo durante el llenado ventricular temprano y tardío (41).

Índice Tei (6,45-52), un método que fue propuesto para la evaluación global diastólica y sistólica de la función cardíaca, sin embargo, hoy se sabe que es de función ventricular izquierda, principalmente sistólica (38). Posterior a la insonación simultánea mitroaórtica en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, que se puede obtener en un corte axial tanto de vista apical como subcostal de corazón fetal. Se obtiene mediante la sumatoria del tiempo de contracción isovolumétrica y el tiempo de relajación isovolumétrica, cuyo resultado se divide por el tiempo de eyección (Figura 2).

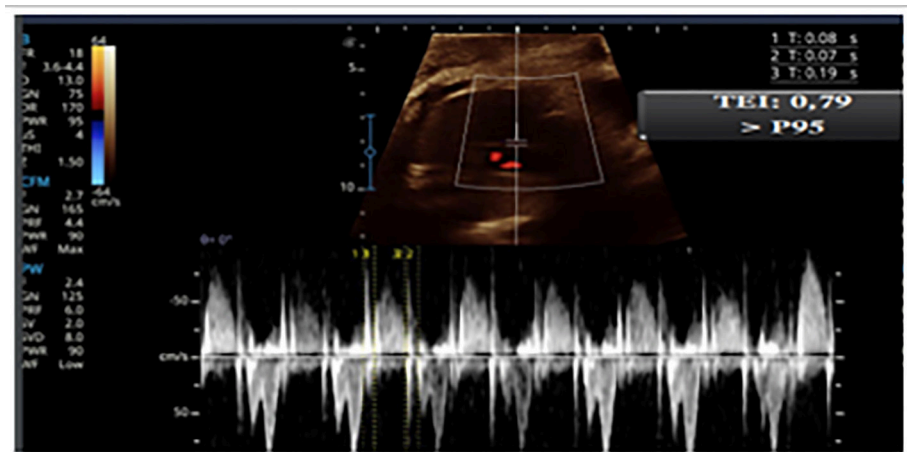


Figura 2. Índice Tei.

Deformación miocárdica (*strain*) (6,53,54), mediante *doppler* tisular en un corte axial de la vista apical de cuatro cámaras de corazón

fetal utilizando un *software* especial y la tecnología de ecocardiografía con *speckle tracking*, con la colocación de marcadores intracavitarios en ambos ventrículos, se realiza medición de la velocidad de movimiento de la pared miocárdica y la magnitud de la deformación miocárdica.

Tasa de deformación miocárdica (*strain rate*) (6,53,54), mediante *doppler* tisular en un corte axial de la vista apical de cuatro cámaras de corazón fetal utilizando un software especial y la tecnología de ecocardiografía con *speckle tracking*, con la colocación de marcadores intracavitarios en ambos ventrículos, se realiza medición de la tasa de deformación miocárdica en función del tiempo.

Se han encontrado cambios tanto del cociente E/A (aumento) tanto tricúspide como mitral como de la IVT E/A (aumento) mitral en fetos con RPM y corioamnionitis, como cambios adaptativos de la función diastólica con efecto protector, debido a que dichos cambios se han relacionado con mayor distensibilidad (*compliance*) miocárdica (2,3,6,24). Similar a adultos con SIRS, el FIRS se ha relacionado a alteración de la *compliance* cardíaca con disminución subsecuente del volumen/latido y el gasto cardíaco izquierdos, lo que deviene en hipoperfusión e isquemia del SNC, lo que predispone a daño de sustancia blanca y leucomalacia periventricular, amén de otras alteraciones del neurodesarrollo relacionadas con el FIRS, es indeterminado el mecanismo de alteración de la *compliance* ventricular derecha (6).

Por su parte el índice Tei, se considera un predictor útil de la función cardíaca fetal ampliamente estudiado (2,3,6,24,45-52), independiente tanto de la frecuencia cardíaca como de la geometría ventricular, que no es afectado por la presión sanguínea o las condiciones de carga ventricular. Por ello, el aumento del índice Tei, se ha relacionado con disfunción ventricular en fetos con FIRS (2,3,6,24,38), derivado del hecho que en presencia de corioamnionitis a diferencia de otros tipos de distrés fetal, se produce aumento en vez de disminución de la resistencia de la arteria cerebral media para impedir la llegada de oxígeno y proteger contra las endotoxinas el SNC, lo que resulta en

una disminución del flujo y del tiempo de eyección ventricular, sin alteración de los tiempos isovolumétricos (6).

Por otra parte, el estudio del *strain* y el *strain rate* en pacientes y RPM con infección/inflamación documentada por amniocentesis (6,53), demostró tanto alteración de la función diastólica como sistólica especialmente del ventrículo derecho, responsable de aproximadamente dos tercios del gasto cardíaco, con inversión y positividad de picos sistólicos, relacionando la funisitis con movimientos paradójicos de expansión longitudinal en sístole, sugiriendo disquinesia de la pared libre del ventrículo derecho. También se demostró picos más altos en el *strain rate* en la diástole temprana.

En Venezuela, la investigación clínica de los marcadores mencionados anteriormente se relaciona principalmente con la evaluación de funcionalismo cardíaco en THE, diabetes gestacional y pregestacional, crecimiento fetal restringido (CFR). García y García (43) elaboraron tablas percentiladas del cociente E/A. En el programa de especialización MMF-UCV, con sede en la MCP, Rodríguez (44) demostró cambios en la valoración ecocardiográfica del llenado ventricular en casos de CFR, mediante la medición del índice E/A.

Por su parte, Cadena y col. (45) demostraron aumento del índice Tei en casos de CFR, Salas, Narváez y González (55) demostraron su aumento en casos de THE, Gómez y col. (56) demostraron su incremento en diabetes pregestacional, recordando que los THE y la diabetes pregestacional están en los factores relacionados con que se desencadene la secuencia MIA-FIRS y la mala adaptación vascular relacionada con la etiopatogenia del CFR (recordando que el FIRS se asocia en un 39 % a bajo peso al nacer) (1,7-14), también puede conllevar a activación de la secuencia MIA-FIRS. Sosa, Zurita y Giugny (54), por su parte trabajaron en la utilidad del *strain* y *strain rate* en el cálculo del gasto cardíaco y su aumento significativo a lo largo del embarazo demostrando que el *strain* tiene progresión ascendente durante el embarazo mientras que el *strain rate* presenta fluctuaciones.

El comité académico del programa de especialización en MMF-UCV (34,35), con sede en la MCP, compuesto por las doctoras Alexandra Rivero (directora del programa), Marvina Romero (coordinadora docente del programa), Carmen Sarmiento (coordinadora del primer año del programa) Yanine Palacios (representante profesoral y docente asistencial del programa) y Yanireth Rodríguez (representante estudiantil y residente del segundo año del programa), posterior a recomendación de los doctores Jeiv Gómez (coordinador de investigación del programa) y Carlos Cabrera (director fundador emérito del programa), reflejando una honda preocupación al constatar la ausencia de marcadores ultrasonográficos de detección de FIRS en la práctica clínica del equipo de salud perinatal en Venezuela (34,35), propuso, por su fácil reproducción y relativa curva corta de aprendizaje para los residentes en formación y especialistas en obstetricia y ginecología, MMF y perinatología, de uso rutinario actualmente en la evaluación del funcionalismo cardíaco fetal, el uso del cociente E/A y el índice Tei, marcadores utilizados en ecografía *doppler*, que permitirían instaurar una metodología práctica en la detección del feto en riesgo de FIRS.

Timo

El timo es uno de los órganos principales involucrados en el desarrollo del sistema inmune fetal, habiéndose demostrado que su tamaño está disminuido en fetos con THE, CFR, FIRS y fetos con aneuploidías, con fuerte asociación a PP, RPM y sepsis neonatal (2,3,6,24,40,57-62). Está comprobada la presencia de timo de tamaño disminuido en presencia de infección/inflamación. La involución tímica se atribuye a una disminución de la relación corticomedular, acompañada de un cambio a un estado de microambiente proinflamatorio y migración linfocitaria a órganos afectados, o aun mecanismo de apoptosis de los timocitos, que lleva a involución de la glándula. Todo ello, producto de una activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal.

La evaluación ultrasonográfica del timo, convencionalmente realizada bien sea a través de la medición de su perímetro (Figura 3) o

de diámetro transverso por nomogramas ajustados a edad gestacional, se realiza en un corte axial de mediastino superior con visualización del timo anteriormente a los tres vasos (cava, aorta y pulmonar) y la tráquea (57-62). También se ha descrito la relación timo-torácica, la medición del área y la estimación de su volumen mediante ecografía bidimensional o tridimensional en su evaluación (31,62-64). Se ha encontrado en presencia de diámetro transverso y perímetro del timo por debajo del percentil 5, RPM y PP, funisitis e incremento de la IL-6 y el TNF- α , con sepsis neonatal. El valor predictivo positivo reportado para sepsis neonatal es de 55 %, con valor predictivo negativo de 100 %, mientras que para FIRS y corioamnionitis es de 69 % con un valor predictivo negativo de 100 % (63,64).



Figura 3. Perímetro del timo.

En Venezuela, en el programa de especialización MMF-UCV, con sede en la MCP, recientemente Figueredo (62) realizó un nomograma para población entre las veinte y cuarenta semanas de gestación de la relación timo-torácica fetal (entre 0,0 y 0,30), y, medición de diámetro anteroposterior del timo evidenciando un incremento del triple de su valor a lo largo del embarazo (de 6,7 a 20,8 mm) para población nacional.

El comité académico del programa de especialización en MMF-UCV, con sede en la MCP, propuso, por su fácil reproducción y relativa curva corta de aprendizaje para los residentes en formación y especialistas en obstetricia y ginecología, MMF y perinatología, la utilización del marcador de medición del perímetro del timo, utilizado en ecografía bidimensional, que permitiría instaurar una metodología práctica en la detección del feto en riesgo de FIRS.

Bazo

El bazo como órgano del sistema inmune y hematopoyético fetal, está fuertemente involucrado en la respuesta inmune a la infección/inflamación (2,3,6,24,31,40,65). Alteraciones morfológicas se han demostrado en el bazo de neonatos fallecidos con corioamnionitis histológica al estudio *post mortem* (6). El hallazgo de una marcada depleción del bazo, que involucra tanto linfocitos B como linfocitos T, indica una marcada reacción inflamatoria en FIRS, similar a la que ocurre en el SIRS en adultos.

La investigación clínica de la evaluación de la arteria y vena esplénica en corte axial de abdomen superior fetal, ha descrito el hallazgo de pulsatilidad de la vena esplénica en relación con FIRS (Figura 4), contrario a la ausencia de pulsatilidad de dicha vena en condiciones de normalidad (2,3,6,24,31,40,65). La fisiopatología tras este hallazgo está dada por cambios del sistema venoso fetal en fetos con FIRS, transmitidos a través de la vena portal principal produciendo cambios en la *compliance* de la vena esplénica, y, por ende, el hallazgo ultrasonográfico de pulsatilidad (6,24). La sensibilidad reportada de este marcador para FIRS es de 47 %, especificidad de 96 %, valor predictivo positivo de 64 % y valor predictivo negativo de 50 %.

En Venezuela, no hay trabajos publicados a la fecha en relación con la pulsatilidad de la vena esplénica (34-37), si bien se está planteando como línea de investigación en casos de THE y prematuridad en el programa de especialización MMF-UCV con sede en la MCP, en vista de descripciones anecdóticas de hallazgos de pulsatilidad de vena esplénica en casos de THE lejos del término (34,35). El comité

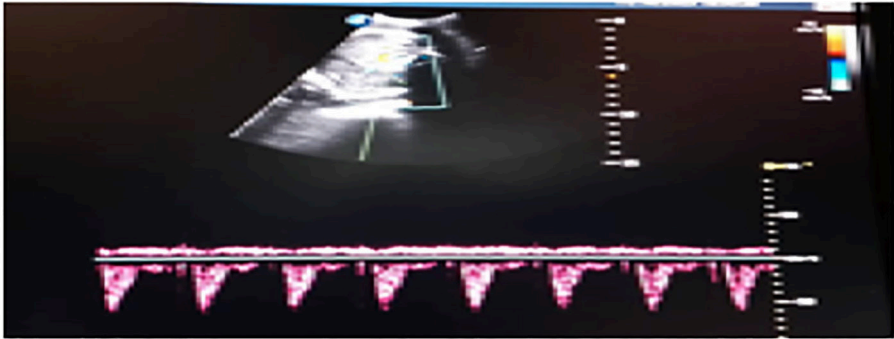


Figura 4. Pulsatilidad de la vena esplénica.

académico del programa de especialización en MMF-UCV (34,35), con sede en la MCP, propuso, por su fácil reproducción y relativa curva corta de aprendizaje para los residentes en formación y especialistas en obstetricia y ginecología, MMF y perinatología, el uso del marcador de pulsatilidad en vena esplénica, utilizado en ecografía *doppler*, que permitiría instaurar una metodología práctica en la detección del feto en riesgo de FIRS.

Glándulas suprarrenales

La activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal y el cruce con la activación de muchas vías de señalización placentarias y suprarrenales juegan un rol importante en el inicio del proceso de parto normal (2,3,6,24,66-70). La activación bioquímica causa incremento de la producción hormonal en la zona central de la glándula suprarrenal fetal (zona fetal).

Acorde a estos cambios, la glándula aumenta de tamaño, debido a un significativo crecimiento de la zona fetal (6,66-68). Se ha descrito como marcadores ultrasonográficos un aumento de volumen de la glándula, mediante su estimación en cortes axiales y sagitales, por

encima de 405 mm^3 y una zona fetal mayor al 50 % (Figura 4) como marcadores de FIRS y PP con sensibilidad de 92.6 %, especificidad de 95.8%, valor predictivo positivo de 92.6 % y valor predictivo negativo de 95.8 %. En la comparación de la ecografía tridimensional (punto de corte de $420 \text{ mm}^3/\text{kg}$) versus la corrección de ecografía bidimensional (punto de corte de $433 \text{ mm}^3/\text{kg}$), demostró diferencias importantes entre sensibilidad (85 % versus 75 %) y especificidad (95 versus 89 %) en favor de la ecografía tridimensional además de tener menor variabilidad intraobservador, con un punto de corte de $422 \text{ mm}^3/\text{kg}$ dentro de los siguientes 5 días de la medición para predicción de PP.

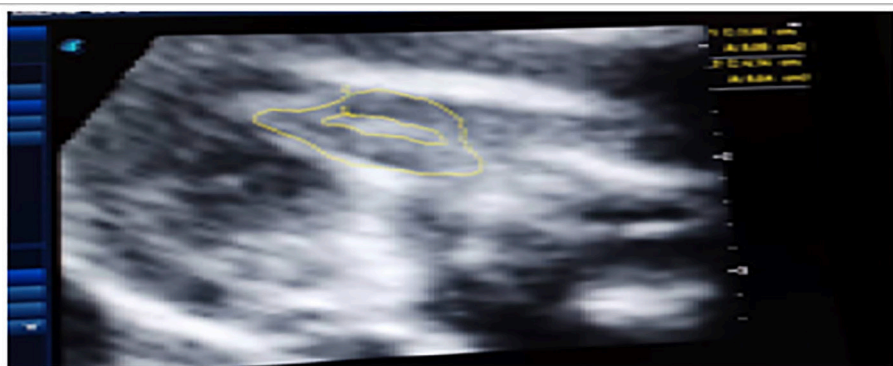


Figura 5. Porcentaje de la zona fetal de la glándula suprarrenal.

Pese a que estos estudios no estudiaron la correlación con criterios diagnósticos de FIRS, la relación conocida de FIRS con PP y bajo peso al nacer de 39 % (1), hacen que tomar en cuenta los marcadores ultrasonográficos relacionados con el aumento de tamaño de la glándula y la zona fetal sean pertinentes en cuanto a la consideración de predicción de FIRS.

En Venezuela, destaca en esta área el trabajo de Crespo y col. (69), donde utilizando el nomograma descrito por Van Vuuren y col. (70), con la fórmula utilizada para evaluar la longitud suprarrenal fetal (Figura 6), en la cual se resta la longitud del riñón a la longitud de la glándula suprarrenal más el riñón, evidenciaron aumento en la longitud suprarrenal fetal como predictor de hipoxia crónica en trastornos de mala adaptación vascular materna diagnosticados con índice de pulsatilidad de arterias uterinas mayor al percentil 95. Los trastornos de mala adaptación vascular materna que clínicamente desencadenan complicaciones como THE y el CFR están relacionados fuertemente con la activación de la secuencia MIA-FIRS (1,7-14).

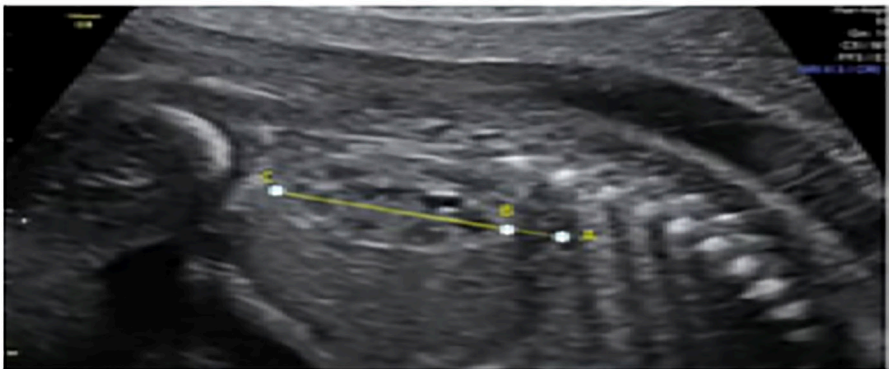


Figura 6. Longitud de la glándula suprarrenal.

El comité académico del programa de especialización en MMF-UCV (34,35), con sede en la MCP, propuso, por su fácil reproducción y relativa curva corta de aprendizaje para los residentes en formación y especialistas en obstetricia y ginecología, MMF y perinatología, el uso de los marcadores de medición del porcentaje de la zona fetal de la

glándula suprarrenal y la longitud de la glándula suprarrenal, utilizados en ecografía bidimensional, que permitirían instaurar una metodología práctica en la detección del feto en riesgo de FIRS.

Riñones

El involucramiento de los riñones en términos de disfunción renal relacionada con FIRS se ha descrito, toda vez que la disminución del índice de líquido amniótico (ILA) u oligohidramnios, obtenido a través de la medición de los bolsillos verticales en cada cuadrante del abdomen materno y su valoración mediante la utilización de puntos de corte o tablas percentiladas por edad gestacional (Figura 7), es uno de los marcadores ultrasonográficos más conocidos de la alteración del estado de salud fetal anteparto (71-76). La fisiopatología como marcador ultrasonográfico de FIRS, viene dada por la disminución de la producción de orina fetal por alteración del funcionalismo renal, como consecuencia del daño multiorgánico producido por la respuesta inmunitaria exacerbada de esta entidad, que produce redistribución de flujo con hipoperfusión renal como respuesta del huésped a la infección/inflamación (1-3,6,24).

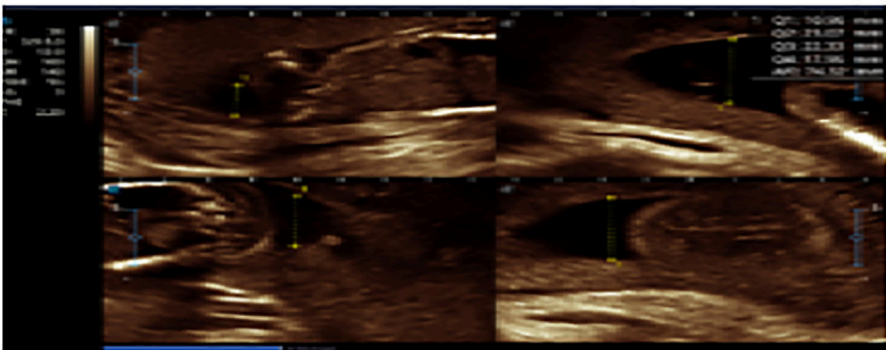


Figura 7. Índice de líquido amniótico por tablas percentiladas.

Se ha determinado la presencia de concentraciones elevadas de la IL-6 y el TNF- α , en presencia de ILA menor a 5 cm en ausencia de RPM, sin embargo, la data es inconsistente en determinar si es un marcador de FIRS fiable, debido a que el ILA menor a 5 cm se evidencia en pacientes con cultivos de líquido amniótico positivos en mayor medida que aquellos casos en que los cultivos de líquido amniótico están negativos, así como en aumento de riesgo de morbimortalidad perinatal en presencia de oligohidramnios que es un elemento característico de la presencia de FIRS (6).

En Venezuela, destaca el trabajo de González, Salazar y Faneite (75) sirvió para demostrar que el resultado perinatal en embarazos de alto riesgo obstétrico era más desfavorable en aquellos casos en que se aplicaba el criterio de diagnosticar oligohidramnios como un ILA menor al percentil 5 para la edad gestacional en vez de ILA menor a 5 cm. Dicho estudio amén de la revisión de las estadísticas del Servicio de MMF de la MCP y la autopsia clínica de la morbimortalidad perinatal del servicio hizo que Gómez, Cabrera y Faneite (75) propusieran un perfil biofísico extendido dentro de su modelo de integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto en pacientes hospitalizadas en cuidados intermedios con la inclusión del parámetro de líquido amniótico dentro del puntaje con 1 punto en presencia de ILA mayor al percentil 5 para la edad gestacional y 0 puntos en presencia de ILA menor al percentil 5 para la edad gestacional.

El comité académico del programa de especialización en MMF-UCV (34,35), con sede en la MCP, propuso, por su fácil reproducción y curva corta de aprendizaje para los residentes en formación, y su uso rutinario en la actualidad por especialistas en obstetricia y ginecología, MMF y perinatología, el uso del marcador de medición del ILA, utilizado en ecografía bidimensional, que permitiría instaurar una metodología práctica en la detección del feto en riesgo de FIRS.

Por ende, para la práctica clínica del equipo de salud perinatal es prudente sintetizar lo previamente expuesto en relación con marcadores ultrasonográficos de FIRS, el órgano afectado, el tipo de alteración del marcador y la fisiopatológica de la alteración (Cuadro 1) (2,3,6,24,31).

Cuadro 1. Marcadores ultrasonográficos del síndrome de respuesta inflamatoria fetal en razón de órgano afectado, tipo de alteración del marcador y fisiopatología de la alteración (2,3,6,24,31)

Marcador ultrasonográfico	Órgano afectado	Tipo de alteración del marcador	Fisiopatología
Cociente E/A Integral velocidad tiempo del	Corazón	Aumento	Aumento en la compliance ventricular izquierda como efecto protector para evitar hipoperfusión, en vista de no poderse mantener el volumen/latido y el gasto cardíaco. Mecanismo indeterminado en la alteración de la compliance ventricular derecha.
Índice Tei	Corazón	Aumento	Disfunción ventricular izquierda debido a aumento de la resistencia arterial cerebral y protección contra las endotoxinas, llevando a disminución del flujo y disminución del tiempo de eyección.

Continúa en la pág. 110...

...continuación del Cuadro 1.

Marcador ultrasonográfico	Órgano afectado	Tipodealteración del marcador	Fisiopatología
<i>Strain</i> y <i>strain rate</i>	Corazón	Inversión y picos sistólicos positivos en <i>Strain</i> y <i>strain rate</i> . Picos más altos en diástole temprana en <i>strain rate</i> .	Relajación ventricular a predominio derecho aumentada asociada con invasión microbiana de la cavidad amniótica, llevando a movimientos miocárdicos paradójicos con expansión longitudinal en sístole.
Timo	Perímetro del timo Diámetro transverso del timo Volumen tímico por ecografía bidimensional o tridimensional	Disminución	Relación cortico-medular disminuida acompañada de un cambio a un estado de microambiente inflamatorio y migración linfocitaria hacia los órganos afectados o un mecanismo de apoptosis de los timocitos.
Glándulas suprarrenales	Medición de la zona medular (zona fetal) Volumen de la glándula	Alargamiento de la zona fetal mayor a 50 % Aumento de volumen	Aumento de producción hormonal en la zona fetal de la glándula suprarrenal por activación

Continúa en la pág. 111...

...continuación del Cuadro 1.

Marcador ultrasonográfico	Órgano afectado	Tipo de alteración del marcador	Fisiopatología
			en la respuesta inflamatoria del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal y vías de señalización placentarias y suprarrenales
Riñones	Índice de líquido amniótico por tablas percentiladas por edad gestacional o puntos de corte	Disminución	Disminución producción de orina fetal por redistribución de flujo e hipoperfusión renal como parte de la respuesta del huésped a la infección/inflamación.

Debido a que el FIRS presenta está asociado con síndromes de mala adaptación vascular que activan la secuencia MIA-FIRS, con alta relación con la prematuridad, cuyas complicaciones constituyen la primera causa de mortalidad infantil en el Servicio de MMF de la MCP (76), como los THE y el CFR, así como otras entidades frecuentemente evaluadas por el programa como la diabetes gestacional y pregestacional, las enfermedades inmunomediadas, el asma bronquial, la infección materna y el exposoma, el comité académico del programa de especialización en MMF-UCV, con sede en la MCP, propuso estimular la investigación clínica e implementar el uso de los marcadores descritos en la presente revisión narrativa en ecografía bidimensional y *doppler*, en pacientes ingresadas en cuidados intermedios del Servicio de MMF de la MCP o evaluadas en la Unidad de Ecografía del Servicio de MMF,

tomando en cuenta los parámetros antes mencionados en corazón, timo, bazo, glándulas suprarrenales y riñones (Figuras 1, 2, 3, 4, 5 y 6) (34,35). De igual forma el comité académico del programa de especialización, recomendó estudiar la posibilidad de adicionar otros marcadores a futuro.

