Martín Piñate F, Cabrera-Lozada C. Editores. Colección Razetti Volumen XXXVII. Caracas: Editorial ANM; 2026. p.147-179
DOI: 10.59542/CRANM.2026.XXXVII.8

Capítulo 7

De Razetti a Potter y a Medicina Materno Fetal

Dres. Carlos Otilio Valenzuela Camacaro[1], Carmen Cruz Sarmiento Guzmán[2], Iván de Jesús Gómez[3], Jeiv Vicente Gómez Marín[4], Carlos Ramón Cabrera Lozada[5], Felipe Antonio Martín Piñate[6]

RESUMEN

La Medicina Materno Fetal (MMF) guiada bajo el paradigma crítico-dialéctico, como programa de especialización en la Maternidad Concepción Palacios, ubicada en Caracas, Distrito Capital, sigue el legado de Luis Razetti y Van Rensselaer Potter II, en el paso de la ética médica y la bioética global, durante el transcurrir del siglo XX y transcurrido ya el primer cuarto del siglo XXI. Se realizó análisis bioético crítico-dialéctico, con búsqueda en los archivos del Servicio de MMF, el Programa de Especialización en MMF, así como una revisión de los datos disponibles en los registros y estadísticas de los Departamentos de Registros Médicos y Archivo, Neonatología y Anatomía Patológica de la MCP, relacionados con el comportamiento de la razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa muerte fetal tardía y muerte fetal, y tasa de mortalidad perinatal I y II en

1. *Especialista en obstetricia y ginecología, residente del curso de perfeccionamiento profesional en medicina perinatal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0009-0001-5606-2628.*
2. *Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinadora del Curso de Perfeccionamiento Profesional en Medicina Perinatal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0009-0000-4004-2430.*
3. *Especialista en obstetricia y ginecología, administración sanitaria. ORCID: 0009-0003-9811-518X.*
4. *Ph.D., M. 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. ORCID: 0000-0003-4833-5160.*
5. *Ph. D., M. Sc. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Director Fundador Emérito del Programa de Especialización en Medicina Materno Fetal. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número, Sillón VII, Academia Nacional de Medicina de Venezuela. ORCID: 0000-0002-3133-5183.*
6. *Ph.D., especialista en neumología y cirugía de tórax. Individuo de Número, Sillón XXV, Academia Nacional de Medicina de Venezuela. ORCID: 0009-0006-4591-4596*

MCP, desde 01 de enero de 2019 hasta el 31 de agosto de 2026. Además de discutir los principales aspectos bioéticos relacionados, se comparó el comportamiento de dichos indicadores con las metas recomendadas internacionalmente, que fueron 2-7 veces mayores a lo establecido en la literatura a nivel regional y global, se enunciaron las principales recomendaciones técnicas emanadas de la comprensión hermenéutica de la evidencia nacional e internacional.

Palabras clave: Razetti, Potter, Bioética, Medicina Materno Fetal, Indicadores, Salud Perinatal

SUMMARY

Maternal-Fetal Medicine (MFM), guided by the critical-dialectical paradigm, as a specialization program at the "Concepción Palacios" Maternity (MCP) in Caracas, Capital District, follows the legacy of Luis Razetti and Van Rensselaer Potter II, in the transition from medical ethics to global bioethics throughout the 20th century the first quarter of the 21st century. We conducted a critical-dialectical bioethical analysis, using records from the MFM Service, MFM Specialization Program. Data were also gathered from the Medical Records and Archives, of the Neonatology, and Pathology Services of MCP regarding the behavior of maternal mortality ratio, neonatal mortality rate, late stillbirth rate, stillbirth rate, and perinatal mortality rates I and II at the MCP, from January 1, 2019, to August 31, 2026. In addition to discussing the main related bioethical aspects, the behavior of these indicators was compared with internationally recommended goal, revealing values 2 to 7 times higher than those established in regional and global literature. Finally, the main technical recommendations surging from the hermeneutic understanding of national and international evidence were established.

Keywords: Razetti, Potter, Bioethics, Maternal Fetal Medicine, Perinatal Health, Indicators

INTRODUCCIÓN

En Venezuela, la mortalidad materna (MM), la mortalidad perinatal (MP), la mortalidad neonatal (MN), la muerte fetal (MF) y la mortalidad infantil (MI), han sido históricamente considerados indicadores de salud sensibles pues no solo reflejan la calidad de la atención materno-infantil, sino que también reflejan la calidad de la atención perinatal, más allá de la opacidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en publicar en los boletines epidemiológicos indicadores de salud perinatal en los últimos diez años, como lo reflejan las cuarenta y uno publicaciones biomédicas más relevantes en el medio de la

obstetricia y ginecología, y medicina materno fetal (MMF) venezolana en el siglo XX y el primer cuarto transcurrido del siglo XXI, con respecto al comportamiento de dichos indicadores (1-41).

La Maternidad Concepción Palacios (MCP), ubicada en Caracas, Distrito Capital, desde su inauguración en el año de 1939, ha sido centro de referencia nacional y un patrón de medición de la situación real de la salud perinatal del área metropolitana de la ciudad capital de la república, refrendado en las publicaciones nacionales e internacionales con respecto a los indicadores de salud perinatal como la razón de MM, la tasa de MP y la tasa de MN. La tasa de MN representa la mayoría de la MI menor a un año y más del 40 % de la MI menor a 5 años (29-38).

En MCP, aprobado desde el año 2013 está la sede del programa de especialización en MMF, posgrado clínico de la Coordinación de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (CEPGFM-UCV), que se ha destacado como el posgrado con mayor número de publicaciones biomédicas en la última década (29, 32, 40-43).

El programa de especialización en MMF, con sede en MCP, ha sido guiado desde el punto de vista epistemológico por el paradigma crítico-dialéctico, cuyo fin último es transformación-cambio, utilizando lenguaje cualitativo y cuyos resultados se corresponden con una acción-social y a la vez comunicativa (29, 32, 40-43).

La investigación en MMF, históricamente se ubica en la dimensión sistémica de las ciencias, modelo biopsico-social-reflexivo (Holismo). La MMF en su ir y venir, desde su inicio presenta como propósito cambiar, transformar la realidad de estudio en una realidad comunicativa, producto de instancias de reflexión-acción-reflexión, tal como la planteó la Teoría Crítica de Frankfurt (29, 32, 40-43).

El enfoque Crítico-Dialéctico es consecuencia de una reflexión social sobre una realidad irregular para transformarla y romper con los mitos del conocimiento fundamentalista y las condiciones sociales que restringen valores, intereses y acciones, busca cambiar el mundo reinante para transformar prácticas. Es un estudio de validez consensual, utiliza herramientas teórico-prácticas, para permitir los cambios e interactuar con ellos. Por esta razón, este método es llamado también Paradigma de la Praxis: Investigación-acción participativa, en la cual se construye una nueva realidad de modo científico (42).

Solamente el vínculo histórico y el legado heredado de la MMF con la historia de la medicina venezolana, ha sido descrito por Gómez Marín (43). La historia republicana venezolana de la actividad asistencial, docente, de investigación y gremial-administrativa de la atención materno-fetal, durante el siglo XIX, el siglo XX y el primer cuarto del siglo XXI ha estado íntimamente ligada a la UCV y a partir del año 1939, de MCP, desde los tiempos en que el Libertador Simón Bolívar,

reformulara los estatutos de la UCV (en ese tiempo Universidad de Caracas), para que José María Vargas se convirtiera en el primer rector médico y reformador de los estudios médicos y la enseñanza de la atención profesional de la gestación a nivel nacional. Ya en el siglo XX, Luis Razetti, gran cirujano y polemista brillante, a la par de su actividad como infatigable propulsor de la medicina venezolana, fundador de la Gaceta Médica de Caracas y la Academia Nacional de Medicina, como docente en obstetricia, impulsó la mayor cantidad de trabajos del primer tercio del siglo XX en la atención durante el embarazo y puerperio con un libro, tres folletos y cuarenta y siete artículos, más allá de sus contribuciones a la cirugía, anatomía docencia médica, ética médica, higiene pública y sanidad, divulgación y periodismo biomédico, entre sus muchas facetas, siempre dotado de un profundo pensamiento médico social (29, 32, 40-55).

Desde el inicio de la actividad de la MCP, en el año 1939, en tiempos de su primer director, Leopoldo Aguerrevere, cambió para siempre el modelo de atención nacional del control prenatal y atención de emergencia materno-fetal. Los avances en métodos invasivos y no invasivos a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, destacando entre otros, la actividad de Oscar Agüero, considerado padre de la obstetricia científica venezolana, y el primer cuarto de siglo, del siglo XXI, para evaluar el estado de salud materno-fetal, han llevado al origen y consolidación de la especialidad en MMF en MCP, al punto que, entre los individuos de número de la Academia Nacional de Medicina, Carlos Cabrera, es el primer especialista en MMF en ser individuo de número, ocupando el sillón VII (43).

La actividad infatigable de Carlos Cabrera Lozada, Luis Fernando Cadena, Julio Brito, Felipe Espinoza, Wladimir Moreira, Luannys Rivera, Adelina Salazar, Yenithza Herrera, Pedro Escudero, Alexandra Rivero, Marvina Romero, Carmen Sarmiento, Yanine Palacios, Marna Hernández y Jeiv Gómez, además del cuerpo de docentes asistenciales y residentes del programa de especialización en MMF-UCV, con sede en MCP, y los especialistas del Servicio de MMF de MCP, a lo largo del primer cuarto del siglo XXI, ha logrado que la especialidad en MMF, dé aportes valiosos en la atención perinatal, incluyendo la creación de la coordinación de investigación del programa de especialización en MMF, de la CEPGFM-UCV (43).

En el año 2005, Martín Piñate (44), estableció el vínculo entre Luis Razetti y Van Rensselaer Potter II, y de la ética médica a la bioética, en los albores del siglo XXI.

