



Colección Razetti

Volumen XXXVI



Editores:

Dr. Felipe Martín Piñate

Dr. Carlos Cabrera Lozada



Colección Razetti

Volumen XXXVI

Editores:

Dr. Felipe Martín Piñate

Dr. Andrés Soyano



Colección Razetti. Volumen XXXVI

Editores:

Dr. Felipe Martín Piñate
Dr. Carlos Cabrera Lozada

Depósito Legal
DC2025000448

ISBN 978-980-6905-07-8 (Colección)
ISBN 978-980-6155-17-6 (Volumen XXXVI)
Editorial Academia Nacional de Medicina Caracas.

[www. https://academianacionaldemedicina.org/](https://academianacionaldemedicina.org/)

e-mail: coleccionrazetti@gmail.com

Versión electrónica Agosto, 2026

CONTENIDO

Prólogo	Dr. Felipe Martín Piñate	VI
Capítulo 1.	Discurso pronunciado por el Dr. Huniades Urbina-Medina Al cierre de su gestión 2024-2026.	1
Capítulo 2.	Toma de Posesión Junta Directiva Academia Nacional de Medicina Periodo 2026 – 2028. Dr. Felipe Martín Piñate	9
Capítulo 3.	Pérdida Gestacional Recurrente: el Papel de los Polimorfismos Genéticos del Receptor de la Vitamina D y las Células NK. Dr. Alejandro Teppa-Garrán	16
Capítulo 4.	Una carga significativa de malaria urbana impulsada por la importación de parásitos y la persistencia local en Ciudad Bolívar, Venezuela: un análisis retrospectivo de 5 años. Dres. David A. Forero-Peña, Fhabían S. Carrión-Nessi, Oriana A. Regalado-Gutiérrez	28
Capítulo 5.	José María Vargas, El Hombre más allá del Médico y El Prócer. Dr. Dra. Miriam Marcano Torres	45

Capítulo 6.	Fiebre de Oropouche. Que se sabe hoy. Dres. Petit-Molero N, Medrano-Toledo E	119
Capítulo 7.	Trinidad del Ser Post Mortem: de la Piedra a la Pantalla en la Bioética Contemporánea. Dres. Freddy Antonio Rodríguez Bello, Norma Marchán Pérez, Héctor Bello Marchán, Jeiv Vicente Gómez Marín, Carlos David Cabrera Figallo, Carlos Ramón Cabrera Lozada	136
Capítulo 8.	Intoxicaciones agudas en los pacientes pediátricos: prevalencia, comportamiento epidemiológico y clínico. Dras. Enoe Medrano de Toledo, Nelly Petit de Molero	179
Capítulo 9.	Entre la enfermedad y la penumbra en la beneficencia (1886) de Antonio Herrera Toro: metodología académica e iconografía epidemiológica de finales del siglo XIX. Dr. Aderito De Sousa F.1 y Lic. Leonor Colmenares R.	202
Capítulo 10.	Emergencia humanitaria compleja educativa en especialidades médicas: eje transversal de la reforma curricular. Dres. Esteban Eduardo Rojas Venta, Yamileth Carolina Arias Arciniegas, Carmen del Valle Sarmiento Guzmán, Iván de Jesús Gómez, Jeiv Vicente Gómez Marín, Carlos Ramón Cabrera Lozada	218

PRÓLOGO

Dr. Felipe Martín Piñate

«Todo aquello que resulta grandioso e inspirador es creado por individuos que trabajan en libertad.»

— Albert Einstein

Es para mí un honor y un privilegio prologar la Colección Razetti, registro histórico de nuestra organización que reseña la vida y trayectoria de académicos signados por una invitación —de obligado cumplimiento para todos— hacia la grandeza científica y humanística.

En esta oportunidad presentamos la Edición 2026, correspondiente al Tomo XXXVI, compilado y guiado por el brillante Académico Dr. Carlos Cabrera Lozada: un profesional eficiente, apasionado y trabajador incansable, consciente de que esta no es una empresa fácil. Su dedicación, logros y merecimientos constituyen su mejor carta de presentación.

Comparto este volumen con todos ustedes, identificados con la Academia Nacional de Medicina (ANM), Corporación Oficial Científica y Doctrinaria que representa a la ciencia médica nacional y actúa como cuerpo consultor en materias médica, sanitaria y social como institución de utilidad pública; corazón de nuestra comunidad científica e intelectual en pleno proceso de recuperación tras la tragedia sísmica del 24 de junio de 2026.

Entregar el Tomo XXXVI de nuestras publicaciones representa ofrecer una obra que no solo atestigua la excelencia y el rigor científico de la comunidad médica venezolana, sino que también reflexiona sobre los pilares éticos, históricos y humanos de nuestra profesión. A continuación, se detalla la estructura y visión de las contribuciones que conforman este volumen:

**IN, S XXV presidente te de la Academia Nacional de Medicina*

Gestión Institucional y Liderazgo Académico

- **Discurso de cierre de gestión (2024–2026):** Palabras del Dr. Huniades Urbina-Medina, en las que rinde balance a una etapa de compromiso inquebrantable con la salud pública y la vigencia institucional.
- **Toma de posesión de la Junta Directiva (2026–2028):** Discurso de orden e inicio del nuevo período académico liderado por el Dr. Felipe Martín Piñate, trazando la hoja de ruta estratégica para los próximos dos años.

Avances Científicos y Salud Pública

- **Pérdida gestacional recurrente:** Estudio del Dr. Alejandro Teppa-Garrán sobre el papel de los polimorfismos genéticos del receptor de la vitamina D y las células NK, trabajo con el cual se incorporó como Miembro Correspondiente Nacional por Caracas en el Puesto 13.
- **Carga de malaria urbana en Ciudad Bolívar:** Análisis retrospectivo de 5 años elaborado por David A. Forero-Peña, Fhabían S. Carrión-Nessi y Oriana A. Regalado-Gutiérrez, galardonado con el Premio Vargas.
- **Fiebre de Oropouche (Lo que se sabe hoy):** Revisión actualizada sobre esta arbovirosis emergente, presentada por N. Petit-Molero y E. Medrano-Toledo.
- **Intoxicaciones en pacientes pediátricos:** Investigación sobre prevalencia y comportamiento epidemiológico y clínico, realizada por la Dra. Enoe Medrano y la Dra. Nelly Petit de Moleiro.

Humanidades Médicas, Bioética e Historia

- **José María Vargas, el hombre más allá del médico y el prócer:** Un análisis fenomenológico de su vida y obra, desarrollado por la Dra. Miriam Marcano Torres, acreedor de Mención Honorífica por el jurado evaluador del Premio Vargas.
- **Trinidad del ser *post mortem*:** Discusión sobre la evolución del concepto ético «de la piedra a la pantalla» en la bioética contemporánea, por Freddy A. Rodríguez Bello, Norma Marchán Pérez, Héctor Bello Marchán, Jeiv V. Gómez Marín, Carlos D. Cabrera Figallo y Carlos R. Cabrera Lozada.
- **Entre la enfermedad y la penumbra en La Beneficencia (1886) de Antonio Herrera Toro:** Un abordaje sobre la metodología académica e iconografía

epidemiológica de finales del siglo XIX, de la autoría del Académico Adérito De Sousa y la Licenciada Leonor Colmenares.

Educación Médica y Transformación Social

- Emergencia humanitaria compleja educativa en especialidades médicas: Propuesta sobre el eje transversal de la reforma educativa, articulada por Esteban Rojas, Yamileth Arias, Carmen Sarmiento, Iván Gómez, Jeiv Gómez y Carlos Cabrera.

Este compendio reafirma nuestro compromiso irrenunciable con el conocimiento de vanguardia, la memoria histórica y el futuro de la medicina nacional.

Discurso pronunciado por el Dr. Huníades Urbina-Medina Al cierre de su gestión 2024-2026

*Dr. Huníades Urbina-Medina**

Dra. María Fátima Garcés, Vicerrectora Académica

Dr. Mario Patiño Torres, Decano de la Facultad de Medicina UCV y demás miembros del Consejo de Facultad

Dra. Elvia Badell Madrid, Presidenta de la SVPP y demás miembros de su directiva

Señores Doctores Presidentes de las Academias hermanas

Señores Dres. Expresidentes de la ANM

Señores Dres. Individuos de Número y Miembros Correspondientes Nacionales

Invitados Especiales, Amigos y amigas

Señoras y Señores

Soy un hombre afortunado en la vida, ya que nada me ha sido fácil., parafraseando a Sigmund Freud. Esta frase marca no solo mi trayectoria personal, sino el espíritu con el que asumí la presidencia de esta ilustre corporación. Las piedras que me pusieron en el camino, lejos de ser obstáculos, han sido los peldaños que me permitieron elevar a la Academia Nacional de Medicina a un nuevo estándar de modernidad y relevancia.

Cada obstáculo en mi camino ha sido una oportunidad para crecer, cada caída una lección, y cada reto una razón para superarme. No busco atajos ni temo a las dificultades, porque sé que en el esfuerzo está la verdadera recompensa.

*Presidente Academia Nacional de Medicina
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7267-5619>

Agradezco cada momento difícil, porque me ha enseñado a valorar lo que tengo y a no rendirme nunca. Lo aprendido son prueba de mi lucha y mi determinación. La fortuna no está en la facilidad, sino en la fuerza que se forja al enfrentar la vida de frente.

Comparezco ante este honorable auditorio con la satisfacción del deber cumplido, pero, sobre todo, con la gratitud de quien ha tenido el privilegio de servir a la Academia Nacional de Medicina durante el bienio 2024-2026. Al asumir esta presidencia, nos propusimos una meta clara: que la Academia no fuera un recinto de muros cerrados, sino una institución de puertas abiertas, vibrante y conectada con la realidad del siglo XXI.

Nos convoca hoy el cierre de un bienio que quedará registrado en los anales de esta corporación como un período de renacimiento institucional. La gestión 2024-2026, ha logrado amalgamar el rigor científico con una modernización administrativa y estructural sin precedentes. un ciclo marcado por la transformación, modernización y apertura de la Academia Nacional de Medicina, no solo hemos custodiado la tradición de la Academia Nacional de Medicina, sino que la hemos proyectado con vigor hacia el futuro.

El pilar fundamental de estos dos años como Presidente y 6 como secretario y Vicepresidente ha sido la apertura. Abrimos nuestras puertas y nuestras mentes, entendiendo que la medicina académica debe dialogar con la sociedad. Esta visión nos llevó a una presencia sin precedentes en medios de comunicación nacionales e internacionales, posicionando la voz experta de la Academia en la agenda pública y global.

Es un privilegio único de nuestra corporación contar entre nuestros miembros fundadores con un santo: el Dr. José Gregorio Hernández. Durante este bienio, hemos tenido la inmensa fortuna de celebrarlo y honrarlo en esta casa, recordando que en su figura se funden la fe inquebrantable, la excelencia académica y la vocación de servicio. Su presencia espiritual ha sido un faro en cada decisión tomada, recordándonos que la ciencia médica debe tener siempre un rostro humano y un compromiso ético con el más necesitado.

Venezuela atraviesa una Emergencia Humanitaria Compleja que mantiene al sistema sanitario público en un estado de precariedad extrema, caracterizado por la escasez crítica de insumos básicos, el deterioro de las infraestructuras hospitalarias y severas fallas en los servicios públicos esenciales, provocando un colapso institucional, económico y social sin precedentes en la historia reciente de la región. La hiperinflación prolongada, la destrucción del aparato productivo y la contracción del Producto Interno Bruto han sepultado el poder adquisitivo de los ciudadanos, dejando a millones de familias en una situación de pobreza extrema y severa inseguridad alimentaria. El deterioro de los servicios públicos esenciales, como el suministro de agua potable, la electricidad y el gas doméstico, precariza

diariamente la calidad de vida de la población, mientras que el sistema de salud pública enfrenta una escasez crítica de insumos médicos, medicamentos básicos y personal calificado, lo que impide garantizar el derecho a la salud y a la vida de los pacientes más vulnerables.

Como consecuencia directa de esta emergencia multimodal, el país ha experimentado uno de los flujos migratorios y de refugio más masivos del planeta, con millones de venezolanos que han abandonado su hogar en busca de protección, estabilidad y oportunidades en el extranjero. Esta pérdida masiva de capital humano, que incluye a profesionales de la salud, educadores y técnicos, debilita aún más las capacidades estructurales para la reconstrucción nacional y profundiza la brecha de desigualdad interna.

Las respuestas de asistencia internacional y los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales locales intentan mitigar el impacto del sufrimiento humano; sin embargo, la magnitud de la crisis exige soluciones políticas y económicas profundas, sostenibles y de largo plazo para revertir la emergencia y restituir la dignidad de la población.

En medio de este desolador panorama, el médico venezolano y todo el personal de salud ha emergido como un pilar fundamental de resiliencia, ejerciendo nuestra profesión con una vocación inquebrantable al desafiar diariamente la falta de recursos y las precarias condiciones salariales para salvar vidas en la primera línea de atención. Su resistencia y compromiso ético impiden el colapso absoluto de la atención sanitaria nacional, transformando las carencias materiales en actos de ingenio, humanidad y heroísmo civil.

Al revisar el informe de Salud de las Américas 2024, vemos con tristeza e indignación como ocupamos los primeros lugares en bajas tasas de vacunación en menores de 5 años, y estamos entre los 10 primeros países con mayor número de dosis ZERO. En el contexto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, los niños dosis cero son aquellos que no han recibido ninguna vacuna de su esquema sistemático o rutinario a la par de los países africanos, motivado a una cadena de infortunios que nos han llevado a coberturas vacunales de aproximadamente 50 % de acuerdo con la OPS, cuando la OMS recomienda el 95%. Más que un problema médico, la “dosis cero” es un indicador de exclusión social, pobreza extrema o falta de acceso al sistema de salud.