CONCLUSIONES

El FIRS es una condición caracterizada por evidencia de una respuesta inflamatoria sistémica con compromiso multiorgánico, equivalente al SIRS descrito en el adulto, frecuentemente resultado de la activación de la respuesta inmune innata, en ausencia de evidencia de infección intraamniótica. Aumentando el riesgo de resultados perinatales adversos, incluyendo alteraciones del neurodesarrollo, así como la programación fetal, con aumento de la morbimortalidad perinatal e infantil, así como el desarrollo de patologías en la infancia, adolescencia y edad adulta.

Se han descrito 2 fenotipos, el tipo I se da en presencia de lesiones histopatológicas agudas y cuya etiología se relaciona con infección intramniótica/inflamación, el tipo II, se da en presencia de lesiones histopatológicas crónicas y cuya etiología se relaciona con relacionada con una reacción aloinmune de rechazo materno fetal. El diagnóstico del FIRS se ha realizado convencionalmente de forma prenatal por medio de procedimientos invasivos, y de forma postnatal por medio del estudio histopatológico de la placenta.

La relación de la presencia de la activación secuencia MIA-FIRS en presencia de diversas patologías maternas presentes en embarazos de alto riesgo obstétrico, incluyendo al exposoma, hace necesario tomar en cuenta la necesidad de realizar una aproximación ultrasonográfica a través del uso de marcadores aplicables en la práctica clínica cotidiana de residentes en formación y especialistas en obstetricia y ginecología, MMF y perinatología para detección del feto en riesgo de FIRS y poder realizar acciones programadas del equipo de salud perinatal que lleven a mejoramiento de los resultados perinatales.

Se han descrito marcadores ultrasonográficos prenatales de utilidad clínica en corazón, timo, bazo, glándulas suprarrenales y riñones, en la revisión narrativa de la literatura realizada en el presente trabajo. Si bien existen publicaciones nacionales o líneas de investigación en curso relacionadas con dichos marcadores, no hay publicaciones en los que se evalúe su relación con FIRS. Particularmente la utilidad de aquellos realizables con ecografía bidimensional o *doppler* permitirían instaurar una metodología práctica en la detección del feto en riesgo de FIRS por su fácil reproducción y relativa curva corta de aprendizaje para los residentes en formación y especialistas en obstetricia y ginecología, MMF y perinatología. Es necesario realizar investigación clínica nacional en relación a la aproximación ultrasonográfica del feto en riesgo de FIRS.

REFERENCIAS

1. Jung E, Romero R, Lami Yeo L, Diaz-Primera R, Marin-Concha J, Para R, et al. The fetal inflammatory response syndrome: the origins of a concept, pathophysiology, diagnosis, and obstetrical implications. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2020;25(4):101146. DOI: 10.1016/j.siny.2020.101146.
2. Molina-Giraldo S, Franco-Torres V, Torres-Valencia N. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal: fisiopatología, desenlaces y estudio ecográfico prenatal. *Ginecol Obstet Mex.* 2022;90(8):664-681. doi: 10.24245/gom.v90i8.7817.
3. Muro-Barragán S. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal. *Rev Latin Perinat.* 2019;22(1):1-14.
4. Gomez R, Romero R, Ghezzi F, Yoon BH, Mazor M, Berry SM. The fetal inflammatory response syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(1):194-202. DOI: 10.1016/s0002-9378(98)70272-8.
5. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical

- Care Medicine. *Chest*. 1992;101(6):1644-1655. DOI: 10.1378/chest.101.6.1644.
6. Mastrolia SA, Erez O, Loverro G, Di Naro E, Weintraub AY, Tirosh D, et al. Ultrasonographic approach of fetal inflammatory response syndrome: A tool for at-risk fetuses?. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(1):9-20. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.01.164.
 7. Petit de Molero N. Programación fetal y modificaciones epigenéticas relacionadas con el maltrato intrauterino. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi-Venturoni M, editores. *Colección Razetti. Volumen XXVIII*. Caracas: Editorial Ateproca; 2023.p.149-189. DOI: 10.59542/CRANM.2023.XVIII.8.
 8. Han VX, Patel S, Jones HF, Nielsen TC, Mohammad SS, Hofer MJ, et al. Maternal acute and chronic inflammation in pregnancy is associated with common neurodevelopmental disorders: A systematic review. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):71. DOI: 10.1038/s41398-021-01198-w.
 9. Cuadros-Mendoza CA, Ignorosa-Arellano KR, Zárate-Mondragón FE, Toro-Monjaraz E, Cervantes-Bustamante R, Montijo-Barrios E, et al. La influencia del exposoma en los primeros 1 000 días de vida y la salud gastrointestinal. *Acta pediatri. Méx*. 2018;39(3):265-277. DOI: 10.18233/apm39no3pp265-2771611.
 10. Godfrey K, Barker D. Fetal programming and adult health. *Public Health Nutrition*. 2001;4(2B):611-624. DOI: 10.1079/phn2001145
 11. Hernández-Rojas P, Canache L. Covid-19 y la programación fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2020;80(Sup1):S70-S78.
 12. Hernández-Rojas P, Caraballo A, Martínez H. Etapa fetal de la programación. Estrategias para un buen control preconcepcional y prenatal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2022;82(2):228-241. DOI: 10.51288/00820212.
 13. Carvajal de Carvajal A, Cabrera-Lozada C, Gómez-Marín J, Rodríguez B. Impacto del cambio climático en la gestante. Caracas: SABER UCV [Internet]; 2023 [consultado 09 de noviembre de 2023]. Disponible en: http://caelum.ucv.ve/handle/10872/16/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=64.

14. Ha S. The Changing Climate and Pregnancy Health. *Curr Environ Health Rep.* 2022;9(2):263-275. DOI: 10.1007/s40572-022-00345-9.
15. Barker DJ, Osmond C. infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet.* 1986;1(8489):1077-1081. DOI: 10.1016/s0140-6736(86)91340-1.
16. Barker D, Osmond C, Golding J, Kuh D, Wadsworth MD. Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease. *BMJ.* 1989;298(6673):564-567. DOI: 10.1136/bmj.298.6673.564.
17. Barker DJ, Hales CN, Fall CH, Osmond C, Phipps K, Clark PM. Type 2 (non-insulin dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidaemia (syndrome X): Relation to reduced fetal growth. *Diabetologia.* 1993;36(1):62-67. DOI: 10.1007/BF00399095.
18. Barker DJ. Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ.* 1995;311(6998):171-174. DOI: 10.1136/bmj.311.6998.171.
19. Bove I, Mardones F, Klaps L, Domínguez A. Asociaciones entre el crecimiento prenatal y la antropometría materna en el Uruguay. *Nutr Hosp.* 2014;30(3):643-649. DOI: 10.3305/nh.2014.30.3.7648.
20. Cardona A, Romero S, Esquivel J. Programacion fetal. Aspectos clínicos y epidemiológicos de las enfermedades del adulto. En: Avila D, Bianchi A, Fescina R, Karchmer S, Romero R, editores. *Bienestar fetal. Libro homenaje al Prof Dr. Roberto Caldeyro Barcia.* Guayaquil, Ecuador: Edit. Eduquil; 2015.p.192-200.
21. Daoud G, Navarro D, Díaz JJ. Microbiota intestinal en los primeros 1 000 días de vida. *Arch Venez Puer Ped.* 2020;83(1):4-12.
22. Castro MJ, Macías-Tomei C, García F, Taboada MC, Díaz J, Márquez JC. Crecimiento, desarrollo y microbiota intestinal en la etapa prenatal. *Arch Venez Puer Ped.* 2020;83(Supl 4):1-11.
23. Cabrera C. Síndrome HELLP: resultado materno-perinatal. En: Ávila D, Karchmer S, Mardones F, Salazar L, editores. *Origen fetal de las enfermedades del adulto. Primera edición.* Guayaquil, Ecuador: Editorial ECUASALUD S.A.; 2019.p.344-348.

24. Muro S. Síndrome de Respuesta Inflamatoria Fetal. En: Ávila D, Karchmer S, Mardones F, Salazar L, editores. Origen fetal de las enfermedades del adulto. Guayaquil, Ecuador: Editorial ECUASALUD S.A.; 2019.p.115-131.
25. Gashimova NR, Pankratyeva LL, Bitsadze VO, Khizroeva JK, Tretyakova MV, Grigoreva KN, et al. Inflammation and Immune Reactions in the Fetus as a Response to COVID-19 in the Mother. *J Clin Med.* 2023;12(13):4256. DOI: 10.3390/jcm12134256.
26. Martín del Campo D, Cabrera Lozada C, Faneite P, Cabrera Figallo C, Gómez J. COVID-19 y placenta: afectación histopatológica y materno fetal. *Gac Méd Caracas.* 2022;130(3):555-576. DOI: 10.47307/GMC.2022.130.3.6.
27. Cabrera-Lozada C, Martín-Del Campo D, Faneite P, Gómez J. COVID-19 y cerebro fetal: afectación y secuelas. *Gac Méd Caracas.* 2022;130(4):805-816. doi: 10.47307/GMC.2022.130.4.15.
28. Katsura D, Takahashi Y, Iwagaki S, Chiaki R, Asai K, Masako K, et al. Prenatal diagnosis of funisitis: two case reports. *J Med Ultrason (2001).* 2018;45(4):629-632. DOI: 10.1007/s10396-018-0864-3.
29. Wang W, Zhang M, Gong L, Wu Q. Necrotizing funisitis and calcification of umbilical vein: Case report and review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):296. DOI: 10.1186/s12884-021-03743-3.
30. Oh JW, Park CW, Moon KC, Park JS, Jun JK. The relationship among the progression of inflammation in umbilical cord, fetal inflammatory response, early-onset neonatal sepsis, and chorioamnionitis. *PLoS One.* 2019;14(11):e0225328. DOI: 10.1371/journal.pone.0225328.
31. Hall M, Hutter J, Suff N, Avena-Zampieri C, Tribe RM, Shennan A, et al. Antenatal diagnosis of chorioamnionitis: A review of the potential role of fetal and placental imaging. *Prenat Diagn.* 2022;42(8):1049-1058. DOI: 10.1002/pd.6188.
32. Goncalves L, Cornejo P, Towbin R. Neuroimaging findings associated with the fetal inflammatory response syndrome. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2020;25(4):101143. DOI: 10.1016/j.siny.2020.101143.

33. Cegarra-Meza D, Aular-Barrios A, Rivero-Fraute A. Lóbulo hepático derecho fetal: nomograma por percentiles. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2023;83(1):46-53. DOI: 10.51288/00830108.
34. Cabrera C; Comité Académico del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Programa 2023. Caracas: MMF; 2023.
35. Cabrera C; Comité Académico del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Archivo del programa de especialización. Caracas: MMF; 2023.
36. Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez.* Caracas: ROGV [Internet]; 2023 [consultado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/revista-2>.
37. Sociedad Venezolana de Ultrasonido en Medicina. *Rev Venez Ultrason Med.* Caracas: AVUM [Internet]; 2023 [consultado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://avum.org/wp-content/uploads/2022/10/revista-AVUM-portada-vol-1-3.pdf>
38. Arreaza-Graterol M, Rojas-Barrera JD, Molina-Giraldo S. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal (FIRS): adaptación cardiovascular. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* [Internet]. 2011 [consultado 19 de noviembre de 2023]; 62(1): 71-8. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/240>.
39. Zurita J, Sosa A, Zielinsky P. Evaluación ecográfica de la función cardíaca fetal. *Rev Latin Perinat.* 2017;20(2):113-124.
40. Špaček R, Musilová I, Magdová K, Šimetka O, Kacerovský M. [Ultrasound diagnosis of fetal inflammatory response syndrome in women with preterm premature rupture of membrane]. *Ceska Gynecol.* 2017;82(2):145-151. Checo.
41. Rizzo G, Arduini D, Romanini C. Fetal Doppler echocardiography: Principles, technique and reference limits. En: Arduini D, Romanini C, editors. *Fetal Cardiac Function.* New York (NY): Parthenon Publishing; 1995.p.33-41.
42. Veille JC, Smith N, Zaccaro D. Ventricular filling patterns of the right and left ventricles in normally grown fetuses: A longitudinal follow-up

- study from early intrauterine life to age 1 year. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(4):849-858. DOI: 10.1016/s0002-9378(99)70655-1.
43. García C, García M. Función diastólica cardíaca fetal a través del cociente E/A. *Salus.* 2022;26(2):18-24.
 44. Rodríguez R. Crecimiento fetal restringido: valoración ecocardiográfica del llenado ventricular mediante el índice E/A [Trabajo Especial de Grado]. Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela; 2023.
 45. Cadena L, Cabrera C, Gómez J, Cadena G, García F. Valoración doppler del crecimiento intrauterino restringido: comportamiento del índice de rendimiento miocárdico modificado. *Gac Méd Caracas.* 2022;130(1):53-65. DOI:10.47307/GMC.2022.130.1.7.
 46. Hernández-Andrade E, Figueroa-Diesel H, Kottman C, Illanes S, Arraztoa J, Acosta-Rojas R, et al. Gestational-age-adjusted reference values for the modified myocardial performance index for evaluation of fetal left cardiac function. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29(3):321-325. doi: 10.1002/uog.3947. PMID: 17290412.
 47. Hernández-Andrade E, Benavides-Serralde JA, Cruz-Martínez R, Welsh A, Mancilla-Ramírez J. Evaluation of conventional Doppler fetal cardiac function parameters: E/A ratios, outflow tracts, and myocardial performance index. *Fetal Diagn Ther.* 2012;32(1-2):22-29. doi: 10.1159/000330792.
 48. Cruz-Martínez R, F Figueras, Bennasar M, García-Posadas R, Crispi F, E Hernández-Andrade, et al. Normal reference ranges from 11 to 41 weeks' gestation of fetal left modified myocardial performance index by conventional Doppler with the use of stringent criteria for delimitation of the time periods. *Fetal Diagn Ther.* 2012;32(1-2):79-86. DOI: 10.1159/000330798.
 49. Eidem BW, Edwards JM, Cetta F. Quantitative assessment of fetal ventricular function: Establishing normal values of the myocardial performance index in the fetus. *Echocardiography.* 2001;18(1):9-13. DOI: 10.1046/j.1540-8175.2001.t01-1-00009.x.
 50. Ichizuka K, Matsuoka R, Hasegawa J, Shirato N, Jimbo M, Otsuki K, et al. The Tei index for evaluation of fetal myocardial performance in

- sick fetuses. *Early Hum Dev.* 2005;81(3):273-279. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2004.07.003.
51. Pellett AA, Tolar WG, Merwin DG, Kerut EK. The Tei index: Methodology and disease state values. *Echocardiography.* 2004;21(7):669-672. DOI: 10.1111/j.0742-2822.2004.04052.x.
 52. Friedman D, Buyon J, Kim M, Glickstein JS. Fetal cardiac function assessed by Doppler myocardial performance index (Tei Index). *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21(1):33-36. DOI: 10.1002/uog.11.
 53. Di Naro E, Cromi A, Ghezzi F, Giocolano A, Caringella A, Loverro G. Myocardial dysfunction in fetuses exposed to intraamniotic infection: New insights from tissue Doppler and strain imaging. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203:459.e1-7. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.06.033.
 54. Sosa A, Zurita J, Giugny G. Índice y tasa de deformación biventricular del corazón fetal durante el embarazo y su utilidad en el cálculo del gasto cardíaco fetal. *Rev Latin Perinat.* 2021;21(1):42-46.
 55. Salas G, Narváez T, González M. Índice de rendimiento miocárdico fetal en madres con preeclampsia. *Rev Latin Perinat.* 2021;24(1):41-48.
 56. Gómez I, Reina J, Sarmiento C, Gómez J, González M, Cabrera C. Índice de función miocárdica fetal en hijos de madres con diabetes mellitus gestacional. *Rev Latin Perinat.* 2020;23(1):33.
 57. Zalel Y, Gamzu R, Mashiach S, Achiron R. The development of the fetal thymus: An in utero sonographic evaluation. *Prenat Diagn.* 2002;22(2):114-117. DOI: 10.1002/pd.257.
 58. Cromi A, Ghezzi F, Raffaelli R, Bergamini V, Siesto G, Bolis P. Ultrasonographic measurement of thymus size in IUGR fetuses: A marker of the fetal immunoendocrine response to malnutrition. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33(4):421-426. DOI: 10.1002/uog.6320.
 59. Mohamed N, Eviston DP, Quinton AE, Benzie RJ, Kirby AC, Peek MJ, et al. Smaller fetal thymuses in pre-eclampsia: A prospective cross-sectional study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37(4):410-415. DOI: 10.1002/uog.8953.

60. Karl K, Heling KS, Sarut-Lopez A, Thiel G, Chaoui R. Thymic-thoracic ratio in fetuses with trisomy 21, 18 or 13. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40(4):412-417. DOI: 10.1002/uog.11068.
61. Sciaky-Tamir Y, Hershkovitz R, Mazor M, Shelef I, Erez O. The use of imaging technology in the assessment of the fetal inflammatory response syndrome-imaging of the fetal thymus. *Prenat Diagn.* 2015;35(5):413-419. DOI: 10.1002/pd.4560.
62. Figueredo C. Nomograma de timo fetal [Trabajo Especial de Grado]. Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela; 2023.
63. Cetin O, Dokurel-Cetin I, Uludag S, Sen C, Ferda-Verit F, Guralp O. Serial ultrasonographic examination of the fetal thymus in the prediction of early neonatal sepsis in preterm premature rupture of membranes. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;78(3):201-207. DOI: 10.1159/000364871.
64. Yinon Y, Zalel Y, Weisz B, Mazaki-Tovi S, Sivan E, Schiff E, et al. Fetal thymus size as a predictor of chorioamnionitis in women with preterm premature rupture of membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29(6):639-643. DOI: 10.1002/uog.4022.
65. Musilova I, Kacerovsky M, Andrys C, Kostal M, Slaba K, Jacobsson B. The fetal splenic vein flow pattern and fetal inflammatory response in the preterm prelabor rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(8):770-774. DOI: 10.3109/14767058.2013.843665.
66. Turan OM, Turan S, Funai E, Buhimschi IA, Copel JA, Buhimschi CS. Fetal adrenal gland volume: A novel method to identify women at risk for impending preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):855-862. DOI: 10.1097/01.AOG.0000258282.47919.41.
67. Turan OM, Turan S, Buhimschi IA, Funai EF, Campbell KH, Bahtiyar OM, et al. Comparative Analysis of 2-D Versus 3-D Ultrasound Estimation of the Fetal Adrenal Gland Volume and Prediction of Preterm Birth. *Am J Perinatol.* 2012;29(9):673-680. DOI: 10.1055/s-0032-1314887.
68. Turan OM, Turan S, Buhimschi IA, Funai EF, Campbell KH, Bahtiyar OM, et al. Ultrasound measurement of fetal adrenal gland enlargement: An accurate predictor of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(4):311.e1-10. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.11.034.

69. Crespo M, Rodríguez L, Márquez D, Pérez J, Riani M, Veroes J. Biometría adrenal fetal como predictor de hipoxia crónica en trastornos de mala adaptación vascular materna. *Rev Latin Perinat.* 2018;21(3):150-154.
70. Van Vuuren SH, Damen-Elias HAM, Stigter RH, van der Doef R, Goldschmeding R, de Jong TPVM, et al. Size and volume charts of fetal kidney, renal pelvis and adrenal gland. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40(6):659-664. DOI: 10.1002/uog.11169.
71. Phelan J, Smith C, Broussard P, Small M. Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36 – 42 weeks' gestation. *J Reprod Med.* 1987;32(7):540-542.
72. Phelan J, Anh M, Smith C, Rutherford S, Anderson E. Amniotic fluid index measurements during pregnancy. *J Reprod Med.* 1987;32(8):601-604.
73. Moore T, Cayle J. The amniotic fluid index in normal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162(5):1168-1173. DOI: 10.1016/0002-9378(90)90009-v.
74. Yoon BH, Romero R, Moon JB, Shim SS, Kim M, Kim G, et al. Clinical significance of intra-amniotic inflammation in patients with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(5):1130-1136. DOI: 10.1067/mob.2001.117680.
75. González X, Salazar G, Faneite P. Índice de Líquido Amniótico (ILA): II comparación de dos criterios diagnósticos de oligoamnios y el resultado perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61(3):163-168.
76. Gómez J, Cabrera C, Faneite P. Integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto: propuesta de un perfil biofísico extendido. *Gac Méd Caracas.* 2022;130(2):246-263. doi: 10.47307/GMC.2022.130.2.5

El pathos trágico. De Sófocles a García Márquez

Drs. Carlos Rojas Malpica¹, Miguel Ángel De Lima Salas²

RESUMEN

Se define al *pathos* dentro del marco de la tragedia griega. Se presenta la aproximación de Nietzsche al fenómeno del *pathos* trágico. Se discute la relación entre la tragedia griega y el *Corpus Hippocraticum*. Se hace referencia a la obra “Del sentimiento trágico de la vida” de Unamuno. Se plantea la relación entre la obra de Sófocles y la de Gabriel García Márquez. Se define al *pathos* trágico como un existencialista, dentro de la perspectiva heideggeriana, para concluir que el *pathos* trágico es un elemento propio de la Salud Mental, en oposición a la visión simplista de cierta psicología de la “mente positiva” y el “cero estrés”. Se plantea que el *pathos* trágico se vincula con los registros

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023. XXIX.10>

ORCID: 0000-0001-5259-3272¹

ORCID: 0009-0003-7559-3816²

¹Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

²Profesor de Psiquiatría y de Historia de la Medicina. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.

neurobiológicos de la belleza, la contemplación estética y el placer, y que es un elemento fundamental de la riqueza espiritual del ser humano.

Palabras clave: Pathos, tragedia griega, Nietzsche, Corpus Hippocraticum, Sófocles, García Márquez, existencial, Heidegger, Salud Mental

SUMMARY

Pathos is defined within the framework of Greek tragedy. Nietzsche's approach to the phenomenon of tragic pathos is presented. The relationship between Greek tragedy and the Corpus Hippocraticum is discussed. Reference is made to Unamuno's work "Del sentimiento trágico de la vida" (On the tragic feeling of life). The relationship between Sophocles' work and Gabriel García Márquez's is discussed. Tragic pathos is defined as an existential, within the Heideggerian perspective, to conclude that tragic pathos is an element proper of Mental Health, in opposition to the simplistic vision of certain psychology of the "positive mind" and "zero stress". It is proposed that tragic pathos is linked to the neurobiological registers of beauty, aesthetic contemplation and pleasure, and that it is a fundamental element of the spiritual richness of the human being.

Keywords: Pathos, Greek tragedy, Nietzsche, Corpus Hippocraticum, Sófocles, García Márquez, existential, Heidegger, Mental Health.

INTRODUCCIÓN

El género poético y teatral de la tragedia griega involucra, por fuerza, un estado sentimental o una pasión conocidos, justamente, como el "*pathos* (*πάθος*) trágico". La tragedia fue un arte ático por excelencia, surgido en el Siglo VI a.C., que alcanzó su máximo esplendor el Siglo V a.C., en la genéricamente denominada Atenas de Pericles, para luego

decaer en el Siglo IV a.C. Los relatos conciernen a los dioses y a los héroes a los que se rendía culto en las polis de la Antigua Grecia. Se trata entonces, de un arte ciudadano, que se representa en los teatros ante el gran público, con partes cantadas y otras recitadas. Los temas llevan a la escena antiguos mitos, fuertes y agonales tensiones dramáticas, así como infaustos finales de los personajes más importantes (1).

La tragedia griega se atreve a explorar los más desgarradores conflictos de la condición humana, que conservan plena vigencia en el hombre contemporáneo. Transmite profundos y graves cuestionamientos sobre el sentido de la vida, lo horrible y lo bello, lo sencillo y lo grandioso, lo novedoso y lo antiguo, lo femenino y lo masculino, sobre el poder y sus condicionamientos, así como sobre la vida y la muerte. Algunos consideran que sus más remotos orígenes se encuentran en el culto a Dionisio, dios del vino, de la danza, del placer y el desenfreno (2).

Friedrich Nietzsche (3) (1844-1900) encontró en la tragedia griega una revelación de las más profundas tensiones de la condición humana, representadas en los mitos de Dionisos, liberadores del deseo y el frenesí, y de Apolo, controlador de los desbordamientos y las pasiones, búsqueda de lo sublime y lo racional. Según Nietzsche, se podría concebir el alma trágica de los antiguos griegos como una aceptación cruda del mundo tal y como se presenta en su expresión más inmediata, con su aspereza, sus ardores, sin equívocas promesas ni esperanzas de alguna reconciliación en un más allá dulce y sublime. El alma trágica accede a plenitud a los placeres, pero también a las desdichas y miserias propias de la vida, con estoica acritud, sin llantos ni lamentos. Esta alma trágica, salida de la tragedia, está muy viva en los primeros poetas trágicos griegos, como Esquilo y Sófocles, pero luego se debilita con Eurípides. Esta detenida cita del filósofo alemán da cuenta de la profunda reverberación del *pathos* trágico en la organización de su pensamiento:

¿Es necesariamente el pesimismo el signo de la decadencia, de la desilusión, del cansancio y del debilitamiento de los instintos, como fue para los indios, o como, según todas las apariencias, es en todos nosotros, los hombres modernos y europeos? ¿Hay

un pesimismo de los fuertes?, ¿Una inclinación intelectual a la dureza, al horror, al mal, a la incertidumbre de la existencia, producida por la exuberancia de la salud, por un exceso de vida? ¿Hay quizá un sufrimiento en esta misma plenitud? ¿No hay una valentía temeraria en aquella mirada que busca lo terrible como el enemigo, el digno enemigo contra el cual quiere ensayar sus fuerzas, del cualquier saber que es el terror? ¿Qué significa, precisamente en la época más feliz, más fuerte y valiente de los griegos, el mito trágico? ¿Qué, ese prodigio fenómeno de lo dionisiaco? ¿Qué, la tragedia nacida de él? Y a su vez, ¿qué quiere decir aquello que mató la tragedia?: ¿El socratismo de la moral, la dialéctica, la suficiencia y la seguridad del hombre teórico? ¿Acaso este socratismo no pudo muy bien ser el signo de la decadencia, del cansancio, del agotamiento, del anarquismo disolvente de los instintos? (3)

La magia dionisiaca celebra el encuentro del hombre con su naturaleza, sus tormentos y sus pasiones, reprimidas por el orden y la belleza apolínea. El mito cuenta que el dios Dionisio, hijo de Zeus y Semele, promueve una orgía en Tebas, que irrita al Rey Penteo, quien lo encierra y somete, pero el dios se libera del encierro y convoca a la madre del monarca a una orgía con las bacantes que, tomadas por una furiosa ira, despedazan vivo a Penteo y le entregan la cabeza a su madre, quien la muestra como trofeo. Una vez pasado el frenesí, Semele queda horrorizada de haber sido partícipe del asesinato de su propio hijo. Este horroroso goce filicida es presentado por Nietzsche como una liberación de todas las ataduras convencionales que impiden conocer la profundidad del alma humana (4). El pensamiento de Nietzsche ha generado profundos debates que llegan hasta el presente. No todos coinciden con sus apreciaciones, pero nadie le niega haber revelado la tensión entre lo apolíneo y lo dionisiaco en el corazón de la tragedia griega, lo cual evidencia un mundo de crudas asperezas que había pasado desapercibido para muchos helenistas, más atentos a lo sublime y lo perfecto.