En dicho trabajo, establece la figura de Luis Razetti, tanto en tiempo presente como para las generaciones futuras como académico, creador, apóstol, padre de la oncología nacional, líder en medicina curativa, social y preventiva, científico, positivista (modernidad-posmodernidad), humanista, maestro civilizador, polemista, higienista, periodista científico, cirujano "Bisturí de Oro", moralista,

genio, patriota, prócer, héroe máximo en moral médica y precursor en bioética. Todo en un solo hombre que se adelantó al porvenir, aunque vivió en un país enfermizo y endeudado, consideraba que la empresa de la salud no es deber exclusivo del Estado sino también producto de la acción privada (44).

Como apóstol de la moral médica en América, Luis Razetti fue un producto biológico, humanista y ecológico de: Confucio, Shaman, Imhotep, Hipócrates, Jesucristo, Lamark, Lavoisier, Curvier, Darwin, Broca, Laplace, Spencer, Huxley, Claudio Bernard, Pasteur, Ramón y Cajal, Haeckel, Bolívar, Vargas, Adolfo Ernst y Rafael Villavicencio (44).

Van Rensselaer Potter II, fue considerado el "Padre de la Bioética" y a semejanza de lo que ocurrió con Luis Razetti (autor absoluto del Código de Moral Médica sancionado por la Academia Nacional de Medicina en 1918), el texto fue copiado y publicado en Colombia y Perú como obras suyas, sin autorización del autor original. El término "Bioética" fue propuesto por Potter en 1970 en su trabajo "*Bioethics, the science of survival*" (ciencia de la supervivencia), que habría de ser el puente hacia el futuro de la humanidad, como describe en su obra de 1971, "*Bioethics: bridge to the future*", fue usurpado sin participarle al autor original por Joseph and Rose Kennedy *Center for the study of human reproduction and bioethics of Georgetown University*. La universidad posteriormente en acto de reconocimiento al Dr. Potter cambió el nombre por el de: *Kennedy Institute of Ethics* (44).

Con la palabra bioética Potter quería expresar dos conclusiones: en primer lugar, que la supervivencia de un futuro a largo plazo se reduce a una cuestión bioética, no de una ética tradicional; en segundo lugar, que para ese futuro a largo plazo había que inventar y desarrollar una política bioética ya que la ética tradicional se refiere a la interacción entre personas, mientras que la bioética implica una interacción entre personas y sistemas biológicos (44).

Martín Piñate establece que las ideas de Potter y Razetti son similares. Ambos positivistas, pero también humanistas pertenecientes a la posmodernidad en ciencias. La obra de Razetti tiene tanta vigencia como el pensamiento de Potter: pues de Razetti a Potter se produce un fenómeno fugaz a la vez que trascendente; especie de transición casi imperceptible de la moral y la ética a la bioética. Con razón Chesterton, decía: "*La tradición consiste, no que los vivos estén muertos sino que los muertos estén vivos*" en efecto ambos están presentes entre nosotros, dictando cátedras de moral, ética y bioética (44).

De las vidas de Razetti y Potter, de sus obras y aportes, podemos hoy día dar solución a numerosos y graves problemas que a diario encontramos en el ejercicio profesional. Sin ellos hoy seríamos distintos, impotentes y confusos. Con ellos podemos, entender la evolución y significado de las normas creadas por el hombre a objeto de controlar su propia obra. De Razetti a Potter, entendemos ahora que el

fenómeno aparentemente imperceptible en la continuidad de estos dos pensadores nos conduce a aceptar el reto que significa: sociedad del conocimiento o sociedad del riesgo, productos de los siglos XX y XXI; capaz de transformar el mundo según intereses del poder del saber, saber hacer, sin excluir la propia naturaleza del hombre. No podemos quedarnos neutros, no podemos aislarnos, no podemos ser indiferentes (44).

La medicina (incluyendo a la MMF) será siempre una práctica social con orientación humanística y moral. Los avances científicos y técnicos, al ampliar nuestra capacidad para intervenir en los procesos de salud-enfermedad del binomio madre-feto a nivel individual y colectivo, aumenta en igual proporción, la necesidad de subordinar su uso a las nuevas exigencias bioéticas (40-43, 51, 54).

La MMF como especialidad que se ha desarrollado en MCP, bajo el paradigma crítico-dialéctico y recogiendo el legado de Razetti y Potter, nota ante la opacidad de las estadísticas nacionales (38, 39), siendo Razetti alguien que inclusive tuvo que enfrentar el exilio en plena dictadura gomecista por denunciar la situación de MI de la época en el "Decrecimiento de la población de Caracas" la alarmante MI de la época (44, 49-52, 55), y quien siempre se esforzó por publicar la experiencia clínico-quirúrgica para la resolución de problemas de salud pública (44-55), evidenciando que la data sobre la realidad situacional de las estadísticas de salud perinatal nacionales, sólo se da a través de estimaciones de organismos no gubernamentales (ONG) (37-41).

Venezuela padece una emergencia humanitaria compleja (EHC), con repercusión en el ámbito educativo, desde el año 2013, si bien no declarada institucionalmente y administrativamente ignorada, con múltiples publicaciones según autores nacionales e internacionales, incluyendo trabajos publicados por grupos de investigación pertenecientes a postgrados clínicos de la CEPGFM-UCV, así como organizaciones no gubernamentales ONG, con cifras que son incuestionables respecto a la situación nacional incluyendo indicadores de salud, entre los que están indicadores de morbimortalidad materno infantil (37-41).

Una EHC se define como "*una crisis humanitaria en un país, región o sociedad en la que hay una total o considerable ruptura de la autoridad, como resultado de un conflicto interno o externo, y que requiere una respuesta internacional que va más allá del mandato o capacidad de un solo organismo y/o programa del país de las Naciones Unidas en curso*" (37-41, 56). Según la Enciclopedia Británica (56), una EHC es causada por un conjunto complejo de circunstancias sociales, médicas y, a menudo, políticas, que suele provocar gran sufrimiento y muerte, y que requiere asistencia y ayuda externa. La Organización de Naciones Unidas (ONU) considera que una EHC es una crisis con múltiples causas que requiere una respuesta amplia e integrada, con esfuerzos políticos y de mantenimiento de la paz a largo plazo (38).

Dicha EHC, con repercusión en el ámbito educativo, en medio de un declive

cognitivo generacional, se ve reflejada en las cifras de indicadores de salud incluyendo indicadores de morbimortalidad materno infantil, que están por encima de las metas, con aumento de hasta 3-6 veces de las mismas, estimadas por organizaciones de cooperación internacional, como la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), la ONU, el Grupo Inter agencias para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME por su acrónimo en inglés) de la ONU, conformado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por su acrónimo en inglés), la OMS/OPS, el Banco Mundial (BM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por su acrónimo en inglés), así como la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU (DESA-UN por su acrónimo en inglés). Varias de estas metas forman parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2016-2030 de la ONU (37-41, 57-61).

Entre los estudios nacionales que reflejan con mayor precisión el estado actual del sistema de salud y los determinantes macrosociales de la salud están el *Venezuelan Health Profile* de Doocy y col. (20), la Encuesta Nacional de Hospitales (ENH) (58), la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (ENCOVI) (59), y los informes de seguimiento de la EHC de HumVenezuela (60), que reflejan a las claras que estamos en sentido diametralmente opuesto a la consecución de los ODS de la Agenda 2016-2030 de la ONU (61).

Con la finalidad de analizar bajo un enfoque bioético, siguiendo el legado de Luis Razetti y Van Rensselaer Potter II, guiados por el paradigma crítico-dialéctico que históricamente ha caracterizado a la MMF en MCP se realizó búsqueda en los archivos de la Jefatura de Servicio de MMF, la Dirección y Secretaría del Programa de Especialización en MMF, así como una revisión de los datos disponibles en los registros y estadísticas de los Departamentos de Registros Médicos y Archivo, Neonatología y Anatomía Patológica de la MCP, relacionados con la ocurrencia de MM, MF, MP y MN en MCP, desde 01 de enero de 2019 hasta el 31 de agosto de 2026, para cálculo de la razón de MM (RMM), tasa de MP I, tasa de MP II, tasa de MF tardía y tasa de MF y tasa de MN.

El cálculo de la razón de MM se realizó del número de muertes maternas sobre los nacidos vivos (NV) por 100 000, para calcular la tasa de MN se dividieron las muertes neonatales sobre los NV por 1000, para calcular la tasa de MF tardía se dividieron las muertes con edad gestacional alcanzada (EGA) mayor o igual a veinte y ocho semanas (muertes fetales tardías) sobre los nacimientos por 1000, para calcular la tasa de MF se dividieron todas las muertes fetales sobre los nacimientos por 1000, en el caso de la tasa de MP I, se procedió a dividir el resultado de la sumatoria de las muertes fetales tardías (EGA mayor o igual a veinte y ocho semanas) y las muertes neonatales ocurridas dentro de los primeros siete días de vida (muertes neonatales tempranas) sobre los nacimientos por 1000, finalmente

en cuanto al cálculo de la tasa de MP II se dividió el resultado de la sumatoria de las muertes fetales y neonatales sobre los nacimientos por 1000 (37, 38).

Se utilizó el modelo lingüístico a gran escala de IA Gemini ® de Google (Gemini versión 3.0 Flash, 25 de octubre de 2026. Disponible en: https://gemini.google.com/app?hl=es), así como el Traductor de Google, reforzado por IA, exclusivamente para el perfeccionamiento estilístico, gramatical, y la estructuración sintáctica del manuscrito. Los autores humanos realizaron una supervisión crítica sobre el contenido técnico, legal y clínico, asumiendo la responsabilidad total de la veracidad de los datos, la integridad de las fuentes bibliográficas y la autoría intelectual del documento final.

DESARROLLO

En cuanto a la RMM en MCP, tenemos qué en el año 2019, fue de 107,56 x 100 000 NV, en el año 2020, 103,44 x 100 000 NV, en el año 2021, 199,82 x 100 000 NV, en el año 2022, 435,52 x 100 000 NV, en el año 2023, 231,68 x 100 000 NV, en el año 2024, 260,12 x 100 000 NV y en el año 2025, 147,96 x 100 000 NV. La RMM en el período 2019-2025 fue de 208,69 x 100 000 NV (Tabla 1).