Frente a esta prolongada crisis, la [Academia Nacional de Medicina](#) de Venezuela reafirma su rol histórico y legal como órgano consultor del Estado, manifestando su plena disposición para cooperar técnicamente con el gobierno en el diseño e implementación de soluciones viables. La institución insiste en la necesidad imperativa de unificar los esfuerzos de salud pública, elevar el presupuesto del sector y garantizar la continuidad en el flujo de suministros médicos para aliviar el sufrimiento de la población. A través de esta apertura al

diálogo y al trabajo conjunto, la Academia busca tender puentes institucionales que permitan reconstruir el tejido sanitario del país mediante políticas basadas en la evidencia científica y la eficiencia técnica, sin lograr tener un interlocutor válido en estos últimos 27 años.

La medicina es, por definición, comunicación, por ello, uno de los pilares de nuestra gestión fue la proyección institucional. Entendimos que el conocimiento científico pierde fuerza si no alcanza al ciudadano. Me enorgullece decir que hoy la voz de la Academia resuena con vigor en los medios de comunicación, no solo nacionales, sino internacionales. Hemos sido consultados por las agencias y cadenas más importantes del mundo, devolviendo a Venezuela su sitio como referente de opinión médica calificada y ética en el concierto global, habiendo concedido 750 entrevistas a medios nacionales e internacionales, solamente en este bienio. Logramos una proyección robusta en los medios de comunicación, devolviendo a la Academia su rol como referente indiscutible de opinión calificada ante los desafíos sanitarios globales. Concedimos.

Pero si de tender puentes se trata, me llena de orgullo decir que acudimos a las comunidades más necesitadas de nuestra patria. Llevamos atención médica y suministro de medicamentos de la mano de unos excelentes jóvenes estudiantes de medicina y odontología: el Grupo MAYÚ, grupo de extensión de la UCV. Con ellos, ofrecemos atención comunitaria a la vez que formación académica, convencidos de que estos jóvenes no son el futuro, sino el presente que quiero para nuestra golpeada Venezuela. Esta labor social fue potenciada también por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y el Club del Asma, demostrando que la Academia vibra donde el pueblo sufre y necesita.

Esa misma apertura nos llevó a comprender que la excelencia académica debe ir de la mano con la seguridad y el bienestar. No podíamos ser una casa de salud sin garantizarla en nuestro propio hogar. En este mismo sentido, priorizamos la seguridad vital de todos los que hacemos vida en el Palacio de las Academias, con la creación de la enfermería “Lcda. Olivia Zurita Ponce” y la adquisición de dos Desfibriladores Externos Automáticos (DEA), por convenio con Venemergencia y Centro Médico Docente la Trinidad, convirtiéndonos en la primera zona cardioprottegida del centro de Caracas, impartiendo talleres de Reanimación Cardiopulmonar básica al personal empleado y obreros del Palacio, así como a los Académicos que refrescaron sus conocimientos. Dotamos de extintores de incendio a nuestros espacios y de batas, tapabocas y guantes descartables al personal de biblioteca.

A través de la alianza con la plataforma Salutis Hub, hoy contamos con una red de apoyo moderna con proyección en medios de comunicación dirigido a el personal de salud y hacia la comunidad, logrando establecer alianzas con la

Universidad de Ottawa y la Universidad de la Loja en Ecuador, obteniendo 4 becas remotas para investigadores venezolanos, manteniendo las becas de Oxford y Cambridge.

En el marco de esta vocación de servicio, esta gestión fue testigo de un hecho inédito en la larga historia de nuestra docta corporación. Por primera vez, un presidente de la Academia Nacional de Medicina tuvo el honor de ser designado por nuestro Decano de la Facultad de Medicina de la UCV, el Dr. Mario Patiño Torres, como Director de la Escuela de Medicina “José María Vargas”. Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Patiño Torres por la confianza depositada en mí para tan alta responsabilidad. Sin embargo, debo decir con honestidad que, lastimosamente, no se pudo culminar dicha gestión. La falta de solidaridad y la escasa comprensión de algunos sectores de profesores y académicos crearon un entorno que me llevó a tomar la decisión de dimitir, dándome yo mismo el apelativo —un tanto jocoso pero cargado de realidad— de “Huniades El Breve”. A pesar de la brevedad, me retiré con la tranquilidad de haber tendido puentes entre la Escuela de medicina Vargas y la ANM.

Al observar nuestra sede, verán que esta joya arquitectónica ha sido tratada con el respeto que su historia exige, recibiendo el cuidado que merece. Hemos realizado un esfuerzo sostenido en el ornato y la mejora de la estructura física. Desde la rehabilitación integral de las oficinas de las secretarías —motor silencioso de nuestra operatividad— hasta la refacción de nuestro kitchenette y la pulitura de los pisos de parquet, que hoy recuperan su lustre original, dotamos de luminarias al pasillo central de nuestra sede, colocamos jardines internos, reorganizamos el Museo Tamariz bajo las estrictas normas de seguridad de los Bomberos Universitarios, protegiendo así nuestro patrimonio histórico y humano, dando mayor prestancia a nuestros espacios,

Debo hacer una pausa necesaria para reconocer que estos logros no habrían sido posibles sin el apoyo de un grupo de empresas y personas que, de manera ética y solidaria, tendieron su mano a esta institución. En tiempos de desafíos económicos, estos colaboradores entendieron que mantener la operatividad de esta corporación es un acto de compromiso con el país. A todos ustedes, benefactores que prefirieron la acción al discurso, mi más sincero agradecimiento. Su apoyo ha sido el oxígeno que permitió que nuestra llama académica siguiera encendida. A todos ustedes les rendimos homenaje plasmando sus nombres en el muro de benefactores, idea tomada de la Academia de Medicina de Colombia.

En lo académico, la gestión fue un motor de integración. Modernizamos nuestra identidad visual con un nuevo logo que respeta nuestra esencia y mira al siglo XXI. Fortalecimos los lazos regionales mediante sesiones conjuntas con las Academias de Medicina del Zulia, Táchira y Mérida, y brindamos un respaldo

institucional sólido a través de los numerosos avales otorgados a eventos de sociedades científicas, garantizando que cada congreso o jornada que lleve nuestro sello cumpla con la excelencia que el país merece.

Nuestra labor académica fue incansable. Participamos en 62 foros y eventos científicos en todo el país, la mayoría de las veces de la mano de mi querida Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, representada hoy por nuestra Presidente, mi respetada y querida amiga, la Dra. Elvia Badell Madrid.

Durante este bienio, emitimos una serie ininterrumpida de comunicados de información a la comunidad, 32 en total, sobre los diversos problemas de salud que han suscitado preocupación en nuestra población. No hemos sido espectadores pasivos; hemos cumplido con nuestro rol de asesores del Estado mediante constantes llamados de atención y exhortos al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), exigiendo respuestas efectivas, transparencia en la datos y políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de todos los venezolanos.

Esta identidad institucional, que se manifiesta en la palabra valiente, se ha visto también afianzada en nuestros símbolos. Me llena de orgullo mencionar la reedición y el reestreno del Himno de la Academia Nacional de Medicina, luego de una exhaustiva investigación, tarea en la cual conté con el apoyo de la Dra. Enriqueta Sileo y el Sr. Nelson Orozco. Al volver a escuchar sus notas, no solo celebramos una pieza musical, sino que reafirmamos nuestro sentido de pertenencia y la solemnidad de nuestra misión.

Para cerrar este ciclo de gestión, dejamos un legado que trasciende el tiempo: la creación de la Editorial Academia Nacional de Medicina. Con ella, aseguramos que la producción intelectual de nuestros miembros tenga un cauce formal, independiente y de alta calidad editorial. No hay academia sin libros, y hoy, nuestra producción literaria y científica tiene una casa propia.

Dirigir esta institución ha sido uno de los honores más altos de mi carrera profesional. No lo hice solo; lo hicimos juntos, con una directiva comprometida y un personal que dio lo mejor de sí. Entrego una Academia más visible, más segura y moderna. Una institución que no solo estudia la historia, sino que la escribe día a día.

Ninguno de estos logros es obra de un solo hombre. Detrás de cada piso pulido, de cada convenio firmado y de cada nota de prensa, hay un equipo humano excepcional al que hoy quiero rendir tributo.

En este momento de balance, no puedo dejar de recordar a todos aquellos que han apoyaron e impulsaron mi carrera dentro de esta Academia. Mi gratitud eterna a mi querido padrino, el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorri, quien me invitó a formar parte de su directiva, Al Dr. Guillermo Colmenares, cuya bonhomía y sentido del humor fueron siempre un bálsamo en los momentos de tensión. A mi recordado

“Kaiser”, Horacio Vanegas, y a la incansable y eficiente Laura. Mi pensamiento está hoy con todos aquellos hoy ausentes de este plano físico, pero presentes en mi memoria, quienes solidariamente celebraron mis triunfos y en alguna ocasión me dieron el consejo certero y el llamado de atención oportuno.

A todas las comisiones que contribuyeron con sus aportes, ustedes son parte importante de este éxito.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al personal de secretaría, columna vertebral de nuestra operatividad. De manera muy especial, a la Sra. Eva Angulo, cuya entrega, memoria institucional y compromiso han sido fundamentales para que esta presidencia pudiera navegar los retos diarios con éxito. Gracias, Eva, por ser el timón silencioso de esta oficina. A Janeth y Leti, responsables de la tesorería, agradecemos su entrega, compromiso y ocasionalmente su terquedad, siempre en beneficio de la institución, igualmente nuestras palabras de agradecimiento lleguen hasta Elisa Barrera y su equipo al frente de la Biblioteca.

Al personal obrero, los custodios de nuestra casa, mi reconocimiento.

A la Lcda. Eglis Lugo, cuyo esfuerzo y dedicación se reflejan en cada recomendación y orientación en materia de Talento Humano, quien, a pesar de saber que profeso la religión judía, los miércoles, sin falta se me acercaba y me santiguaba con agua bendita, encomendándome al altísimo, anécdota que persistirá en mi memoria. Ustedes hacen que este Palacio de las Academias sea un lugar digno de la ciencia que aquí se cultiva.

A nuestro asesor legal, ad honorem, el Dr. Rafael Badell Madrid, infinitas gracias por ser tan paciente y dispuesto a solucionar todas las consultas que le hicimos y seguiremos haciendo.

Al equipo de la Gaceta Medica de Caracas, dirigido por el Académico Dr. Enrique López Loyo y la editora senior Dra. Anita Stern, su trabajo inquebrantable mantuvo nuestro órgano de difusión científico al día y convirtieron en el soporte económico para el sostenimiento de la Academia.

Y, por supuesto, a mi equipo de gestión. A los Dres. Felipe Martín Piñate, Andrés Soyano, Enriqueta Sileo y José Manuel de Abreu. Gracias por el debate de altura, por el consejo oportuno, por la lealtad a la institución y por compartir conmigo la fatiga y los logros de estos dos años. Hemos sido una directiva disímil, pero al final, cohesionada por el compromiso con la medicina venezolana, y ha sido un honor liderar junto a ustedes esta nuestra querida Academia.

Nuestra gestión buscó siempre un sentido holístico del ser humano. Convencidos de que “solo el que sabe de medicina, ni medicina sabe”, abrimos las puertas a la cultura y la espiritualidad. Fue un honor realizar el concierto 120 años

de la ANM con al Sistema Nacional de Orquestas, bajo la dirección de mi querido y recordado Maestro Rodolfo Saglimbeni. Los pasillos de este palacio se llenaron con la magia de los conciertos corales navideños y la solemnidad de nuestras Misas de Acción de Gracias, elevando el espíritu de nuestra comunidad académica más allá del rigor científico.

Hoy, entrego el testigo con la confianza de quien sabe que el camino queda en manos excelentes. Queremos expresar nuestros más profundos deseos de éxito a la nueva Junta Directiva que hoy asume este compromiso, conformada por los doctores Felipe Martín Piñate, Miguel Saade, Carlos Cabrera, Myriam Marcano y Franco Calderaro. En su talento, ética y dedicación descansa el futuro inmediato de nuestra corporación. Sé que sabrán navegar los tiempos por venir con la sabiduría que sus trayectorias garantizan.

Recuerdo que un estimado académico al inicio de esta gestión me entregó un papelito, con un mensaje y cito: “La mujer del Cesar no solo debe parecer honesta, sino también parecerlo “ no lo entendí en ese momento, pero transcurrido estos 2 años y luego de procesarlo , refleja que no basta con ser una persona íntegra, correcta o inocente; también es fundamental actuar de una forma que no deje dudas ante los demás. Espero que con este resumen de mis actividades al frente de esta docta institución, haya quedado patente que soy y actué de la manera más cónsona con la investidura del cargo ejercido.

Al Dr. Vargas, quien nos observa desde el lienzo y la memoria, espero que este informe de gestión le confirme que su legado sigue en buenas manos. El camino sigue, y la Academia Nacional de Medicina continuará siendo la brújula ética y científica de Venezuela.

Culmino citando a Dr. Luis Razetti “en los momentos de mayor necesidad donde la mezquindad se revela, el verdadero carácter de una persona se mide por su disposición a ayudar sin esperar nada a cambio”

Señores y señoras.