La tragedia griega y el Corpus Hippocraticum

Hay trabajos de jóvenes investigadores y prestigiosos helenistas, que proponen leer el *pathos* propio de la tragedia griega desde los códigos de la medicina hipocrática. Por ejemplo, Carlos García Gual, distinguido helenista español, encuentra un fuerte registro melancólico entre los poetas, aunque declara que no es necesario mencionar a ninguno, pues todos estarían poseídos por los derrames de bilis negra, propios de la melancolía (5).

Cecilia Perczyk (6) ha estudiado el problema de la enfermedad del héroe en el “Orestes” de Eurípides, estableciendo relaciones entre esta tragedia y la medicina hipocrática. Según su estudio, los síntomas presentes en el héroe son similares a los que son descritos en “Sobre la enfermedad sagrada” y “Sobre las enfermedades de las vírgenes”. Además de encontrar una coincidencia léxica, la autora señala que los textos comparten ideas sobre el origen de la enfermedad y el tratamiento, lo cual le permite proponer una nueva lectura del final de la tragedia. Al comparar la ἀγρία νόσος (enfermedad salvaje) de Orestes con las afecciones descritas en los tratados hipocráticos “Sobre la enfermedad sagrada” y “Sobre las enfermedades de las vírgenes”, encuentra similitudes y coincidencias conceptuales sobre el papel del sufrimiento, la enfermedad y la naturaleza de la curación en la vida del hombre. Refiere que el texto “Sobre la enfermedad sagrada” trata acerca de una afección específica, la ἱερότης νοῦσος (“santidad espiritual”), que en la Antigüedad se constituyó como modelo para las perturbaciones mentales (6-8).

En la teoría platónica del conocimiento, se atribuye al *pathos*, en tanto que pasión, sufrimiento o tensión amorosa, una condición para la emergencia del *logos* y de la *episteme*, lo cual nos lleva a reconocer que a la par de cierta concepción noética de la teoría platónica del conocimiento, en la que se considera necesaria la supresión de todos los elementos irracionales que nublan el juicio, existe otra perspectiva, capaz por sí misma de convertirse en una experiencia cognitiva que devuelve al conocimiento su carácter humano. “En el Fedro, Platón descubre que no es que el *pathos* se vuelva equivalente al conocimiento,

antes bien, pasa a formar parte de él, deja de ser mera antesala que queda atrás y adquiere él mismo un carácter cognitivo. Es como si el proceso no pudiera apartarse de la meta, pues este habilita al alma para la intuición de lo más alto; ese proceso es el amor por el otro, sin el cual el alma no puede abrirse al conocimiento, no puede sensibilizarse hacia la verdad. La mente humana es más compleja de lo que había imaginado, pero también más fecunda” (9). Resulta revelador pensar en el sufrimiento como fuente, incluso como requisito de la comprensión y del conocimiento.

Nietzsche fue pionero en redescubrir para el mundo occidental las intensas pasiones de la tragedia griega, especialmente la confrontación entre lo apolíneo y lo dionisiaco (10). También es de alta importancia la obra de Don Miguel de Unamuno y Jugo (1864-1936), catedrático de griego y Rector Magnífico de la Universidad de Salamanca, autor de un libro fundamental titulado “Del sentimiento trágico de la vida”, caracterizado por una profundidad filosófica conmovedora. Allí afirma que:

Hay algo, que a falta de otro nombre, llamaremos el sentimiento trágico de la vida, que lleva tras de sí toda una concepción de la vida misma y del Universo, toda una filosofía más o menos formulada, más o menos consciente. Y ese sentimiento pueden tenerlo, y lo tienen, no solo hombres individuales, sino pueblos enteros. Y ese sentimiento, más que brotar de ideas, las determina, aun cuando luego, claro está, estas ideas reaccionan sobre él, corroborándolo. Unas veces puede provenir de una enfermedad adventicia, de una dispepsia, verbigracia; pero otras veces es constitucional. Y no sirve hablar de hombres sanos o insanos. Aparte de no haber una noción normativa de la salud, nadie ha probado que el hombre tenga que ser naturalmente alegre. Es más, el hombre, por ser hombre, por tener conciencia, es ya, respecto al burro o un cangrejo, un animal enfermo. La conciencia es una enfermedad (11).

Un testimonio más próximo de la fertilidad del pensamiento trágico en la literatura, es el caso del poeta nicaragüense Rubén Darío (Félix Rubén García Sarmiento, 1867-1916), uno de los fundadores del modernismo hispanoamericano y gloria de las letras en lengua española, especialmente cuando coincide con Unamuno, al considerar la consciencia como una enfermedad. En su poema “Lo fatal” dice:

“Dichoso el árbol que es apenas sensitivo,
y más la piedra dura, porque ésa ya no siente,
pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo,
ni mayor pesadumbre que la vida consciente” (12).

Resulta inesperada, o al menos poco trabajada por la crítica literaria, la relación que se puede establecer entre Gabriel García Márquez, célebre escritor colombiano, y Sófocles, autor trágico de la antigua Hélade.

Sófocles y García Márquez

En *Edipo Rey* y en *Antígona*, de Sófocles (497-406AC), se presenta el grave problema del incesto en el mundo griego. *Antígona*, hija de *Edipo* y *Yocasta*, es el grave producto de una relación del hijo con su madre. El anciano ciego *Tiresias* le anuncia su profecía a *Creonte*, Rey de Tebas, quien ha negado a *Polinices*, hermano de *Antígona*, el derecho a un entierro digno. Es una grave tensión entre las leyes divinas y las leyes humanas. La tragedia se cierne sobre Tebas y la familia de *Creonte*. La obra es acompañada por un coro, que intercala sus cantos a través de la obra. Progresivamente mueren *Antígona*, su novio *Hemon*, hijo de *Creonte*, y también *Eurídice*, su esposa. Terrible e inevitable fatalidad de los hijos del incesto presagiada por el ciego clarividente *Tiresias* (13). En próximos y contemporáneos lares latinoamericanos, *Gabriel García Márquez*, en sus “*Cien Años de Soledad*” anuncia el terror de la familia *Buendía* al nacimiento de un descendiente con cola de cerdo. El matrimonio consanguíneo entre *José Arcadio Buendía*

y su prima Úrsula Iguarán comienza con el grave terror al incesto. Cinco generaciones más tarde, se cumple la fatídica profecía familiar, cuando Aureliano Babilonia y su prima Amaranta Úrsula se casan a escondidas y tienen un descendiente con cola de cerdo al que se llevan las hormigas en lenta y ceremoniosa procesión, como representantes de aquel viejo coro de Sófocles. La tragedia alcanza al pueblo arquetipal de Macondo, que desaparece a los cien años de su fundación, después del incestuoso matrimonio (14).

En la genealogía de Los Buendía y en la de Antígona, se podrá ver cómo el problema del incesto recorre ambas narrativas. A pesar de 25 siglos de distancia, el incesto y la tragedia siguen siendo temas de vital importancia literaria. Ello ocurre porque se trata de profundos radicales ontológicos de la condición humana.

En tiempos de profunda calamidad social los pueblos consultan a los magos populares o mediáticos, adivinos que, como Tiresias, anuncian grandes calamidades. Apenas tres años atrás, una tenebrosa pandemia se hizo con la vida de miles de personas en el mundo entero. El macabro carretón de la muerte regresó de 1918 para pasearse en las noches por las calles de los pueblos y ciudades con su pesada carga de cadáveres. La gente se saludaba desde lejos, con los rostros enmascarados y sombríos. También oyeron decir que se había iniciado el desplazamiento de los campos electromagnéticos de la tierra y se persignaban con terror. El coronavirus con su carga trágica transformó a mucha gente en hipocondríacos temerosos de perder la vida, impidiendo vivir sanamente a millones de personas, y en el imaginario colectivo todavía se sienten sus efectos.

El *pathos* trágico: un existenciario

Cabe hacer una breve reflexión sobre el *Dasein* (“ser ahí”, “ser-en-el-mundo”, existencia) del *pathos* trágico desde el pensamiento de algunos seguidores de Heidegger (1889-1976), el filósofo alemán de “Ser y tiempo” (15). Dada la persistencia del *pathos* trágico en diversos autores y momentos de la historia, cabe su designación como fenómeno

óntico y no ontológico, pues parece resultar de una emanación de la subjetividad o de un sentimiento, como decía Unamuno, y no de una elaboración filosófica, que siempre resulta posterior y confirmatoria del sentimiento que la sostiene. Es difícil transmitir algunos conceptos fundamentales de la filosofía de Heidegger. En Abrahán se lee que “Heidegger también destaca que para hacer referencia a los modos de ser del *Dasein* utilizará los vocablos *existenzial* (existenciario) o *Existenzialien* (existenciaros). Estos, al igual que las categorías (*Kategorien*) —caracteres del ser de los entes que no tienen la forma de ser del *Dasein*— se encuentran ubicados en un plano ontológico, por contraposición al existencial (*existentiell*) que es la forma de ser óntica del existenciario” (16). Mientras que Torres se refiere a los existenciaros como aquello que “pertenece al grupo de vivencias o experiencias fundamentales que llegan al fondo de la existencia, movilizandolos los resortes de la vida y suscitando las cuestiones del sentido. En última instancia, el problema de la esperanza coincide con el problema de la existencia: es uno de sus aspectos radicales” (17). Partiendo de estas lecturas es posible proponer el *pathos* trágico como un fenómeno *existenzial* o *Existenzialien* (existenciario), constitutivo del *Dasein*, de la misma manera que lo son la angustia, el miedo y la esperanza. Todo ello, en función de la profundidad y radicalidad de la vivencia trágica, que al mismo tiempo es un componente indispensable de la subjetividad.

CONCLUSIÓN

Una literatura psicológica, insípida y superficial, enlatada en otras culturas, parece proponer la felicidad y el éxito como paradigmas deseables de la existencia. “Mente positiva” y “cero complicaciones” parecerían ser componentes indispensables de la Salud Mental en esa versión simplista de la psicología. De manera decidida y valiente, hay que oponerse a esta trivialización de la vida. La psiquiatría fundada en la analítica existencial tiene una propuesta muy distinta. Decía

Víctor Frankl que “el sufrimiento es una tensión fecunda” (18). Sin el *pathos* trágico nos habríamos perdido de lo mejor de la literatura y el arte universal, incluyendo a Shakespeare y la mejor lograda música académica. Tampoco en el trópico habría boleros. El *pathos* trágico es un componente primordial de la subjetividad, inscrito en el *Dasein* como un existenciario. No es posible erradicar el *pathos* trágico de la vida interior sin producir un profundo vaciamiento existencial. Es muy probable que su primera presentación en la vida sea con el llanto desesperado del recién nacido. Es una observación fenomenológica que exige un estudio más profundo. Pero como todos los sentimientos y emociones del ser humano (rabia, miedo, amor, cólera, envidia, celos, tristeza, angustia, vergüenza, indignación, odio, congoja, asco, preocupación, alegría, entusiasmo, etcétera), el *pathos* trágico es sano mientras no se convierta en una pasión hegemónica que suprima el resto del repertorio sentimental y gobierne la vida desde un lugar anacrónico de la biología cerebral, inscrito en el circuito cerebral del miedo, como en muchos casos de Trastornos Depresivos, Ansiosos o en el exagerado temor hipocondríaco. En ese caso, ya se estaría en presencia de una pérdida de complejidad, de una simplificación o mineralización de la vida sentimental y cognitiva, con una significativa reducción de la subjetividad, así como de la supresión del sano componente caótico e imprevisible del comportamiento saludable. El *pathos* trágico descubierto por los autores griegos, y vivo en muchos autores contemporáneos, hace parte de la existencia y es un componente propio de la Salud Mental. Hay que señalar que los registros neurobiológicos del *pathos* trágico empalman con los de la belleza, la contemplación estética y el placer, como bien lo ha demostrado Zemir Seki en sus mejores estudios (19,20). Así como Sigmund Freud se preguntó por todo aquello que está “más allá del principio del placer”, también Michael Trimble, prestigioso neurocientífico de la Universidad de Londres, se ha interrogado, partiendo del estudio de la tragedia griega de Nietzsche, por qué a los humanos nos gusta llorar (21).

REFERENCIAS

1. Vélez Upegui, M. Sobre la tragedia griega. Araucaria. Rev Iberoam Filos, Polít Human. 2015;17(33): 31-58.
2. Ayala R S. Aproximación a la tragedia griega. Byzantion Nea Hellás. 2002;21:49-64.
3. Nietzsche F. El nacimiento de la tragedia. Esta Edición: Proyecto Espartaco. Consulta en línea 3/1/2022. Disponible en: <http://www.proyectoespartaco.com>.
4. Korstanje M E. Contribuciones y limitaciones del existencialismo nietzscheano al estudio del horror. Friedrich Nietzsche: “El Origen de la Tragedia.” Buenos Aires: Terramar Ediciones; 2008.
5. García Gual C. Del melancólico como atrabiliario, según las antiguas ideas griegas sobre la enfermedad de la melancolía. Faventia. 1984;6(1):41-50.
6. Perczyk CJ. La enfermedad del héroe en Orestes de Eurípides a la luz de la relación entre tragedia y medicina hipocrática. An Filol Clásica. 2018;30(4-20): 111-127.
7. García-Castro JF. Terapéuticas de la enfermedad en la tragedia griega, a propósito de una paremia en Áyax de Sófocles. En: Osorio-Herrera BL, García-Castro JF, Hincapié Grisales Ó, editores. El ideal clásico de la formación humana. Universidad Pontificia Bolivariana; 2021.p.56-80.
8. Napoli JT, director. Amor, enfermedad y locura en el teatro griego clásico su relación con la medicina hipocrática y la filosofía tardo antigua. (Proyecto de investigación). UNLP. FaHCE. Centro de Estudios Helénicos, 2016.
9. Bacarlett Pérez ML, Pérez Bernal AM. El papel del Pathos en la teoría platónica del conocimiento. Eidos: Rev Filos Universidad Del Norte. 2013;18:46-77.
10. Nietzsche F. El origen de la tragedia. Barcelona: Espasa Libros; 2013.
11. Unamuno M. Del sentimiento trágico de la vida. México, DF: Editorial Azteca, S.A.; 1961.

12. Rubén Darío. Antología poética. Prólogo y selección por Guillermo de Torre. Buenos Aires: Losada; 1966.p.181-182.
13. Sófocles E. Edipo (Sófocles). Medea (Eurípides). Madrid: Editorial Mediterráneo; 1966.
14. García Márquez G. Cien Años De Soledad. [Madrid]: [México, D.F.]: Alfaguara. Real Academia Española; Asociación de Academias de la Lengua Española; 2007.
15. Heidegger M. Ser y tiempo. [edición digital en línea]. [Consultado el 9 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.philosophia.cl>. Disponible en: http://www.reflexionesmarginales.com/biblioteca/Heidegger-Ser_y_Tiempo.pdf.
16. Abrahán M. Existenz y Jemeinigkeit en Sein und Zeit de Martin Heidegger. *Tópicos*, 2022;43:1-5.
17. Torres Q A. Elpidología: la esperanza como existenciario humano. *THEOLOGICA XAVERIANA*; 2005;(154):165-184.
18. Frankl V. Psicoanálisis y existencialismo. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1957.
19. Kawabata, Hideaki; Zeki, Semir. Neural Correlates of Beauty. *J Neurophysiol*. 2004;91:1699-1705. Consulta en línea 12/5/2020. Disponible en: journals.physiology.org/journal/jn (186.014.172.185).
20. Zeki S, Chén OY, Romaya JP. The Biological Basis of Mathematical Beauty. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2018;12:467. doi: 10.3389/fnhum.2018.00467
21. Trimble M. Why humans like to cry? Tragedy, Evolution, and the Brain. Oxford: Oxford University Press; 2012.

Observación: Artículo sin conflicto de interés. Financiado por los autores.

Brechas entre la información existente en salud, alimentación, y calidad de vida y las acciones de respuesta humanitaria. Bases para la elaboración de un marco referencial de acciones públicas y humanitarias en Venezuela

Dra. Marianella Herrera Cuenca

RESUMEN

La emergencia humanitaria compleja en Venezuela, ha sido un proceso de instalación lenta con factores múltiples que han confluído y permeado para promover un contexto complejo en el cual el hambre, oculta y evidente y el deterioro de la salud de la población han marcado la última década. Un elemento relevante que impide la implementación de las medidas que logren la mitigación de los daños a la población es la brecha que existe entre la data académica y de la sociedad civil, ante la ausencia de data oficial, y la propuesta del plan

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXIX.11>

Trabajo de incorporación de la Dra. Marianella Herrera Cuenca como Miembro Correspondiente Nacional N. 30 de la Academia Nacional de Medicina

de respuesta humanitaria de Naciones Unidas. Este trabajo intenta hacer un resumen documental compilatorio, basado en una revisión documental y en entrevistas a expertos que abra una ruta hacia la reflexión crítica de las respuestas implementadas, los obstáculos presentes y las recomendaciones que podrían darse desde una perspectiva integral para el logro del bienestar de la población. Los resultados y conclusiones muestran que la complejidad de la crisis es un elemento fundamental a considerar en la implementación de acciones destinadas a mitigar los daños a la población civil, pues la multidimensionalidad de los problemas de la crisis marca una vía particular de acción para resolver los más importantes problemas que afectan a los venezolanos.

SUMMARY

The Venezuelan complex humanitarian emergency has been a process of slow installation with multiple factors that have come together and permeated to promote a multifaceted context in which hidden and obvious hunger and the deterioration of the population's health have marked the last decade. A key factor that prevents the implementation of the measures that might help to achieve the mitigation of damage to the population is the gap that exists between the academic and civil society data, in the absence of official data, and the proposal of the United Nations humanitarian response plan. This work intends to make a documentary compilation summary, based on a documentary review and interviews with experts that will open a route towards a critical reflection of the implemented responses, the present obstacles and the recommendations that could be given from an integral perspective for the achievement of the well-being of the population. The results and conclusions show that the complexity of the crisis is a fundamental element to consider in the implementation of actions aimed at mitigating the damage to the civilian population, since the multidimensionality of the problems of the crisis marks a particular path of action to solve the most important problems that affect Venezuelans.

INTRODUCCIÓN

La obtención de datos es un elemento indispensable para la planificación de estrategias e implementar planes de acción para el logro del bienestar de la población, cuando el bienestar de la misma es en sí un objetivo, y más aún cuando se enfrenta una Emergencia Humanitaria Compleja (EHC).

Las emergencias humanitarias tradicionalmente se han categorizado según su origen, el cual en la mayoría de las oportunidades se clasifican en *desastres naturales* tales como sequías, tsunamis, terremotos, inundaciones, o entrando en el *ámbito geo-político* la mayoría se traduce en guerras, conflictos armados o ataques terroristas (OHCHR). De tal manera que una crisis como la venezolana es una situación particular e inédita por lo que su clasificación resultó difícil al inicio, ya que había dificultades para entender si realmente se trataba de una emergencia humanitaria o no, de acuerdo a los criterios tradicionales.

Según Civilis Derechos Humanos, “a diferencia de las crisis humanitarias que vienen determinadas por desastres naturales o conflictos armados, las emergencias complejas son fundamentalmente de carácter político. Se trata de crisis humanitarias graves que suelen ser el resultado de una combinación de factores que van desde inestabilidad política, quiebre y fragmentación del Estado, conflictos y violencia, fracaso de políticas de desarrollo, desmoronamiento de la economía formal, desigualdades sociales y pobreza subyacente; que generan grandes impactos sobre la estabilidad cultural, civil, política y económica de las sociedades” (Civilis DDHH).

La instalación lenta de la crisis venezolana también estuvo llena de factores de confusión, por un lado, un discurso a favor de brindar el poder y bienestar a los sectores más desfavorecidos y por el otro, acciones contradictorias que llevaron al deterioro del bienestar de la población, en particular de los más vulnerables. Por ejemplo, al lado de los discursos al inicio del nuevo siglo que prometían salud y alimentación universal para la población, también se desarrollaron acciones que contradictoriamente contribuyeron al deterioro de indicadores de salud

claves para la evaluación del bienestar y desarrollo de un país. La flexibilidad en la entrada del personal médico cubano, sin la validación de credenciales médicas es una muestra de lo que a futuro contribuiría al deterioro de la calidad en la atención médica (Díaz Polanco, 2012), también lo es la expropiación de tierras productivas para convertirlas en terrenos baldíos, improductivos que han desmejorado de manera importante el funcionamiento del sistema alimentario nacional (El Nacional, 2018). Sin embargo, las promesas de un futuro mejor y la progresiva instalación de las distintas “medidas populares inclusivas” no resultaron más que una muestra del populismo interconectado a la ausencia de políticas públicas basadas en evidencia, que deberían ser las vías para la ejecución de programas y políticas destinados a mejorar la calidad de vida de los venezolanos. A más de dos décadas del inicio de una nueva era en Venezuela, y a un quinquenio de la declaración de la EHC, es necesario realizar un análisis de lo ocurrido para hacer una propuesta de lecciones aprendidas y eventualmente corregir sobre la base de la evidencia.

De tal manera que este estudio tiene como objetivo realizar una revisión documental sobre la data existente en investigación en Venezuela, tomando como base la compilación de data realizada por las diferentes fuentes alternativas que han documentado la EHC y entrevistas con actores clave en el manejo de dicha emergencia, para realizar un resumen de la información que ayude a la comunidad académica – científica a conocer el contexto más amplio de la EHC e intentar iniciar una discusión científica acerca de la brecha existente entre la información disponible y las acciones que se ejecutan actualmente para mitigar el daño en la población vulnerable venezolana.

2. Marco Teórico

2.1. La Obtención de datos en entornos complejos

En cualquier entorno: empresarial y de negocios, académico y de investigación, en el diseño de políticas públicas y en situaciones de emergencias y desastres la toma de decisiones debe estar basada en el

análisis de los datos disponibles y de la evidencia lo más sólida posible para enfrentar de una manera eficiente y adecuada la situación requerida.

En cualquier emergencia humanitaria, más que en cualquier otro escenario, se necesitan datos sólidos y de calidad a fin de tomar decisiones destinadas a reestablecer el bienestar de la población, más aún cuando estas decisiones pueden salvar vidas, o en caso de no estar eficazmente tomadas, afectar la vida de las personas o ponerlas en riesgo (VimukthiJayawardene, 2021).

El riesgo de enfrentar una emergencia debe reducirse al prevenir los daños asociados, y esto puede realizarse al estar preparados ante los riesgos que se conocen. Es el caso de áreas comprometidas por algunas particularidades geográficas, donde es posible predecir la ocurrencia de un fenómeno. En tal caso, la reducción de los riesgos se puede describir en cuatro fases: la reducción del riesgo, la preparación, la respuesta y la recuperación (WFP, 2009).

Estar preparados ante los riesgos, disminuye las probabilidades de que surjan complicaciones o al menos disminuyen los problemas que podrían traer graves consecuencias e incluso la muerte de personas. No tomar previsiones, ante los riesgos es una actitud irresponsable. Las emergencias por desastres naturales pueden prevenirse en gran medida si la población está educada y consciente de las acciones necesarias para contrarrestar los efectos del clima. Por ejemplo, en las inundaciones, los ciclones y huracanes, las medidas de prevención son importantes. Acudir a los centros de refugio que tienen la protección adecuada, el colocar los dispositivos de protección a las viviendas y evacuar las poblaciones de las zonas en riesgo son medidas que apuntan a la preservación de la vida de las personas.

Por lo tanto, la obtención de data que indique cuantas personas estarían en riesgo, donde se encuentran, cuáles son las características de estos individuos, cual es el estado en el que se encuentran, sus necesidades actuales, el daño ocurrido y el nivel de afectación, es sumamente importante para el manejo adecuado de las crisis y lograr la recuperación de las personas y sus entornos (IPC, 2021).

Manejar una emergencia sin datos, es estar a ciegas en una situación crítica. Sabemos que la toma de datos y la identificación de personas puede ser un verdadero reto en tiempos de emergencias. Además, obtener data de calidad, no siempre es posible y la evidencia nos dice que los errores en la data de emergencia pueden ser enormes y no ser suficiente para seguir los eventos con suficiente confiabilidad. Sin embargo, un esfuerzo metodológico debe realizarse para obtener la información necesaria, con el fin de brindar la mejor atención a la población vulnerable y en riesgo al tener la posibilidad de evaluar las verdaderas necesidades e implementar acciones para mitigar los daños, pero a la vez considerar estrategias sostenibles que apunten al bienestar de largo plazo de los grupos poblacionales intervenidos.