Tabla 1.

Muertes maternas por año, nacidos vivos y razón de mortalidad materna. Maternidad Concepción Palacios. Caracas, Distrito Capital, enero de 2019-diciembre de 2025

Años	Muertes maternas (n)	Nacidos vivos (n)	RMM (x 100 000 nacidos vivos)
2019	6	5578	107,56
2020	7	6767	103,44
2021	9	4504	199,82
2022	23	5281	435,52
2023	13	5611	231,68
2024	14	5382	260,12
2025	7	4731	147,96
Total	79	37854	208,69

En lo concerniente a la tasa de MN en MCP, se encontró qué en el año 2019, fue de 30,65 x 1000 NV, en el año 2020, 20,24 x 1000 NV, en el año 2021, 36,41 x 1000 NV, en el año 2022, 41,84 x 1000 NV, en el año 2023, 52,39 x 1000 NV, en el año 2024, 68,56 x 1000 NV y en el año 2025, 58,76 x 1000 NV. La tasa de MN en el período 2019-2025 fue de 43,16 x 1000 NV (Tabla 2).

Tabla 2.

Muertes neonatales por año, nacidos vivos y tasa de mortalidad neonatal. Maternidad Concepción Palacios. Caracas, Distrito Capital, enero de 2019-diciembre de 2025

Años	Muertes neonatales (n)	Nacidos vivos (n)	Tasa de mortalidad neonatal (x 1000 nacidos vivos)
2019	171	5578	30,65
2020	137	6767	20,24
2021	164	4504	36,41
2022	221	5281	41,84
2023	294	5611	52,39
2024	369	5382	68,56
2025	278	4731	58,76
Total	1634	37854	43,16

En lo referente a las tasas de MF tardía y tasa de MF en MCP, en el año 2019, fueron de 28,88 y 46,65 x 1000 nacimientos, en el año 2020, 24,06 y 41,90 x 1000 nacimientos, en el año 2021, 18,30 y 41,09 x 1000 nacimientos, en el año 2022, 23,04 y 41,73 x 1000 nacimientos, en el año 2023, 20,89 y 38,88 x 1000 nacimientos, en el año 2024, 15,02 y 37,55 x 1000 nacimientos y en el año 2025, 26,73 y 41,91 x 1000 nacimientos. Las tasas de MF tardía y MF en el período 2019-2025 fueron de 22,53 y 41,42 x 1000 nacimientos (Tabla 3).

Pasando a las tasas de MP I y II, se registró qué en el año 2019, fueron de 49,22 y 75,88 x 1000 nacimientos, en el año 2020, 38,79 y 61,13 x 1000 nacimientos, en el año 2021, 43,43 y 76,00 x 1000 nacimientos, en el año 2022, 50,08 y 81,83 x 1000 nacimientos, en el año 2023, 56,35 y 89,24 x 1000 nacimientos, en el año 2024, 64,73 y 103,54 x 1000 nacimientos y en el año 2025, 65,41 y 98,21 x 1000 nacimientos. Las tasas de MP I y II en el período 2019-2025, fueron de 52,06 y 81,87 x 1000 nacimientos (Tabla 4).

Tabla 3.

Muertes neonatales por año, nacidos vivos y tasa de mortalidad neonatal. Maternidad Concepción Palacios. Caracas, Distrito Capital, enero de 2019-diciembre de 2025

Años	Muertes fetales tardías (n)	Muertes fetales totales (n)	Nacimientos totales (n)	Tasa de muerte fetal tardía (x 1000 nacimientos)	Tasa de muerte fetal (x 1000 nacimientos)
2019	169	273	5851	28,88	46,65
2020	170	296	7063	24,06	41,90
2021	86	193	4697	18,30	41,09
2022	127	230	5511	23,04	41,73
2023	122	227	5838	20,89	38,88
2024	84	210	5592	15,02	37,55
2025	132	207	4938	26,73	41,91
Total	890	1636	39490	22,53	41,42

En el presente año 2026, desde el 01 de enero al 31 de julio, se registraron 2606 nacimientos, 2511 nacimientos vivos, 2 muertes maternas (obstétricas directas), 95 muertes fetales, 16 muertes fetales tardías, 157 muertes neonatales, 108 muertes neonatales tempranas. La razón de MM es 79,64 x 100 000 NV, la tasa de mortalidad neonatal es de 62,52 x 1 000 NV la tasa de MP I es 47,52 x 1000 nacimientos, la tasa de MP II es 96,69 x 1000 nacimientos. Posterior al doble evento sísmico del 24 de junio de 2026, durante los meses de julio y agosto no ocurrieron muertes maternas y se registraron 9 nacidos vivos por día (562 NV en 62 días), con una tasa de MN de 40,92 x 1000 NV (23 muertes neonatales y 562 nacidos vivos en 62 días). Desde el 31 de enero al 31 de agosto del presente año, se presentó un promedio de 12 nacimientos vivos/día (2795 NV en 243 días) con una tasa de MP II de 90,65 por cada 1000 nacimientos (106 muertes fetales, 157 muertes neonatales y 2901 nacimientos) y una RMM de 71,55 x 1000 NV (2 muertes maternas y 2795 NV).

Tabla 4.

Muertes neonatales tempranas, muertes neonatales totales, muertes fetales tardías, muertes fetales totales, nacimientos totales, tasa de mortalidad perinatal I y II. Maternidad Concepción Palacios. Caracas, Distrito Capital, enero de 2019-diciembre de 2025

Años	Muertes neonatales tempranas (n)	Muertes neonatales Totales (n)	Muertes fetales tardías (n)	Muertes fetales totales (n)	Nacimientos totales (n)	Tasa de mortalidad perinatal I (x 1000 nacimientos)	Tasa de mortalidad perinatal II (x 1000 nacimientos)
2019	119	171	169	273	5851	49,22	75,88
2020	104	137	170	296	7063	38,79	61,13
2021	118	164	86	193	4697	43,43	76,00
2022	149	221	127	230	5511	50,08	81,83
2023	207	294	122	227	5838	56,35	89,24
2024	278	369	84	210	5592	64,73	103,54
2025	191	278	132	207	4938	65,41	98,21
Total	1166	1634	890	1636	39940	52,06	81,87

Se compararon los datos de RMM obtenidos durante el presente trabajo, con las publicaciones biomédicas más conocidas en relación a MM a lo largo del siglo XX y los primeros 26 años del siglo XXI (1-28), (Tabla 5).

La RMM reportada en MCP en el período 2019-2025, de 208,69 x 1000 NV al realizar una comparación con los treinta y uno trabajos más conocidos en nuestro medio con respecto al comportamiento de la MM nacional, sólo es inferior a la reportada por Cabrera en MCP en el período 2019-2023 (29) que fue de 209,07 x 1000 NV y por Urdaneta y Donnino en el año 2020 que fue de 259 x 1000 NV (31).

Según datos del BM y el IGME de la ONU, conformado por UNICEF, BM, UNFPA y DESA-UN y los ODS de la ONU (37, 38, 62-64), para el año 2030 a nivel global, la RMM debiera estar por debajo de 70 por cada 100 000 NV, la tasa de MI por debajo de 5 años a 25 por cada 1000 NV, la tasa de MN por debajo de 12 por cada 1000 NV, las tasas de MF tardía y MF por debajo de 12 por cada 1000 nacimientos y. por tanto, las tasas de MP I y II por debajo de 12 por cada 1000 nacimientos.

Tabla 5.

Publicaciones en Venezuela de mortalidad materna por período, lugar, número de muertes maternas, número de nacidos vivos, razón de mortalidad materna y porcentajes asociados a mortalidad materna de sepsis, estados hipertensivos del embarazo y hemorragias

Autor	Período	Lugar	MM (n)	NV (n)	Razón de MM (x nacidos vivos)	Sepsis (%)	Estados hipertensivos del embarazo (%)	Hemorragias (%)
Agüero y Torres (1).	1939-1974	Caracas	773	395294	1,95 x 1000	23	17,3	26,5
Regardiz (2).	1965-1975	Maturín	48	49002	9,79 x 10 000	-	-	-
Uzcátegui y Silva (3)	1973-1980	Caracas	21	40578	5,18 x 10 000	38,10	19,04	9,52
Silva y Petit (4)	1961-1980	Ciudad Bolívar	54	54117	9,97 x 10 000	38,88	9,25	24,07
Agüero y Torres (5)	1975-1981	Caracas	392	210058	18,6 x 10 000	62,3	15,7	17,2
Brito y col. (6)	1982-1991	Caracas	423	-	162,2 x 100 000	48,1	28,3	17,4
Molina (7)	1990-1994	Maracaibo	11	12943	8,49 x 10 000	-	-	-
Faneite y Starnieri (8)	1982-1991	Puerto Cabello	40	37826	10,57 x 10 000	58,33	16,67	22
Uzcátegui, Centanni y Armas (9)	1981-1994	Caracas	53	67237	8 x 10 000	49	17	11
Suárez (10)	1988-1995	Cabimas	13	39202	31,25 x 100 000	0	15,38	46,15
Faneite y Starnieri (11)	1992-2000	Puerto Cabello	24	38482	64,9 x 100 000	15,79	31,58	47,37
García, Molina y Cepeda (12)	1993-2000	Maracaibo	260	213459	121,80 x 100 000	25	20,77	35,38
Faneite (13)	2001-2004	Puerto Cabello	8	11753	68,06 x 100 000	16,66	33,33	33,33
Chacón y Monsalve (14)	1974-2005	Mérida	178	183288	97,11 x 100 000	26,17	39,60	32,22
Durán y col. (15)	2001-2008	Caracas	176	11149	159,78 x 100 000	19,31	39,20	16,47
Dávila, Gómez y Römer (16)	2005-2009	Coro	28	-------	1,2-2,2 x 1000	18,2	36,4	45,4
Mazza, Vallejo y González (17)	2008-2009	Distrito Capital	78	-	98,97 y 103,9 x 100 000	26,7	40	31,1