Toma de Posesión Junta Directiva Academia Nacional de Medicina Periodo 2026 – 2028

*Dr. Felipe Martín Piñate**

Señoras y Señores

Me siento profundamente emocionado,

Permítanme expresarles breves palabras relacionadas con mis sentimientos sobre mis seres queridos: Palabras de ofrenda para mis padres Felipe Martín Fernández y Trina Piñate de Martín, fuerza originaria que siempre me ha acompañado en la búsqueda permanente de la felicidad, los amo con veneración, hoy difuntos pero presentes espiritualmente en este acto. Para mi abnegada esposa, Marta Iriarte de Martín, pilar fundamental de mi vida afectiva. Palabras de reconocimiento; para mis hijos y nietos, gracias por las satisfacciones que estoy recibiendo de ellos, consciente de que son la continuidad y perpetuidad de mi existencia.

En este orden de ideas, expreso admiración y respeto a los “curieperos” porque ellos se han constituido en palanca principal de mi desarrollo físico, intelectual y espiritual, imposible olvidar los recuerdos que me vienen de la infancia, de la Escuela Juan Pablo Sojo, de mis compañeros de estudio, amigos y relacionados con la convivencia “curiepera”, de sus tradiciones: Niño Jesús de Curiepe y San Juan Bautista. Quiero destacar también como estudiante, el aprendizaje logrado en los Liceos José María Vargas de la Guaira y Fermín Toro de Caracas. A nivel superior, sobresalen la Universidad Central de Venezuela y la Universidad de Carabobo, igualmente el Instituto de Oncología Luis Razetti, Hospital Universitario de Caracas (Servicio de Cirugía III), y Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó. Profundo agradecimiento a mis maestros: José Ignacio Baldó, cerebro, razón y

*Presidente Academia Nacional de Medicina
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4591-4596>

consciencia de la lucha Antituberculosa en Venezuela, Maestro Profesor Doctor César Rodríguez, creador de los cursos de Neumonología y Cirugía de Tórax tanto para adultos como para niños, en el país; a él debo mi formación especializada como Neumólogo y Cirujano de Tórax. Resaltan figuras de la talla de los doctores: Bernardo Guzmán Blanco, Esteban Garriga Michelena, Oscar Rodríguez Grimán, Lisandro López Herrera, Armando Márquez Reverón, Francisco Rincón Morales, Francisco Aguilera, Hermógenes Rivero, Ponce Ducharne, Víctor Grossman, Edgar Grossman, Rubén Jaén, Jesús Leal Gutiérrez, (Educador excepcional), Antonio Eblen, Carlos Rojas Malpica, José Ramón López Gómez y José Enrique López, hasta ellos mis más profundo y eterno agradecimiento.

En la Academia Nacional de Medicina, he contado con el tutelaje de los académicos: Otto Lima Gómez, Rafael Cordero Moreno, Carlos Hernández, Claudio Aoun, Oscar Beaujon, Rafael Muci-Mendoza, José Antonio O'Daly Carbonell y todos los aquí presentes, quienes con su generosa amistad me han elegido presidente de la JD de nuestra corporación, para el período 2026-2028, a ustedes, sincero agradecimiento.

Debo también reconocer y apreciar las enseñanzas recibidas a través de peregrinaje externo inducido por el Maestro Cesar Rodríguez y mi fraterno amigo, Dr. Otto Gago, a partir del año 1972: Hospital Broussais en París, Clínica de Tórax del Instituto Karolinska, Estocolmo; Brompton Hospital en Londres, Universidad de Michigan, Universidad de Harvard y Clínica Mayo (Rochester Minnesota), en todos ellos recogí grandes beneficios para nuestro Servicio en el Algodonal y a favor de la comunidad a la cual servíamos.

Apreciados colegas, Invitados especiales, Señoras y Señores: Hoy estamos de cumpleaños.

Un día como hoy, 11 de Junio de 1904 se instala la **Academia Nacional de Medicina** con 35 Individuos de Número, 40 Miembros Correspondientes Nacionales (MCN) y 25 Correspondientes Extranjeros (MCE), para un total de 100 miembros.

Para 1941, por modificación de la Ley Orgánica-Estatuto-Reglamento, quedó constituida por 40 Individuos de Número, 50 Miembros Correspondientes Nacionales y 30 Miembros Correspondientes Extranjeros, para un total de 120 miembros.

Se instaló en el Convento de San Francisco (Seminario Santa Rosa de Lima).

La ANM nació de la mano del Maestro fundador Dr. Luis Razetti, como producto de la ingenuidad racionalista, objetivista, modelo Cartesiano-Newtoniano, sin

imaginar al Académico cognoscente ni a las necesidades del mundo científico-docente ni al país que tenemos en la actualidad. Se define como una Corporación científica y doctrinaria, que de manera crítica debe siempre buscar la esencia de su significado, para lograr sus propósitos, por tanto, en ella, debe privar la improvisación, la renovación, la innovación y la creatividad.

La ANM, debe asociarse a lo inductivo, a lo subjetivo, a lo holístico, a lo creíble y a lo intangible. Debe ser defensora de los Derechos Humanos, como punto de partida de la dignidad humana, habida cuenta de que todos los seres humanos nacen libres e iguales en derecho. La búsqueda permanente de la Paz (Democracia), es el objetivo principal de los Derechos humanos. Constituyen el fundamento de todas las sociedades y nuestro interés es despertar el genuino deseo de consciencia, a base de inspiración y creatividad ante la crisis que estamos sumergidos, además contemplando el desplazamiento de la base científica de la medicina (Dimensión Biomédica). Hoy, la Medicina es un contexto, de tal manera que la Inmunología ha desplazado a la etiopatogenia, la Genética y la Epigenética, reemplazó a la etiología y se codifica el genoma humano. Por otra parte, las Leyes de las ciencias, no se pueden aplicar a la Medicina, por tanto, ésta no existe como Ciencia sino como Disciplina científica conservando **sí**, el Discurso científico.

La organización debe usar la Dialéctica, la Hermenéutica y la Heurística, como fuentes de información. Sus consideraciones o conclusiones deben ser discutibles y revisables, por tanto, la Academia debe ser una organización de terminales abiertos como la concibió el maestro fundador: Dr. Luis Razetti: “Flexible, Democrática y Liberal”. Se impone abandonar la era institucional buscando la autonomía de esta. Su fin último, debe estar guiado hacia una Magna Universidad, cuya misión es promover el conocimiento científico y la doctrina a los más elevados niveles, teniendo como propósito dos factores epistémicos fundamentales: Ciencia y Humanitarismo, a objeto de que su producto se corresponda con un **buen médico** y a la vez un **médico bueno**, capaz de lograr a plenitud la comprensión del ser humano, en su relación: Salud-Enfermedad, individual y colectiva, así como, en su entorno sociocultural y ambiental.

Distinguidos académicos, después de estos principios fundamentales, queremos exponer ante ustedes un programa de trabajo, que se corresponda con el bienio 2026-2028, de realizaciones: acciones, interacciones, retroacciones, producto de nuestras observaciones y de la dinámica evolutiva de nuestra corporación, que comprende aspectos de **infraestructura, estructura y supraestructura**. Nos corresponde desnudar la institución para una mejor comprensión, destacando en primer lugar, las características físicas e históricas de la infraestructura, comenzando con la fundación del Convento de San Francisco (Sede del seminario Santa Rosa de Lima), en tiempos de la colonia, cuya construcción se inicia en 1575. En 1641, el

terremoto de San Bernabé lo destruyó, posteriormente fue reconstruido. En 1812, un nuevo terremoto daña al edificio considerablemente.

En 1813, Simón Bolívar, es proclamado Libertador en la Capilla del Convento y sus restos fueron velados allí, en 1842.

En 1856, la Universidad Central de Venezuela es trasladada al antiguo convento y en 1873, la UCV es reedificada.

El 3 de Diciembre de 1876, se inaugura este Paraninfo (que cumplirá 150 años para este Diciembre).

En 1953, la UCV pasa a ocupar su sede definitiva en la Ciudad Universitaria de Caracas.

El 6 de abril de 1956, el Convento fue declarado Monumento histórico Nacional, ocupado por las academias.

En 1957, nueva restauración.

En Resumen: Antiguo Convento de San Francisco – Después Universidad Central de Venezuela y actualmente Palacio de las Academias.

En 1987- 88, se produce otra restauración.

Año 2005, El mantenimiento del Monumento histórico nacional fue realizado por la Fundación de las Academias, hoy día dirigida por el Dr. Eugenio Hernández Bretton y por el Comité Interacadémico, que preside el Dr. Rafael Badell Madrid; quienes trabajan en su conjunto para el funcionamiento de la infraestructura, habida cuenta de que los recursos físicos y tecnológicos son de utilidad común para todas las academias, lo que incluye el edificio, las instalaciones, los equipos tecnológicos, redes y sistemas informáticos, el mobiliario, las plataformas digitales y servicios operativos. El pasado primero de Junio, estuve presente en el último encuentro Inter académico, apreciando la desproporción entre las necesidades de la infraestructura y las posibilidades actuales de la Fundación, por lo que nos planteamos ampliar la búsqueda de los recursos financieros tanto a nivel privado como oficial, rescatando su participación para tal fin.

En la **estructura** de nuestra Organización, estamos conscientes que la distribución de las funciones, responsabilidades y niveles de autoridad (división del trabajo, jerarquías, comisiones y líneas de mando), deben ser manejadas desde una perspectiva administrativa y organizacional.

En relación con la **supraestructura**, que comprende el sistema humano y administrativo de la organización, está orientada a lograr los objetivos planteados en su definición: Ciencia y Doctrina. Nos proponemos a una activa movilización de las plazas vacantes, a ser ocupadas por Individuos de Número (MCN, MCE e Individuos de cortesía.) a través de solicitudes y mecanismos de presión, de orden capilar, presencial y permanente, sobre las autoridades responsables.

Motivar al máximo, la asistencia presencial y virtual, utilizando incentivos de interés académico.

Mantener un alto nivel académico en lo científico y humanístico.

Ofrecer igualdad de oportunidades para todos los que integramos esta gran familia, que se sientan protegidos como figuras destacadas de la comunidad académica nacional.

El personal administrativo presenta situación crítica lamentable, recibiendo sueldos injustos que merecen nuestra mayor atención y estamos como Junta Directiva dispuestos a colaborar con ellos, porque representan un valor fundamental en el funcionamiento de la Institución. Este compromiso está relacionado con los cambios económicos, sociales y políticos por venir. Queremos que estén seguros de que los vamos a apoyar en sus reivindicaciones, además de crear nuevas estrategias financieras.

Apreciados colegas, nosotros los integrantes de esta Junta Directiva destinada a gerenciar la Corporación en el período 2026-2028, consideramos que debemos contextualizar sus tres estamentos constitutivos: la supraestructura: sistema humano y administrativo, la estructura con distribución formal de funciones con sus responsabilidades y sus niveles de autoridad. La infraestructura debe ser dotada de recursos físicos y tecnológicos que soporten las operaciones.

Reconocemos los grandes esfuerzos que han hecho las directivas anteriores, quienes, con dedicación y trabajo, han logrado mantener a la Academia como máximo exponente de la Medicina Nacional y esta realidad está en contexto con su definición. Corresponde a nosotros, fortalecer el componente doctrinario, con cuatro propuestas contenidas dentro de este plan de trabajo bienal, que exponemos a continuación y sometemos a la consideración de ustedes:

1° Crear un movimiento académico nacional e internacional, con el objeto de actualizar la base legislativa de nuestra Ley Orgánica, Estatutos y Reglamentos. Contamos con las personas dispuestas a colaborar con tal fin, tanto a nivel nacional como en el exterior, con la idea de que el documento resultante, responda a las

necesidades y expectativas actuales. En lo inmediato debemos trabajar al respecto, para estar listos en el momento propicio.

2° Necesitamos darle vida a la relación Universidad-ANM, a través del intercambio de conocimientos, en especial sobre Metodología de Investigación, con el propósito de un mejor entendimiento y comprensión de temas que sean soportes para ambas organizaciones. Estamos preparados para ofrecer a la Universidad, la información como doctrina e interacción de conocimientos científicos como los Paradigmas que utilizamos en nuestro medio: Paradigmas de Ciencia estrecha: Positivismo lógico (Determinismo) de Auguste Comte, producto del afán del ser humano de controlar y explicar todo; Paradigma Fenomenológico-Hermenéutico de Edmund Husserl (Racionalidad interpretativa), que estudia lo subjetivo (lo intangible y las experiencias humanas vividas) y Teoría Crítica de Frankfurt o Paradigma Sociocrítico, que busca la participación de los involucrados en el tema, motivo de estudio; y los paradigmas de Ciencia amplia o sistémicos integrales emergentes como: Paradigma de la Complejidad de Edgar Morin, Paradigma Integral Holónico de Ken Wilber (Concepción Integral de las disciplinas científicas), Paradigma Holográfico de David Bohm y Paradigma Akásico de Ervin Laszlo, estos dos últimos de naturaleza cuántica.

Esta concepción paradigmática integral, nos indica que la Ciencia deductiva debe dar paso a una Ciencia variada, imprevisible, flexible e incluyente. En otras palabras, es necesario despertar, desbloquear la mente, idear nuevos modos de pensar. Reformar el pensamiento como dice el Profesor Leal.

Esta concepción doctrinaria es válida para todas las universidades del país y del exterior, así como para las otras academias. Es necesario desarrollar una cultura de investigación propicia para la formación de investigadores, siendo indispensable un clima organizacional donde prime la Sinergia al objeto de valorar las diferencias, respetándolas y compensando las debilidades con fortalezas, de tal manera que los que interactúan se entiendan. Sería como crear un nuevo guion más abierto, más generoso y confiado, menos defensivo y político, es decir, menos posesivo.

3° Crear documento en base a los últimos avances de la Cuarta Revolución Industrial, con énfasis en la Inteligencia Artificial, bajo la asistencia de la Comisión de la IA, documento que se registraría como Doctrina para la enseñanza del tema a nivel nacional e internacional.