2.2. La Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela

La situación de emergencia que vive la población venezolana, debe reiterarse, no es el producto de una situación ordinaria dentro del mundo de las emergencias. Desde el inicio de la transformación del país que vivía de las rentas petroleras con sus múltiples problemas, que no deben negarse y que se padecían al final del siglo pasado, ocurrieron reformas que, si bien al inicio resultaron atractivas para la población en general, dejaron mucho que desear en términos metodológicos y desde la perspectiva de la implementación de políticas públicas basadas en evidencias.

En términos de acciones necesarias, las políticas públicas no han estado acorde al mundo global donde la ciencia y tecnología han avanzado de manera importante, y debe reconocerse que el retraso que ocurre en términos de actualización científica, tecnológica y académica, ha dejado una huella de deterioro en los espacios de toma de decisiones y planificación de estrategias de intervención a los problemas públicos, particularmente en las áreas de salud, alimentación y nutrición.

Por ejemplo, la suspensión de los programas que identificaban población vulnerable como el Programa Ampliado de Alimentación Materno Infantil (PAMI) (Ledezma, 1996) eliminó no solo la suplementación requerida para las mujeres embarazadas y lactantes y

sus lactantes menores, sino que además, se perdieron la promoción de salud y los controles preventivos asociados al programa, que de alguna manera y a pesar de las dificultades, permitían una retroalimentación de información sobre la situación de este grupo vulnerable y su descendencia (Herrera-Cuenca, 2015). Los problemas que existieron asociados a este programa, debían mirarse desde una perspectiva de lo perfectible y corregir lo necesario para su adecuada implementación, dado que la atención a mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de cinco años es sumamente importante para asegurar el bienestar de la sociedad en general debido a que dentro de estas fases de la vida transcurren algunos de los períodos críticos del crecimiento y desarrollo tanto biológico como cognitivo del ser humano (Alderman, 2010).

Otra de las políticas venidas a menos ha sido la promoción verdadera de la lactancia materna, que ha sido retomada por la presencia de UNICEF en el país a consecuencia de la instalación de las misiones permanentes de las agencias de la Organización de Naciones Unidas en el país. Los datos públicos que se pueden encontrar en las fuentes como UNICEF-Venezuela reportan que, a pesar de los beneficios enormes de la lactancia materna, solo 28 % de los bebés reciben lactancia materna exclusiva en sus primeros seis meses de vida, dato obtenido con datos parciales del 2008. El promedio de Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses en Latinoamérica es de 37,9 %, lo que ubica a Venezuela en el puesto 16 de los 21 países de la región que menos se benefician de la lactancia (UNICEF)

Es importante la brecha existente entre el dato señalado por UNICEF Venezuela y la señalada por el Ministerio del Poder Popular para la Alimentación, que señala que la práctica de la lactancia materna (sin describir si es exclusiva o no) es del 76,6 %, dato que sería reportado en agosto del 2020 con motivo de la semana mundial de la lactancia materna.

Las causas para poder amamantar o no de manera exclusiva responden a diferentes circunstancias, una de ellas es la falta o poca leche de las madres, tal como lo refieren investigadores de la facultad de

ciencias médicas de Guantánamo Cuba, en una investigación realizada en Venezuela (Bebert y col., 2018).

En el área de alimentación y nutrición, actualmente lo que existe es una red de distribución de alimentos denominada CLAP por ser las siglas de: Comités Locales de Abastecimiento y Producción cuyos objetivos nutricionales en particular no pueden ser ubicados en la información disponible (MPPSP/CLAP, 2023), y menos aún la definición de los requerimientos nutricionales de la población de manera específica y técnica. De tal manera, que las fallas en el campo técnico de la formulación de políticas públicas han sido protagonistas del diseño de estrategias y de la sustitución de los programas que aun cuando tenían defectos, al menos tenían un norte técnico y unos objetivos de bienestar poblacional que alcanzar.

Todo este complejo escenario de desmantelamiento de estructuras de programas alimentarios, nutricionales, educativos y de salud, que al inicio intentaban justificarse como el cambio en el modo de producción a un estado socialista, sirvieron como plataforma al profundo deterioro que seguiría después, dando forma a una crisis de instalación lenta que no fue fácil de visualizar, justificar y atender (Díaz Polanco, 2008).

En este sentido, la declaración de la existencia de una Emergencia Humanitaria Compleja, ha llegado tardíamente, y una factura muy alta se ha pagado en términos de vidas perdidas, enfermedades reemergentes, infraestructura inútil y desactualizada, migración forzada con pérdidas de recursos humanos importantes para el país y vidas sumamente difíciles y alteradas con estos procesos migratorios, desde pasos peligrosos por la selva del Darién hasta el tráfico de personas en particular de mujeres y niñas quienes se han transformado en el blanco de redes y mafias que buscan en las venezolanas una fuente de ingresos al explotarlas con trabajos riesgosos y poco éticos, muchas veces sin ellas saber a qué se exponen.

En 2019 el PMA realizó una encuesta a nivel nacional que reportó 9,3 millones de personas con inseguridad alimentaria moderada o severa y además estos datos sirvieron para colocar a Venezuela en la lista de los 10 países con mayor inseguridad alimentaria del mundo

(WFP, 2019-2020). Las consecuencias han sido devastadoras para la población en términos del daño biológico, económico, educacional y antropológico (Landaeta y col., 2018).

2.3 Manejo de las Emergencias Humanitarias

Tradicionalmente, la aproximación al manejo de las emergencias humanitarias se ha realizado desde la perspectiva de lo que ocurre dentro de los contextos de un desastre natural o un conflicto armado, analizando las consecuencias en términos de provisión de alimentos, riesgos de accidentes, riesgos de salud implicados y el traslado de personas en estado de vulnerabilidad dentro de esas emergencias. Más allá de las causas, el manejo de toda emergencia requiere de planificación, con base en las necesidades y al menos en teoría, el análisis de riesgos previo, cuando se puede predecir, por ejemplo, un desastre natural, será crucial en el buen desempeño de las acciones de alivio, asistencia y de posterior recuperación de la emergencia.

Los desastres naturales a consecuencia del cambio climático, que a su vez han cambiado los patrones estacionales, con inundaciones, sequías, incendios forestales, terremotos y otros, han contribuido al desplazamiento de las personas y al incremento de la pobreza, particularmente en los países de ingresos medios y bajos (PIMB) en vías de desarrollo. Solo en el 2018, 17,8 millones de personas se vieron obligadas a abandonar sus hogares a nivel global, por causa de algún desastre natural (Fuller, 2020).

Debido a que cada emergencia tiene sus propias características, puede ser difícil encontrar un método único que pueda ser útil en todo momento para todos los eventos, sin embargo, a pesar de los retos que implica el brindar asistencia a las personas en riesgo, existen una serie de pasos y principios que deben utilizarse durante la emergencia y en la fase de pos-emergencia para cubrir las necesidades de alimentación, ropa y techo de la población.

La acción multisectorial es muy importante en la respuesta, en tanto que la coordinación entre las organizaciones no gubernamentales (ONGs), gobierno, tomadores de decisiones, agencias internacionales

involucradas, academia y comunidades cercanas que puedan cooperar en el alivio de la situación será fundamental en la asistencia que debe brindarse para proteger a la población en riesgo. De tal manera que no solo cualquier asistencia es importante sino la calidad en la asistencia que se brinda será fundamental en el logro de los objetivos de rescate, salvamento de vidas y protección que se establezcan en los procedimientos de mitigación de los daños durante la emergencia (Modgil y col., 2022).

Por esta razón, la necesidad y búsqueda de la calidad en la atención en las operaciones humanitarias y alivio de desastres se convierte en un elemento que se define como “ el grado al cual los resultados esperados de los programas han sido alcanzados al final de una operación” (Vimukthi y col., 2021) y se convierte en parte del Manejo de las Operaciones para el alivio de los Desastres (HODRM) *

El HODRM, incluye desde las fases de preparación hasta la estructura de la pos-emergencia, por lo cual los resultados deben encontrarse acorde con el proceso de seguimiento y evaluación que ocurre durante la misma emergencia. Incluye, o debería incluir todos los aspectos que en términos de derechos humanos esenciales son requeridos para la atención digna que debería brindarse.

Más allá de la cobertura de las necesidades, que es verdaderamente importante, la dignidad del proceso es fundamental, el respeto a las costumbres, cultura e identidad de la población atendida debe ser prioridad para asegurar el éxito de las acciones de respuesta, de manera sostenible y que apunten al buen término y final de la emergencia.

2.4. Los aspectos logísticos

La respuesta humanitaria tiene un gran componente de operatividad y de logística innegable. Desde asegurar el transporte de insumos hasta el pago y remuneración de los trabajadores en las líneas de rescate y

*HODRM por sus siglas en inglés *Humanitarian Operations and Disaster Relief Management*.

servicio humanitario, son muchas las actividades que deben desplegarse a fin de asegurar la atención y brindar la mejor asistencia y protección a la población vulnerable.

Las operaciones, que muchas veces son riesgosas si el entorno implica vulnerabilidad en tanto exista un desastre natural en curso, necesitan que se asegure la integridad del personal que labora en pro de las acciones de rescate y salvamento de vidas.

Partiendo de la base que la coordinación del abastecimiento de insumos tanto alimentarios, como médicos, de higiene, hidratación, y manejo de la infraestructura, es siempre compleja a pesar de buscar el alivio y mitigación de los daños, y por supuesto el salvar vidas; la preparación, el manejo, la organización y la transparencia en las acciones y en la gestión de los recursos son vitales en el logro de los objetivos que son esenciales para la gerencia humanitaria. Dicha complejidad, siempre estará acompañada de incertidumbre, en tanto los acontecimientos riesgosos, aunque predecibles en algún grado podrán presentar eventos inesperados que dependerán de la naturaleza de la emergencia. En tanto los desastres naturales presentan un nivel de predicción climática algo más confiable, los conflictos políticos y acciones de guerra pueden generar situaciones violentas y de cambios rápidos difíciles de enfrentar. Incluso, los desastres naturales, pueden complicarse al no generarse las acciones necesarias para disminuir los daños y proteger la vida de las personas.

Existe un área de investigación denominada logística humanitaria, que intenta explorar y organizar los procesos de almacenamiento, transporte, distribución y coordinación de personas y bienes; durante las etapas de preparación, respuesta y recuperación (Modgil y col., 2022).

La logística humanitaria implica un proceso de organización en el cual deben cotejarse las necesidades que existen para brindar asistencia a la población, con los recursos disponibles y acciones necesarias para llevar a cabo las actividades de rescate. Se han propuesto modelos matemáticos, que integran las diferentes operaciones logísticas en tiempo real para asegurar el flujo de diferentes insumos desde el origen hasta las manos de las personas que verdaderamente los necesitan

(Vimukthi y col., 2021 y Modgil y col., 2022). Otro recurso interesante desarrollado tecnológicamente son los sistemas de información y monitoreo geográfico que permiten realizar el seguimiento también en tiempo real de los eventos que ocurren en una determinada zona.

En la Figura 1 puede observarse el flujo de la compleja logística humanitaria, que además debe estar preparada para recibir imprevistos en términos económicos, urgencia en los tiempos y cambios en las rutas. Es por eso que se insiste en las acciones de preparación y contingencia cuando se pueden predecir algunos de los eventos, lo cual mejoraría de manera importante la capacidad de la respuesta.

Existen estudios que intentan realizar predicciones mediante el desarrollo de modelos entero-mixtos multifásicos y lineales para investigar estrategias de manejo primarias y secundarias para mejorar los servicios de cobertura y la satisfacción de la población. A pesar de las dificultades en la obtención de la data los resultados de los modelos predictivos basados en los nuevos procedimientos que incluyen algoritmos, inteligencia artificial y otras metodologías estadísticas combinadas con tecnologías, reportan incrementar el chance de obtener soluciones logísticas incluso en los escenarios más difíciles. Las incertidumbres pueden generar costos más elevados, pero mejorar los parámetros de seguridad pueden incrementar los niveles de servicios (Du y col., 2023).



Figura 1.

Por supuesto la logística es sumamente importante tal y como se ha referido en este apartado del trabajo, sin embargo, todavía el uso de metodologías específicas de corte tecnológico y estadístico, no se emplean efectivamente en Venezuela, particularmente por las fallas en los servicios básicos como electricidad, que es fundamental para las telecomunicaciones y el internet que es la base de los métodos geo-referenciados para uso en tiempo real y realizar evaluaciones al mismo momento de la ocurrencia de los fenómenos o generar las predicciones tal cual se ha hecho referencia con anterioridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una revisión documental cualitativa de la data de fuentes alternativas no oficiales existentes en Venezuela para evaluar e interpretar los resultados de los estudios más importantes realizados en los últimos tres años. Los criterios de inclusión fueron: estudios realizados por fuentes académicas (universidades, centros de investigación) u organizaciones no gubernamentales (ONGs) pertenecientes a la sociedad civil venezolana que presentaran datos disponibles de los últimos tres años locales o nacionales, que incluyeran población vulnerable en su estudio. También se realizaron entrevistas con diferentes actores que han formado o que continúan formando parte de organizaciones de la sociedad civil venezolana, académicos, del ámbito político o afectados por la situación de vulnerabilidad alimentaria y de salud en el país.

De esta forma se seleccionaron: la plataforma HumVenezuela, ENCOVI, OVSAN, Convite, el Monitoreo Centinela de Caritas, el monitoreo en escuelas de Fundación Bengoa, Proyecto Nodriza y la encuesta de profesores universitarios IPP-UCV.

La plataforma HumVenezuela constituye un punto importante de este trabajo debido a que integra a más de cien organizaciones de la sociedad civil venezolana, en un intento de aproximarse, ante la ausencia de data oficial actualizada, a la realidad que debe enfrentar la población en relación a las siguientes áreas: salud, alimentación/nutrición, agua, higiene y saneamiento, educación y calidad de vida.

Esta compilación incluye algunos datos de los otros estudios incluidos en este trabajo, sin embargo, se evalúan también por separado las demás fuentes de información independientes tanto por pertenecer a instituciones académicas, o por ser parte de alguna ONG que brinda atención a la población vulnerable y se encuentra en la necesidad de recopilar datos para poder implementar acciones lo más acertadamente posible.

Las entrevistas realizadas fueron transcritas y resumidas en una tabla, utilizando los criterios de convergencias y diferencias entre las opiniones de los actores. Las entrevistas pueden observarse con detalle en el anexo de este trabajo.

Luego se procedió a comparar los resultados de la población vulnerable con la atención proyectada por el plan de respuesta humanitaria de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), y a interpretar los hallazgos de acuerdo a algunos criterios esenciales que marcan la ruta hacia el bienestar de la población.

En la discusión, se analizan las brechas existentes entre los datos obtenidos por los diferentes estudios respecto a la población que requiere atención por encontrarse en necesidades humanitarias y la atención brindada por las misiones de Naciones Unidas presentes en el país, particularmente Programa Mundial de Alimentos y UNICEF.

RESULTADOS

Se realizó una revisión de la data de la plataforma HumVenezuela, Encovi, Convite, Observatorio Venezolano de Seguridad y Nutrición (OVSAN), Monitoreo Centinela de Caritas, Fundación Bengoa y se decidió incluir también a Proyecto Nodrizas, por su carácter específico de atención a mujeres embarazadas y lactantes y niños pequeños y la encuesta realizada a profesores universitarios adultos mayores por su específica relevancia en la vulnerabilidad que este sector representa para la sociedad venezolana. Estas organizaciones e iniciativas constituyen las fuentes de información alternativa más importantes que existen en Venezuela.

El Cuadro 1 muestra las fuentes de la data estudiada, el tipo de organización, el área de trabajo y la población estudiada o atendida.

Cuadro 1.

Organización-Encuesta	Tipo de Organización	Área de trabajo	Población Atendida/Estudiada
HumVenezuela	Agrupación de organizaciones de la sociedad civil	Salud, alimentación, educación, agua y saneamiento, calidad de vida	Estudia Población general
Encovi	Académica Universidad Católica Andrés Bello	Salud, alimentación, migración, pobreza, educación, seguridad alimentaria	Encuesta de Hogares
Convite	ONG Sociedad Civil	Salud, Alimentación	Adultos Mayores
OVSAN	Observatorio de Asamblea Nacional	Seguridad Alimentaria	Encuesta de Hogares
Caritas	Organización de la Iglesia	Alimentación, Nutrición	Población vulnerable: niños y mujeres embarazadas
Fundación Bengoa	ONG Sociedad Civil	Alimentación, Nutrición	Población vulnerable: niños y mujeres embarazadas. Niños en edad escolar
Proyecto Nodrizas	ONG Sociedad Civil	Alimentación, Nutrición	Población vulnerable: niños y mujeres embarazadas y lactantes
Encuesta IPP-UCV	IPP-UCV	Seguridad Alimentaria Salud	Adultos Mayores

4.1. La data existente en Venezuela

La data oficial venezolana en relación con salud, alimentación y nutrición, desde hace al menos un par de décadas, muestra fallas en sus reportes. Bien sea por inconsistencias entre las fuentes (Díaz Polanco) por inexactitud y muestras incompletas, por demoras en las entregas, o por la dificultad para el acceso, la data provista por los organismos públicos del Estado, no se encuentra disponible públicamente, para realizar los cálculos necesarios que permitan tener un diagnóstico real de las necesidades humanitarias en el país.

Las agencias internacionales que deben intervenir y que necesitan data gubernamental para ejecutar sus acciones, tienen una limitación en este sentido, y es por ello que los informes globales sobre crisis alimentarias o seguridad alimentaria no presentan datos sobre Venezuela y en consecuencia debe leerse entre líneas en estos reportes la situación venezolana.

Ejemplos de estos hechos pueden observarse en el reporte global de crisis alimentarias (Global report on food crisis 2023) del Programa Mundial de Alimentos (FSIN and Global Network Against Food Crises. 2023. GRFC 2023. Rome), donde se debe leer muy atentamente la información obtenida en los países vecinos a Venezuela, donde el incremento de la migración obliga entre otras cosas a aumentar el requerimiento de ayuda externa para solventar las necesidades de los migrantes venezolanos quienes abandonan el país en busca de mejores oportunidades.

También en el informe de “Puntos críticos del hambre: Alertas tempranas” publicado por FAO y PMA puede leerse la declaración acerca de Venezuela en la que se explica que: “Venezuela no fue incluida como un foco de hambre debido a la no disponibilidad o a la escasez de datos actualizados sobre inseguridad alimentaria”

Además, el complejo contexto político, económico y social venezolano contribuyen a que Venezuela sea un país difícil de analizar y en consecuencia de interpretar adecuadamente para buscar soluciones a las graves situaciones que deben enfrentar los venezolanos. En consecuencia, el esfuerzo metodológico que debe realizarse es de suma

importancia a fin de dar forma a la implementación de las acciones de programas y políticas que basados en evidencia podrían aliviar la situación de millones de venezolanos y evitar el continuo flujo migratorio de la población que, a pesar de correr graves riesgos, prefiere salir de un país en el cual se han cerrado las oportunidades.

Pasemos entonces a describir las distintas fuentes de información alternativa que existen en Venezuela.

HumVenezuela

La plataforma HumVenezuela es una plataforma independiente de la sociedad civil venezolana, que busca proveer información acerca de la EHC en Venezuela, a través de la cooperación de más de 100 actores de la sociedad civil que se han unido a esta iniciativa para evaluar la escala, las características y la evolución de la EHC.

En esta plataforma, además, pueden encontrarse integrados algunos de los datos de los otros proyectos e iniciativas de recopilación de información que se incluyen en este trabajo.

Esta compilación de datos que responde a una metodología que busca armonizar la información existente reporta que existen unos 19 millones de personas en Venezuela con necesidades humanitarias. El Cuadro 2 que se presenta a continuación muestra un resumen de las siguientes dimensiones evaluadas:

Condiciones de vida, alimentación y nutrición, salud, agua y saneamiento y educación.

En dicho cuadro puede observarse que en la proporción de personas que viven en condiciones de desventaja y sin protección es elevada. Un país que según las proyecciones del fondo de poblaciones de Naciones Unidas, ha sufrido una migración de unos 7 millones de venezolanos y cuya estimación de población ahora no supera los 28 millones de habitantes, enfrenta un grave problema al reportar 19,7 millones de personas en pobreza multidimensional, debido a que este último número representa al 70 % de la población. De la misma manera, 12,3 millones de personas deben enfrentar la inseguridad alimentaria en sus hogares, debido a la imposibilidad de acceder económicamente

Brechas entre la información existente en salud, alimentación, y calidad de vida y las acciones de respuesta humanitaria. Bases para la elaboración de un marco referencial de acciones públicas y humanitarias en Venezuela

a los alimentos. Es importante señalar, que el principal problema que reportan las familias venezolanas al investigar cual es el principal factor que impide acceder a los alimentos es el costo de los mismos y la disparidad con los salarios(Herrera OVSA y CENDAS).

Cuadro 2.

Informe de seguimiento a los impactos de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela tras el confinamiento por la pandemia de COVID - Actualización a marzo 2022

Resumen de personas con necesidades humanitarias por sectores (a marzo 2022)

Condiciones de vida	Alimentación y nutrición	Salud	Agua y saneamiento	Educación Básica
Personas con pérdida multidimensional	Personas con pérdida irreversible de medios de vida	Personas con pérdida de servicios de salud	Personas con restricciones severas de acceso al agua	N/A en educación irregular
19,7 M	28,7 M	28,1 M	28,1 M	2,9 M
Personas sin servicio de transporte	Personas con pérdida de fuentes de ingresos	Personas sin medios económicos para cubrir gastos de salud	Personas con interrupciones severas de agua por accidentes	N/A con pérdida severa de clases
13,8 M	15,4 M	26,6 M	22,5 M	2,4 M
Personas sin servicio de electricidad	Personas con inseguridad alimentaria	Personas con problemas graves de salud sin atención oportuna	Personas que están sin agua o solo sin servicio de agua por accidentes	N/A que no asisten a la escuela
5,9 M	12,3 M	20,7 M	6,9 M	1,3 M
Personas sin bombonas de gas	Personas con inseguridad alimentaria moderada	Personas con problemas graves de salud sin atención pública	Personas sin conexión a alcantarías	N/A sin alimentación escolar regular
8,8 M	18,2 M	8,4 M	6,7 M	6,2 M
Personas en viviendas insalubres	Personas con inseguridad alimentaria severa	Personas con problemas graves de salud sin medicamentos	Personas que reportan problemas de acceso de agua contaminada	N/A en escuelas distantes de las
3,8 M	2,3 M	6,3 M	23,2 M	4,9 M
Víctimas de abuso y/o violencia	Personas con hambre crónica	Embarazadas sin atención obstétrica adecuada	Personas sin uso de métodos de planificación de agua	N/A con riesgo escolar
4,4 M	18,9 M	600 E	4,4 M	1,8 M
Hogares donde hay intrusión de plagas	Personas que han pasado por privación de alimentos	Personas no vacunadas con alta dosis COVID	Personas sin conexión a alcantarías	N/A que trabajan
722 E	4,3 M	2,5 M	4,4 M	200 E

M = millones ; E = miles

Ver Tablas Marzo 2022 disponibles en: <https://observatorio.cendasa.com/tables-de-datos-2022/>

Encovi

Es una iniciativa que desde el 2014 tomaron en conjunto tres importantes universidades del país: La Universidad Central de Venezuela (UCV), la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), y la Universidad Simón Bolívar (USB), para monitorear la situación de la calidad de vida de los venezolanos, ante la falta de información oficial que permitiera plantear las necesidades de la población que en aquel momento iniciaba un abrupto deterioro en sus condiciones de vida, incluyendo salud, educación, alimentación, situación de pobreza y análisis de riesgos.

En el año 2018, ENCOVI, pasa a ser un proyecto de la UCAB con modificaciones en el contenido de las áreas temáticas que abordaba.

Desde el inicio de ENCOVI, los temas de salud, alimentación, educación y pobreza han sido temas muy importantes puesto que estas dimensiones forman parte de los aspectos que tienden a presentar mayor vulnerabilidad cuando existen momentos de crisis en un país.

Para el caso que nos ocupa en este trabajo realizaremos mención de los aspectos de salud y alimentación, que reportan el deterioro progresivo que experimentó la población en estas áreas.

La data de ENCOVI, da cuenta de la transformación del patrón de compra de alimentos de los venezolanos, que pasa a ser monótono, con alimentos en su mayoría baratos, ricos en calorías y pobres en nutrientes, que calman el apetito y son rendidores.

Un punto de inflexión en el patrón de compra de alimentos es el cambio que se observa con el comienzo de la inflación que inicia en 2017. Según puede observarse en la siguiente figura (Figura 2), la disminución en la compra de las proteínas de origen animal experimenta una variación de más de cuarenta puntos para el pollo, y unos veinticinco puntos para la carne, otros rubros que experimentaron una variación importante entre los años 2014-2017 fueron los tubérculos y leguminosas cuya intención

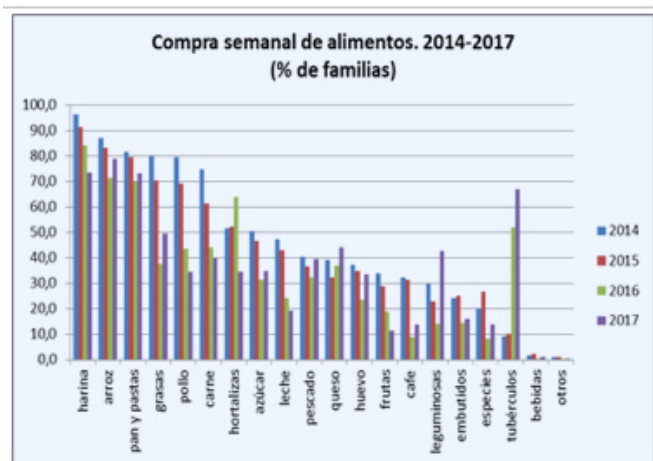


Figura 2. ENCOVI. Intención de compra semanal de alimentos 2014-2017.

de compra aumento vertiginosamente debido a la inminente sustitución de proteínas de origen animal por proteínas de origen vegetal como estrategia para lograr una alimentación mas completa y que cubriera los requerimientos nutricionales mas importantes.