continuación

Cabrera, Martínez y Zambrano (18)	2009-2013	Caracas	27	41282	65,40 x 100 000	22,22	29,62	18,51
González (19)	2015-2016	Venezuela	-	-	68,46-92,55 y 113,51-153,44 x 100 000	------	------	-----
Doocy y col.(20)	2000-2017	Venezuela	-	-	119-125 x 100 000	12	27	14
Cabrera y col.(21)	2013-2018	Caracas	66	51524	191,59 x 100 000	30,43	69,69	23,91
HumVenezuela (22)	2018-2020	Barquisimeto	117	106953	109,39 x 100 000	19	38	13
Cabrera y col.(23)	2014-2020	Caracas	73	53690	135,96 x 100 000	------	------	------
Cabrera y Uzcátegui (24)	1939-2018	Caracas	2710	1691779	160,18 x 100 000	-----	-----	------
Cabrera y col.(25)	1939-2019	Caracas	2710	1691779	160,18 x 100 000	34,5	----	-----
Cabrera y col.(26)	1939-2020	Caracas	2705	1698969	159,21 x 100 000	-----	-----	19,62
Cabrera y col.(27)	1939-2020	Caracas	2705	1698969	159,21 x 100 000	------	18,93	___
Sánchez y col. (28)	1940-2016	Venezuela	-----	------	113 x 100 000	-----	------	28,21
Cabrera (29)	2019-2023	Caracas	58	27741	209,07 x 100 000	22,41	37,93	32,75
Urdaneta y Baabel (30)	2014-2020	Caracas	73	53690	135, 96 x 100 000	-------	------	-----
Urdaneta y Donnino (31)	2020	Venezuela	-----	------	259 x 100 000	------	-------	------
Éste trabajo	2019-2025	Caracas	79	37854	208,69 x 100 000	------	-------	------

No se han publicado estimaciones recientes de las tasas de MP I y II en Venezuela, mientras que para el año 2023 se estimó que en Venezuela la razón de MM fue de 227 por cada 100 000 NV (62). Para el año 2024 se estimó la tasa de MI por debajo de 5 años en 24,2 por cada 1000 NV, la tasa de MI entre 1 y 4 años en 3,14 por cada 1000 NV, la tasa de MI por debajo de un año en 21,17 por cada 1000 NV y la tasa de MN en 15,02 por cada 1000 NV (63). Para el año 2023 la tasa de MF, se estimó en 10,33 por cada 1000 nacimientos (64).

Para establecer que implican éstos datos en contraste con la realidad regional, en Colombia el Instituto Nacional de Salud (INS) publicó que en la semana epidemiológica número 20 de 2026, la RMM fue de 33,3 x 100 000 NV, mientras que la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía 14,1 x 1000 NV (no se calcula la tasa al no tener disponibles el total de nacimientos, pero es un comportamiento epidemiológico similar a la tasa de MP II. El INS de Colombia reportó la razón de morbilidad materna extrema (MME) en 90,1 casos de MME por cada 1000 NV, Venezuela nunca la ha reportado en un boletín epidemiológico (37-41,65).

Esto implica que Venezuela, la RMM estimada para el año 2023 fue 6,81 veces mayor a la RMM reportada por el INS de Colombia (33,3 x 100 000 NV) (62, 65), y la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía reportada por el INS (14,1 x 1000 NV), fue 1,1 veces mayor a la tasa de MN estimada para el año 2024 en Venezuela, no hay estimaciones recientes de la tasa MP I y II en Venezuela (63, 65). Al comparar lo reportado por el INS de Colombia con los datos de MCP en el período 2019-2025, la RMM de 208,69 x 100 000 NV, fue 6,26 veces mayor en MCP en relación a la reportada por el INS de Colombia (33,3 x 100 000 NV) y la tasa de MP II de 81,87 x 1000 nacimientos, fue 5,8 veces mayor a la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía (de comportamiento epidemiológico similar a la tasa de MP II) reportada por el INS de Colombia (14,1 x 1000 NV) (65).

En comparación con lo encontrado en MCP entre el 01 de enero y el 31 de agosto de 2026, la RMM de 71,55 x 100 000 NV fue 2,15 veces mayor a lo reportado por el INS de Colombia (33,3 x 100 000 NV) y la tasa de MP II de 90,65 x 1000 nacimientos fue 6,42 veces mayor a la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía (de comportamiento epidemiológico similar a la tasa de MP II) reportada por el INS de Colombia (14,1 x 1000 NV) (65). Las tasas de RMM, tasa de MN, tasa de MF tardía, tasa de MF, tasa de MP I y tasa de MP II de MCP en el período 2019-2025 fueron respectivamente, 2,98 veces, 3,60 veces, 1,88 veces, 3,45 veces, 4,34 veces y 6,82 veces mayores a las metas consideradas para el año 2030 a nivel internacional, que son para la RMM menor de 70 x 100 000 NV, para la tasa de MN menor de 12 x 1000 NV, para las tasas de MF tardía y MF menor de 12 x 1000 nacimientos y para las tasas de MP I y II, menor de 12 x 1000 nacimientos (37, 38, 61).

Ante la innegable EHC venezolana con repercusión en el ámbito educativo que debe ser eje de la reforma curricular en las especialidades médicas (37-43), y visiblemente reflejada en los indicadores de salud perinatal en la MCP en el período 2019-2025, y lo registrado entre el 01 de enero y el 31 de agosto de 2026, amén de las estimaciones nacionales de diversas ONG y autores nacionales e internacionales (37-41, 57-60, 62-64, 66), siguiendo el legado de Razetti y Potter como reflexiona Martín Piñate, en el paso de la ética a la bioética (42), asumiendo el reto que ante un comportamiento en MCP y las estimaciones venezolanas del comportamiento de los indicadores de salud perinatal de RMM, tasa de MN, tasa de MF tardía y MF, y tasas de MP I y II en claro contrasentido a la tendencia regional y global en relación a los ODS de la ONU (37, 38, 62-65), nos lleva asumir la diatriba que significa: sociedad del conocimiento o sociedad del riesgo, productos de los siglos XX y XXI; capaz de transformar el mundo según intereses del poder del saber, saber hacer, sin excluir la propia naturaleza del hombre.

En un entorno donde hasta 36,3 % de las gestantes tienen controles prenatales inadecuados situación que además de denunciada debe ser afrontada bajo la necesidad de un profundo proceso de cambio en la MCP y a nivel nacional tal como impulsó Luis Razetti en su tiempo (44-55, 67), tenemos que ir con el siglo XXI de cara al futuro en defensa de lo auténticamente nuestro como es la dignidad de madre-feto-neonato en medio de una convivencia justa y pacífica de las actuales y futuras generaciones con diversidad cultural (44).

Entonces, siguiendo el legado de Razetti y Potter (44), el análisis bioético del comportamiento de dichos indicadores de salud perinatal sobre madre-feto-neonato, en la MCP y a nivel nacional, más allá de que son un reflejo del fracaso rotundo de las políticas de salud pública, (30, 39-43) nos lleva a considerar lo expuesto por Urdaneta y Baabel (31), quienes exponen que las medidas a tomar desde el punto de vista de gerencia/administración sanitaria necesariamente deben incluir que se consideren los aspectos relacionados con el acceso a la atención médica, la autonomía de las mujeres gestantes y sus fetos-neonatos y la responsabilidad del sistema de salud. Llevando a plantear cuestiones como el fortalecimiento de la acción materna, educación y promoción de salud perinatal, acceso seguro a programas de anticoncepción, discusión sobre causales/legalización aborto (más allá de sus polémicas), prevención y atención del embarazo adolescente, empoderamiento femenino y erradicación de la violencia contra las mujeres dada ser población especialmente vulnerable, siendo los indicadores de salud perinatal que reflejan un aumento de la mortalidad materno-infantil un problema multifacético que involucra distintos factores geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y de salud, formando colectivamente una cadena de circunstancias y un síndrome de fracaso institucional que deriva en muertes maternas y muertes perinatales con consecuencias devastadoras para la familia y la sociedad venezolana.

Dentro del paso histórico de la ética a la bioética (de Razetti a Potter en el siglo XX, y a MMF en el siglo XXI) en la formación profesional en Venezuela (44), dentro del marco de la bioética en América Latina en salud pública (68-78), considerando la búsqueda del bienestar de la persona en sus dimensiones biológica, psicológica-mental, social, digital y espiritual, en un mundo impulsado por la era digital bajo el influjo del *Big Data*/IA, las redes sociales y la consolidación de la sociedad del conocimiento y la información, la actualización en las profesiones asociadas al cuidado de la salud y las ciencias de la vida (incluyendo la MMF), bajo un análisis crítico reflexivo en el marco del paradigma crítico-dialéctico se puede entender cómo producción disciplinaria con plena vigencia en la actividad asistencial, docente, investigativa, gremial-administrativa, divulgativa (incluyendo el uso de la informática y/u otras tecnologías de información y comunicación) o académica, con dominio de saberes, destrezas y actitudes, tanto en el componente científico como en el humanístico de las ciencias de la salud y la vida (70).

El ser humano en su dignidad inherente a la condición de su ser tiene 5 dimensiones, la biológica, la psicológica-mental, la social, la digital y la espiritual (68-78). En éste sentido y dentro de las lecciones aprendidas durante la pandemia por COVID-19 y los enfoques bioéticos en atención en salud perinatal (78), en bioética en salud perinatal pública se debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

Bien común: Se debe tener una supervisión adecuada de parte de los órganos de salud pública en salud perinatal y la participación de las personas y comunidades, para evitar los riesgos potenciales a los beneficios compartidos de la vigilancia de la morbimortalidad perinatal.

Equidad: La vigilancia en salud perinatal pública contribuye a la equidad identificando los problemas particulares de las poblaciones particularmente vulnerables en la gestación, aportando datos científicos para emprender campañas enfocadas en la prevención e identificando la base de las diferencias en MMF.

Respeto hacia las personas: En general, las gestantes y sus familias deberían participar en las decisiones que les afectan, incluyendo protección de sus datos e historias clínicas perinatales.