4° Las actividades científicas desarrolladas en las sesiones de nuestra corporación, deben ser archivadas en nuestra Biblioteca como doctrina, que alimente el Acervo científico, docente e histórico de nuestra academia y destinados a fortalecer los contenidos publicados en la Gaceta Médica de Caracas y Colección

Razetti, magistralmente editadas por los Doctores Enrique López Loyo y Carlos Cabrera, respectivamente, como textos–doctrinas de la Academia.

Es oportuna la ocasión para hacer un llamado a todos los académicos, en especial a los nuevos miembros al objeto de que nos den mucha fortaleza y templanza para enfrentar el reto que tenemos por delante. Jóvenes académicos, nuevos líderes de la insurgencia social y política en el campo de los valores, los invitamos a que juntos podamos fortalecer la sociedad del conocimiento, la sociedad digital, la sociedad de la sabiduría, el aporte de la IV Revolución Industrial o Mundo de la Inteligencia Artificial (IA), que atiendan a las necesidades de la comunidad, lo que Edgar Morin (quien acaba de fallecer), llamo la “Planetarización de la Humanidad”, Unidad planetaria y biosférica, como única alternativa a la sociedad actual, para crear estrategias de Paz, no más regionalismo, rechazando interferencias de la política en la Ciencia y precisando su autodeterminación.

Los hombres como ustedes que han tenido el mérito de su Cultura, deben ser los primeros artífices del cambio y según Edmund Husserl, creado por científicos con luces de su propia intuición destinada a salvar la humanidad; Don Miguel de Unamuno decía “Sólo el que sabe es libre y más libre el que más sabe”, Sócrates con su lema, decía: “Sólo sé que no se nada”, seguía buscando la Sabiduría y Platón decía “El hombre sabio querrá estar siempre con quien sea mejor que él”.

Señores académicos, Invitados especiales, Señoras y Señores, esta Junta Directiva está formada por académicos libres pensadores, respetuosos de la diversidad en contextos dinámicos y creativos, garantizando a ustedes que pueden trabajar en libertad, como dice la Universidad Central de Venezuela: “Que quede atrás la sombra” y como dice Eckhart Tolle: La iluminación recupera la conciencia del Ser. Entonces, el reto consistiría en mantener iluminada nuestras mentes, a lo cual Mariano Picón Salas, decía: La dignidad moral del hombre libre seguirá siendo la Luz y primera razón de la historia.

Y para terminar por donde debí haber comenzado, le doy las gracias a Dios por su presencia en este acto.

Gracias a todos ustedes por su honrosa presencia y especial agradecimiento a las damas por embellecer y darle prestancia a este Paraninfo.

Dr. Felipe Martín Piñate, IN, SXXV

Presidente.

Academia Nacional de Medicina.

Pérdida Gestacional Recurrente: el Papel de los Polimorfismos Genéticos del Receptor de la Vitamina D y las Células NK

*Trabajo de Incorporación como Miembro Correspondiente Nacional N° 13
de la Academia Nacional de Medicina*

*Dr. Alejandro Teppa-Garrán**

INTRODUCCIÓN

La pérdida gestacional recurrente (PGR) es una condición multifactorial en la que intervienen factores genéticos, inmunológicos, endocrinos, ambientales y anatómicos uterinos, así como factores trombofílicos, en particular el síndrome antifosfolípido (SAF) y las trombofilias hereditarias, incluyendo las mutaciones del factor V Leiden, del gen de la protrombina (G20210A) y del MTHFR (metilentetrahidrofolato reductasa) (1, 2). También se han implicado factores infecciosos, enfermedades maternas sistémicas, factores masculinos como la fragmentación del ADN (ácido dextrirribonucleico) espermático, además de los hábitos de vida y la edad materna avanzada, esta última asociada a un mayor riesgo de aneuploidías embrionarias (1, 2). En este contexto, la inmunología reproductiva y la genética han adquirido un papel central en la comprensión de su fisiopatología, especialmente en relación con los mecanismos de la tolerancia materno-fetal que permiten el desarrollo adecuado del embarazo.

Desde el punto de vista inmunogenético, destacan la participación de las células inmunitarias deciduales, en particular las células NK (*natural killer*) uterinas (uNK), así como la interacción entre receptores maternos como los KIR (*killer immunoglobulin-like receptors*) y los ligandos fetales del sistema HLA-C

*Doctor en Ciencias Médicas. Coordinador Nacional Sección Medicina Reproductiva de la SOGVzla. Policlínica Metropolitana, Caurimare. Centro Reproducción Asistida Fertigenetics, Santa Paula. Caracas, Venezuela. E-mail: ateppa@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3047-5370>

(*human leukocyte antigen C*) (3). Paralelamente, los estudios de los polimorfismos genéticos, interpretados bajo los principios de la genética poblacional, tales como las frecuencias alélicas, genotípicas, el equilibrio de Hardy-Weinberg y el desequilibrio de ligamiento (DL), han permitido explorar la base biológica de la susceptibilidad a la PGR, aunque con resultados frecuentemente heterogéneos entre las poblaciones (4).

Dentro de este grupo de variantes, los polimorfismos del receptor de vitamina D (VDR), incluyendo principalmente los *rs2228570*, *rs1544410*, *rs7975232* y *rs731236*, han sido ampliamente evaluados por su potencial impacto en la regulación inmune y la función de las células NK (5). Sin embargo, la evidencia disponible no ha demostrado asociaciones consistentes ni utilidad clínica rutinaria, lo que refuerza la naturaleza multifactorial y poblacionalmente dependiente de la PGR (1, 5).

A lo largo de esta revisión se desarrollarán, de forma secuencial, los principales aspectos que sustentan la base inmunogenética de la PGR, con énfasis en la interacción entre los mecanismos inmunológicos, la variabilidad genética y su posible relevancia clínica.

Pérdida gestacional recurrente

La PGR constituye una de las complicaciones más complejas de la medicina reproductiva debido a su etiología multifactorial y al importante impacto físico y psicológico que genera en las parejas afectadas. Además de comprometer el pronóstico obstétrico, tiene un importante impacto psicológico y emocional sobre las parejas afectadas (2).

En su actualización de 2026, la ASRM (*American Society for Reproductive Medicine*) (1), define la PGR como la pérdida espontánea de dos o más embarazos antes de las 22 semanas de gestación, incluyendo las pérdidas bioquímicas confirmadas por gonadotropina coriónica humana (hCG) y excluyendo los embarazos ectópicos y la enfermedad trofoblástica gestacional. A diferencia de definiciones previas, la nueva guía incluye tanto las pérdidas clínicas como las pérdidas bioquímicas, siempre que el embarazo haya sido confirmado mediante determinación de la gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre u orina, sin requerir confirmación ecográfica o histopatológica. Esta modificación reconoce que las pérdidas bioquímicas confieren un riesgo de recurrencia similar al observado tras las pérdidas clínicas y favorece una evaluación más temprana de las pacientes con riesgo reproductivo. Por su parte, la ESHRE (*European Society of Human Reproduction and Embryology*) (2), también adopta el criterio de dos o más

pérdidas gestacionales, pero incorpora un enfoque más flexible, considerando que la evaluación debe individualizarse según la edad materna, la historia clínica y el contexto reproductivo. La ESHRE igualmente reconoce la importancia de incluir las pérdidas tempranas confirmadas y no exige que sean consecutivas. En conjunto, ambas guías reflejan un cambio desde definiciones clásicas (tres o más pérdidas consecutivas) hacia criterios más sensibles y clínicamente aplicables, con el objetivo de permitir una evaluación más temprana y potencialmente la intervención en etapas previas de mayor impacto reproductivo.

La prevalencia de la PGR varía según la definición utilizada y las características de la población estudiada. Se estima que aproximadamente entre el 1 % y el 3 % de las mujeres en edad reproductiva experimentarán dos o más pérdidas gestacionales, mientras que la pérdida de tres o más embarazos afecta a menos del 1 % de las parejas (1, 2). A pesar de los avances en genética reproductiva, inmunología y medicina materno-fetal, entre el 30 % y el 50 % de los casos continúan clasificándose como de etiología inexplicada, lo que pone de manifiesto la necesidad de identificar nuevos mecanismos fisiopatológicos y biomarcadores que permitan mejorar la estratificación del riesgo y desarrollar estrategias terapéuticas más personalizadas.

Actualmente, la PGR se considera un trastorno de origen multifactorial en el que pueden coexistir alteraciones cromosómicas embrionarias, anomalías anatómicas uterinas, SAF, trastornos endocrino-metabólicos, factores masculinos y mecanismos inmunológicos, entre otros (6). La PGR debe entenderse como un síndrome heterogéneo, en el que el SAF es la única entidad inmunotrombótica con implicación clínica bien establecida, mientras que el resto de las alteraciones inmunológicas y trombofílicas requieren mayor validación antes de su aplicación rutinaria en la práctica clínica (6). Por consiguiente, las guías actuales desaconsejan el uso rutinario de pruebas inmunológicas y de tratamientos inmunomoduladores en pacientes con PGR, debido a la insuficiente evidencia clínica que demuestre un beneficio consistente en la tasa de recién nacido vivo (1, 2, 7). No obstante, se reconoce que la inmunología reproductiva continúa siendo un área prioritaria de investigación, especialmente en mujeres con pérdidas recurrentes de embriones euploides, en las que las alteraciones de la respuesta inmunitaria materna podrían desempeñar un papel relevante.

Importante resaltar que además de comprometer el pronóstico obstétrico, la PGR también tiene un importante impacto psicológico y emocional en las parejas afectadas, con repercusiones que incluyen ansiedad, síntomas depresivos, duelo perinatal y alteraciones en la calidad de vida y en la dinámica de la relación de pareja (1). Este impacto suele intensificarse con la repetición de las pérdidas y la incertidumbre diagnóstica, lo que subraya la necesidad de un abordaje integral que

incluya no solo la evaluación médica, sino también el acompañamiento psicológico y el apoyo emocional continuo.

Inmunología materno-fetal en la PGR

La gestación normal requiere el establecimiento de una tolerancia inmunológica dinámica entre la madre y el feto, considerado un semi-aloinjerto debido a que expresa antígenos de origen paterno que son reconocidos por el sistema inmunitario materno (8). Este equilibrio permite la implantación y el desarrollo embrionario sin comprometer la capacidad de la madre para mantener una respuesta eficaz frente a agentes infecciosos en general, incluyendo virus, bacterias, parásitos y otros patógenos potenciales que podrían afectar tanto la salud materna como el desarrollo fetal (8). Este equilibrio depende de una compleja interacción entre el trofoblasto, las células inmunitarias deciduales y diversos mediadores solubles. Durante el primer trimestre predominan mecanismos inmunorreguladores mediados por las células T reguladoras (Treg), uNK, macrófagos deciduales y células dendríticas tolerogénicas, que favorecen la remodelación vascular, la invasión trofoblástica y el mantenimiento de la tolerancia materno-fetal (9). Indudablemente, la alteración de estos procesos puede desencadenar una respuesta inflamatoria excesiva y contribuir a la PGR (9).

En la PGR se han descrito múltiples alteraciones inmunológicas, entre ellas un desequilibrio entre las respuestas proinflamatorias y reguladoras, disminución de la función de las células Treg, incremento de la actividad citotóxica de las células NK y alteraciones en la interacción entre los receptores KIR maternos y las moléculas HLA-C del trofoblasto (10). Aunque estas asociaciones cuentan con creciente respaldo experimental, la evidencia clínica continúa siendo heterogénea y, hasta la fecha, las principales guías internacionales no recomiendan la evaluación inmunológica de rutina fuera de protocolos de investigación o situaciones clínicas específicas, debido a la falta de biomarcadores validados y de intervenciones con eficacia demostrada (1, 2, 7).

Células NK en la PGR

Las células NK constituyen la principal población leucocitaria de la decidua durante el primer trimestre del embarazo, representando aproximadamente el 70 % de las células inmunitarias locales (11). A diferencia de las NK periféricas (pNK), las uNK presentan un fenotipo predominantemente CD56+brightCD16-, con baja actividad citotóxica y una elevada capacidad secretora regulatoria (11). Estas células desempeñan un papel esencial en la implantación, la remodelación

de las arterias espirales, la angiogénesis y la regulación de la invasión trofoblástica mediante la producción de citocinas, quimiocinas y factores angiogénicos (12). Su función está regulada, en gran medida, por la interacción entre los receptores KIR expresados en su superficie y las moléculas HLA-C del trofoblasto extraveloso (11, 12).

En mujeres con PGR, diversos estudios han descrito un incremento en el número o en la actividad citotóxica de las células pNK (CD56+dimCD16+) y alteraciones funcionales de las uNK, así como asociaciones entre determinados genotipos KIR y alelos HLA-C fetales (13). El reciente metaanálisis de Woon et al. (14), revisa la evidencia disponible sobre el número y la función de las uNK en mujeres con PGR y fallo de implantación recurrente (FIR), comparadas con controles. Incluye 60 estudios y muestra que las mujeres con PGR y FIR presentan niveles significativamente más altos de uNK CD56+ en el endometrio, aunque con una gran heterogeneidad entre los estudios. Sin embargo, no encontraron asociación consistente entre los niveles de uNK y los resultados del embarazo, ni correlación entre las NK periféricas y uterinas. En cuanto a la función, los estudios analizados son variables, pero sugieren alteraciones en la expresión de receptores inhibitorios y cambios en factores angiogénicos, mientras que los datos sobre citotoxicidad y secreción de citocinas son inconsistentes. En conjunto, los autores concluyen que las uNK podrían reflejar un desequilibrio del microambiente inmunológico endometrial en PGR y FIR, pero su utilidad clínica como marcador diagnóstico aún no está establecida y requiere estandarización.