Convite

Convite es una asociación civil sin fines de lucro de la Sociedad Civil Venezolana que ha asumido un papel muy importante en el monitoreo de algunos vacíos de información que han quedado en la incertidumbre de los retrasos e inconsistencias de la información oficial. Dentro de su proyecto “Mirador Salud” intenta dar una mirada integral a la realidad que se debe enfrentar en el país en términos de escasez de medicamentos, enfermedades de notificación obligatoria, enfermedades en relación a seguridad de agua y saneamiento y adultez mayor.

Ejemplo de estas áreas es el trabajo que realiza Convite con adultos mayores (área por la cual esta asociación se destaca) y el SAME (el reporte mensual de Sistema Alternativo de Monitoreo Epidemiológico) que tiene como objetivo ofrecer una aproximación a la situación epidemiológica de determinados eventos de notificación obligatoria que deben recopilarse e informarse a través de mecanismos oficiales de vigilancia de alerta temprana.

Entre las enfermedades de denuncia obligatoria que monitorea esta organización se encuentran las enfermedades transmitidas por vectores: 1-dengue, 2- malaria vivax, 3- leishmaniasis cutánea, 4- leishmaniasis no especifica, 5-enfermedad aguda de chagas.

También realizan seguimiento a enfermedades transmitidas por alimentos y agualas cuales sirven de monitor en áreas remotas del país, donde el acceso es difícil para realizar seguimiento.

Para el caso de los adultos mayores, población sumamente vulnerable en el país, Convite realiza estudios que permiten hacer seguimiento a estas personas y su calidad de vida. Un adulto mayor que vive solo, sin servicios públicos estables, con pensiones que no alcanzan para cubrir una canasta básica de alimentos y sin acceso a servicios básicos de salud es un adulto mayor cuya vulnerabilidad aumenta al

extremo y donde algunas situaciones de riesgo, particularmente en el área de salud, pueden convertirse en irreversibles de no atenderse a tiempo.

Las fallas detectadas en la disponibilidad de servicio eléctrico a los adultos mayores encuestados por convite alcanzan al 90 % de las personas quienes reportan frecuentes interrupciones del servicio eléctrico, entendiéndose además que estas interrupciones de largos períodos de tiempo pueden afectar la capacidad de movilización de las personas y aumentar riesgos de caídas, por ejemplo, al no ver correctamente los trayectos con luz adecuada dentro del hogar. De la misma manera las fallas en los servicios de gas, agua, telefonía fija y móvil representan un incremento en la vulnerabilidad de las personas en términos de la imposibilidad de acceder a ayuda en caso de una emergencia, o para cocinar alimentos adecuadamente influyendo en el incremento de las enfermedades por contaminación de los mismos.

En cuanto al número de comidas al día, un 27,7 % realiza solo dos comidas al día, y un 1,1 % realiza una comida por lo que prácticamente hay un 30 % de adultos mayores que consumen menos de 3 comidas al día, en un país donde culturalmente se realizan tres comidas al día, y donde en general las calorías requeridas diariamente, se reparten en tres segmentos según la cronobiología y los hábitos de las personas.

Además, los adultos mayores refieren estrategias de sobrevivencia tales como reducir las porciones, comer alimentos que les gustan menos o alimentos más rendidores. Por otro lado, las remesas se han convertido en una importante fuente de ingresos para lograr la subsistencia.

<https://conviteac.org/wp-content/uploads/2023/05/2022-CONDICIONES-DE-VIDA-Y-SALUD-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES-EN-VENEZUELA.pdf>


OVSAN- Observatorio Venezolano de Seguridad Alimentaria y Nutrición

En el año 2020, la Comisión de Justicia y Paz de la Asamblea Nacional de Venezuela, en su trabajo de derechos humanos, decide iniciar una investigación a nivel nacional de la situación de derecho humano

Brechas entre la información existente en salud, alimentación, y calidad de vida y las acciones de respuesta humanitaria. Bases para la elaboración de un marco referencial de acciones públicas y humanitarias en Venezuela

a la alimentación a través de una encuesta de seguridad alimentaria, siguiendo la metodología CARI (por sus siglas en inglés) del Programa Mundial de Alimentos. Esta iniciativa abordó mediante una encuesta no probabilística de un municipio urbano y otro rural en cada estado del territorio nacional y mediante selección al azar de los hogares, la situación de seguridad alimentaria de las familias venezolanas. Este estudio concluyó, que solo un 9 % de los hogares encuestados vive en condiciones de seguridad alimentaria plena, un 69,1 % que reporta seguridad alimentaria marginal, categoría que requiere la interpretación cuidadosa para no confundir con una realidad adecuada, al implicar que los que se encuentran dentro de esta categoría logran alimentarse al sacrificar otros importantes rubros del bienestar como salud, educación, calzado, vestido. Luego un 17,3 % presenta inseguridad alimentaria moderada y un 4,3 % inseguridad alimentaria severa. Estos datos presentan un escenario de gran precariedad para las familias venezolanas que deben enfrentar una cotidianidad sumamente alterada, adoptando estrategias de sobrevivencia que implican sacrificios y elecciones entre elementos de bienestar que definitivamente constituyen una violación a sus derechos humanos fundamentales.

Cuadro 3. Observatorio Venezolano de Seguridad Alimentaria y Nutrición



Clasificación de la Seguridad Alimentaria

		Seguridad Alimentaria	Seguridad Alimentaria Marginal	Inseguridad Alimentaria Moderada	Inseguridad Alimentaria Severa
Estado actual	Consumo de alimentos	84,8		11,6	3,6
	Vulnerabilidad económica	28,8	17,6	13,7	39,9
Capacidad de sobrevivencia	Estrategias de sobrevivencia (medios de vida)	10,2	10,9	58,2	20,7
	Clasificación de la seguridad Alimentaria	9,0%	69,1%	17,3%	4,3%

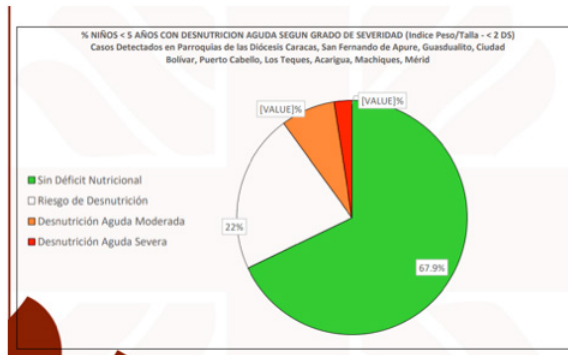
Fuente: Herrera-Cuenca, et. al. (2022).

Monitoreo Centinela de Caritas

Desde 2016, Caritas de Venezuela ha desarrollado un sistema de monitoreo y evaluación de la situación nutricional en grupos de extrema vulnerabilidad, que informa periódicamente sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años, el tipo de riesgos que enfrentan las familias, la ubicación geográfica de las zonas más prioritarias, para dar seguimiento y proponer intervenciones médico-nutricionales y así promover la recuperación de la población vulnerable. Además, presenta la tendencia de las variables estudiadas en el tiempo.

Los principales hallazgos del informe 2021 se resumen a continuación y pueden verse en la figura siguiente:

- Se detectó desnutrición aguda global (moderada y severa) en el 10,1 % de los niños evaluados (Nov 2021).
- Este nivel es consistente con los umbrales de CRISIS de salud pública (10 %)
- 22 % de los niños evaluados se encuentran en riesgo de entrar en desnutrición aguda en el corto plazo.
- Tomadas en conjunto, los registros revelan que más de un tercio de los niños en las parroquias evaluadas están en riesgo nutricional o daño nutricional ya instalado.



Fuente: Caritas Venezuela <https://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/sites/6/2022/04/BOLETIN-SAMAN-CARITASVZLA-2021.pdf>

Figura 3. Desnutrición Aguda Global por grado de desnutrición.

Fundación Bengoa

La Fundación para la Alimentación y Nutrición “José María Bengoa” (Fundación Bengoa) es una Fundación sin fines de lucro, que trabaja en pro de la educación nutricional y de la investigación en nutrición. Como muchas de las organizaciones no gubernamentales del país, ha tenido que incorporarse a la lucha dentro del trabajo humanitario, particularmente en el área de la nutrición y la alimentación, en la búsqueda de un mejor estado nutricional para los venezolanos. Particularmente destacan los trabajos de la Fundación Bengoa en los niños en edad escolar, que constituyen un grupo bastante menos incorporado a las acciones de una emergencia humanitaria, en tanto las intervenciones van dirigidas a los niños menores de cinco años, obviando la posibilidad de mejorar las habilidades cognitivas, el rendimiento escolar y otros elementos del bienestar que se consolidan en el período de educación primaria e incluso durante el bachillerato.

El trabajo en escuelas de Fundación Bengoa, permite reportar las desventajas que experimentan los niños venezolanos durante una fase que debería ser primordialmente de consolidación de bienestar biológico, cognitivo, educativo y social.

Desde el trabajo en las escuelas ha sido posible detectar que existe un fenómeno denominado *la doble carga de la malnutrición* que en 2015 en la población escolar de las escuelas evaluadas en los estados: Mérida, Zulia y Distrito Capital, pues el 67,1 % de los niños y niñas evaluados se encuentran con peso y talla normal para su edad, sin embargo, 22,5 % fue identificado con déficit y 10,4 % con exceso.

En el 2019, Fundación Bengoa evaluó 7 252 escolares entre 3 a 18 años en los estados Bolívar, Distrito Capital/Estado Miranda. En este estudio se evidencia que la afectación mayor ocurre en el crecimiento en talla reflejando la problemática de desnutrición crónica que viene incrementando en los escolares venezolanos.

En el total de talla baja en ambos rangos de edad puede observarse que entre los 3 a 5 años de edad existe un 20 % de talla baja, incluyendo la alerta de talla baja, y entre los 6 a 18 años sería de un 16 %, por lo que vemos que existe una importante proporción de

Cuadro 4. Estado nutricional por talla-edad según localidad en preescolares de 3 a 5 años, 2019

Localidad	Alerta talla baja		Talla Baja		Talla muy baja		Talla adecuada		Talla alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edo. Bolívar Dtto Capital –	80	10,9	60	8,2	2	0,3	588	80,3	2	0,3
Edo. Miranda	46	17,0	17	6,3	3	1,1	202	74,8	2	0,7
Total	126	12,6	77	7,7	5	0,5	790	78,8	4	0,4

Cuadro 5. Estado nutricional por talla-edad en escolares de 6 a 18 años según sexo, 2019

Localidad	Alerta talla baja		Talla baja		Talla muy baja		Talla adecuada		Talla alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edo. Bolívar Dtto. Capital –	322	10,0	204	6,3	30	0,9	2 620	81,6	33	1,0
Edo. Miranda	272	8,9	169	5,6	18	0,6	2 551	83,9	31	1,0
Total	594	9,5	373	6,0	48	0,8	5 171	82,7	64	1,0

escolares con retardo del crecimiento por talla para la edad, siendo este un indicador muy importante que se considera dentro de la evaluación de capital humano.

Proyecto Nodrizas

Proyecto Nodrizas es una ONG destinada a atender a madres embarazadas y lactantes y sus hijos en la etapa de los primeros mil días de vida. Con el tiempo, y la continua instalación de la crisis, el rango de edades para la atención de los niños se ha ampliado.

Los principales hallazgos en la población atendida de nodriza, aparte de la valoración nutricional antropométrica de la población, que en niños menores de cinco años presenta en general un 30 % de desnutrición crónica por retardo de crecimiento en talla para la edad, reportan que hay una serie de aspectos cualitativos de la inseguridad alimentaria que pasan inadvertidos para quienes promueven y realizan intervenciones humanitarias.

Elementos como la pérdida de las tradiciones culinarias, la casi inexistencia de la mesa familiar, la presencia de dietas monótonas de pobre calidad en los hogares que no solo restringe la diversidad en el consumo de nutrientes, sino que impide el desarrollo del paladar de sabores que va a permitir el disfrute y el placer de comer ciertos alimentos que se traducen en las memorias, aromas e identificación con los gustos que nos unifican como nación. De allí, la experiencia de la falta de mención en épocas cercanas a diciembre del tradicional plato navideño venezolano: hallacas, perrito, ensalada de gallina, que va sustituido en preferencias por el enriquecimiento de un par de componentes clásicos de la caja CLAP: arroz y pasta con alguna proteína (Herrera Cuenca, 2020). Por esto la gran preocupación por los componentes cualitativos de la inseguridad alimentaria, que pueden observarse en detalle en la interacción diaria e importante de los comedores “Nodriza” y que podrían pasar inadvertidos de otra manera ocultos detrás de las estadísticas de desnutrición aguda y crónica que verdaderamente existen, pero que para ser erradicadas se necesita una visión integral que aborde desde la dignidad en el plato servido hasta la calidad nutricional del mismo.

Encuesta Profesores Universitarios IPP-UCV (Universidad Central de Venezuela)

La encuesta de Profesores Universitarios promovida por el Instituto de previsión del Profesorado de la UCV surgió de la inquietud de un grupo de profesores y egresados de la UCV ante la situación de deterioro de algunos profesores adultos mayores retirados de la universidad y

su situación precaria de acceso a alimentos, que en algunos casos tuvo consecuencias como desnutrición severa y otras consecuencias de salud.

Por lo tanto, el objetivo de esta encuesta fue: “Explorar la situación de seguridad alimentaria y acceso a medicamentos en los profesores de la Universidad Central de Venezuela, a través del Instituto de Previsión del Profesorado a fin de proponer estrategias de alivio de las situaciones más críticas encontradas”.

Esta encuesta se realizó a mediados de 2021, fue respondida por 751 profesores, de los cuales 45,74 % están jubilados, 98,4 % vive en Venezuela, 52,13 % tiene más de 25 años de servicio y 19,28 % vive solo. De los profesores que respondieron la encuesta. El 58,6 % al menos una vez a la semana o más, debió consumir alimentos que no le gustan o que usualmente no come y el 41,4 % al menos una vez por semana se vio obligado a pedir alimentos o recibirlos como ayuda de parte de familiares y/o amigos para poder alimentarse.

Estos y otros resultados dan cuenta de una población muy vulnerable, pero en la que descansa la inmensa responsabilidad de educar y formar a las futuras generaciones de relevo. También los profesores universitarios son parte del legado de la sociedad en términos de experiencia y capacidades, por lo cual es sumamente injusta la situación de precariedad y deterioro a la cual se ven sometidos.

Por todo lo anterior se realizó un esfuerzo de organización y programático que permitiera abordar las disparidades de salud relacionadas con la desnutrición. Al tener al menos, una base de datos que describa al menos aproximadamente la situación de los profesores, donde se encuentran y el tipo de ayuda que necesitan podrían implementarse iniciativas, como la que ya se encuentran activas por las donaciones en alimentos que se han recibido y han permitido la ayuda que los profesores que viven solos, son adultos mayores y no cuentan con otras ayudas puedan tener acceso a alimentos de mejor calidad.

Faltan algunos elementos por implementar, y se espera que puedan alcanzarse las metas con inclusión y equidad, atendiendo las verdaderas necesidades de la población.

Entrevistas a diversos actores

Se realizaron entrevistas a diferentes actores que bien trabajan en pro de la salud y/o alimentación de la población o han intervenido en la gestión y compilación de datos, o han promovido el espacio de derechos humanos, o bien han sido afectados por la situación de vulnerabilidad en el ámbito alimentario y de salud en el país.

Las preguntas realizadas incluyeron: la primera: que aspectos consideran que deben incluirse en el plan de respuesta humanitaria de tal manera que puedan realizarse acciones eficientes y realmente lleguen a brindar bienestar a la población y la segunda como pueden reducirse las brechas que existen, si es que pueden reducirse, entre la población con necesidades humanitarias y la población que se espera que el PRH atienda.

En el caso de la persona migrante, ambas preguntas fueron modificadas debido a la perspectiva distinta que esta persona representa, se realizó más bien un relato de su experiencia y a partir de ahí se toman los elementos que pueden acercarnos a responder al menos la primera pregunta de esta entrevista.

En el Cuadro 6 pueden observarse los puntos en los cuales los expertos coinciden y se destacan otros elementos que podrían marcar aspectos específicos de acuerdo al área de trabajo de cada uno, para el caso de la persona migrante, se ha considerado el aspecto que coincide con los expertos, así como también los aspectos referidos en su caso particular que han determinado la razón para migrar y exponerse al riesgo de atravesar la selva del Darién.

Cuadro 6.

Experto	Organización	Coincidencias	Diferencias
Evelyn Niño	La Casa Grande Centro de Lactancia Materna	Complejidad de la crisis humanitaria compleja y los problemas sobrepuestos e interconectados unos con otros Enfoque de derechos humanos	Énfasis en la lactancia materna como eje de la recuperación de la salud y estado nutricional al inicio de la vida
Delsa Solorzano	Comisión de Justicia y Paz Asamblea Nacional	Complejidad de la crisis humanitaria compleja y los problemas sobrepuestos e interconectados unos con otros Enfoque de derechos humanos	Prioridad en derechos humanos fundamentales para poder enfrentar la crisis en sus diferentes niveles
Feliciano Reyna	Acción Solidaria (ONG)	Complejidad de la crisis humanitaria compleja y los problemas sobrepuestos e interconectados unos con otros Enfoque de derechos humanos	Prioridad en derechos humanos fundamentales para poder enfrentar la crisis en sus diferentes niveles y lo sub-financiado de la respuesta humanitaria
Jo Delia	Representante de Civilis en la Plataforma Humana Venezuela	Complejidad de la crisis humanitaria compleja y los	La respuesta humanitaria no puede resolver

Continúa en pág. 163...

Brechas entre la información existente en salud, alimentación, y calidad de vida y las acciones de respuesta humanitaria. Bases para la elaboración de un marco referencial de acciones públicas y humanitarias en Venezuela

...continuación del Cuadro 6.

Experto	Organización	Coincidencias	Diferencias
		<p>problemas sobrepuestos e interconectados unos con otros</p> <p>Enfoque de derechos humanos</p>	<p>todos los problemas ni atender a todas las personas, pero si debe visibilizar la magnitud y la gravedad de la crisis humanitaria.</p>
Michael Penfold	IESA-Wilson Center	<p>Complejidad de la crisis humanitaria compleja y los problemas sobrepuestos e interconectados unos con otros</p> <p>Enfoque de derechos humanos</p>	<p>Las sanciones económicas han sido un elemento que ha empeorado la capacidad de respuesta, sin ser la causa de la emergencia</p>
Migrante Venezolana en Massachussets	N/A	<p>Presenta una migración a consecuencia de los problemas complejos a los cuales estuvo expuesta</p>	<p>No podría decirse una diferencia, más bien refiere que vivió con necesidades humanitarias no satisfechas y por ello decide migrar</p>
Manuela Bolívar	Comisión especial para la ayuda humanitaria de la Asamblea Nacional	<p>Complejidad de la EHC con problemas que se sobreponen unos a otros</p>	<p>La sugerencia de trabajo más exhaustivo con organizaciones locales para fortalecer el trabajo en áreas rurales</p>

Continúa en pág. 164...

...continuación del Cuadro 6.

Experto	Organización	Coincidencias	Diferencias
Rosella Bottone	Programa Mundial de Alimentos Directora Adjunta de País		La focalización de la población, y la realización de diagnóstico actualizado para priorizar adecuadamente la población con mayores necesidades

DISCUSIÓN

5.1 EL Plan de respuesta Humanitaria

El plan de respuesta humanitaria consolidado por OCHA (Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas) en nombre del Equipo Humanitario de País y de sus socios en coordinación con las autoridades presenta un panorama de acuerdo a las cifras que pueden observarse en la siguiente figura:



Fuente: Plan de respuesta Humanitaria 2022-2023

Fuente: Plan de respuesta Humanitaria 2022-2023.

Brechas entre la información existente en salud, alimentación, y calidad de vida y las acciones de respuesta humanitaria. Bases para la elaboración de un marco referencial de acciones públicas y humanitarias en Venezuela

Estas cifras reconocen a 5,2 millones de personas que incluyen a un 50 % de mujeres y niñas y un 50 % de hombres y niños. Los niños, niñas y adolescentes (NNA) representan el 40 % de la población meta y la mayoría de las actividades se llevan a cabo en ocho estados: Amazonas, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Falcón, Miranda, Sucre y Zulia.

Aun cuando puede observarse un esfuerzo por llevar a cabo actividades que den respuesta a los objetivos estratégicos del plan dentro de un marco de derechos humanos, la brecha que existe entre la data provista por HumVenezuela y la propuesta del plan de respuesta humanitaria, es de unos catorce millones de personas sin atención de sus necesidades humanitarias por lo que la crisis de deterioro, para la gran proporción de personas sin atención, no es de extrañar que continúe.

Los focos de atención han sido salud, seguridad alimentaria y nutrición, agua, saneamiento e higiene, movilidad humana, educación y protección. Por supuesto cada una de estas áreas ha sido trabajada de acuerdo con el presupuesto disponible y la escala y severidad determinada, no necesariamente consistente con las cifras alternativas disponibles, debido a que los organismos internacionales, agencias de Naciones Unidas, trabajan con la data oficial de los gobiernos, que para el caso venezolano se encuentra desactualizada y muchas veces incompleta para la formulación de las acciones requeridas.

En adición a lo anterior, según el informe reciente de OCHA del 19 de julio de 2023, mientras se escribían estas líneas, reporta que de los 720 millones de dólares requeridos, según la reliefweb, a diferencia del reporte anterior inicial de 795 millones, solo se han recibido entre enero y junio 2023, 98 millones de dólares, alcanzando una cobertura de 14 % del plan y de esta manera se sitúa a Venezuela como el segundo país con la respuesta humanitaria con menor financiamiento del mundo (Reliefweb, 2023).

5.2 Manejo de la EHC en Venezuela y las brechas entre la población con necesidades humanitarias y el plan de respuesta humanitaria (PRH)

Desde la declaración de la EHC en Venezuela, ha sido particularmente difícil realizar un estimado de la escala y severidad de los daños asociados a esta situación. Con una crisis iniciada lentamente desde hace dos décadas, cuando ocurrieron cambios en las instituciones, en el modo de producción, en la infraestructura de salud de manera silente y paulatina, sin evidencia científica que diera la solidez a través de la política pública basada en evidencias y la traducción de la ciencia a las acciones públicas, al inicio fue muy difícil definir el deterioro, enmascarado de inclusión y discurso populista.

En el caso particular de la salud y la alimentación ocurren dos elementos que a juicio de la autora de este trabajo influenciaron el deterioro en la institucionalidad y la rectoría tanto de los servicios de salud existentes, y de la alimentación de los venezolanos. Por un lado la instalación de un “sistema de salud paralelo al tradicional” con todas las características que acompañaron en su momento esa instalación incluyendo la incorporación de la Misión Médica Cubana (MMC) en detrimento de la calidad de la atención en salud (Díaz Polanco, 2008) y en el lado de la alimentación la pérdida de la identificación de las necesidades de la gente a cambio de la universalización a través de unos programas que contribuyeron a la distribución de alimentos ricos en calorías y pobres en nutrientes, MERCAL y PDVAL y cuyo final en el camino ha sido el CLAP (Herrera Cuenca, 2015).

En palabras de Jorge Díaz Polanco: “No podría hablarse de la existencia de un sistema de salud en Venezuela, más bien habría que hablar de servicios de salud que se practican en el país” (Díaz Polanco, 2012) y que han logrado por mecanismos diversos resolver algunos problemas de salud de la población en el pasado. En tanto que, en la parte de alimentación, la inexistencia de la identificación y seguimiento de los beneficiarios de los programas de subsidios de alimentos, eje central de las acciones alimentarias gubernamentales, ha sido un elemento que impide evaluar la eficiencia de los programas y corregir errores que podrían traducirse en mejoras en el bienestar de la gente.

Desde los inicios de la declaración de la EHC en Venezuela, los intentos para el abordaje desde los distintos espacios fueron muy

difíciles y limitados para implementar acciones conducentes a mitigar los daños, en primer lugar, por la dificultad para aceptar dicha EHC por parte del gobierno, pero también por la comunidad internacional.

Posteriormente, para las acciones humanitarias del 2021, a pesar de haber presentado un presupuesto para ser financiado de 390,1 millones de dólares, incluyendo 279,3 millones de dólares para el plan de respuesta humanitaria, y el aporte del fondo humanitario de Venezuela que se amplió movilizándolo 19,9 millones y 8 millones del Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia, solo se logró obtener financiamiento del 39 % del plan de respuesta humanitaria, por lo que los objetivos de atención no fueron alcanzados en su totalidad, ni se abordaron las necesidades con enfoque multisectorial.

Es difícil pensar entonces que el plan actual que intenta cubrir a 5,2 millones de personas y cuyos requerimientos llegan a 795 millones de dólares sean cubiertos en su totalidad por los donantes extranjeros, y que se cumplan las metas que ya son bastante inferiores a las detectadas por la plataforma HumVenezuela, por lo que la brecha entre la evidencia de las fuentes académicas y de la sociedad civil y el plan de respuesta humanitaria para Venezuela continúa siendo muy amplia y difícilmente se logren cubrir completamente las necesidades y mucho menos las expectativas de la gente.