Buena gobernanza: Siendo más una aspiración política que un principio ético. Para poder hacer frente a los desafíos éticos planteados por las acciones a nivel de la salud perinatal pública de una manera sistemática y justa, los mecanismos de gobernanza deben rendir cuentas y estar abiertos al escrutinio público. Punto controvertido pero ineludible de tomar en cuenta en un entorno de EHC con repercusión en el ámbito educativo.

Según García (78, 79), se puede entender la relación profesional de salud perinatal-paciente como una relación de ayuda con las siguientes características:

Es una relación interpersonal (dinámica, recíproca, con roles claros y bien diferenciados) la cual se pone de manifiesto a través de 3 actitudes básicas: a) Debe ser auténtica siendo la persona lo que realmente es y obrar en consecuencia. b) Debe haber aprecio, aceptación y confianza, lo que agrega una visión de conjunto. c) Debe haber comprensión empática lo que significa la capacidad de comprender desde adentro las relaciones del otro.

Es y debe ser siempre una relación humana.

Debe ser teleológica, en vista de involucrar fines y tener un sentido con búsqueda permanente de los mismos.

Es principista, por contener principios que son inseparables del ejercicio de las profesiones de la salud aún en situaciones de desastres/catástrofes y/o emergencias de salud perinatal.

Está regulada desde el punto de vista ético y jurídico.

Debe tener un encuadre que permita una clara diferenciación entre las partes.

Es responsable, nadie escapa de las obligaciones y riesgos inherentes.

Gil (78, 80), respecto a la comunicación con el paciente durante la relación profesional de salud perinatal–usuario de servicios de salud, tradicionalmente concebida como médico-paciente, plantea el diálogo esclarecedor. En estos momentos de angustia por parte de las embarazadas y sus familiares o allegados, cobra particular relevancia no olvidar su utilidad, dicho diálogo posee las siguientes funciones:

a. **Informativa**: consiste en un diálogo de variable cantidad de tiempo, durante el cual se transmite aquellas nociones consideradas útiles y necesarias que conozcan el paciente o sus familiares, acorde al conocimiento más reciente, disponible y aplicable a la práctica profesional en salud perinatal y las diversas complicaciones en madre-feto-neonato. Se considera como un imperativo ético, un postulado de moral médica y una elemental atención del paciente como persona.

b. **Educativa**: el médico que no educa lo es a medias, siendo necesario modelar o remodelar a la embarazada y su grupo familiar según las condiciones específicas de su particular proceso de salud-enfermedad con o sin repercusión sobre feto-neonato; por tanto, sitúa al paciente en su condición real, despierta su cooperación, logra colaboración con el médico, educa para proseguir la observación periódica, obvia el escollo terapéutico de la falta de cooperación del paciente o sus familiares particularmente en medidas preventivas o terapéuticas en cambios del estilo de vida, educa sanitariamente a nivel personal, fomenta la responsabilidad del paciente,

ayuda a la rehabilitación, orienta al enfermo para lograr un nivel educativo general.

c. **Motivacional**: a través de la actitud del profesional de salud perinatal genera una base de sustentación que induce al paciente a aceptar y cumplir sus indicaciones, comprendiendo su situación con o sin repercusión sobre su feto-neonato.

d. **Consensual**: el acto profesional en salud perinatal debe ser consensuado, con un marcado compromiso ético-legal, requiriendo la labor convincente del médico para la toma de decisiones de parte del paciente o sus allegados, según el caso.

e. **Psicoterapéutica**: las palabras del médico tienen una indudable acción sobre la corporalidad de madre-feto-neonato, apoyando y descargando su valor específico de agente curador, estando en forma patente la intención de beneficio para el paciente, orientada eventualmente hacia una psicoterapia elemental para atender aspectos emocionales.

Según D´ Empaire y Parada (78, 81), durante la comunicación en la relación profesional de salud perinatal-usuario de servicios de salud perinatal, se debe tomar en consideración que la enfermedad en la gestación (por considerarse un proceso fisiológico de la vida humana), es un evento siempre inesperado, teniendo según su gravedad o pronóstico reservado, la posibilidad de desencadenar reacciones psicológicas en la gestante y/o sus familiares, tales como la regresión, la agresión, la desconfianza, la negación y la reactivación de creencias que son contraproducentes a su particular proceso de salud-enfermedad.

Más allá del trabajo en conjunto con especialistas en salud mental y psicoterapia, el profesional de salud perinatal debe establecer *rapport* con el paciente y sus familiares para percibir la situación de forma adecuada, ayudándolos a expresar y canalizar sus emociones en aquellos casos acompañados de crisis emocionales, desencadenados por la información referente al diagnóstico y pronóstico de una patología determinada con alta repercusión sobre morbimortalidad perinatal (psicoterapia breve), para evitar respuestas negativas, entre las que se encuentran las expectativas exageradas, rigidez, inflexibilidad, intolerancia, negativa a pedir ayuda, pasividad, tendencia a la impulsión o conductas atípicas. Entre los elementos orientadores a tomar en cuenta para la revelación de la verdad respecto a su padecimiento con repercusión sobre morbimortalidad perinatal, están el equilibrio psicológico, la gravedad de la enfermedad y estadio evolutivo, la edad de la gestante y el impacto emocional sobre la misma. Entre las consideraciones a manejar por parte del profesional de salud, se debe estar absolutamente seguro de lo que se revelará, tomando en cuenta que el paciente tiene derecho a conocer

su situación, no existe una fórmula única para la comunicación, siendo prudente averiguar lo que el paciente sabe, quiere saber y puede saber, ofreciendo la atención incondicional y el apoyo del equipo en salud, revelando gradualmente la información, no como un acto único. Entre las estrategias comunicacionales a desarrollar por parte del profesional de salud están: a) escuchar al afectado y sus allegados, b) realizar preguntas aclaradoras, c) responder reflexivamente al paciente haciéndole llegar la comprensión y empatía del equipo de salud, d) estimular al aquejado, e) toma de decisiones en conjunto, f) cierre adecuado del dialogo alentando al paciente y sus familiares.

Más allá de la atención orientada a los embarazos con alto riesgo de MME y MM en control prenatal y atención de emergencias obstétricas para reducción de la RMM, entre los aspectos meramente técnicos para cambiar la situación de los indicadores de salud perinatal se han recomendado por el *Venezuelan Health Profile* y el IGME de la ONU (20), para la reducción de las muertes fetales y neonatales, y están la detección, monitoreo y manejo apropiados del crecimiento fetal restringido, asegurando vías de referencia y eliminando barreras para el cuidado especializado por parte del equipo de salud perinatal, el proveer a cada gestante monitoreo intraparto, cuidado de soporte completo para la neumonía y/o sepsis neonatal incluyendo uso de antibióticos apropiados, detección y tratamiento apropiados de sífilis, asegurar un ambiente de nacimiento higiénico, promoción de lactancia con cuidados de tipo "mamá canguro", protección térmica, antibióticos para ruptura prematura de membranas pretérmino o prolongada, cuidado higiénico del cordón umbilical propuestos por diversas ONG (58-60) y autores como Faneite, Rivera y Faneite (34), Doocy y col. (20), García y col. (57), Gómez Marín y col. (37) y Cabrera Lozada (38).

Adicionalmente, están el cuidado de soporte completo para el neonato prematuro (incluyendo ventilación asistida y uso de surfactante pulmonar en caso de indicación), secado inmediato y estimulación adicional del recién nacido, suplementación con calcio y micronutrientes en el embarazo, fortificación de alimentos con ácido fólico, considerar presencia de módulos de planificación familiar para población vulnerable (disminución de embarazos no deseados), prevención de malaria en el embarazo, parto vaginal asistido en presencia de indicación formal, realización oportuna de cesáreas en presencia de indicación formal, resucitación neonatal oportuna en casos que lo ameriten, amén de la derivación adecuada multidisciplinaria de los casos con defectos congénitos (37, 38).

Siguiendo esta frase de Luis Razetti, expresada en Primera Conferencia Anual "Luis Razetti", Razetti y la ética en medicina, por Augusto León (51), "*En la cátedra universitaria y en la tribuna he defendido lo que he considerado expresión de la verdad; en la prensa y en la tribuna he divulgado lo que he creído útil a los demás; y en el magisterio*

de la enseñanza he demostrado a mis discípulos que el amor y el respeto a la ciencia son las más excelsas cualidades del alma humana", Gómez-Marín y col. (37) y Cabrera Lozada (38), a través de su comprensión hermenéutica de la evidencia en salud perinatal, bajo el paradigma crítico-dialéctico que ha guiado a la MMF en MCP, han formulado varias propuestas desde la MMF para reducir los indicadores de mortalidad perinatal.

La primera propuesta es realizar protocolos nacionales, así como guías de práctica clínica para el equipo de salud perinatal, que estén al día con las tendencias prevalentes en medicina basada en evidencia para la práctica clínica de los miembros del equipo de salud perinatal basados en el sistema *The Grading of Recommendations Assesment, Development and Evaluation* (GRADE), el cual permite jerarquizar la evidencia clasificando la calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación a una amplia gama de intervenciones y contextos. De esta manera, mediante el uso del sistema GRADE, se integra la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible a partir de la investigación sistemática (37, 38, 82).

La segunda propuesta, es la creación y/o validación en Venezuela y la MCP, de aplicaciones digitales (con o sin refuerzo de IA con uso apropiado de la misma) para cálculo de riesgo de patologías maternas o fetales, como los estados hipertensivos del embarazo, parto pretérmino, crecimiento fetal restringido, defectos congénitos, evaluación de funcionalismo cardíaco y bienestar fetal, con sus valores por puntos de corte, percentiles múltiplos de la mediana y/o Z-Score, según sea el caso, que conlleven un aumento de la morbimortalidad materna y fetal-neonatal, con el fin de instaurar medidas que lleven a profilaxis primaria, secundaria o terciaria, según el caso (37, 38).