En resumen, los resultados siguen siendo inconsistentes debido a la heterogeneidad metodológica, la ausencia de valores de referencia estandarizados y las diferencias entre las poblaciones estudiadas. En consecuencia, tanto la ASRM como la ESHRE consideran que la determinación rutinaria de células NK periféricas o uterinas carece de suficiente evidencia para su uso diagnóstico o para guiar tratamientos inmunológicos en pacientes con PGR, recomendando su utilización principalmente en el contexto de investigación clínica (1, 2).

Polimorfismos genéticos y genética poblacional

Los polimorfismos genéticos son variaciones heredables en la secuencia del ADN presentes en al menos el 1 % de la población. La forma más frecuente corresponde a los polimorfismos de un solo nucleótido (*SNP*, single nucleotide polymorphisms), aunque también existen inserciones, deleciones, variaciones en el número de copias y repeticiones en tándem (15). La mayoría de estos polimorfismos son neutros; sin embargo, algunos pueden modificar la expresión o la función de proteínas involucradas en procesos biológicos, influyendo en la

susceptibilidad a enfermedades, la respuesta inmunológica y la variabilidad en la respuesta a tratamientos (15).

En medicina reproductiva, los estudios de asociación genética buscan identificar variantes de los polimorfismos relacionadas con la PGR. En este sentido, el metaanálisis de Su et al. (16), evaluó la asociación entre polimorfismos en genes relacionados con angiogénesis y vasoconstricción y la PGR, incluyendo 18 estudios caso-control con 2397 pacientes y 1760 controles. Los resultados mostraron asociaciones significativas entre PGR y los polimorfismos VEGF (-1154G>A), p53 (codón 72) y eNOS (Glu298Asp), mientras que la variante eNOS (B/A) no mostró significación estadística. En conjunto, los hallazgos sugieren que variantes genéticas implicadas en la regulación vascular pueden contribuir a la susceptibilidad a la PGR idiopática (16).

Por su parte, la genética de poblaciones proporciona el marco teórico esencial para interpretar la distribución de los polimorfismos dentro y entre poblaciones humanas. Conceptos como las frecuencias alélicas y genotípicas, el equilibrio de Hardy-Weinberg, el desequilibrio de ligamiento (DL), la estructura poblacional y los haplotipos son fundamentales para garantizar la validez de los estudios de asociación genética y minimizar resultados espurios derivados de la estratificación poblacional o del tamaño muestral insuficiente (17). En este contexto, los estudios de asociación permiten establecer si determinadas variantes genéticas se relacionan con un mayor riesgo de enfermedad o, por el contrario, actúan como factores protectores. En conjunto, estas herramientas facilitan la comprensión de los mecanismos de transmisión y evolución de las variantes genéticas en las poblaciones humanas, contribuyendo a la identificación de marcadores de susceptibilidad y al desarrollo de estrategias de medicina de precisión en reproducción humana (17).

Polimorfismos genéticos asociados a las células NK

La actividad de las células NK está influenciada por variaciones genéticas que modulan la expresión y función de sus receptores activadores e inhibidores, así como de las moléculas de reconocimiento presentes en el trofoblasto (18). Entre los sistemas más estudiados se encuentra la familia de los receptores KIR y sus ligandos HLA-C, cuya interacción regula el equilibrio entre la tolerancia inmunológica y la citotoxicidad durante la implantación (18).

Diversos estudios han demostrado que determinadas combinaciones de genotipos KIR maternos y alelos HLA-C fetales pueden asociarse con un mayor riesgo de PGR, aunque los resultados varían entre poblaciones y grupos étnicos. El trabajo de Saito et al. (19), describe la evolución del modelo inmunológico de

embarazo desde el paradigma clásico Th1/Th2 hacia un modelo más complejo Th1/Th2/Th17 regulado por células Treg. En este contexto, el equilibrio inmunológico materno-fetal depende de una predominancia relativa de respuestas Th2/Treg, que favorecen un ambiente antiinflamatorio y tolerogénico necesario para la implantación y el mantenimiento del embarazo. En contraste, una activación excesiva de respuestas Th1 (proinflamatorias) se asocia con disfunción de la implantación y complicaciones gestacionales como aborto espontáneo, fallo de implantación, parto pretérmino y preeclampsia. La incorporación del eje Th17 y de las Treg amplía este modelo, subrayando que el éxito del embarazo depende de un delicado balance entre inflamación controlada y tolerancia inmunológica.

Además del sistema KIR/HLA-C, se han investigado otros polimorfismos en genes relacionados con la regulación inmunitaria y la función de las células NK, entre ellos el gen del VDR, debido a su papel en la modulación de la respuesta inmunitaria y la actividad citotóxica de estas células. Aunque la evidencia genética aún es limitada, Ota et al. (20), demostraron que las mujeres con PGR y deficiencia de la vitamina D presentaban una mayor prevalencia de autoanticuerpos, un aumento en el número y la citotoxicidad de las células NK y un perfil inmunitario más proinflamatorio. Además, observaron que la vitamina D₃ disminuía *in vitro* la actividad de las células NK y la producción de citocinas proinflamatorias, lo que respalda un posible papel de la vía de señalización del VDR en la inmunotolerancia materno-fetal y sugiere que las alteraciones de esta vía podrían contribuir a la fisiopatología. En conjunto, los estudios actuales sugieren que la susceptibilidad genética a la PGR es probablemente el resultado de la interacción de múltiples variantes genéticas con factores inmunológicos y ambientales, más que del efecto aislado de un único polimorfismo (18-20). Por ello, ningún polimorfismo o perfil genético relacionado con las células NK se recomienda actualmente para la evaluación clínica rutinaria de pacientes con PGR.

Polimorfismos del RVD y PGR

Priehl et al. (21), revisaron la evidencia sobre el papel de la vitamina D (VD) en la regulación del sistema inmune, destacando que las enzimas de metabolismo de la vitamina D y el VDR se expresan en múltiples células inmunitarias, incluyendo células presentadoras de antígeno, linfocitos T y B y monocitos. La VD actúa como un modulador inmunológico que influye tanto en la inmunidad innata como adaptativa, promoviendo un estado más tolerogénico y antiinflamatorio. Estudios *in vitro*, en modelos animales y en humanos sugieren efectos beneficiosos en la modulación de respuestas inmunes, especialmente en el contexto de enfermedades autoinmunes, aunque aún no existe consenso sobre niveles séricos óptimos ni esquemas de suplementación (21). En conjunto, la evidencia actual apoya a la VD

como un regulador clave de la homeostasis inmune y un potencial coadyuvante en patologías relacionadas con disfunción inmunitaria.

Por su parte, Uitterlinden et al. (22), revisaron el sistema endocrino de la VD y destacaron su implicación en múltiples procesos biológicos, incluyendo el metabolismo óseo, la regulación de la proliferación celular y la modulación de la respuesta inmune. En este contexto, el gen del VDR presenta múltiples polimorfismos frecuentes en la población, los cuales se han asociado con diversas enfermedades comunes, como diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y trastornos autoinmunes, aunque su impacto funcional directo sobre la proteína VDR no está completamente esclarecido. Los polimorfismos más estudiados (BsmI, ApaI y TaqI), probablemente no son funcionales por sí mismos, sino que actúan en DL con variantes causales aún no identificadas. En conjunto, estos hallazgos sustentan el interés de la genética del VDR para comprender la variabilidad interindividual en la respuesta biológica a la VD y su potencial relevancia en la susceptibilidad a enfermedades complejas.

El VDR participa en la regulación de la inmunidad innata y adaptativa, con un papel relevante en la modulación de la tolerancia materno-fetal. A nivel decidual, la señalización mediada por la VD influye sobre la diferenciación de células Treg, la función de los macrófagos y la actividad de las uNK, contribuyendo a un microambiente inmunológico adecuado para la implantación (22). En este contexto, diversos polimorfismos del VDR, han sido estudiados como posibles factores asociados a PGR, especialmente *rs2228570* (FokI), *rs1544410* (BsmI), *rs7975232* (ApaI) y *rs731236* (TaqI). Moradkhani et al. (23), realizaron un metaanálisis que evaluó la asociación entre polimorfismos del gen del VDR y el riesgo de infertilidad. Los resultados mostraron que el polimorfismo TaqI se asocia con un aumento significativo del riesgo de infertilidad en mujeres, mientras que ApaI y FokI podrían ejercer efectos protectores en determinados modelos genéticos. En conjunto, el estudio sugiere que las variantes del VDR pueden influir en la susceptibilidad a infertilidad, con efectos dependientes del polimorfismo y del contexto poblacional.

Los estudios de asociación caso-contróles han explorado la relación entre estas variantes y la PGR, con resultados heterogéneos según la población, el diseño del estudio y los criterios clínicos de inclusión (24, 25). Algunas investigaciones sugieren asociaciones modestas entre determinados alelos o haplotipos del bloque BsmI–ApaI–TaqI y el riesgo de PGR, mientras que otros análisis no encuentran diferencias significativas frente a los controles fértiles (24, 25). Estas discrepancias pueden explicarse por la estratificación poblacional, el tamaño muestral limitado, la interacción con el estado sérico de la VD y la naturaleza multifactorial del trastorno. En conjunto, la evidencia actual indica que los polimorfismos del

VDR son relevantes para estudios de inmunogenética reproductiva y medicina personalizada. Por ejemplo, Wolski et al. (24), evaluaron la asociación entre polimorfismos del gen del VDR y la PGR en 110 mujeres afectadas y 120 controles fértiles en población polaca. Se analizaron las variantes FokI, BsmI, ApaI y TaqI, así como sus haplotipos. Los autores encontraron diferencias significativas en el polimorfismo BsmI y observaron que varios haplotipos del bloque de DL, particularmente TTGT, fueron más frecuentes en el grupo control, sugiriendo un posible efecto protector frente a la PGR. En conjunto, el estudio apoya una posible implicación de la variabilidad genética del VDR en la etiología de la PGR. A su vez, Barisić et al. (25), evaluaron la asociación entre polimorfismos del gen del VDR y la PGR en un estudio caso-control que incluyó 320 mujeres de Eslovenia y Croacia. Se analizaron las variantes FokI (*rs2228570*), Cdx2 y TaqI mediante PCR-RFLP (*Polymerase Chain Reaction-Restriction Fragment Length Polymorphism*). Los resultados mostraron una mayor frecuencia del genotipo CC y del alelo C del polimorfismo FokI en el grupo con PGR, asociándose este genotipo con un incremento del riesgo en distintos modelos genéticos. No se observaron asociaciones significativas para los otros polimorfismos estudiados. En conjunto, los hallazgos sugieren que variantes del FokI del VDR podrían estar implicadas en la susceptibilidad a PGR en esta población.

Implicaciones clínicas y perspectivas futuras

Actualmente, la evidencia disponible sobre inmunología reproductiva y los polimorfismos genéticos en la PGR (incluyendo KIR/HLA-C, células NK y variantes del VDR), no ha demostrado utilidad clínica suficiente para su incorporación en la evaluación rutinaria. Las principales guías internacionales coinciden en que estos marcadores carecen de validación diagnóstica y de intervenciones terapéuticas con eficacia comprobada, por lo que su uso debe limitarse a investigación clínica y medicina personalizada (1, 2, 7).

En el futuro, la PGR probablemente será abordada desde un enfoque de medicina de precisión, mediante la integración de datos genómicos, inmunológicos y epigenéticos que permitan la identificación de subfenotipos biológicos más homogéneos. El desarrollo y la aplicación de tecnologías como la secuenciación de nueva generación y el análisis de grandes volúmenes de datos mediante inteligencia artificial podrían mejorar la estratificación de las pacientes y facilitar la selección de estrategias terapéuticas dirigidas. No obstante, estos enfoques requieren validación prospectiva rigurosa antes de su implementación en la práctica clínica.

REFERENCIAS

1. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2026;125(6):1023-1041. doi:10.1016/j.fertnstert.2026.03.001.
2. ESHRE Guideline Group on RPL; Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, Middeldorp S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. *Hum Reprod Open*. 2023;2023(1):hoad002. doi:10.1093/hropen/hoad002.
3. Alexandrova M, Manchorova D, Dimova T. Immunity at maternal-fetal interface: KIR/HLA (Allo) recognition. *Immunol Rev*. 2022;308(1):55-76. doi:10.1111/imr.13087.
4. Tam V, Patel N, Turcotte M, Bossé Y, Paré G, Meyre D. Benefits and limitations of genome-wide association studies. *Nat Rev Genet*. 2019;20(8):467-484. doi:10.1038/s41576-019-0127-1.
5. Lerchbaum E, Obermayer-Pietsch B. Vitamin D and fertility: a systematic review. *Eur J Endocrinol*. 2012;166(5):765-778. doi:10.1530/EJE-11-0984.
6. Alecsandru D, Klimczak AM, García Velasco JA, Pirtea P, Franasiak JM. Immunologic causes and thrombophilia in recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril*. 2021;115(3):561-566. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.01.017.
7. Cavalcante MB, Harrity C, Luu T, Fatunbi J, Nakagawa K, Zhang Y, Zhang T, Alanazi H, Wu L, Lee S, Barini R, Kwak-Kim J. American Society for Reproductive Immunology Guidelines for the Treatment of Recurrent Pregnancy Losses: Practice Recommendations From the ASRI Clinical Reproductive Immunology Fellowship. *Am J Reprod Immunol*. 2025;93(6):e70099. doi:10.1111/aji.70099.
8. Yang F, Zheng Q, Jin L. Dynamic function and composition changes of immune cells during normal and pathological pregnancy at the maternal-fetal interface. *Front Immunol*. 2019;10:2317. doi:10.3389/fimmu.2019.02317.
9. Moffett A, Colucci F. Uterine NK cells: active regulators at the maternal-fetal interface. *J Clin Invest*. 2014;124(5):1872-9. doi:10.1172/JCI68107.
10. Ali S, Majid S, Ali MN, Taing S. Evaluation of T cell cytokines and their role in recurrent miscarriage. *Int Immunopharmacol*. 2020;82:106347. doi:10.1016/j.intimp.2020.106347.
11. Male V, Moffett A. Natural killer cells in the human uterine mucosa. *Ann Rev Immunol*. 2023;41:127-151. doi:10.1146/annurev-immunol-102119-075119.