Un punto importante a resaltar es que el objetivo del PRH no puede ser la atención de todas las personas con necesidades humanitarias, pues sería poco factible. Sin embargo, debería esperarse visibilizarían de la gravedad de la crisis, y la contribución al bienestar de la gente bajo un marco de derechos humanos, integrando la priorización por grupos de edad, género y diversidad, además de colocar el fortalecimiento de los mecanismos institucionales y comunitarios para prevenir, mitigar y responder a los riesgos de protección de la población priorizada. Es verdaderamente importante que se logren las intervenciones con la dignidad y el debido respeto a los derechos de las personas más vulnerables que necesitan ayuda adecuada a sus necesidades.

Otra dimensión a destacar ha sido la dificultad para obtener un diagnóstico de la situación actualizado que pueda ser utilizado por las

agencias internacionales involucradas en la respuesta humanitaria, tal y como lo comenta Bottone en la entrevista realizada para este trabajo. Desde el año 2019, cuando el PMA realiza un diagnóstico a nivel nacional que logra identificar a 9,3 millones de personas con inseguridad alimentaria moderada y grave en el país, no se han repetido estos estudios para continuar el monitoreo de la situación a nivel nacional (WFP 2019-2020). De manera importante hay que resaltar que la plataforma Relief web de OCHA ha incluido los datos de la plataforma HumVenezuela.

5.3 La logística en Venezuela

La logística en Venezuela por muchas razones comenzó a tornarse sumamente complicada desde hace más de una década. Particularmente la logística cotidiana de las familias comienza a complicarse en el marco del deterioro de la economía del país y la implementación de los programas de subsidios tanto de alimentos como de salud y servicios. Famosas fueron las largas colas en los operativos de la misión Mercal, de PDVAL y el cambio repentino de una estructura a otra en términos de los servicios prestados a los beneficiarios (Herrera Cuenca, 2015). Tanto el deterioro de la economía, como la falta del mantenimiento a la infraestructura hospitalaria y el complicado acceso a los alimentos, contribuyeron al deterioro de la cotidianidad de las familias, donde al principio de la crisis alimentaria, las familias debían dedicar un tiempo enorme a buscar y conseguir los alimentos para el consumo diario y donde el problema era una grave escasez y desabastecimiento que promovió redes de ventas en mercados paralelos a costos muy elevados y nuevamente con logísticas muy complicadas de seguir (Herrera Cuenca, 2015).

Más adelante y a partir de la implementación de las sanciones económicas por parte de Estados Unidos de América, que no son la causa ni de la crisis alimentaria ni de salud en Venezuela, pero si complicaron la implementación de acciones humanitarias al no permitir fluidamente las transacciones económicas entre bancos y la compra ventas de insumos necesarios de manera expedita entre otros elementos de logística y que

han requerido buscar otros mecanismos no necesariamente transparentes para justificar ante un donante y que requieren de varias transacciones que en la vía a los pagos, terminan alterando los presupuestos, en tanto las tasas de conversión de divisas no necesariamente responden a lo estipulado en los acuerdos establecidos.

Por otra parte, el proceso hiperinflacionario vivido en el último quinquenio perturbó de manera importante los precios tanto de los alimentos como de los medicamentos, convirtiendo a los precios exorbitantes en un obstáculo para poder acceder a alimentos y a medicamentos. Según la encuesta del OVSAN (Herrera Cuenca y col., 2022) el principal problema que enfrentan las familias en el presente, a diferencia del quinquenio anterior, es el elevado costo de los alimentos, no la escasez.

Las fallas en la distribución y equipamiento de combustible, tanto para el transporte de alimentos, como para el transporte público de personas, como para que el personal acceda a áreas geográficas apartadas y de difícil acceso continúan siendo un reto en el país con las más grandes reservas petroleras del mundo. Así pues, hemos visto que en Mérida los alimentos se pierden por falta de combustible para poder comercializarlos, personas mueren por no disponer de transporte para atender problemas de salud y una importante proporción de niños debe caminar varias horas al día para asistir a la escuela.

De tal manera, que la logística compleja y muy alterada en Venezuela representa un gran obstáculo tanto para las familias, como para los trabajadores y por supuesto para el personal humanitario.

5.4 El trabajo de las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)

Según Oxfam, una ONG desarrolla una función social, sensibiliza a la población en algún tema de importancia, porque sus proyectos originan cambios positivos en familias, comunidades o sobre el planeta. Un aspecto muy importante es que su labor no es reemplazar la administración de los gobiernos.

En el mundo actual, donde las desigualdades, inequidades e injusticias existen, el contexto es sumamente complejo y los problemas

se han convertido en problemas globales: pobreza, imposibilidad de acceder a agua potable y segura, inseguridad alimentaria, desastres naturales, conflictos armados y migraciones forzadas son algunos de los retos que enfrenta el planeta; las ONGs resultan aliadas para trabajar en pro de soluciones efectivas en un marco de respeto a los derechos humanos.

En Venezuela, el rol de las ONGs ha evolucionado hacia un papel muy importante dentro de la sociedad civil, pues han debido asumir diversas carencias de la administración de gobierno como tareas suyas aun cuando no sea su papel fundamental. De tal manera, que vemos organizaciones de la sociedad civil, en alianzas entre ellas, o con instituciones académicas para intentar solventar las brechas que en información han existido en el país desde hace ya más de una década en diversas áreas. También han facilitado acciones humanitarias y han complementado entre si acciones para lograr mayor cobertura y eficiencia. Han asumido el reto de velar por el bienestar ciudadano al recopilar información para canalizar denuncias de violaciones de derechos humanos y han asumido además la labor educativa que desempeñan a pesar de los obstáculos e inconvenientes para desarrollar la pedagogía que respecto a diversos temas: salud, nutrición, derechos humanos, protección, higiene entre otros es necesario llevar a cabo dentro de una EHC.

Los programas que en el pasado existían como parte de las iniciativas estatales en el ámbito de la salud y nutrición y que solían estar acompañados por componentes de educación y promoción de salud, han sido en gran parte sustituidos por las actividades y programas de las ONGs, que han entendido que sin educar no es posible alcanzar la sostenibilidad de las acciones, ni la independencia de los ciudadanos a las cuales tienen derecho.

6. Sugerencias para la implementación de acciones

El contexto venezolano se ha convertido en un contexto muy complejo, donde para iniciar acciones destinadas a alcanzar el verdadero bienestar de la población, podría no ser tan fácil ni expedita la estrategia a

implementar. Con lo prolongado de la crisis, el agotamiento de recursos tanto económicos, como en infraestructura, como en capacidades y recursos humanos se ha hecho evidente y proveer soluciones pasa por la planificación estratégica multisectorial y por niveles ya que no necesariamente todas las áreas se encuentran al mismo nivel para comenzar acciones.

Ante esta situación ha llegado el momento de desarrollar un plan que considere acciones en paralelo para que se puedan obtener resultados más contundentes, más eficientes y con costos más razonables. Pensar y planificar solo en lo inmediato ya no es posible.

Actuar en pro del desarrollo mientras se salvan vidas

Mucho se ha discutido y el punto sigue siendo motivo de controversia, el actuar para salvar vidas definitivamente es esencial y ha sido punto central de los enfoques humanitarios tradicionales. Sin embargo, el alcance de propuestas sostenibles para las vidas que han sido rescatadas requiere de mayores esfuerzos que el solo hecho de salvar la vida.

La recuperación de una persona para que vuelva al ciclo vicioso de pobreza, enfermedad y malnutrición debe ser motivo de reflexión aun en medio de las emergencias humanitarias más importantes, pues el derecho de las personas a alcanzar su máximo potencial de vida es un derecho fundamental. Salvar una vida implica hacerla sostenible en las mejores condiciones posibles, implica alimentación con todas sus dimensiones más allá del mero hecho del consumo de alimentos, implica la socialización del acto de comer, el uso de las normas y costumbres acorde a la cultura del presente, el placer de comer, la utilización de los ingredientes seleccionados con libertad. Así como también implica salud, la salud recuperada donde debe entenderse la verdadera salud como un concepto que va más allá de la ausencia de la enfermedad. La prevención del próximo episodio se convierte en esencial para la sostenibilidad de la recuperación optima de quien ha atravesado una emergencia humanitaria compleja con un episodio de

malnutrición o de cualquier enfermedad que tiene influencia ambiental, genética o epigenética.

De esta manera, la comunidad científica se debe al esfuerzo metodológico a realizar para planificar iniciativas desde la traducción de la ciencia a la implementación de las acciones basadas en la evidencia, combinando las áreas de lo cuantitativo con los testimonios cualitativos que marcaran la diferencia en la operacionalización y en el abordaje de los contextos complejos para su mejor comprensión por parte de la población y para obtener los resultados esperados ante los graves problemas que aquejan a la sociedad venezolana. Problemas como la erradicación del hambre pasan por acciones que van más allá de la mera distribución de alimentos, dichas acciones deberían constituir un conjunto que abarque desde la tierra a la mesa, pasando por trabajos y emprendimientos de diferente índole que fortalezcan la alimentación de los venezolanos, que marquen la consciencia de la disminución del desperdicio de los alimentos y que incluyan las políticas de reciclaje. Pero también creando espacios para la compra de alimentos donde se puedan consolidar el uso de alimentos locales, la promoción de emprendimientos gastronómicos, el despistaje de la malnutrición de los usuarios, en un ambiente agradable que promueva la educación y el respeto por los valores culinarios venezolanos.

Resulta comprensible que no pueda imaginarse la recuperación de la desnutrición aguda con acciones que tengan que ver con implementar medidas que involucren infraestructura, agua, saneamiento, creación de nuevos mercados y comedores, apoyo a los agricultores locales y a los emprendimientos agro-turísticos-gastronómicos. Necesitamos una nueva visión más integral para encontrar soluciones a la crisis y salir de ella, pues solo con el abordaje de lo urgente no será resuelto lo importante.

Entonces, se necesitan acciones de corto, mediano y largo plazo y dadas las características de crisis prolongada, estas acciones deben iniciarse en paralelo.

Las de corto plazo: atención de rescate y socorro para salvar vidas, proveer alimentos y agua segura en entornos de vulnerabilidad.

Al mismo tiempo iniciar las acciones de apoyo a los agricultores para la producción local de alimentos de ciclo corto, iniciar la recuperación de las infraestructuras rescatables tanto hospitalarias, como los espacios de programa de alimentación escolar, las cocinas, los servicios de agua segura, electricidad y gas, eso no puede dejar de iniciarse pues no tiene sentido recuperar una vida sin que haya agua para consumo seguro. Finalmente, las acciones de largo plazo que también deben iniciarse en paralelo, la educación que acompaña el curso vital, pues en cada etapa del desarrollo humano existe un acompañamiento educativo con sus características incluyendo los requerimientos en salud y alimentación. Solo así, se logrará avanzar en pro del desarrollo y la construcción de la sociedad que Venezuela merece.

7. Marco referencial de acciones públicas

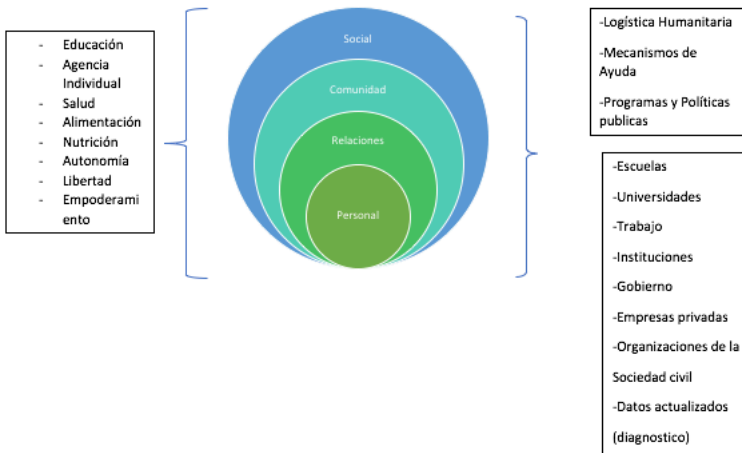
Se propone un marco referencial para la toma de decisiones en acciones publicas el cual está basado en el modelo ecológico de la salud, y se ha modificado con base en las experiencias de la autora en el terreno de la gestión de proyectos de investigación y de gestión humanitaria en Venezuela.

Se destaca de manera importante que el marco referencial se aborda desde los derechos humanos fundamentales que deben ser la base de las acciones públicas, en tanto que dichas acciones deben responder a los mismos al incluir a todas las personas en la satisfacción del mayor potencial posible de bienestar que puedan alcanzar.

Para ello, la coordinación entre los diferentes actores es esencial en tanto que las capacidades técnicas son necesarias y fundamentales para el abordaje adecuado en el diagnostico situacional y se puedan tomar las acciones necesarias para la atención real que requieren las personas.

En la siguiente figura, pueden observarse los niveles en el modelo ecológico de la salud: personal, relacional, comunidad y social, en sus diferentes aproximaciones desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, quien explicaba las interrelaciones de la persona con los microsistemas, exosistemas y macrosistemas, otra manera de

Derechos Humanos: Salud, Alimentación, Libertad, Vida



referirse a lo personal, relacional, comunitario y social puede entenderse los intentos de proponer la influencia que los diferentes niveles del ambiente tienen sobre la salud de las personas (Torrice Linares y col., 2002) (Bronfenbrenner, 1979), asimismo diferentes aproximaciones utilizan los determinantes sociales de la salud para incorporarlos a estos modelos más aun cuando ya se ha demostrado plenamente la influencia ambiental particularmente sobre el desarrollo del ser humano a través de mecanismos epigenéticos (Bygren, 2013).

De tal manera que la autora propone realizar una integración de otros elementos al modelo ecológico base. En primer lugar, y tal y como se ha referido con anterioridad, el modelo debe estar dentro del marco de derechos humanos y busca integrar los factores asociados a las emergencias humanitarias: en los niveles comunitario y social deberían encontrarse las acciones logísticas, los programas y políticas y los mecanismos de ayuda, sobre la base del entendimiento entre gobierno, instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil, academia y

sector privado, para llegar luego a los niveles de relaciones y personal donde la agencia individual promovida por un esquema de respeto a la libertad individual, permite que los individuos logren educarse, trabajar, ser productivos gozar de un buen estado nutricional y de salud.

8. Conclusiones y Recomendaciones

Venezuela vive un momento difícil de su historia, más aún cuando ha vivido una crisis inédita y donde se ha debido trazar una nueva ruta de acciones en medio de una emergencia que no encaja con las características previas del país. La crisis ha afectado a todos los venezolanos de una u otra manera, y el empobrecimiento generalizado ha dejado su huella en los diferentes grupos poblacionales. Sin embargo, deben tomarse acciones integrales conjuntas para rescatar el estado de salud de la población, erradicar el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición y construir el capital humano mediante la educación y sus aliados salud y nutrición, para revertir a la nación hacia un camino de prosperidad, que es el que merece.

Para iniciar las acciones en un momento como este, es necesario pensar en acciones inmediatas y urgentes en paralelo a las acciones de reforma estructural y de sostenibilidad requeridas, con la finalidad de interrumpir los círculos viciosos de enfermedad, malnutrición, deserción escolar, pobreza e inseguridad alimentaria, pues como lo han referido los expertos en sus respectivas entrevistas la crisis es sumamente compleja y necesita acciones que aborden los diferentes problemas al mismo tiempo para poder apuntar al verdadero bienestar de la población. Solo con soluciones integrales, multi y transectoriales, que recuperen la institucionalidad perdida y la gobernanza y voluntad política de hacer quedara marcada la ruta del futuro bienestar del país.

REFERENCIAS

1. Alderman H. The economic cost of a poor start to life. *J Developm Origins Health Dis.* 2010;1(1):19-25.

2. Bebert Y, Medina M, Torres I, Ramírez L, Borot Y. Lactancia materna y efecto del destete precoz en el estado nutricional y morbilidad de los lactantes en municipio Ribas, Venezuela. *Rev Inform Científ*, 2018;97(2):315-323. Recuperado el 10 de julio de 2023, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000200315&lng=es&tlng=es
3. Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano* (traducción). Barcelona: Ediciones Paidós; 1987.
4. Bygren L. Intergenerational health responses to adverse and enriched environments. *Ann Rev Public Health*. 2013;34:49-60.
5. Derechos Humanos Civilis. Las emergencias humanitarias complejas (EHC) son de carácter político. 2017. Recuperado el 19 de marzo de 2023 de: <https://www.civilisac.org/emergencia-humanitaria-compleja/las-emergencias-humanitarias-complejas-caracter-politico>.
6. Diaz Polanco J. *Salud y hegemonía en Venezuela: barrio adentro, continente afuera* 2008. Caracas: Ediciones Cendes, UCV; 2008.
7. Diaz-Polanco J. La Institucionalidad de la Salud en Venezuela: Una enfermedad de la razón. En *Encuentro de Organizaciones Sociales*, Caracas, Venezuela. 2012.
8. Du J, Wu P, Wang Y, Yang D. Multi-stage humanitarian emergency logistics: robust decisions in uncertain environment. *Natural Hazards*. 2023;115(1):899-922.
9. Fundación Bengoa informa. [Versión electrónica]. *An Venez Nutr*. 2016;29(1):54-55. Recuperado el 08 de julio de 2023, de <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2016/1/art-7/>
10. Fuller P. Disasters displace more people than conflict and violence. Retrieved March 22nd, 2020 from <https://www.undrr.org/>. 2020.
11. Gobierno expropió más de 5 millones de hectáreas y están improductivas. (2018, 16 de abril). *El Nacional*. Recuperado el 10 de julio de 2023 de : https://www.elnacional.com/economia/gobierno-expropio-mas-millones-hectareas-estan-improductivas_231096/

12. Herrera-Cuenca M. Evidencias empíricas para el diseño de un modelo de programa de subsidio de alimentos. Tesis doctoral no publicada. Universidad Simón Bolívar, Caracas. 2015.
13. Herrera-Cuenca M, Landaeta-Jiménez M, Hernández P, Sifontes Y, Ramírez G, Vásquez M, Maingon T. Exploring food security/insecurity determinants within Venezuela's complex humanitarian emergency. *Dialogues in Health*. 2022;1(100084). <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2022.100084>.
14. IPC Global Partners. Integrated Food Security Phase Classification Technical Manual Version 3.1. Evidence and Standards for Better Food Security and Nutrition Decisions. Rome: IPC Global. 2021.
15. Jayawardene V, Huggins T J, Prasanna R, Fakhruddin B. The role of data and information quality during disaster response decision-making. *Progress in disaster science*, 12, 100202. 2021. Recuperado el 20 de julio de 2023 de: 100202 <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2021.100202>.
16. Landaeta-Jiménez M, Sifontes Y, Herrera-Cuenca M. Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. *An Venez Nutr*. 2018;31(2):66-77.
17. Landaeta-Jiménez M, Jardim K, Carreño L, Vásquez E. Valoración del estado nutricional antropométrico de escolares venezolanos de 3 a 18 años. *An Venez Nutr*. 2022;35(1):5-15.
18. Ledezma T. Evaluación del Programa Ampliado Materno Infantil. *Rev Venez Análisis de Coyuntura*. 1996;II(2):211-246.
19. Ministerio del Poder Popular para la Alimentación. Prevalencia de la Lactancia Materna es del 76,6 %. 2023. Recuperado el 10 de julio de 2023 de: <http://www.minpal.gob.ve/?p=21057>
20. Ministerio del Poder Popular para la Alimentación. Todo el poder para los CLAP. 2023. Recuperado el 10 de julio de 2023 de: https://www.mppsp.gob.ve/images/clap/clap_1.pdf
21. Modgil S, Singh R, Foropon C. Quality management in humanitarian operations and disaster relief management: A review and future research directions. *Ann Operat Res*. 2022;319(1):1045-1098. <https://doi.org/10.1007/s10479-020-03695-5>

22. Oficina del alto Comisionado Naciones Unidas - OHCHR. Emergencias Humanitarias y Situaciones de Conflicto. 2023. Recuperado el 10 de julio de 2023 de: <https://www.ohchr.org/es/topic/humanitarian-emergencies-and-conflict-situations>
23. ONU. Venezuela. Plan de Respuesta Humanitaria Venezuela Ciclo del Programa Humanitario 2022-2023. 2022. Recuperado el 20 de julio de 2023 de: <https://venezuela.un.org/es/196158-plan-de-respuesta-humanitaria-2022-2023>
24. Torrico Linares E, Santin Vilariño C, Andrés Villas M, Menéndez Álvarez-Dardet S, López López MJ. El modelo ecológico de Bronferbrenner como marco teórico de la psicooncología. 2002. *An Psicol.* 2002;18(1):45-59.
25. Relief web OCHA Venezuela. Financiamiento de la respuesta humanitaria (enero-junio 2023). 2023. Recuperado el 20 de julio de 2023 de: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-financiamiento-de-la-respuesta-humanitaria-enero-junio-2023>
26. Relief web OCHA HumVenezuela Recuperado el 14 de agosto de 2023 de: <https://reliefweb.int/organization/humvenezuela>
27. Unicef Venezuela. (2015, 23 de septiembre). Amamantar y trabajar logremos que sea posible. Recuperado el 15 de abril de 2023 de: <https://www.unicef.org/venezuela/comunicados-prensa/amamantar-y-trabajar-logremos-que-sea-posible-0#:~:text=A%20pesar%20de%20todo%20estos,primeros%20seis%20meses%20de%20vida>.
28. World Food Programme - WFP. Emergency food security assessment handbook. 2nd edition. Rome, Italy: VAM. 2009.
29. World Food Programme - WFP. Venezuela Food Security Assessment Main Findings. Data Collected between July and September 2019 and 2020. 2019. Recuperado el 25 de julio de 2023 de: https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/wfp-venezuela-food-security-assessment-main-findings-data?gclid=Cj0KCQjw5f2lBhCkARIsAHeTvlizUbonCDrd_ksQJ6etDGzFTqoLpaikQEm4og-vmGaSzJBEQ0Tov-MaAjsaEALw_wcB

ANEXO

ENTREVISTAS

Dra. Evelyn Mercedes Niño. Pediatra Especialista en Lactancia Materna

Pregunta: Acciones que deberían incorporarse al PRH en particular en el área de Lactancia Materna, ¿Cómo incorporar la lactancia materna y cómo superar la brecha en la población con necesidades y la población atendida?

Considero que en el manejo de la Lactancia Materna como parte del PRH, existen varios factores que no contribuyen a aumentar la prevalencia y duración de la lactancia materna en Venezuela, lo que resulta muy importante alcanzar en el contexto de continuar presentando una situación de emergencia humanitaria, así como para cubrir una mayor proporción de la población con necesidades humanitarias.

Sólo se contemplan como Indicadores de la actividad sectorial del PRH: el n° mujeres embarazadas, madres, padres y responsables de niños y niñas menores de 5 años que reciben consejería y educación sobre alimentación de lactantes, y niños y niñas menores de 5 años.

Solo se toma en cuenta el número de madres que amamantan y no el n° de sus respectivos hijos, cuya atención en particular es de suma importancia en cada caso.

Acción: En atención de lactancia debe registrarse el número de embarazadas, el de madres que amamantan, el de niños y niñas en etapa de amamantamiento, así como el de familiares que contribuirán a dar apoyo (padres y abuelas).

Para una educación pre y posnatal efectiva en lactancia, no basta dar orientación en talleres o grupos de apoyo eventuales, se requiere de su seguimiento por lo menos durante los dos primeros años de vida, para consolidar el acoplamiento de la unidad funcional madre/bebé, lograr una lactancia exitosa y garantizar seguridad alimentaria, para así realmente contribuir con un aumento en la prevalencia y duración de la lactancia.

Actualmente confrontamos la situación de atender madres con bebés menores de 2 o 3 meses, que amamantan de manera exclusiva y que presentan déficit ponderal de cualquier grado (leve-moderado o grave), por no tener una técnica adecuada. Siendo alarmante que no han recibido ningún tipo de orientación durante el embarazo, ni tampoco en los centros de salud, donde han sido atendidos desde su nacimiento.

Acción: Se requiere promover la práctica de la lactancia a nivel comunitario y adicionalmente fomentar la implementación de consultas de lactancia atendidas por personal de salud capacitado en lactancia, en centros de salud o centros comunitarios ya existentes (públicos y privados), que atiendan madres y bebés del propio centro y los remitidos de las comunidades. Se debe llevar un registro de las madres embarazadas, de madres lactantes y de niños y niñas en etapa de amamantamiento, abordando sus lactancias de manera efectiva y eficaz. Este modelo de promoción y atención, una vez implementado se puede mantener posteriormente en el tiempo, una vez que cese la ayuda humanitaria.

No existe un apoyo real y consistente a las madres embarazadas y madres que están amamantando desde el punto de vista nutricional. Muchas de estas madres presentan desnutrición aguda moderada, sin embargo, sólo se les ofrece consejería sobre su alimentación y no hay la posibilidad de entregarle un suplemento nutricional o alimento terapéutico (como si se hace con los niños que presentan desnutrición), porque el PRH no lo contempla. Estas madres en su mayoría no tienen acceso físico y económico que garantice la disponibilidad de alimentos sanos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias. No tomando en cuenta la importancia de la programación metabólica de los infantes, en relación directa con la alimentación materna adecuada desde el embarazo.

Muchas madres no han asistido a control durante el embarazo, así como muchas después del nacimiento de sus bebés tampoco asisten a ningún control, lo que dificulta el descartar y tratar anemia si la presentan y realizar un control de planificación familiar.

Acción: Que el PRH contemple la posibilidad de Suplementos de poli-vitaminas y minerales a madres embarazadas y lactantes

con nutrición normal, que estén recibiendo educación en lactancia. Suministro de alimentos terapéuticos listos para el consumo a madres que presenten desnutrición. Simultáneamente al apoyo y seguimiento en lactancia materna.