La tercera propuesta, en gestantes hospitalizadas en cuidados intermedios o críticos, en centros del tercer nivel de atención en salud perinatal, cumplir con el modelo de integración de pruebas de bienestar fetal anteparto propuesto por Gómez, Cabrera y Faneite (83), incluyendo la realización del perfil biofísico extendido, pruebas de funcionalismo cardíaco y de remodelado cardíaco (84), en vista de su utilidad en la detección oportuna del feto con compromiso del bienestar fetal y disminuir la morbimortalidad relacionada con la hipoxia y la asfixia perinatal, así como descartar la presencia de marcadores ecográficos del síndrome de respuesta inflamatoria fetal (85), relacionados con prematuridad y sepsis neonatal (37, 38).

De igual forma, promover la toma rutinaria al momento de resolución obstétrica, bien sea vía vaginal o vía abdominal, la toma de muestra de cordón umbilical para la realización de prueba de gasometría en el neonato pretérmino, en el neonato con alteración de las pruebas de bienestar fetal anteparto o en el neonato con presencia de marcadores ecográficos del síndrome de respuesta

inflamatoria fetal, así como de proteína C reactiva, procalcitonina o interleuquina 6, con el fin de documentar oportunamente a aquellos neonatos con asfixia perinatal o en riesgo de sepsis neonatal, en conjunto con pediatría/neonatología, así como de realizar ultrasonido transfontanelar posnatal y detectar oportunamente alteraciones asociadas a la prematuridad, asfixia perinatal o la neuro-infección, de igual forma ultrasonido abdominal, pulmonar y ecocardiograma posnatal precoz en aquellos casos con defectos congénitos o factores de riesgo/hallazgos sugestivos de patología abdomino-pélvica, pulmonar o cardíaca (37, 38).

La cuarta propuesta, en el caso de gestante hospitalizada en cuidados intermedios o críticos con estados hipertensivos del embarazo, sepsis materna, estado de choque, anasarca, sospecha de enfermedad cardiopulmonar, o posoperatorio de cirugía obstétrica complicado, realizar ultrasonido materno en el punto/sitio de cuidado abdominal y pulmonar, cardíaco, *doppler* transcraneal, además de eco doppler de arteria oftálmica materna y medición de la vaina del nervio óptico en gestantes con estados hipertensivos del embarazo (detección de riesgo de evento neurológico) (37, 38).

La quinta propuesta: utilizar las tablas percentiladas de la OMS para el crecimiento fetal y el uso conjunto del índice cabeza-abdomen-fémur con su Z-Score para la detección y el manejo apropiados del crecimiento fetal restringido (37, 38, 86-88). Adicionalmente, reevaluación de ecoanatomía fetal en el tercer trimestre recomendada por la *International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology,* adicional a la realizada en primer y segundo trimestre, para aumentar la tasa de detección y caracterización apropiadas de defectos congénitos y potencialmente muertes perinatales evitables con un manejo multidisciplinario del equipo de salud perinatal, incluyendo las cardiopatías congénitas, los defectos del tubo neural y ciemopatías complejas del sistema nervioso central, las anomalías cromosómicas y síndromes polimalformativos, seguidos por patología gastrointestinal, urogenital, torácico-cervical y facial (37, 38, 89).

La sexta propuesta, mantener la investigación en MMF en madurez pulmonar fetal y síndrome de respuesta inflamatoria fetal así como el microbioma perinatal, con los marcadores bioquímicos y ecográficos descritos históricamente (37, 38, 90), y aquellos que se han ido incorporando progresivamente en nuestro medio, en la práctica clínica del equipo de salud perinatal, con sus efectos sobre la programación fetal y el neurodesarrollo en el neonato-lactante, para considerar el uso de coadyuvancia de madurez pulmonar y profilaxis de morbimortalidad asociada a complicaciones de la prematuridad, los neonatos pequeños para la EGA al nacer y el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (inclusive considerando el uso compasivo en neonatos muy prematuros o extremadamente prematuros de mal pronóstico perinatal) (37, 38).

Dicha investigación debiera enfocarse en fármacos como N-acetilcisteína, aminofilina, ambroxol, L-carnitina, omega-3 y claritromicina, además de micronutrientes, entre otros, así como en el uso de suplementos nutricionales y/o prebióticos/probióticos (incluidos suplementos lipídicos) en gestantes de riesgo, especialmente vulnerables por el exposoma, además del uso estandarizado de inductores de madurez pulmonar fetal (betametasona, dexametasona) en fetos de riesgo de prematuridad (37, 38). Para disminuir la MN asociada al bajo PAN, la prematuridad y la sepsis neonatal, que son las primeras causas de la MP en MCP según los hallazgos de Cabrera Lozada (38).

Estas propuestas, realizadas desde la MMF, por Gómez y col. (37), ante las tendencias en el análisis situacional realizado por Cabrera Lozada (38) de la razón de MM, la tasa de MN, la tasa de MF, y la tasa de MP I y II en MCP en 2024, así como el comportamiento de la MP asociada a estados hipertensivos del embarazo en el Servicio de MMF en MCP en 2024, como reflejo de la EHC venezolana que ha repercutido en diversos aspectos demográficos nacionales, incluyendo la precariedad institucional en MCP, como determinantes macrosociales de la salud, que ha afectado severamente el derecho a la alimentación, a la salud y en último grado, a la vida además de las intervenciones propuestas por el *Venezuelan Health Profile*, la ONU, la UNICEF, la OMS/OPS, el BM, el FPNU y el IGME de la ONU, llevarían a la disminución de los indicadores de salud perinatal en MCP y a nivel nacional (37, 38).

El análisis situacional de Cabrera-Lozada (38), único estudio de mortalidad perinatal publicado con análisis estadístico multivariante a nivel nacional concluye que se incluyan en futuros estudios: la tasa de letalidad en servicios de neonatología y unidad de terapia intensiva neonatal, ya que es un indicador que permite visualizar la calidad de la atención en el neonato y en el análisis estadístico multivariante las razones de probabilidad u *odds ratio* (OR) así como coeficientes de probabilidad positivo/negativo y uso de curvas ROC en el análisis de factores asociados a mortalidad perinatal, para lo cual se deben incluir casos sin mortalidad perinatal (controles) ingresados a neonatología o en el caso de mortalidad por causa/servicio (ejemplo estados hipertensivos del embarazo en servicios de sala de partos/MMF) casos no asociados a mortalidad perinatal.

CONCLUSIONES

La MMF en MCP, continuando el legado de Razetti y Potter, en el paso de la ética a la bioética, habiendo transcurrido ya el primer cuarto del siglo XXI, ha sido guiada desde el punto de vista epistemológico por el paradigma crítico-dialéctico, cuyo fin último es transformación-cambio, utilizando lenguaje cualitativo y cuyos resultados se corresponden con una acción-social y a la vez comunicativa.

La MMF en su ir y venir holístico, desde su inicio presenta como propósito cambiar, transformar la realidad de estudio en una realidad comunicativa, producto de instancias de reflexión-acción- reflexión.

El legado ético de Luis Razetti y su profunda visión médico-social, como gran reformador de la medicina venezolana, sigue vigente dada la visión de la actualización bajo un análisis crítico reflexivo en el marco del paradigma crítico-dialéctico, entendida como producción disciplinaria con plena vigencia en la actividad asistencial, docente, investigativa, gremial-administrativa, divulgativa (incluyendo el uso de la informática y/u otras tecnologías de información y comunicación) o académica, con dominio de saberes, destrezas y actitudes, tanto en el componente científico como en el humanístico de las ciencias de la salud y la vida.

La MMF en MCP continúa dicho legado en su búsqueda de cambios en la realidad estudiada en el comportamiento de los indicadores de salud perinatal de la RMM, tasa de MN, tasa de MF tardía y MF, tasa de MP I y II. Así como Luis Razetti lo hizo en su época (lo que hasta le costó el exilio en plena dictadura gomecista), MMF a través de su actividad investigativa expone el fracaso de las políticas de salud pública perinatal.

En vista de las dramáticas cifras de indicadores de salud perinatal en la MCP, en relación a la EHC venezolana, con repercusión innegable en los ámbitos educativo y sanitario, en el período 2019-2025, y en el período entre el 01 de enero al 31 de agosto de 2026 de RMM, tasa de MN, tasa de MF tardía y tasa de MF, tasa de MP I y tasa de MP II, que son 2-7 veces las metas estandarizadas internacionalmente y comparación a los datos publicados por el INS de Colombia, similar al comportamiento de las estimaciones de dichos indicadores en la data disponible por el BM y el IGME de la ONU (62-64), para cuidados apropiados en salud perinatal, incluyendo los ODS de la ONU para el año 2030, en contrasentido a la tendencia global y regional de dichos indicadores, se propone se incluyan en futuros estudios: la tasa de letalidad en servicios de neonatología y unidad de terapia intensiva neonatal, ya que es un indicador que permite visualizar la calidad de la atención en el neonato y en el análisis estadístico multivariante las razones de probabilidad u *odds ratio* (OR) así como coeficientes de probabilidad positivo/ negativo y uso de curvas ROC en el análisis de factores asociados a mortalidad perinatal.

El entender desde el punto de bioético que la gerencia/administración sanitaria necesariamente debe incluir que se consideren los aspectos relacionados con el acceso a la atención médica, la autonomía de las mujeres gestantes y sus fetos-neonatos y la responsabilidad del sistema de salud. Llevando a plantear cuestiones como el fortalecimiento de la acción materna, educación y promoción de salud perinatal, acceso seguro a programas de anticoncepción, discusión sobre

causales/legalización aborto (más allá de sus polémicas), prevención y atención del embarazo adolescente, empoderamiento femenino y erradicación de la violencia contra las mujeres dada ser población especialmente vulnerable, es punto de partida para cambiar la situación de los indicadores de salud perinatal, en la MCP, y las estimaciones nacionales.