12. Kwak-Kim J, Park JC, Ahn HK, Kim JW, Gilman-Sachs A. Immunological modes of pregnancy loss. *Am J Reprod Immunol.*2010;63(6):611-623. doi:10.1111/j.1600-0897.2010.00847.x.
13. Cavalcante MB, da Silva PHA, Carvalho TR, Sampaio OGM, Câmara FEA, Cavalcante CTMB, Barini R, Kwak-Kim J. Peripheral blood natural killer cell cytotoxicity in recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *J Reprod Immunol.*2023;158:103956. doi:10.1016/j.jri.2023.103956.
14. Woon EV, Greer O, Shah N, Nikolaou D, Johnson M, Male V. Number and function of uterine natural killer cells in recurrent miscarriage and implantation failure: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.*2022;28(4):548-582. doi:10.1093/humupd/dmac006.
15. Vignal A, Milan D, SanCristobal M, Eggen A. A review on SNP and other types of molecular markers and their use in animal genetics. *Genet Sel Evol.*2002;34(3):275-305. doi:10.1186/1297-9686-34-3-275.
16. Su MT, Lin SH, Chen YC. Genetic association studies of angiogenesis- and vasoconstriction-related genes in women with recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2011;17(6):803-812. doi:10.1093/humupd/dmr027.
17. Balding DJ. A tutorial on statistical methods for population association studies. *Nat Rev Genet.*2006;7(10):781-791. doi:10.1038/nrg1916.
18. Parham P, Moffett A. Variable NK cell receptors and their MHC class I ligands in immunity, reproduction and human evolution. *Nat Rev Immunol.*2013;13(2):133-144. doi:10.1038/nri3370.
19. Saito S, Nakashima A, Shima T, Ito M. Th1/Th2/Th17 and regulatory T-cell paradigm in pregnancy. *Am J Reprod Immunol.*2010;63(6):601-610. doi:10.1111/j.1600-0897.2010.00852.x.
20. Ota K, Dambaeva S, Han AR, Beaman K, Gilman-Sachs A, Kwak-Kim J. Vitamin D deficiency may be a risk factor for recurrent pregnancy losses by increasing cellular immunity and autoimmunity. *Hum Reprod.*2014;29(2):208-219. doi:10.1093/humrep/det424.
21. Prietl B, Treiber G, Pieber TR, Amrein K. Vitamin D and immune function. **Nutrients.** 2013;5(7):2502-2521. doi:10.3390/nu5072502.
22. Uitterlinden AG, Fang Y, Van Meurs JBJ, Pols HAP, Van Leeuwen JPTM. Genetics and biology of vitamin D receptor polymorphisms. **Gene.**2004;338(2):143-156. doi:10.1016/j.gene.2004.05.014.

23. Moradkhani A, Azami M, Assadi S, Ghaderi M, Azarnezhad A, Moradi Y. Association of vitamin D receptor genetic polymorphisms with the risk of infertility: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*.2024;24:398. doi:10.1186/s12884-024-06590-0.
24. Wolski H, Kurzawińska G, Ożarowski M, Mrozikiewicz AE, Drews K, Karpiński TM, Bogacz A, Seremak-Mrozikiewicz A. Vitamin D receptor gene polymorphisms and haplotypes in the etiology of recurrent miscarriages. *Sci Rep*.2021;11:4646. doi:10.1038/s41598-021-84317-3
25. Barišić A, Pereza N, Hodžić A, Gašparović Krpina M, Ostojić S, Peterlin B. Genetic variation in the maternal vitamin D receptor FokI gene as a risk factor for recurrent pregnancy loss. *J Matern Fetal Neonatal Med*.2021;34(14):2221-2226. doi:10.1080/14767058.2019.1660768.

Una carga significativa de malaria urbana impulsada por la importación de parásitos y la persistencia local en Ciudad Bolívar, Venezuela: un análisis retrospectivo de 5 años

Dres. David A. Forero-Peña^{1,2*}, Fhabían S. Carrión-Nessi^{1,2},
Oriana A. Regalado-Gutiérrez^{1,2}

RESUMEN

Introducción: Venezuela está experimentando una epidemia de malaria centrada en las regiones mineras del estado Bolívar. Una dinámica de fuente-sumidero, impulsada por una intensa movilidad humana, ha generado preocupación sobre el establecimiento de la transmisión en centros urbanos no mineros. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil epidemiológico de la malaria en Ciudad Bolívar, la capital del estado, para investigar el alcance y los impulsores de esta carga urbana emergente. **Métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de 1.176 casos confirmados de malaria diagnosticados en un hospital de referencia en Ciudad Bolívar entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Recopilamos datos demográficos, clínicos y epidemiológicos, incluido el historial de viajes, para asignar una zona probable de infección (ZPI) para cada caso. Comparamos las características de los casos con una ZPI dentro del municipio urbano Angostura del Orinoco con las de otros municipios. Se utilizó una regresión logística multivariable para identificar los factores asociados con la adquisición de malaria en el entorno urbano.

1. Instituto de Investigación Biomédica y Vacunas Terapéuticas, Ciudad Bolívar, Venezuela

2. Escuela de Medicina «Luis Razetti», Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

* Autor de correspondencia: David A. Forero-Peña (vacter.cv@gmail.com)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8065-8464>

Resultados: *Plasmodium vivax* fue la especie dominante (83,9%). Una proporción sustancial de los casos (25,5%, n = 300) se asignó a una ZPI dentro del municipio Angostura del Orinoco, alcanzando un pico del 38% en 2021. En comparación con los casos de otras zonas, los casos del municipio Angostura del Orinoco se caracterizaron por una parasitemia significativamente menor ($p < 0,001$) y estuvieron fuertemente asociados con ocupaciones no mineras, incluyendo estudiantes (OR ajustado [aOR, por sus siglas en inglés] = 17,22; IC del 95% = 8,266-35,87), obreros (aOR = 18,95; IC del 95% = 10,33-34,77) y amas de casa (aOR = 19,19; IC del 95% = 11,92-30,88). No tener antecedentes de malaria también se asoció con una ZPI urbana (aOR = 1,81; IC del 95% = 1,251-2,631). Los datos de movilidad de los pacientes confirmaron un amplio movimiento entre las residencias urbanas y las zonas mineras. **Conclusiones:** Existe una carga significativa de malaria urbana en Ciudad Bolívar, sostenida por una doble dinámica: la importación constante de parásitos desde las regiones mineras y una alta frecuencia de casos en residentes urbanos sin viajes recientes a estos focos. Para *P. vivax*, que domina la casuística, esta carga local es indistinguible entre una nueva transmisión local y las recaídas de infecciones adquiridas previamente. Esta ambigüedad en sí misma representa un desafío crítico para los programas de control centrados únicamente en los focos rurales. Se requieren estrategias urgentes de salud pública, incluyendo una vigilancia urbana mejorada, epidemiología molecular e intervenciones dirigidas, para prevenir la consolidación de la malaria urbana.

Palabras clave: Malaria, Venezuela, Migración Humana, Salud Urbana, *Plasmodium vivax*

INTRODUCCIÓN

La malaria sigue siendo un desafío significativo para la salud pública en América, con la transmisión regional concentrada predominantemente en la cuenca del Amazonas (1). Durante la última década, Venezuela ha experimentado un resurgimiento catastrófico de la enfermedad, impulsado por una compleja crisis socioeconómica que precipitó el colapso de su otrora ejemplar programa nacional de control (2, 3). El país ahora reporta consistentemente el mayor número de casos en la región (1), con el epicentro de la epidemia ubicado en el sur del estado Bolívar, una región que históricamente ha representado más del 60% de la carga de malaria de la nación (4).

Esta crisis está inextricablemente ligada a la rápida expansión de la minería de oro informal e ilegal (5), que crea hábitats de cría ideales para los vectores *Anopheles* y atrae a un gran número de individuos móviles e inmunológicamente vírgenes (6, 7). Esta dinámica ha establecido un robusto sistema de transmisión fuente-

sumidero (8), donde las zonas «fuente» de alta transmisión en los campamentos mineros exportan continuamente infecciones a través de migrantes infectados a zonas «sumidero», incluyendo pueblos y ciudades previamente libres de malaria (9).

Una consecuencia crítica de esta dispersión de parásitos mediada por humanos es el potencial establecimiento de la malaria en entornos urbanos (10), un fenómeno con precedentes complejos y variados en toda América del Sur. En la Amazonía brasileña, por ejemplo, las fuertes redes de movilidad entre los sitios de minería ilegal (garimpos) y las residencias urbanas sostienen la transmisión de malaria dentro de ciudades como Boa Vista, creando persistentes corredores de transmisión urbano-rurales (11). En contraste, estudios de ciudades colombianas como Quibdó y Pereira sugieren un patrón diferente, donde los casos importados de zonas endémicas pueden conducir a focos de transmisión principalmente en zonas periurbanas y de interfaz rural-urbana, en lugar del denso núcleo urbano (12). Estos paradigmas epidemiológicos distintos resaltan una brecha de conocimiento crucial: la naturaleza específica de la transmisión de la malaria urbana es altamente dependiente del contexto y está impulsada por patrones locales de movilidad humana y ecología vectorial.

Ciudad Bolívar, la capital del estado Bolívar, sirve como un importante centro de transporte y económico que conecta las regiones mineras del sur con el resto de Venezuela. Esta alta conectividad hace que la ciudad sea vulnerable a la importación constante de malaria y potencialmente receptiva a la transmisión local sostenida (7). Sin embargo, a pesar de su importancia estratégica, la epidemiología de la malaria urbana en Ciudad Bolívar sigue estando poco caracterizada (2). Se desconoce si funciona como un sumidero terminal para casos importados, una zona de desbordamiento periurbano similar al modelo colombiano (12), o un centro de transmisión activo sostenido por la movilidad relacionada con la minería, como se ve en Brasil (11). Esta distinción es primordial para la salud pública, ya que la consolidación de un reservorio urbano podría socavar los esfuerzos de control regionales y facilitar la propagación de la enfermedad (4). Además, el predominio de *Plasmodium vivax* (aproximadamente 78% de las infecciones) complica el panorama epidemiológico (13), ya que el potencial de recaídas de los parásitos en etapa hepática latente dificulta la distinción entre nuevas infecciones locales y recurrentes sin herramientas moleculares.

Este estudio tiene como objetivo abordar esta brecha crítica caracterizando el perfil epidemiológico de la malaria en Ciudad Bolívar entre 2019 y 2023. Al analizar los datos de casos del principal centro de vigilancia de la ciudad, investigamos la magnitud de la carga urbana, identificamos los factores de riesgo demográficos y ocupacionales clave, y mapeamos los patrones de movilidad de los pacientes para dilucidar las dinámicas que impulsan la malaria en este frente urbano emergente.

Métodos

Sitio de estudio

Este estudio se realizó en el estado Bolívar, la región administrativa más grande de Venezuela, ubicada en el sureste del país. La capital del estado es Ciudad Bolívar, ubicada dentro del municipio Angostura del Orinoco (Figura 1). El estado Bolívar es el principal epicentro de malaria en Venezuela, representando el 63% del total nacional entre 2019 y 2022. *P. vivax* es la especie de parásito dominante (78%), y los principales vectores de malaria son *Anopheles darlingi* y *An. albitarsis* s.l. (13). El estudio se basó en el Laboratorio de Malariología del Complejo Hospitalario Universitario «Ruiz y Páez» en Ciudad Bolívar, el centro de referencia oficial a nivel estatal para el diagnóstico de malaria.