No existe apoyo consistente a Centros de Atención, Apoyo, Promoción y Capacitación en Lactancia con gran experiencia y que tienen una larga trayectoria.

Acción: Apoyo institucional y financiero a través del PRH a Centros como, por ejemplo: la A.C.U.R.N. La Casa Grande Centro de Lactancia (más de 23 años de fundada), que forma parte del Clúster de Nutrición desde 2020 y que con su labor puede contribuir al entrenamiento del personal de salud y a la implementación de consultas de lactancia.

Sociólogo Jo D’Elia. Civilis Derechos Humanos, como parte de la Plataforma HumVenezuela

El Experto Jo D’Elia, realiza énfasis en primer lugar en que esta, la venezolana es una crisis muy única, ya que no es producto ni de un desastre natural, ni de un conflicto armado. Esta crisis ha sido de instalación lenta y los “síntomas” y señales no se han visto hasta que ya hay un daño.

Tomando en consideración estas características de la crisis, el experto considera que la respuesta humanitaria es una parte, pero no lo es todo.

Para el 2019-2020 el Programa Mundial de Alimentos identificó 9,3 millones de personas con inseguridad alimentaria moderada o severa, entonces solo las necesidades humanitarias en alimentación alcanzaban esa cifra en ese período.

En el reporte del plan de respuesta para el período 2021, se observaron 7 millones de personas con necesidades humanitarias, cifra que las agencias mantuvieron para dar un margen de respuesta más alta, sin embargo, solo se llegó a 5,2 millones de personas para el período bianual de 2022-2023. Importante es destacar que la sociedad civil siempre ha intentado visibilizar las deficiencias en las cifras de

personas a ser atendidas, sin embargo, también hay que mencionar que las capacidades perdidas para la respuesta también han sido un impedimento para incrementar al plan de respuesta.

Los 7 millones propuestos inicialmente, eran la cifra que podía atenderse con las capacidades existentes y en medio de un contexto de inestabilidad política, que no permite realizar las acciones que hay que implementar.

Ahora bien, refiere el experto, aun cuando se reconozcan las capacidades perdidas, hay que dar visibilidad a la cantidad de personas que tienen necesidades humanitarias por razones éticas y aclarar que el esfuerzo de respuesta está siendo tomado como base a 7 millones pero que existen 19 millones en total que necesitarían una atención en diferentes dimensiones, más aún cuando sabemos que la afectación en esta crisis ha sido multidimensional. No solo se requiere recuperación nutricional, sino también se requieren servicios básicos como agua, electricidad, gas. Un niño desnutrido no solo no come, sino que no hay agua en el hogar y no asiste a la escuela.

Lo grave es la falta de información oficial, no es posible que el Estado no produzca datos, la información que generan las ONGs es totalmente valida, es la que realiza contraloría, pero lo que no es posible es que el Estado no produzca datos.

De esta manera, es evidente que la respuesta humanitaria, no puede resolver todas las necesidades, puede aumentar el número de personas atendidas y puede reducir las brechas, pero no alcanza a eliminarlas, más aún cuando hay una falla en las capacidades que se agravan cuando se interconectan todas entre sí: el problema es multidimensional.

Finalmente hay que considerar que se debe documentar no solo lo que ocurre ahora, sino también lo que se deja como secuela y que un paso importante es también la ética del proceso, para dar visibilidad a lo que verdaderamente está ocurriendo y a las necesidades que tendrán que ser atendidas a fin de proteger a la población.

Debería existir un abordaje multisectorial, atendiendo las necesidades inmediatas, con focalización de esas necesidades y también entender que los servicios deben ser recuperados, todo esto pasa por

una reinstitucionalización que es fundamental para que el país pueda salir adelante.

Feliciano Reyna. Presidente de Acción Solidaria

Una de las cosas más preocupantes es el “techo” que le ha puesto el gobierno al diseño del PRH y su publicación, y ese techo es el número de personas en situación de necesidades humanitarias y es gravísimo que se mantenga este número de personas alrededor de 7 millones desde 2019 como la meta a alcanzar y que claramente es insuficiente y que claramente está en contradicción incluso con lo que decía el PMA que hablaba de 12 millones de personas (9,3 millones con inseguridad alimentaria moderada o severa), de nuevo es muy grave porque parece que la cifra de personas a atender no superaría el número de personas en otras partes del mundo y que necesitan financiamiento y ha sido muy frustrante ver lo sub-financiado que ha estado el PRH de Venezuela, y en ese sentido una prioridad sería tomar en consideración los datos de HumVenezuela por lo menos a la hora de plantearlo con donantes para que se sepa que la necesidad es muchísimo mayor y que también lo que se solicita es también mucho mayor, hemos estado siempre por debajo de lo que se solicita que ha estado a partir del 2020 en 720 millones de dólares, solamente uno de esos años se llegó al 36 % de ese financiamiento y en este momento solo se ha alcanzado alrededor del 10 %, por lo cual esto es terrible dada la situación en Venezuela. Además, esto permitiría contrarrestar la idea de que porque haya existido un rebote que ni siquiera fue tan significativo luego de que ocurriera la caída del PIB de Venezuela, pero ha aparecido como si se hubiesen dado respuestas a la población y eso está muy lejos de ser realidad. Entonces, hay que mantener la respuesta desde la perspectiva humanitaria, reconociendo que hay que reconocer la dimensión de las vulnerabilidades las enormes necesidades que además se van entrelazando por ejemplo no tener una alimentación adecuada con no tener servicios de salud que no están funcionando, con agua que no llega o que está contaminada y que tiene efectos en la salud, o no tener electricidad en forma continua, recolección de basura o servicio

de gas para cocinar, o transporte. Todo esto termina por fracturar la vida cotidiana de las personas y no por nada es probable que sigamos viendo personas que se han visto forzadas a migrar por efectos de las necesidades que abruman, y esto también influye en lo que se espera como ayuda interna, por supuesto sin negar las necesidades de las personas en el exterior del país, y el conflicto político interno mantiene la posibilidad de movilizar recursos para atender a la población dentro de Venezuela, lo cual es urgente. Y por lo cual yo he abogado por mantener una interlocución necesaria y mantenida con el gobierno venezolano, que la ha habido, no pongo ninguna buena fe en sus respuestas, pero sigue siendo algo muy urgente, porque es la que puede llevar a que por lo menos en los temas humanitarios de asistencia a la población, se encuentren respuestas y en esto por ejemplo lo imperativo es que ese fondo social operara es una prioridad absoluta y se ha visto otra vez atrasada su implementación por la situación del conflicto político quedando por fuera una vez más la atención de la población con necesidades, por la negociación que de manera que esa negociación que debería avanzar pero que las necesidades de la población se tomaran como centro independientemente de las negociaciones políticas.

Delsa Solorzano. Presidente de la comisión de justicia y paz de la Asamblea Nacional. Especialista en Derechos Humanos

Nos recuerda que el derecho a la Lactancia Materna es un derecho humano esencial. Una de las acciones que podría beneficiar a la respuesta humanitaria es la concepción de un plan de lactancia materna eficiente tomando en consideración que la crisis de servicios básicos, incluyendo la falta de gas, electricidad y agua afecta la adecuada nutrición de madres y niños. La falta de agua potable y segura impide que se pueda introducir otros alimentos adecuadamente. Si fuese necesaria la incorporación de fórmulas, no existe agua potable para su preparación aumentando el problema. Por esto es la compleja crisis donde un problema se suma al otro y al otro y no se puede abordar un problema sin pensar en el siguiente. Para abordar la crisis hay que pensar en su complejidad y en el abordaje integral de todas sus dimensiones.

Michael Penfold. Politólogo. Profesor del Instituto de Estudios Superiores de Administración y Global Fellow Wilson Center

Lo más importante es permitir que los recursos destinados a la ayuda humanitaria, los que tengan un origen público, multilateral o privado puedan entrar a Venezuela, pero para poder dimensionar adecuadamente la crisis humanitaria compleja se necesitan una importante cantidad de datos estadísticos en distintas áreas, tanto desde el punto de vista social como desde el punto de vista epidemiológico, en materia de salud y en estos momentos no tenemos acceso a esos datos oficiales, no sabemos si siquiera si esos datos se están recopilando o como se están compilando, y que permitan darle la magnitud apropiada a la crisis humanitaria venezolana, sin esos datos oficiales que deberían en todo caso ser construido con apoyo de agencias internacionales es difícil dimensionar adecuadamente la situación humanitaria en el país. Sin embargo, eso no implica que con los datos que tenemos actualmente, tanto los datos generados desde las universidades como los generados por las organizaciones de la sociedad civil e incluso con datos oficiales rezagados no pueda realizarse una aproximación a la situación de la población con necesidades y dar atención a la población que requiere ser atendida y que eventualmente será más amplia en la medida que pueda dimensionarse la magnitud de la crisis. También creo que es fundamental entender las barreras a la atención humanitaria. Hay barreras que tienen su origen en el sistema político, en el sistema autoritario que existe en Venezuela y hay barreras que tienen un origen internacional producto de las sanciones y sobre todo en el sobrecumplimiento que tienen para las organizaciones sin fines de lucro y las organizaciones humanitarias en general, otras que tienen una dimensión vinculada con la realidad social de violencia en el país y que tienen que ver también con barreras logísticas internas para poder acceder a la población con necesidades porque ni siquiera puede accederse a ella y tampoco existe información alguna sobre ella, sobre todo en los lugares más rurales y remotos en Venezuela. Y entender esas barreras es fundamental, pues si no tenemos capacidad para poder abrir y resolver esas barreras, la capacidad de respuesta internacional seguirá siendo muy limitada.

Migrante venezolana en Massachusetts, USA

Se trata de migrante femenina de 23 años de edad con una hija de dos años, quien refiere haber llegado a Estados Unidos caminando a través de la selva del Darién, llegando a México y luego a Texas por la vía de El Paso. Vivía en Guarenas, Estado Miranda, reporta haber sido beneficiaria del CLAP pero no recuerda haber recibido ninguna ayuda o beneficio por parte de alguna agencia multilateral internacional como UNICEF o PMA. Llega a Massachusetts luego de ser reubicada con familiares. Al examen físico, único recurso que pudo utilizarse al momento, se observaron: órbitas oculares hundidas, palidez cutáneo mucosa severa, pérdida de la capa de grasa subcutánea en brazos, espalda y abdomen, todos estos signos clínicos compatibles con malnutrición por déficit.

Manuela Bolívar. Miembro de la comisión especial para la ayuda humanitaria de la Asamblea Nacional. Comisionada adjunta para la ayuda humanitaria del gobierno interino.

Un punto importante para la disminución de las brechas a superar comenta Manuela es el hecho que las agencias de Naciones Unidas deberían implementar a través de socios locales, las organizaciones más grandes tienen la tendencia a trabajar en zonas urbanas, dejando por fuera las áreas rurales, de tal manera que, aunque se apuesta por las organizaciones grandes por temas administrativos, se omiten áreas donde estas organizaciones no llegan. Y esto es una limitación para la implementación, porque, aunque las organizaciones más grandes tendrían una mejor estructura administrativa, se pierden los socios locales pequeños que podrían trabajar en áreas más remotas. Entonces se tendría que diversificar la intervención en términos de las organizaciones que en trabajen en la respuesta humanitaria.

Por otro lado, en cuanto a las intervenciones nutricionales no solo debe realizarse en niños pequeños sino que hay que incorporar a la mujer embarazada al mismo momento de esas intervenciones para lograr llegar a la familia, pues al atender e incorporar al niño pequeño y a una mujer embarazada debería alcanzarse a la familia, pues no solo

la promoción de la lactancia materna o temas de alimentación en el niño pre-escolar y escolar serian abordados, sino las redes de apoyo a la mujer para que pueda amamantar logrando así una intervención más integral. Al incorporar la formula del núcleo familiar, buscas redes de apoyo y si también se hace a nivel comunitario se apoya a la madre que está atravesando un proceso de lactancia donde reitera, las redes de apoyo son un factor clave. Además, se deben incorporar otros elementos dada la complejidad de la crisis, no solo es capacitar, por ejemplo, para lograr la lactancia materna, es procurar elementos de WASH como el agua segura para garantizar que la madre tenga un consumo adecuado de agua y una higiene adecuada y acompañada de programas nutricionales que garanticen la adecuada nutrición de la madre y posteriormente de sus hijos. Todo esto generaría acciones sostenibles en tanto se generan capacidades, se garantiza un destete adecuado, un crecimiento y desarrollo acorde a las referencias y por supuesto estas intervenciones que van más allá del mero hecho de reparto de alimentos serian mas costosas en el corto plazo, pero no en el largo plazo al mejorar el estado nutricional de manera sólida y también generan la agencia individual que va a promover menor vulnerabilidad en las personas. En adición a esto, al realizar acciones integradas se obtienen mejores resultados, en tanto las acciones fragmentadas debilitan la eficiencia de las mismas.

Rosella Bottone. Programa Mundial de Alimentos. Directora Adjunta de país Colombia.

Creo que, para lograr una atención más efectiva posible de la población, en el plan de respuesta humanitaria hay que trabajar más en la focalización porque para lograr esa eficiencia hay que identificar criterios más precisos y confiables para poder realizar esa focalización. Muy a menudo la respuesta humanitaria tiene que pasar por mecanismos de coordinación con instituciones locales: municipalidades, gobernaciones según el territorio, eso hace que no siempre se tiene la información necesaria para trabajar la focalización adecuada de las personas, por eso sería importante trabajar con sistemas de registro de focalización para

mejorar la respuesta en tanto se focalizan e identifican las necesidades de las personas. La otra acción sería tener un registro detallado de las acciones que realizan los diferentes actores algunas instancias como los clústeres mantienen siempre una matriz de donde hay intervenciones, pero si es necesaria una mejor coordinación. Por último, no se puede realizar una respuesta efectiva si no hay un diagnóstico, y de lo que se puede observar no hay un diagnóstico del país reciente, en 2019 el PMA realizó un diagnóstico a nivel nacional, pero más recientemente no hay diagnósticos que puedan utilizarse, por lo que se utiliza la data local de los actores humanitarios, pero lógicamente se pierden detalles. Entonces sería muy importante focalizar la población que debe atenderse con criterios sólidos y diagnósticos actualizados que puedan fortalecer las acciones de coordinación y conocer quien está en donde y que hace específicamente.

En cuanto a cómo mejorar las brechas, pienso que el plan de respuesta humanitaria no es que solamente reconoce a 5 millones de personas con necesidades humanitarias sino que hace una priorización de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad más extrema y también de la población de la cual se tiene información reciente, porque el PRH tiene unos parámetros bastante estrictos de cuál debe ser la fuente de información para poder clasificar a las personas en situación de crisis humanitaria, por lo que tener un diagnóstico actualizado es lo que permitiría mejorar las brechas en Venezuela, porque seguramente el PRH actual estaría basado en datos que presentan vacíos en distintos aspectos que son los que acrecientan las brechas, y en muchos casos el PRH hace una priorización hacia las personas que tienen mayor urgencia en recibir ayuda. Seguramente hay muchas más personas con necesidades para ser atendidas y habría que evaluar cómo se midieron las 19 millones de personas en la plataforma HumVenezuela y como se priorizaron las que entran en el PRH, y por eso lo más importante es tener un diagnóstico que se realizó en 2019 pero habría que actualizarlo a 2023.

La Iglesia y los hospitales durante la Colonia

Dr. Daniel J. Sanchez, Silva

INTRODUCCIÓN

Cuando en 1492 Cristóbal Colon descubre a América, se produce el movimiento migratorio más importante hasta ahora conocido. Durante las siguientes décadas miles de ciudadanos españoles vinieron a tierras americanas en busca de fortuna. Las áreas ocupadas fueron más extensas que la misma Europa. El descubrimiento de América por España fue considerado por los españoles como una recompensa por haber sacado a los moros de la península ibérica (1). Sin embargo, esta gran masa de seres humanos dirigiéndose a todas partes del nuevo continente, traían consigo enfermedades y adquirían nuevas, era el deber de los reyes garantizar a sus súbditos la atención de salud y a través de la iglesia se encargó de crear dotar y administrar hospitales para los españoles en esta situación. La primera medida ordenada por los Reyes Católicos a Nicolás de Ovando y a Diego Colón, su sucesor, la edificación de iglesias, cabildos y hospitales, tanto para cristianos como para indígenas, por lo cual en 1502, Ovando fundó el

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023. XXIX.12>

ORCID: 0000-0003-2763-8162

primer hospital del Nuevo Mundo, el Hospital de San Nicolás de Bari, situado en la isla de La Española (2). En referencia a los hospitales estas instituciones surgieron como hospicios en su gran mayoría, y estaban dedicadas más al consuelo de los enfermos pobres que a la atención de salud, carentes totalmente de sentido científico y docente. La Edificación de Hospitales parece ser una de las políticas sanitarias iniciales de la corona hacia el nuevo mundo. España estableció normas de índole higiénicas, las cuales adquirieron carácter de doctrina y que posteriormente fueron incorporadas al cuerpo de leyes de Indias (3). El emperador Carlos V mediante una cedula de fecha 7 de octubre de 1541 ordena que se funden hospitales en todos los pueblos españoles e indios. Estos hospitales eran para que sean curados los pobres y los enfermos y se ejercite la cristiandad. Aparte de esto se les ordena a los virreyes del Perú y Nueva España que se encarguen de visitar los hospitales de Lima y México (4).

Papel de La Iglesia

La Iglesia Católica constituyó en América el factor de cohesión entre la Corona y sus vasallos, así como también entre la propia Iglesia y sus feligreses. Las personas que fundaban iglesias, monasterios, ermitas u hospitales, en América, con la autorización Real, tenían el derecho de ejercer el Patronato, bajo la jurisdicción del Obispo, consistiendo este Patronato en un cúmulo de derechos y privilegios para el fundador. La Iglesia Americana dependió más directamente del Consejo de Indias, en Madrid que, del Papado romano, lo cual le dio una fisonomía obviamente diferente a la propiamente peninsular, cuyo resultado fue el de una Nueva Iglesia en un Mundo Nuevo (5). Tal demostración del poder del Rey sobre los obispos en las indias, que en la cédula real de hospitales del 31 de diciembre de 1695 le encarga a los obispos y a la iglesia el cuidado de los mismos “...*Declaramos y es nuestra voluntad, que los Arzobispos y Obispos de nuestras Indias, cada uno en su Diócesis, por sus personas o las de sus visitadores, puedan visitar los bienes pertenecientes a las fábricas de las Iglesias y Hospitales de Indias y tomar las cuentas de los Mayordomos y*

administradores de dichas fábricas y hospitales, cobrar los alcances que se les hicieren y ponerlos en las cajas a donde tocaren, para que allí se distribuyan en las cosas necesarias y útiles...”(6).

Hospital de Coro

El profesor Ricardo Archila señala que es probable que en Coro se haya fundado el primer hospital de Venezuela debido a su importancia política, comercial y eclesiástica, aunque alude no tener documentación que lo confirme (7). Sin embargo, el Dr. Oscar Beaujón en su trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Historia con su trabajo *Ayer asistencial de Coro* sostiene que para 1530, Coro es asiento de la Gobernación y de la Diócesis, con su Iglesia Parroquial y su hospital anexo, según parecen confirmar los conquistadores, como Federman al enviar sus expedicionarios enfermos *“por la mar hacia Coro para que consiguiesen rápidamente remedio o ayuda”*, y qué mejor manera de proporcionarlos tiene una ciudad que un Hospital; luego es lógica la conclusión y en justo acuerdo con el sistema asistencial imperante, de la existencia anexa, al templo de San Clemente, del Hospital del mismo nombre designado posteriormente Hospital Santa Ana de Coro (8). El 18 de marzo de 1623 Don Fray Gonzalo de Angulo llegó a Coro en visita pastoral e inspeccionó lo que servía de hospital, lo cual era una habitación anexa a la ermita de San Clemente. Había una reja de madera entre la ermita y el hospital para que los pobres que estuviesen hospitalizados pudieran oír misa. Es de importancia capital esta visita porque durante la misma Fray Gonzalo de Angulo realiza la erección del hospital de Coro 18-07-1623 y el primer reglamento del hospital hecho en mayo del mismo año (9). Este Reglamento es la más antigua de las reglamentaciones pre republicanas de los hospitales venezolanos que contiene una serie de importantes previsiones médicas, administrativas, higiénicas y humanas, muchas de las cuales podrían figurar en la actualidad con justificada vigencia (10).

En el año de 1763 realiza su visita pastoral a Coro el Obispo José Félix Valverde, a este obispo se le debe que haya realizado el primer inventario de los bienes del hospital de Coro. En el año de

1778 se presenta un informe elaborado por el mayordomo del hospital Don Diego Dávalos y Chirinos en donde da a conocer el diseño y los planos del hospital. Para el año de 1768 el Hospital San Rafael de Coro disponía de un capital de 19 000 pesos, que colocados a rédito al 5 % producían 950 pesos anuales, recibía el 9 y medio de los diezmos que se cobraban en San Juan y en Navidad, que a veces disminuían o se retardaban en percibirlos.

Para el 13 de mayo de 1773 llega a Coro el andariego y eximio Obispo doctor Mariano Martí, quien de inmediato pasa a visitar el Hospital San Rafael de la ciudad, empezando sus anotaciones con la ubicación del mismo, dicta las Reglas de un Hospital de la ciudad de Coro y practica el Inventario de los fondos en efectivo colocados a censo, de sus alhajas y ornamentos de la capilla (11). La visita de Obispo Martí Fue muy beneficiosa porque realiza un inventario minucioso de cuanto hay en el hospital, constatando que cuenta con ocho camas. Además, ordena que las rentas de esta fábrica sufraguen la manutención de más enfermos (12). Ordenó también la Reedificación de la Capilla del hospital y que el capellán debía tener siempre a mano los santos óleos para ser administrado a los enfermos que así lo requieran. El obispo ve la necesidad de aumentar las 8 camas existentes para recibir a los enfermos más graves y da instrucciones precisas a cerca de la Conducta de hombres y mujeres dentro de la institución. También instruye acerca de la compra de esclavos para las necesidades del hospital (11). A partir del 3 de mayo de 1821, en que la Provincia de Coro se consagró a la República, el Hospital San Rafael por disposición de la Secretaría de Estado del Departamento de Justicia de la Gran Colombia pasó a ser dependencia del Estado Soberano de Venezuela.

HOSPITALES DE CARACAS

Hospital San Pablo

El Hospital San Pablo fue fundado en 1602 por iniciativa religiosa, denominado también El Hospital Real del Señor San Pablo, luego que se le agrega a sus rentas el producto del noveno y medio de diezmos, u Hospital de Caridad y de tropa, como se les llamaba a fines del XVIII.



Figura 1. Iglesia de la Ciudad de Coro en el casco colonial, en donde funcionó el primer hospital en tierra firme de Venezuela.

Fuente: El Universal <https://www.eluniversal.com/venezuela/133058/la-ciudad-de-coro-cumple-495-anos-de-historia>

Se encontraba en la zona Sur de la ciudad, cercano a la quebrada de Caroata. Por el Este limitaba con el templo de San Pablo y al Oeste con el hospicio y hospital de Caridad de mujeres, al Norte con la plaza San Pablo y al Sur con varias casas de vecinos. Hacia el lado meridional y en estrecha contigüidad se encontraba el cementerio que servía para la parroquia y los dos hospitales (7).

El Real Hospital de San Pablo tuvo un origen religioso, por la que podría ser la primera orden capacha del país, los Hermanos de Pobres, lo que señala la orientación humanitaria y caritativa. Su construcción fue aprobada por el Cabildo el 22 de febrero de 1602, y para agosto ya estaba en funcionamiento con cuatro pacientes en camas que no eran más que catres. Era sólo para atención de hombres indigentes, y estuvo situada a un lado del templo de San Pablo, donde hoy se levanta el Teatro Municipal. Inicialmente estaba constituido

sólo por una enfermería, que, con el tiempo, evolucionó a institución de carácter general, agregándose otros ambientes como sala de unciones –vaporizaciones mercuriales para el tratamiento de la sífilis– sala para reos de Estado, un cuarto para héticos o tuberculosos y la sala de San José para los enfermos con viruela (2).

El Hospital San Pablo era exclusivo para hombres, y adquiere carácter cívico militar para el siglo XVIII, encontrándose indistintamente enfermos civiles y militares, construyéndose en 1751 una sala especial para el cuerpo castrense. Se sostenía, desde el punto de vista económico, por las limosnas recogidas por la orden religiosa, los que pagaban los militares por su atención, algunos impuestos, como el de anclaje, alquileres e hipotecas, y participó de los diezmos a partir de 1742, cuando pasó a formar parte de la administración colonial (13).

Fue en el Hospital Real de San Pablo donde se inició la educación médica el 10 de octubre de 1763, de la mano del Dr. Lorenzo Campins y Ballester. Los hospitales de la época colonial en su mayoría se mantuvieron tradicionalmente bajo la égida de las autoridades religiosas, salvo algunas excepciones, entre las que se encuentra el hospital San Pablo, institución que se mantuvo buena parte del siglo XVIII bajo control civil. A raíz de la promulgación de la Real Cédula de San Ildefonso del 21 de septiembre de 1742, las autoridades eclesiásticas perdieron toda injerencia en el funcionamiento del Hospital San Pablo y en el manejo del noveno y medio que a este le correspondía; en adelante solo quedaban como medios para intervenir en el hospital las visitas eclesiásticas y la participación del obispo en la elección del mayordomo. A partir de esa fecha la responsabilidad del funcionamiento del hospital quedaba en manos de los Gobernadores. Durante el siglo XVIII, las labores administrativas recaían en la figura del mayordomo quien representaba la principal autoridad del hospital, tenía amplias facultades de administrador y director, intervenía en el nombramiento del personal médico y del personal auxiliar, y rendía cuentas al gobernador de sus actuaciones y de su desempeño en el hospital. En última instancia, la autoridad del Rey siempre privaba en los asuntos relativos al funcionamiento del hospital, siendo el gobernador y Capitán General de la Provincia su

Vice patrono. Es en la Administración de Gonzalo Quintana Barreto cuando se establece una contabilidad general y detallada de los gastos e ingresos del hospital y es a través de esta gestión que encontramos la mayor cantidad de documentación respecto a la historia del San Pablo. Bajo la administración del mayordomo Gonzalo Quintana Barreto (1759-1777) el hospital aumentó progresivamente su capacidad para albergar enfermos, ya en 1770 el número de camas era de 50, llegando a un número aún mayor con la presencia de enfermos militares (14). Tanto el hospital como el templo de San Pablo fueron demolidos en 1876 por Guzmán Blanco para construir el Teatro Guzmán Blanco, hoy Teatro Municipal, luego de pasar casi tres siglos de servicio como hospital pionero y principal.