En la salud pública perinatal toda consideración bioética debe pasar por tener como pilares fundamentales la búsqueda del bien común, la equidad, el respeto a las personas y la buena gobernanza, entendiendo que la relación profesional de salud perinatal-usuario de servicios de salud perinatal es una relación interpersonal, humana, teleológica, principista, regulada ética y jurídicamente, diferenciada entre las partes y responsable. Entendiendo que durante dicha relación en salud perinatal se produce un diálogo esclarecedor con las funciones informativa, educadora, motivacional, consensual y psicoterapéutica. Es fundamental que la comunicación en la relación profesional de salud perinatal-usuario de servicios de salud perinatal el saber hacer sobre cómo decir la verdad y cómo dar malas noticias.

Aún más, se recomienda desde el punto de vista técnico, además de las recomendaciones del *Venezuelan Health Profile* y el IGME de la ONU (20), a las que se suscriben diferentes ONG, como la ENH, la ENCOVI y HumVenezuela, amén autores nacionales e internacionales (34, 37, 38, 57-60), implementar las 6 propuestas por Gómez Marín y col. (37) y Cabrera Lozada (38), desde la perspectiva MMF, enriquecidas por los hallazgos del presente estudio, ante la revisión con comprensión hermnéutica de la evidencia, son medidas que definitivamente deben llevarse a la acción para cambiar la dramática situación de los indicadores de salud perinatal en MCP y en Venezuela.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a Mireya Concepción González Blanco y Yenny Ruth Marín Quintero, sin cuya asesoría metodológica para el presente trabajo y sugerencias para la elaboración de tablas, incluyendo revisión de la redacción de los mismas, podría haberse llevado a cabo el presente trabajo. Los autores agradecen al cuerpo de residentes y especialistas del Servicio de MMF de MCP, especialmente a las colegas Alexandra Rivero, Marvina Romero, Yanine Palacios, Luisauri Noguera, Rocnell Amundaray, María Rojas, Carlos Armijo, Alexander Seco, María Croes, Rosaura Alfonzo, Néstor Ferrer, Albani Aular, Yeyderli Robayo, Germailyn Flores y Armelid Mora, su colaboración asistencial para la obtención de los datos de MM, MN, MF y MP utilizados durante el presente trabajo. Finalmente, agradecen la expedita atención de María Pérez del Servicio de Archivo y Registros Médicos de MCP, el cuerpo de residentes y especialistas

del Servicio de MMF de MCP, así como Fanny Vallenilla y Marna Hernández, secretarias del Servicio de MMF de MCP y el Programa de Especialización en MMF de MCP, la captación de datos sobre la situación institucional utilizados durante éste estudio.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran la ausencia de conflictos de interés durante la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Agüero O, Torres JI. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". 1939-1974. Rev Obstet Ginecol Venez. 1977; 37: 361-6.
2. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital Central "Dr. Manuel Nuñez Tovar", de Maturín Estado Monagas. Rev Obstet Ginecol Venez. 1977; 37: 37-42.
3. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad Materna en el Hospital "Dr. José Gregorio Hernández". 1973-1980. Rev Obstet Ginecol Venez. 1982; 42: 233-6.
4. Silva M, Petit G. Mortalidad materna. Hospital Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar. Rev Obstet Ginecol Venez. 1982; 41:95-9.
5. Agüero O, Torres JI. Mortalidad Materna en la Maternidad "Concepción Palacios". 1975-1981. Rev Obstet Ginecol Venez. 1985; 46: 92-7.
6. Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutiérrez M, Porras F. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 1982-1991. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(1): 31-9.
7. Molina R. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". Rev Obstet Ginecol Venez. 1995; 55(4): 217-21.
8. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1992-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001; 61(2): 89-94.
9. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad Materna: 1981-1994. Rev Obstet Ginecol Venez. 1995; 55(2): 89-92.
10. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital "Dr. Adolfo D´ Empaire" de Cabimas, Estado Zulia durante los años 1988-1995. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997; 57(3):177-80.
11. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1992-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001; 61(2): 89-94.

12. García I, Molina R, Cepeda M. Tasas de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo: 1993-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002; 62(2):103-08.

13. Faneite P. Mortalidad materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 2001-2004. Rev Obstet Ginecol Venez. 2005; 65(3):123-7.

14. Chacón G, Monsalve N. Mortalidad Materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. Rev Obstet Ginecol Venez. 2017; 67(2): 99-105.

15. Durán I, Ferrarotto M, Brito J, Cabrera C, Sánchez J, Scaramella J, et al. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2001-2008. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011; 71(1): 13-20.

16. Dávila F, Gómez W, Römer O. Mortalidad materna en el Hospital Universitario de Coro "Dr. Alfredo Van Grieken" estado Falcón, Venezuela. Comunidad salud. 2012; 10(1): 10-18.

17. Mazza M, Vallejo C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012; 72(4): 233-48.

18. Cabrera C, Martínez M, Zambrano G. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2009 – 2013. Rev Obstet Ginecol Venez. 2014; 74(3): 154-61.

19. González-Blanco M. Mortalidad materna en Venezuela: ¿Por qué es importante conocer las cifras?. Rev Obstet Ginecol Venez. 2017; 77(1): 1-4.

20. Doocy S, Page K, Liu C, Chou V, Hoaglund H, Rodriquez D. Venezuela Health Profile. Houston (TX): Simón Bolívar Foundation [Internet]; 2022 [consultado 13 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.simonbolivarfoundation.org/presentations/VenezuelaHealthPresentation22Mar22.pdf.

21. Cabrera C, Testa M, Gómez J, Galiffa D, Salas G. Evolución actual de la mortalidad materna. Rev. Latin. Perinat. 2019; 22 (3): 174-9.

22. HumVenezuela, Médicos Unidos de Venezuela, Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa. Informe sobre la Mortalidad Materna en el Estado Lara. Caracas: HumVenezuela [Internet]; 2021 [consultado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2022/07/Presentacio%CC%81n-Informe-sobre-a-Mortalidad-Materna-en-el-estado-Lara.pdf.

23. Cabrera C, Gómez J, Faneite P, Uzcátegui O. Tendencia actual de la mortalidad materna. Maternidad "Concepción Palacios" 2014-2020. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021; 81(4): 342-53. DOI: 10.51288/00810407.

24. Cabrera C, Uzcategui O. Muerte materna: causas médicas, sociales y políticas públicas. Tiempo y Espacio. 2020; 38(74): 273-323.

25. Cabrera C, Gómez J, Faneite O, Uzcátegui O, Domínguez R. Maternal Mortality by sepsis. Avoidable tragedy Maternity "Concepción Palacios". 1939-2019 Gac Méd Caracas. 2021; 129(2): 323-36. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.2.6.

26. Cabrera C, Gómez J, Faneite O, Uzcátegui O, Kizer S. Trends of maternal mortality by hemorrhage, avoidable tragedy? Maternity "Concepción Palacios". 1939-2020. Gac Méd Caracas. 2021; 129(3): 571-84. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.6.

27. Cabrera C, Gómez J, Faneite O, Uzcátegui O. Maternal mortality by hypertensives disorders of pregnancy. Is it inevitable? Maternity "Concepción Palacios". 1939-2020. Gac Méd Caracas. 2021; 129(3): 585-97. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.7

28. Sánchez R, Machado A, Gledhill T, Gómez A. Mortalidad Materna en Venezuela: aspectos médicos y Políticas Públicas (Años 1940-2016). Rev Digit Post. 2023; 12(3): e375. DOI: 10.37910/RDP.2023.12.3.e375.

29. Cabrera-Lozada C. Medicina Materno Fetal: Aportes. Trabajo de incorporación como Individuo de Número, Sillón VII. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina. Tomo XXXI. Caracas: Editorial Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2024 [consultado 11 de octubre de 2026]. p. 1-76. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/id-trabajos-de-incorporacion-y-discursos-de-la-academia-nacional-de-medicina-tomo-xxxi-diciembre-2024/.

30. Urdaneta JR, Donnino A. La mortalidad materna en Venezuela: un reflejo del fracaso de las políticas de salud pública. Gac Méd Caracas. 2025;133(1): 250-62. DOI: 10.47307/GMC.2025.133.1.23.

31. Urdaneta J, Baabel-Zambrano N. Una mirada bioética a la mortalidad materna. Gac Méd Caracas. 2025; 133(1): 211-26. DOI: 10.47307/GMC.2025.133.1.19.

32. Archivo del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Estadísticas de salud perinatal en la MCP. Período 2013-2026. Caracas: MMF; 2026.

33. Medina L, Morante A. Mortalidad neonatal en la Maternidad "Concepción Palacios" durante el año 1989. Gac Méd Caracas. 1994;102(1): 57-65.

34. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Mortalidad perinatal: 40 años en un hospital distrital (1969-2008). Gac Méd Caracas. 2012;120(2): 122-127.

35. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Mortalidad neonatal: enfrentando el futuro. Gac Méd Caracas. 2011;119(4): 309-311.

36. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Muerte fetal: evento actual. Gac Méd Caracas. 2011;119(1): 21-27.

37. Gómez-Marín JV, Gómez IDJ, Romero D, Escalona C, Cabrera-Lozada C, Faneite-Antique P. Mortalidad perinatal: revisión. DOI: 10.47307/GMC.2024.132.3.20 Gac Méd Caracas. 2011;119(1): 21-27.

38. Cabrera-Lozada CR. Mortalidad perinatal: análisis situacional. Gac Méd Caracas. 2025;133(4):1054-1074. DOI: 10.47307/GMC.2025.133.4.6.

39. Bello-Rodríguez FA, Marchan-Pérez N, Gómez-Marín JV, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique P. Arma de destrucción masiva: ausencia de estadísticas nacionales en salud. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A. editores. Colección Razetti Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p.52-69. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.6.

40. Rojas-Venta EE, Arias-Arciniegas YC, Sarmiento-Guzmán CDV, Gómez IDJ, Gómez-Marín JV, Cabrera-Lozada CR. Emergencia humanitaria compleja educativa en especialidades médicas: eje transversal de la reforma curricular. En Martín-Piñate F, Cabrera-Lozada C, editores. Colección Razetti. Volumen XXXVI. Caracas: Editorial ANM; 2026. p. 218-277. DOI: 10.59542/CRANM.2026.XXXVI.11.