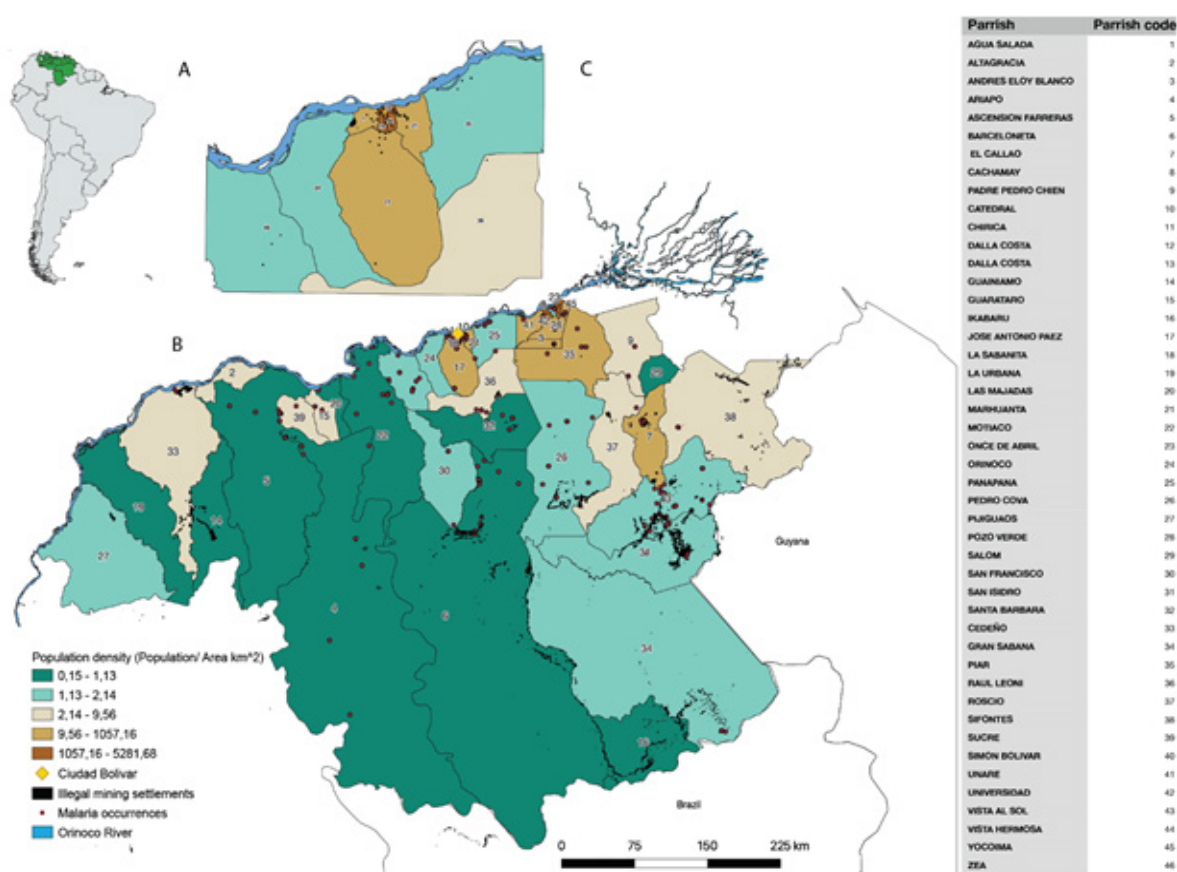


Figura 1. Mapa de la zona de estudio y distribución de los casos de malaria. A. Mapa de Venezuela (verde) en América del Sur. B. Ocurrencia de malaria por zona probable de infección según este estudio. Los colores de los municipios varían según la densidad de población, como se especifica en la leyenda en la esquina inferior izquierda. C. Ampliación de la zona de estudio principal (municipio Angostura del Orinoco)

Aprobación ética y consentimiento para participar

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el Centro Nacional de Bioética (CENABI) de Venezuela (CIBI-CENABI-03/2022). Además, la información se recopiló de acuerdo con la Convención de Helsinki y la normativa venezolana para este tipo de investigaciones. Debido al carácter retrospectivo del estudio, el CENABI de Venezuela eximió del consentimiento informado.

Diseño del estudio y población

Realizamos un análisis retrospectivo de datos epidemiológicos de una muestra consecutiva de pacientes con malaria confirmada por microscopía. Se incluyeron en este análisis todos los pacientes diagnosticados en el Complejo Hospitalario Universitario «Ruiz y Páez» entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2023.

Definición de caso

Un caso confirmado de malaria se definió como un paciente que presentaba un episodio febril actual o reciente (temperatura axilar $>37,5$ °C en las dos semanas anteriores) y una infección por *Plasmodium* spp. confirmada por microscopía en un frotis de sangre teñido con Giemsa.

Detección y cuantificación de parásitos

El diagnóstico se realizó mediante el examen microscópico de frotis de gota gruesa y fina teñidos con Giemsa, siguiendo las directrices de la OMS (14). Para el control de calidad, dos microscopistas experimentados e independientes examinaron cada lámina. La parasitemia se calculó a partir de la gota gruesa contra 200 leucocitos y se reportó como parásitos por microlitro, asumiendo un recuento estándar de leucocitos de 8.000 células/ μ L. Una lámina se declaró negativa después de examinar 200 campos de alta potencia.

Asignación de la zona probable de infección

La zona probable de infección (ZPI) es una definición operativa utilizada para asignar la ubicación más probable de adquisición del parásito para el episodio clínico actual, basada en los datos de vigilancia disponibles. La ZPI se determinó para cada paciente a través de una encuesta epidemiológica estandarizada que evaluaba el autoinforme de viajes, residencia e historial ocupacional en los 21 días previos al inicio de los síntomas. Si un paciente no reportaba viajes fuera de su parroquia de residencia, la ZPI se asignaba a esa parroquia. Para los pacientes que

viajaron, la ZPI se asignó a una ubicación visitada conocida por ser endémica para la malaria.

Esta definición operativa de ZPI es fundamental para la vigilancia de la salud pública, pero no puede, por diseño, distinguir definitivamente una nueva infección de una recaída por hipnozoítos latentes de *P. vivax* en el hígado, que pueden ocurrir meses o años después de una infección inicial. Diferenciar estos eventos requiere genotipificación molecular longitudinal, que estaba fuera del alcance de este estudio [22]. Por lo tanto, un objetivo principal de este estudio es caracterizar la casuística de malaria urbana definida por esta incertidumbre epidemiológica inherente, reflejando el desafío que enfrentan los programas de control.

Recolección de datos y variables

Se utilizó una encuesta epidemiológica validada para recopilar datos sobre edad, sexo, ocupación, parroquia de domicilio, ZPI (municipio y parroquia), fecha de inicio de los síntomas, especie de parásito, parasitemia e historial de malaria. Para analizar el vínculo entre la minería y la malaria urbana, el domicilio y la ZPI de cada paciente se clasificaron como ocurridos en un entorno minero o no minero según definiciones establecidas (15, 16).

Análisis estadístico

Los datos se resumieron utilizando estadísticas descriptivas. Las variables numéricas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney y las variables categóricas con la prueba de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Para identificar los factores asociados con la adquisición de malaria en un entorno urbano, desarrollamos un modelo de regresión logística binaria multivariable. La variable de resultado fue la ZPI (Angostura del Orinoco *vs.* otros municipios). Las covariables incluyeron año de diagnóstico, edad, sexo, ocupación e historial de malaria. Se utilizó un método de selección hacia atrás por pasos (Wald) para construir el modelo final. Se reportan las razones de probabilidades ajustadas (aOR, por sus siglas en inglés) y los intervalos de confianza (IC) del 95%. «Minero» se utilizó como categoría de referencia para la ocupación. Todos los análisis se realizaron con SPSS versión 27.

RESULTADOS

Características de la cohorte y distribución de especies

De 2019 a 2023, se incluyó en el análisis un total de 1.176 pacientes con malaria

confirmada. La especie de parásito predominante fue *P. vivax* (83,9%, n = 987), seguida de *P. falciparum* (9,8%, n = 115) e infecciones mixtas (*P. vivax*/*P. falciparum*) (6,3%, n = 74). A una cuarta parte de todos los pacientes (25,5%, n = 300) se le asignó su ZPI al municipio urbano Angostura del Orinoco. La proporción anual de casos con una ZPI en el municipio Angostura del Orinoco aumentó durante el período de estudio, alcanzando un pico en 2021 del 38% (Figura 2).

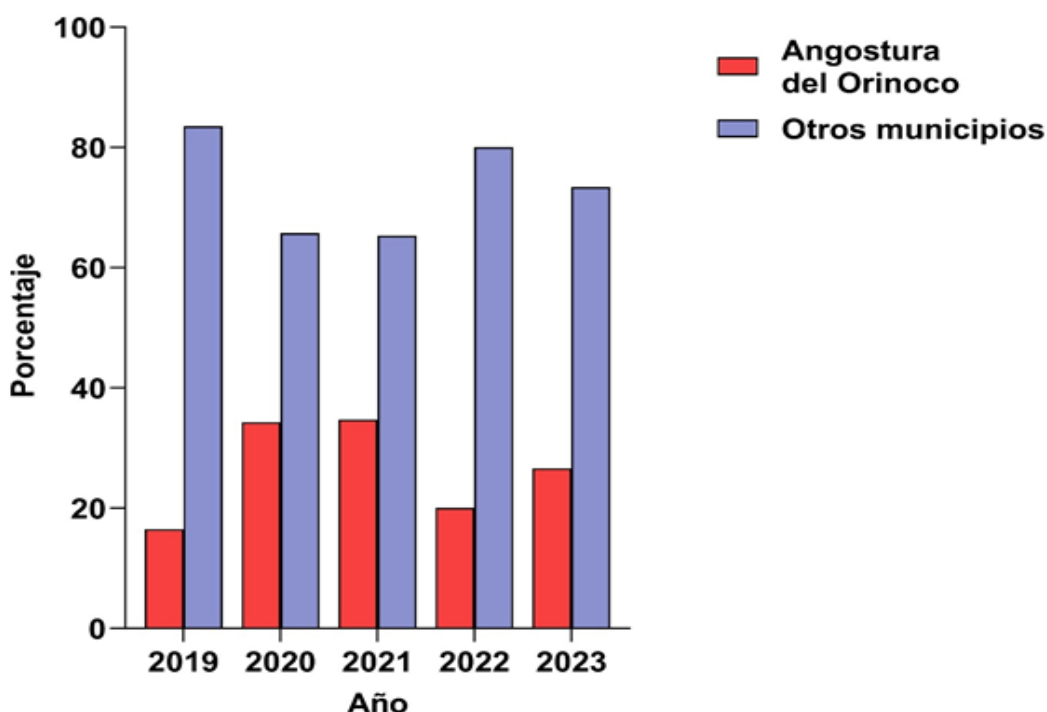


Figura 2. Distribución de los casos de malaria del municipio Angostura del Orinoco y otros municipios diagnosticados en el centro de vigilancia de Ciudad Bolívar durante el período de estudio (2019-2023). La proporción de casos de malaria adquiridos en Angostura del Orinoco (barras rojas) y otros municipios (barras moradas) durante cada año se representa en porcentajes (%). El total de casos por año fue: 2019 (n = 164), 2020 (n = 105), 2021 (n = 329), 2022 (n = 469), 2023 (n = 109)

Características de los casos de malaria urbana (municipio Angostura del Orinoco)

Como se detalla en el Cuadro 1, los pacientes con una ZPI en el municipio Angostura del Orinoco eran significativamente mayores (mediana 34 *vs.* 30 años, $p = 0,002$) y tenían una mayor proporción de mujeres (53,7% *vs.* 35,2%, $p < 0,001$) en comparación con los pacientes con una ZPI en otros municipios. Los casos del municipio Angostura del Orinoco también tuvieron una mediana de parasitemia significativamente menor (2.700 parásitos/ μ L *vs.* 3.550 parásitos/ μ L, $p < 0,001$). Si

bien la mayoría de los pacientes del municipio Angostura del Orinoco (72%) tenían antecedentes de malaria, reportaron una mediana de episodios previos menor en comparación con los pacientes infectados en otros lugares (3 vs. 6, $p < 0,001$). La gran mayoría (90,3%, $n = 271$) de los pacientes con una ZPI en el municipio Angostura del Orinoco reportaron una ocupación no minera. Ningún paciente con una ZPI en el municipio Angostura del Orinoco reportó viajes fuera del municipio en los 90 días anteriores.

Cuadro 1. Características sociodemográficas y epidemiológicas de los pacientes con malaria diagnosticados según su zona probable de infección (ZPI)

Características	Todos ($n = 1.176$, 100%)	ZPI: Angostura del Orinoco ($n = 300$, 25,5%)	ZPI: otros municipios ($n = 876$, 74,5%)	Valor p
Edad, mediana (RIQ), años	31 (21)	34 (24)	30 (20)	0,002 [†]
Sexo, n (%)				<0,001*
Hombre	707 (60,1)	139 (46,3)	568 (64,8)	
Mujer	469 (39,9)	161 (53,7)	308 (35,2)	
Raza, n (%)				0,547 [‡]
Mestiza	1,164 (99)	297 (99)	867 (99)	
Negra	5 (0,4)	1 (0,3)	4 (0,5)	
Indígena	4 (0,3)	2 (0,7)	2 (0,2)	
Blanca	3 (0,3)	0 (0)	3 (0,3)	
Parásito, n (%)				0,009*
<i>P. vivax</i>	987 (83,9)	268 (89,3)	719 (82,1)	
<i>P. falciparum</i>	115 (9,8)	17 (5,7)	98 (11,2)	
Infección mixta	74 (6,3)	15 (5)	59 (6,7)	
Parasitemia, mediana (RIQ), μL	3 400 (2,520)	2,700 (2,500)	3,550 (2,725)	<0,001 [†]
Días desde el inicio de los síntomas, mediana (RIQ)	4 (2)	4 (3)	4 (2)	0,05 [†]
Ocupación, n (%)				<0,001*
Trabajo relacionado con la minería, n (%)	546 (46,4)	29 (9,7)	517 (59)	<0,001 ^{‡¶}
Minero	360 (65,9)	13 (44,8)	347 (67,1)	
Comerciante en la mina	112 (20,5)	3 (10,3)	109 (21,1)	
Cocinero en la mina	50 (9,2)	10 (34,5)	40 (7,7)	
Operador en la mina	17 (3,1)	2 (6,9)	15 (2,9)	
Ama de casa en la mina	7 (1,3)	1 (3,4)	6 (1,2)	