Figura 2. Hospital e Iglesia de San Pablo (Foto tomada por el Autor).
Fuente: Maquetas de Caracas del Consejo Municipal del Distrito Federal.

Hospital de Nuestra señora de la Caridad

El segundo hospital en edificarse en Caracas fue el de Nuestra Señora de la Caridad en 1691, justo a un lado del San Pablo. Dedicado sólo a mujeres pobres, tanto como nosocomio como hospicio, tuvo una iniciativa privada de parte de María Marín de Narváez – tía de la bisabuela paterna del Libertador y monja concepción – promocionado por el obispo Diego de Baños y Sotomayor y construido por Pedro Jaspe de Montenegro. La construcción se inició el 8 de diciembre de 1685 en un terreno que lindaba con el hospital de San Pablo, abre sus puertas el 17 de diciembre de 1691 (15). Comenzó a funcionar con 8 camas con una sala para enfermas y un cuarto para pecadoras públicas, otro para unciones, sala de convalecencia, ropería, despensa y cocina, así como habitaciones para la rectora y para dos esclavas, una para detenidas o cárcel y un cuarto para el capellán (7). Recibe las primeras pacientes el 17 de diciembre de 1691. Es el sitio donde se hospitaliza la primera mujer tuberculosa, en 1796. También servía de hospicio para prostitutas. Se sostenía por los aportes de la herencia de María Marín de Narváez que consistían en las rentas producidas de una hacienda en Cocorote, alquiler de dos casas, así como hipotecas. Nunca recibió diezmos, pero a partir de 1770 dependió del Real Patronato al unirse administrativamente con el de San Pablo. El Santo Hospital de Nuestra Señora de la Caridad de Caracas, se sostenía de la producción de la hacienda obra pía denominada “San Nicolás”, en Cocorote, jurisdicción de San Felipe (16). En el año de 1737 la hacienda San Nicolás se vende a Don Diego de Unda, pero esta negociación realizada a nombre del Hospital como propietario, se lleva a cabo bajo la figura jurídica de mantener sin modificación el legado pío (1). El Hospital de Nuestra Señora de la Caridad funcionó hasta 1891, cuando sus pacientes fueron trasladadas al recién inaugurado Hospital Vargas de la ciudad de Caracas.

Hospital Real de San Lázaro

Por el barrio llamado “Del Rosario” se ordenó la construcción por Real orden de fecha 21 de mayo de 1752 y 15 de febrero de 1758, la construcción de una casa donde estén recogidos los enfermos de

Lázaro. Ya desde 1747 el Ayuntamiento había expuesto al Gobernador Luís de Castellanos la necesidad de recoger a los enfermos que andaban “*realengos*” por las calles. Luego continuó las diligencias el Gobernador Luís de Arriaga en 1750. Pero no es sino en año de 1758 que el rey da orden de que se construya el edificio y que se dedique a su manutención las rentas de los juegos de gallos y el remate de la venta del guarapo, “*que se hacía con miel de caña dulce y se vendía a real el frasco*”. Ya en 1757 se miraba la fábrica de la casa del lazareto, con habitaciones separadas para hombres y mujeres que sufrieran el temible mal (7). El Real Hospital de San Lázaro fue el primer hospital especial y con reglamento interno, así como el único construido en el siglo XVIII. Su origen fue como respuesta a un clamor popular por la cantidad de leprosos que pululaban por la ciudad, por lo que Felipe Ricardos ordena su construcción con fecha 21 de marzo de 1752, siendo su principal propulsor, el obispo Diez Madroño. Seis meses después, el 23 de septiembre, se hospitalizan los primeros 11 casos. Estuvo situado al sur de la ciudad, suficientemente alejado en lo que hoy sería de Puente Victoria a San Lázaro, lugar que forma parte del paseo Vargas. Se sostuvo, con donaciones y suscripciones privadas y públicas. Después de instalado es nombrado “*administrador de los bienes del Hospital Real de San Lázaro*”, el señor Gonzalo Quintana Barreto, el 17 de enero de 1758”. Y en 1771, el Rey le concede el título de “*Buen Servidor Suyo*”, por su actividad en recaudar fondos para el bien del hospital y los enfermos. La Iglesia es dedicada por el Obispo Diez Madroño el 13 de mayo de 1762. Frente al hospicio se extendía un vasto terreno que se denominaba “*Hoyada de San Lázaro*”. De allí el nombre de estas dos esquinas (15,17-19).

Cerca estaba una ciénaga que fue mandada cegar por el Regidor José Hilario Mora por temor al contagio. Caracas no se había extendido por aquellos lados y por lo tanto el lazareto quedaba fuera de su perímetro. Pero ya para el año de 1765 comenzaron a poblarse aquellos terrenos y muchas personas asistían a la misa en la iglesia. Es esta la razón por la cual el Ayuntamiento propone que se traslade el lazareto a otro sitio más distante. Este edificio estuvo en la esquina de

su nombre hasta 29 años después, que fue destruido por el terremoto de 1812. Muchos enfermos murieron bajo sus ruinas y los que quedaron con vida deambulaban por las calles en actitud lastimosa (15,17-19).

En 1817 se destinó una casa en el Valle de Catia para Lazareto, según el informe del Protomedicato, “*los vecinos de Catia no arrastran consigo los efluvios pestilentes a la Capital*”. Aunque el antiguo Lazareto había sido destruido en su casi totalidad, aún conservaba el carácter del primitivo edificio hasta nuestros días. Frente a la extinguida puerta del templo se extendía la plazoleta de los lázaros, donde los enfermos solían pasear en las tardes soleadas. Era una pequeña alameda plena de sombra y paz, donde más tarde se levantó la estatua del glorioso héroe de San Mateo, Ricaurte (7,10,15,19).

Este Hospital de San Lázaro, primero construido por Don Felipe Ricardos durante su gobernación comenzada en 1752, ha dado nombre a la esquina hasta hoy, lo mismo que a la esquina anterior que se llamó “*Hoyada de San Lázaro*” y que hoy conocemos sencillamente por Esquina de la Hoyada. Fue él quien se propuso con energía y entusiasmo a buscar un asilo a esta parte más desdichada de la colectividad y lo llevó a cabo el año de 1753, en el sitio entonces nombrado de La Hoyada. Hoy, este primer Lazareto de Caracas ha sido absorbido por la prolongación de la Avenida Bolívar (17-19).

Casa de la Misericordia

El último hospital colonial de la capital fue el llamado Casa de la Misericordia, cuya función sería de hospicio para pobres y se construyó en 1787, siendo el primer establecimiento de Caracas con ciertas facilidades para atención de “*locos*” masculinos y femeninos. No tuvo la denominación de Real Hospital por no recibir diezmos. Fue erigido en la llamada Plaza de la Misericordia, hoy día Parque Carabobo. Aparentemente funcionó hasta 1812, al ser destruido por el terremoto, manteniéndose sus ruinas hasta la construcción del actual parque Carabobo. La leyenda indica que fue el sitio de reclusión de Joaquina Sánchez, cónyuge de José María España, y de quien se dice que fue la que confeccionó la primera bandera venezolana (15,19,20).

Hospital de La Guaira

El 28 de julio de 1715, la ciudad de La Guaira suplica se conceda a los religiosos de San Juan de Dios la licencia que solicitan para fundar un hospital (20-26). El 30 de julio de 1715 el Deán y Cabildo Eclesiástico y el Prelado y frailes del Convento de Nuestra Señora de la Merced de Caracas, informan a su Majestad sobre la conveniencia de que haya en este puerto un hospital de los padres de San Juan de Dios. En atención de haber congrua para él, por donación que hizo Doña Josefa de Górliz. Este hospital se fundó con el producto de la hacienda «*Toda - Osana*» (Todasana) que fue donada por Doña Josefa de Górliz, vecina de La Guayra, quien testó a su favor el 30 de agosto de 1706 (23-26). El apoderado de sus bienes fue el Castellano de La Guayra, el hacendado Don Andrés del Pino. En el testamento nombra por herederos de sus bienes a los Padres de San Juan de Dios, con la condición de fundar un Hospital en el Puerto de La Guayra, y que la fundación se hiciera, dentro del término de doce años. De no ser así, perdería vigencia la Obra Pía y sus bienes pasarían a sus herederos. Su sobrino Pedro de Caviedes fue nombrado administrador de la Obra Pía de Todasana, con sueldo anual de 300 pesos. En 1711 se tomó posesión de la hacienda y se inició la fábrica material del Hospital. En 1775 existían ya 68 esclavos y 15 734 árboles de cacao. De 1770 a 1775 la propiedad produjo un promedio de 3 650 pesos anuales. Además de cacao, producía plátanos, mameyes, aguacates, totumos, cocos, yuca, maíz, guanábanas, nísperos, cañafístolas y piñas. Entre sus fértiles tierras sobresalían por su producción las vegas de Santa Rosa, San Rafael, Islote, San Juan o El Rincón, La Veguita, La Cumara, Las Ánimas, El Camino de Uritapo y El Salto (23-26). El primero de febrero de 1717 Fray Fernando de Torremochó, Procurador General de la orden de San Juan de Dios, informa a S.M. que Doña Josefa de Górliz, vecina de La Guayra dejó por testamento una cantidad de dinero para que su religión fundase un hospital en el citado puerto; Solicita la Real licencia. El 29 de marzo de 1717, Su Majestad aprueba las licencias dadas por el Obispo de Caracas y el Gobernador de Venezuela para fundar dicho hospital. El 10 de mayo de 1717, S.M. da las gracias a

Don Andrés del Pino, vecino de La Guayra por el celo con que facilitó se pusiese en ejecución la fundación del Hospital San Juan de Dios. En 1718 Fray Juan Pineda, general de la orden de San Juan de Dios, informa a S.M. haber fundado un hospital en el puerto de La Guayra, y suplica contribuyan las embarcaciones con una soldada para el sustento de los soldados y marineros que reciben asistencia en dicho establecimiento. El 9 de diciembre de 1746, el Ilustrísimo señor Don Juan García Abadiano, dignísimo Obispo de Caracas informa a S.M. que al Hospital San Juan de Dios le han añadido cuatro celdas, que es muy pobre la iglesia y no tiene adornos y el hospital sólo tiene una sala para enfermos. El 7 de julio de 1773, el Gobernador Carlos de Agüero remite al Rey las instancias que hacen los vecinos, para que se les conceda la gracia de erigir aquel pueblo en Villa. Entre los méritos que alegan están: el haber fundado y mantenido el convento y hospital de San Juan de Dios (24-26).

En el año 1794 se presentó en el Litoral una nueva epidemia de «*calenturas*», que azotó la región; esta «*peste*» causaba estragos en la población. El encargado del convento y Hospital San Juan de Dios se vio en aprietos para poder atender a toda la población enferma, ya que contaba con pocos bienes para el funcionamiento del Instituto. El encargado da en arrendamiento la hacienda «*Todasana*», propiedad del Hospital, al señor Don Ignacio Blanco con la pensión de 2 200 pesos anuales. Como justificación por el bajo arrendamiento y en vista de las críticas hechas por el Fiscal de Obras Pías. Como el Hospital se sostenía con el producto de «*Todasana*», el auge o decadencia de la misma se traducían en auge o ruina del instituto hospitalario (24-26).

Para el año 1836 las cosas no marchaban bien, y solamente había un paciente hospitalizado, ordenándose que no se recibieran sino «*a los que se ve que están ya cercanos a la muerte, por no dejarlos perecer a la inclemencia y sin los auxilios espirituales*». En sus buenos momentos, cuando la hacienda daba pingües ganancias, el Hospital estaba en capacidad de recibir hasta seis enfermos, que fue el número establecido por la Junta Curadora, de acuerdo con las rentas. Aparte de estos seis pacientes gratuitos, se dotaron seis camas más para enfermos particulares

que pagaban una pensión diaria. Cuando enfermaban miembros de la tripulación de los barcos de la Real Compañía Guipuzcoana, eran llevados al Hospital de La Guayra y pagaban seis reales diarios a cada uno. Para atender a este mayor número de pacientes, hubo que construir tres piezas más y se separó la enfermería del resto de las habitaciones. Como vemos, la capacidad máxima del Hospital era de doce camas (25,26).

En 1827 se fundó una Junta Curadora que administraba los bienes del Hospital y fue creada por Decreto del 23 de junio de 1827 y firmado por Bolívar, ya que desde la época de la Gran Colombia había sido eliminada la Municipalidad, que debía encargarse de estos asuntos hospitalarios. Finalmente desaparece la obra pía al encargarse el estado y pasa la hacienda a la municipalidad (25,26).

Hospital de Maracaibo

El Informe presentado en Mérida 31 de Julio de 1788 por Fray Juan Ramos de Lora, Obispo de la Diócesis de Mérida de Maracaibo, al rey Carlos IV, sobre la situación hospitalaria en Coro, Barinas, Maracaibo, Gibraltar, Villa de Perijá, Trujillo, Mérida, San Cristóbal y La Grita. Incluye datos sobre la Erección de los Hospitales, dotación, ingresos, funcionamiento y localización geográfica. Recalca, además, la dificultad existente para lograr la buena administración de los mismos, debido a los inconvenientes con el gobierno civil (1,3,7,12)

El hospital de Santa Ana fue fundado en la ciudad de Maracaibo en 1607 por Francisco Ortiz alguacil mayor de aquella ciudad y su mujer doña Inés del Basto. Fundaron estos con licencia necesarias una ermita con el título de Santa Ana cerca del margen del lago de Maracaibo. Fue dotado con 20 vacas y cierta porción de ganado vacuno y junto a la ermita fabricaron un hospital para beneficios de algunos enfermos y donaron a esta obra pía 200 pesos y cincuenta cabezas de ganado cabrío para que se mantuviera. Las camas en su fundación fueron tres y en la visita pastoral que el obispo Mariano Martí realizó en 1778 mandó a que de haber crecido las rentas de dicho hospital se concedieran tres camas más, y que se hiciese anualmente una fiesta solemne a nuestra

señora de Santa Ana en su día de vísperas, con procesión y sermón, y que el costo se sacara de los bienes de dicho hospital. También mandó a remodelar la enfermería que estaba construida con bahareque, cal y tejas. La mejor descripción que tenemos sobre este hospital en el siglo XVIII es la realizada por el Obispo Mariano Martí en su visita pastoral: *“El día 14 de septiembre de 1774, fui a visitar el hospital de Maracaibo, de patronato real, y su iglesia baxo la invocación de Santa Ana. Ahora solamente hay tres enfermos, está dotado de quattro camas, hay una capilla donde los enfermos oyen misa diaria. Detrás del Hospital hay un solar de casa, que era de los jesuitas, y he ordenado que se hagan diligencias para que se ceda a este hospital o que se compre, cuyo precio no exceda de 150 pesos”* (27). Actualmente la casa donde funcionaba el hospital de Santa Ana la ocupa el hospital de Urquinaona.



Figura 3. Hospital (Urquinaona) y Capilla de Santa Ana en Maracaibo.
Fuente: RDN Red Digital de Noticias <https://rdnoticiasven.net/maracaibo-y-el-hospital-mas-antiguo-del-continente/>

Consideraciones Finales

Antes del siglo XVIII el hospital era una institución de asistencia a los pobres, que los recogía, separaba y excluía: *“el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar sino el pobre que estaba ya moribundo”*. Los hospitales en el siglo XVIII, además de espacios de reclusión y de muerte, fueron percibidos como un espacio de miseria y pobreza (1,3,7,10,19).

Cronológicamente, el primer hospital que se conoce en lo que hoy corresponde a Venezuela es el de la isla de Cubagua, del que se tienen referencias documentales desde 1532. El primer hospital en costa firme corresponde a Coro, fundado a mediados del siglo XVI y del que se conoce por Real Cédula de 1552. Este hospital fue reconstruido en varias oportunidades debido a los ataques de piratas que hostigaron a la ciudad de Coro durante ese siglo. El primer hospital de tierra adentro corresponde al Hospital de Barquisimeto fundado por el clérigo Pedro del Castillo hacia 1565

Los hospitales estuvieron regidos por la ley de Patronazgo Real: *“... en el derecho de Patronazgo concedido por los sumos pontífices a los Reyes Católicos y a sus sucesores, según el cual el cuidado y supervisión de los hospitales quedaba a cargo de los virreyes, audiencias y gobernadores...”*, disposición dictada desde 1587, ratificada en 1612 y 1624.

El hospital era concebido como un lugar donde se ejercía la caridad cristiana. Además de los religiosos, también formaba parte de los deberes del hospitalero y del mayordomo instruir en la doctrina cristiana tanto a los empleados como a los enfermos, tal y como lo señala el título IX de las Constituciones Sinodales del obispado de Caracas de 1687 (28).

El hospital debía contar con los servicios espirituales de un capellán y con la ayuda de un sacristán, para el auxilio y alimento espiritual de los enfermos. En caso de que tal cargo no existiese para el hospital, el cura de la parroquia debía cumplir con las obligaciones religiosas para con los enfermos.

En lo referente a la economía de estas instituciones, durante el siglo XVIII, recibía en ciertas ocasiones donaciones de ropa y utensilios. Su mantenimiento principal provenía de varias fuentes: diezmos, réditos de censos (hipotecas) y productos de alquileres, obras pías y limosnas de los fieles.

La mayoría de los gastos del hospital provenían de las medicinas y los alimentos para los enfermos y empleados del hospital, como bien lo expresan los libros mayores de cuentas del hospital. Le seguían en importancia los gastos en los salarios de los empleados y, en especial, el porcentaje que percibía el mayordomo anualmente por el cobro de las rentas de la institución.

En lo que respecta a su organización interna, la figura del mayordomo representaba la autoridad principal en relación con el personal que cuidaba cotidianamente a los enfermos, en tanto que los médicos lo eran con su saber en relación con los practicantes, pero quien en definitiva fiscalizaba el hospital y definía su destino era el mayordomo (1,3,7,10,19).

La práctica religiosa hacía parte del mecanismo disciplinario y se empleaba con el objeto de homologar conductas. El enfermo recibía tratamiento espiritual rezando el rosario junto al personal interno y recibiendo instrucciones en la doctrina cristiana.

El hospital era visto como depositario de la enfermedad y la miseria, el miedo al contagio generaba una situación en la cual el hospital era el espacio destinado a apartar del resto de la población a las perturbaciones que la afectaban y a los sujetos que la portaban. El hospital no solo trataba a la enfermedad como principal problema a resolver, en aras de su erradicación, no solo le servía al individuo enfermo como refugio de sus dolencias, sino que también le servía a la sociedad como un lugar que confinaba y apartaba los elementos negativos que podían afectarla, el sujeto enfermo y la enfermedad que porta (29).



Figura 4. Obispo Mariano Martí.

Fuente: Wikipedia Enciclopedia Libre https://es.wikipedia.org/wiki/Mariano_Mart%C3%AD#/media/Archivo:MARIANO_MARTI_OBISPO.jpg

CONCLUSIÓN

Aunque no se mencionan en este artículo todos los hospitales coloniales, mencione los más emblemáticos. De mencionar todos los hospitales llevaría muchos párrafos y no es la idea de esta breve revisión. Sin embargo, hay que hacer notar la importancia que tuvieron los hospitales coloniales en el desarrollo de nuestra medicina y la importancia de la iglesia católica como órgano rector y coordinador de dichas instituciones. Muy importante destacar el papel que jugó el Obispo

Mariano Martí mediante sus visitas pastorales a estas instituciones pues no solamente regulo las misma creando leyes y constituciones, sino que propuso nuevas maneras de recoger fondo para los hospitales. Además, el Obispo Martí, siempre preocupado por la salud de su feligresía, ordenaba la ampliación y remodelación de estas instituciones. Es muy importante todo el arsenal de documentos que dejó este obispo sobre los hospitales pues nos sirven de fuentes primarias para entender un poco la salud en Venezuela durante la Época Colonial.

REFERENCIAS

1. Troconis de Veracochea. Las Obras Pías en la Iglesia Colonial Venezolana. Caracas: Academia Nacional de la Historia; 1971.p.321.
2. Escalona R, Escalona-Vivas G. La atención hospitalaria en la Caracas colonial. Rev Venez Cir. [Internet]. 2008 [consultado 12 de diciembre de 2023]; 61(3): 139-43. Disponible en: <https://www.revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/233>.
3. Archila R. Historia de la medicina en Venezuela. Época colonial. Tomo I. Caracas: Tipograffa Vargas; 1961.p.105-120.
4. Ortega A. Recopilación de leyes de los reynos de las Indias. 3ª edición. Tomo Primero. Sevilla, España: Archivo de las Indias; 1774.
5. Troconis de Veracochea E. La función financiera de la Iglesia Colonial venezolana [disertación]. Caracas (DC):Academia Nacional de la Historia; 1978.
6. Sección de Obras Pías, Archivo Arzobispal de Caracas. Expedientes de la Real Cédula sobre los Hospitales. Tomo VI. Legajo 7. Caracas: Diócesis de Caracas; 1695.
7. Archila R. Archivo de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Testimonio anecdótico. Caracas: SVHM; 2023.
8. Beaujón O. Ayer asistencial de Coro [disertación]. Caracas (DC): Academia Nacional de la Historia; 1973.

9. Perera A. Historia de la Medicina en Venezuela. Caracas: Imprenta Nacional; 1951:241.
10. Beaujón O. Archivo de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Testimonio anecdótico. Caracas: SVHM; 2023.
11. Sección de Obras Pías, Archivo Arzobispal de Caracas. Expedientes de las reglas de un hospital en la ciudad de Coro. Tomo IV. Legajo 17. Caracas: Diócesis de Caracas; 1773.
12. Ramos de Lora J. Informe presentado por Fray Juan Ramos de Lora al Rey Carlos IV. Bol Arch Arquidiocesano Mérida. 2002;8(22):135-144.
13. Dos Ramos F, Carrasco M, Chacín L. El Hospital de San Pablo. Primer hospital de Caracas. Arch Hosp Vargas. 1999;41(3):167-172.
14. Guevara E, Libertad T. El Hospital San Pablo en la Caracas del siglo XVIII Una mirada antropológica al pasado colonial. Bol Antropol. [Internet]. 2007 [consultado 12 de diciembre de 2023]; 25(71): 363-88. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/712/71207104.pdf>.
15. Escalona R. Los antiguos hospitales de Caracas (Desde su fundación hasta la inauguración del Hospital Vargas). Rev Soc Venez Hist Med. [Internet]. 2006 [consultado 12 de diciembre de 2023]; 55(1-2): 25-41. Disponible en: <https://revista.svhm.org.ve/ediciones/2006/1-2/art-3/>.
16. Sección de Obras Pías, Archivo Arzobispal de Caracas. Expedientes de la Real Cédula sobre los hospitales. Tomo II. Legajo 2. Caracas: Diócesis de Caracas; 1695.
17. Núñez EB. San Lázaro. La Ciudad de los techos rojos. Caracas: Monte Avila Editores; 1988.p.121-134.
18. Clemente-Travieso C. Esquina de San Lázaro. Las Esquinas de Caracas. Caracas: CECSA; 2000.p.115-117.
19. Escalona R. Archivo de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Testimonio anecdótico. Caracas: SVHM; 2023.
20. Núñez EB. Casa de la misericordia. La Ciudad de los techos rojos. Caracas: Monte Avila Editores; 1988:41-42.
21. Ru-y-gom.blogspot.com [Internet]. Orígenes del Hospital San Juan de Dios de La Guaira. La Guaira: Proyecto GUAYRA; c2016 [actualizado

- 01 de febrero de 2016; consultado 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://ru-y-gom.blogspot.com/2016/02/hospital-san-juan-de-dios-de-la-guaira.html>.
22. Soto G. Apuntes para la historia médica de los hospitales del Distrito Federal. *Rev Soc Venez Hist Med*. [Internet]. 1953 [consultado 12 de diciembre de 2023]; 1(1): 1-54. Disponible en: <https://revista.svhm.org.ve/ediciones/1953/1/art-3/#>.
 23. Sección de Obras Pías, Archivo Arzobispal de Caracas. Expedientes sobre el Hospital San Juan de Dios de La Guaira. Caracas: Arquidiocesis de Caracas; 2023.
 24. González LE. La Guayra. Dos siglos de historia. Caracas: Ediciones del Concejo Municipal del Distrito Federal; 1982.
 25. González LE. La Guayra. Conquista y colonia. Caracas: Ediciones del Concejo Municipal del Distrito Federal; 1983.
 26. González LE. Archivo de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Testimonio anecdótico. Caracas: SVHM; 2023.
 27. Martí M. Documentos relativos a su visita pastoral de la Diócesis de Caracas (1771-1784). Caracas: Academia Nacional de La Historia; 1969.
 28. Gutiérrez de Arce M. El Sínodo Diocesano de Santiago de León De Caracas de 1687. Valoración Canónica del regio placet a las constituciones Sinodales Indianas. Caracas: Academia Nacional de la Historia; 1975.
 29. Guevara E. Archivo de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Testimonio anecdótico. Caracas: SVHM; 2023.