41. Cabrera-Lozada CR, Gómez-Marín JV. Programa de Especialización en Medicina Materno Fetal: Logros, Alcances y Avances en 25 años. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Colección Razetti Volumen XXXIV. Caracas: Editorial ANM; 2025. p. 72-129. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIV.8.

42. Martín-Piñate F. Juicio Crítico de la Investigación: "PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATERNO FETAL: APORTES". En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina. Tomo XXXI. Caracas: Editorial Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2024 [consultado 11 de octubre de 2026]. p. 77-80. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/id-trabajos-de-incorporacion-y-discursos-de-la-academia-nacional-de-medicina-tomo-xxxi-diciembre-2024/.

43. Gómez-Marín JV. Trastornos hipertensivos del embarazo: correlación del *doppler* oftálmico materno con funcionalismo cardíaco y bienestar fetal [Tesis Doctoral]. Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela; 2025.

44. Martín-Piñate F. De Razetti a Potter. Gac Méd Caracas. 2005; 113(4): 506-18.

45. Agüero O. Razetti y la Obstetricia. Gac Méd Caracas. 1993; 101(2): 157-9.

46. Agüero O. Razetti, divulgador médico. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.99-104. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/

47. Garriga-Michelena E. Luis Razetti, cirujano. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.135-42. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

48. Monbrunt F. Razetti, anatomista. En: En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.159-71. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

49. Ávilan-Rovira JM. El pensamiento médico social del Doctor Luis Razetti. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.123-33. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

50. López JE. Luis Razetti: el educador, innovador, reformador. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.365-84. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

51. León A. Primera Conferencia Anual "Luis Razetti". Razetti y la ética en medicina. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.143-57. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

52. Muci-Mendoza R. IX Conferencia Razetti "Doctor Luis Razetti: Pionero del periodismo biomédico en Venezuela". En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.385-405. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

53. Beaujon-Rubin O. Presencia del Dr. Razetti en el presente y futuro de la Academia Nacional de Medicina. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.345-64. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

54. León A. Foro Día de Razetti. De la ética a la bioética. Palabras liminares. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.499-501. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

55. Medina-Aveledo G. Luis Razetti. Entre la Medicina, la Docencia Universitaria y la Moral Médica. Valencia (Estado Carabobo): Blue Cube Digital Services; 2007.

56. Encyclopædia Britannica. Emergencia humanitaria compleja. Chicago (ILL): Encyclopædia Britannica [Internet]; 2026 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.britannica.com/topic/complex-humanitarian-emergency.

57. García J, Helleringer S, Correa G, Di Brienza M. Updated estimates of infant mortality in Venezuela. Lancet Glob Health. 2024 Jan;12(1): e25-e27. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00520-X.

58. Médicos por la Salud. Reporte Semi-Anual 2024. Caracas: ENH [Internet]; 2024 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.encuestanacionaldehospitales.com/_files/ugd/0f3ae5_6a2c8d33e4e74f71a17b30019e098321.pdf.

59. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello. Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida 2025. Caracas: ENCOVI [Internet]; 2026 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.proyectoencovi.com/.

60. HumVenezuela. Informe de seguimiento a la crisis humanitaria compleja en Venezuela - 2025. Caracas: HumVenezuela [Internet]; 2026 [actualizado 24 de marzo de 2026; consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/informe-de-seguimiento-la-crisis-humanitaria-compleja-en-venezuela-2025.

61. Organización de las Naciones Unidas. La agenda para el desarrollo sostenible. Ginebra (Suiza): ONU [Internet]; 2020 [consultado 30 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/.

62. Banco Mundial. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). Washington (DC): Banco Mundial [Internet]; 2026 [consultado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?locations=VE.

63. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Estimates. Country under-five, infant, child and neonatal mortality. New York (NY): IGME

[Internet]; 2026 [consultado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://childmortality.org/.

64. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Estimates. Country stillbirth rates and number of stillbirths. New York (NY): IGME [Internet]; 2026 [consultado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://childmortality.org/.

65. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Boletín epidemiológico semana 20. Bogotá, Colombia: INS [Internet]; 2026 [consultado 09 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://consultorsalud.com/mortalidad-materna-y-brotes-epidemicos/.

66. Ruiz C, Sosa A, Gómez J, Gómez I, Cabrera-Figallo C, Cabrera-Lozada C. Mortalidad perinatal en gestantes con preeclampsia grave. Rev. Latin. Perinat. 2026; 29(2): 133-50.

67. Romero DE, Maia LR, Freitez A. Controle pré-natal na Venezuela: resultados do inquérito "Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida". Cien Saude Colet. 2026; 31(4): e15192024. En portugués. DOI: 10.1590/1413-81232026314.15192024.

68. García-Flores F. Bioética y atención primaria de salud. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen I. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2005 [consultado 11 de octubre de 2026]. p.549-57. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/volumen-i/.

69. Bello-Rodríguez FA, Marchán-Pérez N, Bello-Marchán H, Gómez-Marín JV, Cabrera-Figallo CD, Cabrera-Lozada CR. Trinidad del Ser Post Mortem: de la Piedra a la Pantalla en la Bioética Contemporánea. En: Martín-Piñate F, Cabrera-Lozada C, editores. Colección Razetti. Volumen XXXVI. Caracas: Editorial ANM; 2026. p. 136-78. DOI: 10.59542/CRANM.2026.XXXVI.8.

70. Bello-Rodríguez FA, Gómez-Marín JV, Cabrera-Lozada CR. Ética Médica Venezolana: Un Análisis Comparativo entre el Código de Deontología de 1985 y una Propuesta Actualizada de Código Deontológico. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A. Colección Razetti. Volumen XXXV; 2026. p. 85-100. DOI: 10.59542/CRANM.2026.XXXV.8.

71. Gómez J, Cabrera Lozada C. Bioética en salud pública: propuesta de la digievolución. Gac Méd Caracas. 2023; 131(2):434-448. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.2.21.

72. Gómez J, Cabrera-Lozada C, Cabrera-Figallo C, Robayo Y, Faneite P. Bioética latinoamericana en salud pública. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi-Venturoni M, editores. Colección Razetti. Volumen XXVII. Caracas: Editorial Ateproca. 2023. p. 139-77. DOI:10.59542/CRANM.2023.XXVII.9.

73. Bello-Rodriguez F, Cabrera-Lozada C. Ética del buen cuidado en el contexto hospitalario. Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p. 156-67. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.12.

74. Bello-Rodríguez F, Gómez-Marín J, Cabrera-Lozada C, Faneite-Antique P, Miranda Sarabia S. Los principios de las 3R en la relación médico-paciente: Una perspectiva bioética. Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p. 212-8. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.16.

75. Gómez-Marín J, Robayo-Rodríguez Y, Cabrera-Lozada C. Aspectos bioéticos del uso de redes sociales en obstetricia y ginecología. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2023; 83(4): 485-500. DOI: 10.51288/00830415.

76. Bello-Rodríguez FA. Intrusismo médico y ejercicio ilegal de la medicina. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(4): 478-86. DOI: 10.51288/00820412.

77. Bello F, Marchan N, Gómez J, Cabrera-Lozada C. Conflictos éticos en la atención perinatal de emergencia. Rev Latin Perinat. 2026; 29(2): 181-202.

78. Gómez J, Cabrera C; Grupo de Especialistas "Red Covid-19 y Gestación". Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2020 [consultado 11 de octubre de 2026]; 80 (Sup1): S56 - S69. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2020_vol80_num1_8.pdf.

79. García F. La relación médico-paciente como una relación de ayuda. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 100-1.

80. Gil C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Caracas: Editorial Médica Venezolana; 1977.

81. D´ Empaire G, Parada M. La comunicación en la relación profesional de salud-paciente. Cómo decir la verdad y cómo dar malas noticias. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 131-47.

82. Cabrera C, Escudero P, Sarmiento C, Espinoza F, Rivero A, Romero M, et al. Participación de la bioética y la evidencia clínica en la medicina materno-fetal. Rev Latin Perinat. 2019; 22(4): 227-34.

83. 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.

84. Gómez-Marin JV, Palacios-Level YJ, Noguera-Millan LV, Alfonzo-Lara RA, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique PJ. Evaluación ecográfica del corazón fetal en modo B, modo M y Doppler: un camino hacia la estandarización universal. Gac Med Caracas. 2026; 134(1): 230-52. DOI: 10.4307/GMC.2026.134.1.19.

85. Gómez-Marín J, Cabrera-Lozada C, Rivero-Fraute A, Robayo-Rodríguez Y, Lozada C, Faneite-Antique P. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal: aproximación ultrasonográfica. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi Venturoni M, editores. Colección Razetti. Volumen XXIX. Caracas: Editorial Ateproca; 2023. p. 87-121. DOI: 10.59542/CRANM.2023.XXIX.9.

86. Kiserud T, Benachi A, Hecher K, González Pérez R, Carvalho J, Piaggio G, et al. The World Health Organization fetal growth charts: concept, findings, interpretation, and application. Am J Obstet Gynecol. 2018;2(Suppl): S619-S629. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.12.010.

87. World Health Organization. Fetal Growth Calculator. Geneva, Switzerland: WHO [Internet]. 2020 [consultado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://srhr.org/fetalgrowthcalculator/.

88. Martínez M, Muñoz N, Gómez J, González M, Robayo Y, Cabrera-Lozada C. Eficacia del índice cabezaabdomen-fémur en la evaluación del crecimiento fetal en hijos de madres hipertensas. Rev Latin Perinat. 2023;26(3):99-112.

89. Khalil A, Sotiriadis A, D'Antonio F, Da Silva Costa F, Odibo A, Prefumo F, et al. ISUOG Practice Guidelines: performance of third-trimester obstetric ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024; 63(1): 131-47. DOI: 10.1002/uog.27538.

90. Martín-Del Campo D, Gómez-Marín JV, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique P. Microbioma y complicaciones del embarazo. Volumen XXXII. Caracas: Editorial Ateproca; 2025.p.109-151. DOI:10.59542/CRANM.2025.XXXII.8.