Ama de casa	209 (17,8)	114 (38)	95 (10,8)	
Agricultor/Ganadero	108 (9,2)	30 (10)	78 (8,9)	
Obrero	74 (6,3)	38 (12,7)	36 (4,1)	
Comerciante	72 (6,1)	21 (7)	51 (5,8)	
Funcionario público	52 (4,4)	20 (6,7)	32 (3,7)	
Estudiante	47 (4)	22 (7,3)	25 (2,9)	
Otros	68 (5,8)	26 (8,7)	42 (4,8)	
Nivel de educación, <i>n</i> (%)				0,576*
Ninguna	11 (0,9)	3 (1)	8 (0,9)	
Primaria	246 (20,9)	62 (20,7)	184 (21)	
Secundaria	744 (63,3)	183 (61)	561 (64)	
Universitaria	175 (14,9)	52 (17,3)	123 (14)	
Malaria previa, <i>n</i> (%)				<0,001*
No	204 (17,3)	84 (28)	120 (13,7)	
Sí	972 (82,7)	216 (72)	756 (86,3)	
Número total de episodios, mediana (RIQ)	5 (10)	3 (5)	6 (12)	<0,001 [†]
Número total de episodios, <i>n</i> (%)				<0,001 ^{*,**}
1-5	511 (52,6)	155 (71,8)	356 (47,1)	
6-10	187 (19,2)	31 (14,4)	156 (20,6)	
≥11	274 (28,2)	30 (13,9)	244 (32,3)	
Días desde el último episodio, mediana (RIQ)	84 (152,8)	113 (411)	75,5 (118)	<0,001 [†]

*Prueba chi-cuadrado de Pearson; †Prueba U de Mann-Whitney; ‡Prueba exacta de Fisher; || Asociación significativa solo entre Trabajo relacionado con la minería y ZPI: otros municipios ($p < 0.00001$), Ama de casa y ZPI: Angostura del Orinoco ($p < 0.00001$), Obrero y ZPI: Angostura del Orinoco ($p < 0.00001$), y Estudiante y ZPI: Angostura del Orinoco ($p = 0.00063$) con un $\alpha = 0.00313$ mediante la corrección de Bonferroni; ¶Asociación significativa solo entre Cocinero en la mina y ZPI: Angostura del Orinoco ($p < 0.00001$) con un $\alpha = 0.005$ mediante la corrección de Bonferroni; **Asociación significativa solo entre 1-5 y ZPI: Angostura del Orinoco ($p = 0.0001$) con un $\alpha = 0.00833$ según la corrección de Bonferroni

Factores asociados con la malaria urbana (municipio Angostura del Orinoco)

En el modelo de regresión logística multivariable (Figura 3), las probabilidades de que un caso tuviera una ZPI en el municipio Angostura del Orinoco fueron significativamente mayores en 2020 (aOR = 3,17; IC del 95% = 1,622-6,197), 2021 (aOR = 2,78; IC del 95% = 1,64-4,712) y 2023 (aOR = 2,78; IC del 95% = 1,389-5,575) en comparación con el año de referencia 2019. En comparación con los mineros, los individuos con ocupaciones no mineras tuvieron probabilidades sustancialmente

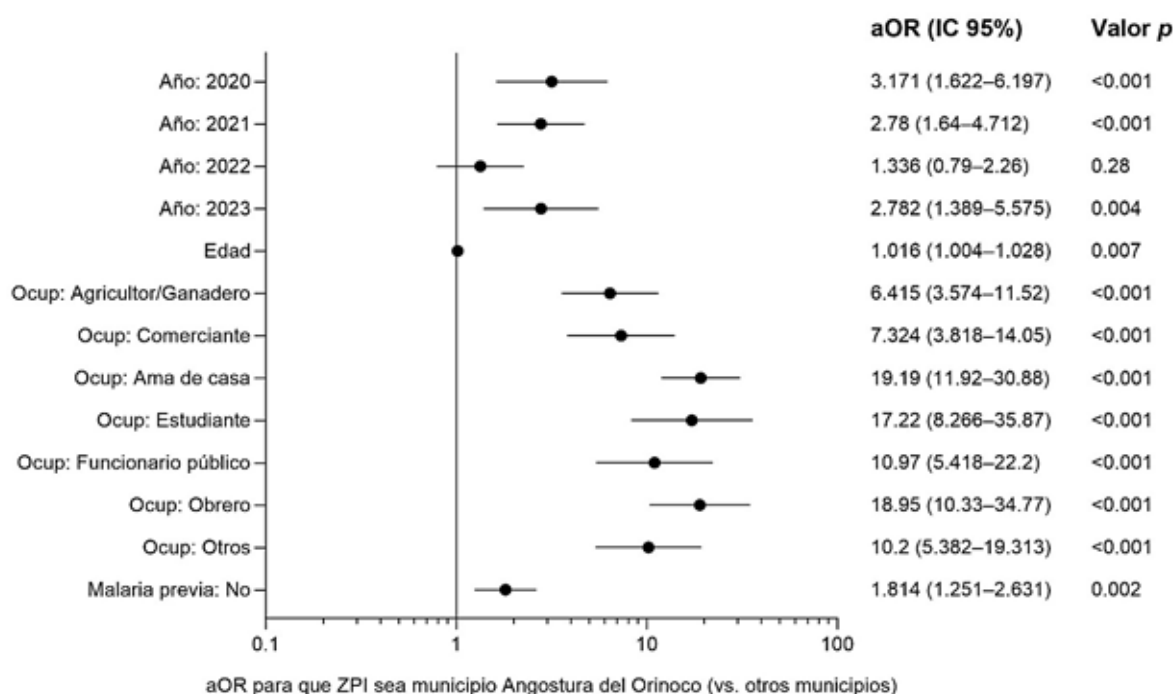


Figura 3. Factores asociados con que la zona probable de infección (ZPI) sea el municipio Angostura del Orinoco. Resultados de un modelo de regresión logística multivariable ($p < 0,001$, R^2 de Nagelkerke = 0,357, prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,526). Las razones de probabilidades ajustadas (aOR, por sus siglas en inglés) >1 indican una mayor probabilidad de que la ZPI de un caso sea el municipio Angostura del Orinoco, mientras que las aOR <1 indican una menor probabilidad. Los círculos negros representan las aOR para cada categoría, y las líneas representan los intervalos de confianza (IC) del 95%. La edad es una variable continua, y su aOR representa el cambio en las probabilidades por cada aumento de un año en la edad. Las categorías de referencia para las variables categóricas fueron Año (2019), Ocupación (Minero) y Malaria previa (Sí)

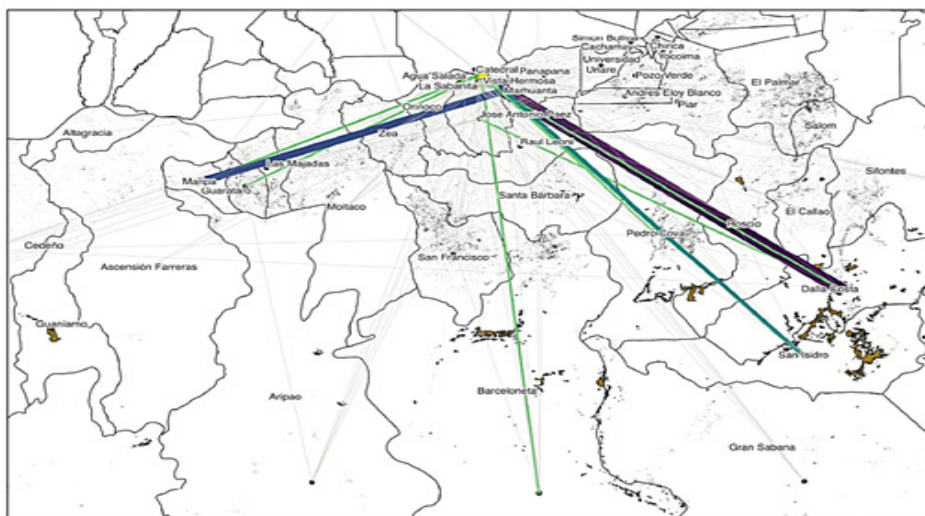
mayores de que su ZPI estuviera en el municipio Angostura del Orinoco, incluyendo amas de casa (aOR = 19,19; IC del 95% = 11,92–30,88), obreros (aOR = 18,95; IC del 95% = 10,33–34,77) y estudiantes (OR ajustado = 17,22; IC del 95% = 8,266–35,87). Además, no tener antecedentes de malaria se asoció con mayores probabilidades de que la ZPI estuviera en el municipio Angostura del Orinoco (aOR = 1,81; IC del 95% = 1,251–2,631).

Migración interna y dinámicas de transmisión

La mayoría de los pacientes (93,6%, $n = 1.101$) reportaron el municipio Angostura del Orinoco como su domicilio principal. De estos residentes del municipio Angostura del Orinoco el 31,1% ($n = 342$) tuvo una ZPI en el municipio minero Sifontes, y otro 18,7% ($n = 206$) tuvo una ZPI en el municipio Sucre. El análisis

del movimiento de pacientes entre la parroquia del domicilio y la parroquia de la ZPI reveló patrones distintos (Figuras 4 y 5). Para los residentes de la parroquia urbana José Antonio Páez, el 40,6% tuvo una ZPI dentro de su propia parroquia. En contraste, para los residentes de la parroquia Marhuanta, las ZPI se dividieron casi por igual entre su propia parroquia (23,9%) y la parroquia minera Dalla Costa (23,7%). El flujo general para la cohorte completa mostró un movimiento

A



B

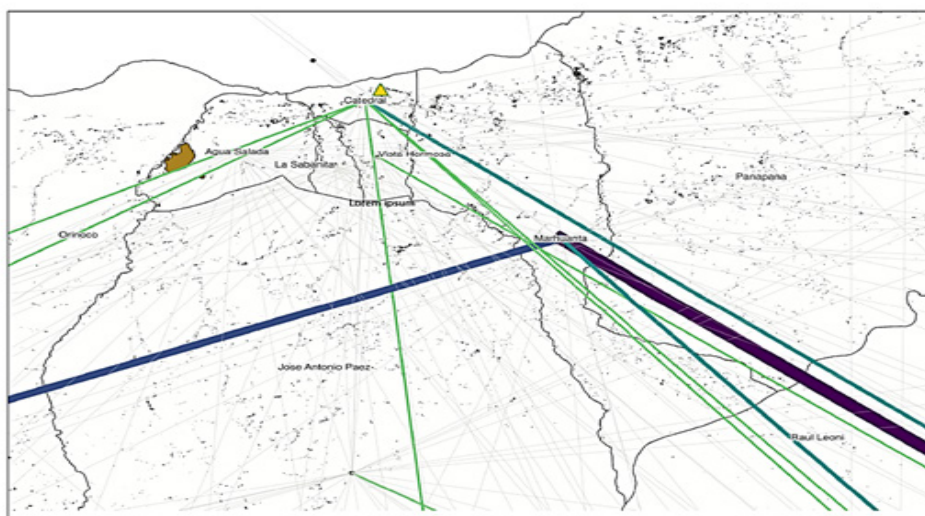


Figura 4. Flujo de pacientes desde la parroquia de domicilio hasta la zona probable de infección. El mapa muestra el movimiento de pacientes entre su parroquia de domicilio reportada y su zona probable de infección asignada. Las líneas se han representado como flechas para indicar la direccionalidad. El grosor de cada flecha es proporcional al número de pacientes que se mueven entre las dos ubicaciones. Los polígonos dorados representan parroquias con actividad minera ilegal significativa

significativo desde los domicilios en el municipio Angostura del Orinoco hacia las ZPI en parroquias mineras (Figura 5B), mientras que el flujo para el subconjunto de casos adquiridos dentro del municipio Angostura del Orinoco se contuvo en gran medida dentro de la parroquia de residencia del paciente (Figura 5A).

DISCUSIÓN

Este estudio proporciona la primera evidencia cuantitativa de una carga de malaria urbana significativa y creciente en Ciudad Bolívar, un centro económico y de transporte clave en la principal región endémica de malaria de Venezuela. Nuestros hallazgos revelan que más de una cuarta parte de los casos de malaria diagnosticados en este importante centro de referencia entre 2019 y 2023 probablemente se adquirieron dentro del municipio urbano Angostura del Orinoco. Esta carga urbana se caracteriza por el predominio de *P. vivax*, una menor parasitemia y una fuerte asociación con poblaciones no mineras que no reportan viajes recientes a focos endémicos. Proponemos que este patrón se sostiene por un ciclo sinérgico de importación de parásitos y persistencia local.

El flujo constante de individuos infectados desde las regiones mineras, claramente visualizado en nuestros datos de movilidad de pacientes, siembra continuamente parásitos en el entorno urbano. Esta importación puede conducir a infecciones primarias adquiridas localmente entre los residentes urbanos, una conclusión respaldada por la asociación entre una ZPI urbana y no tener antecedentes de malaria. Sin embargo, en un entorno donde predomina *P. vivax*, este es solo el primer paso. Cada nueva infección local crea un reservorio potencial de parásitos a largo plazo a través de hipnozoítos latentes en el hígado. Las recaídas posteriores en estos individuos, que son clínica y epidemiológicamente indistinguibles de las nuevas infecciones en la vigilancia de rutina, pueden entonces sostener el reservorio local de parásitos, aumentando la probabilidad de transmisión ulterior por vectores locales. Por lo tanto, la importación y la persistencia local (a través de nueva transmisión y recaídas) no son hipótesis contrapuestas, sino probablemente un ciclo autorreforzante que podría afianzar la malaria urbana.

El fuerte aumento en la proporción de casos urbanos en 2021, coincidiendo con una disminución de casos entre los mineros, apunta a los confinamientos por la pandemia de la COVID-19 como un posible catalizador (17). La movilidad restringida probablemente atrapó a los mineros infectados en sus residencias urbanas por períodos prolongados, aumentando el reservorio humano local en una zona con poblaciones de vectores conocidas y acelerando potencialmente el establecimiento de ciclos de transmisión local. La persistencia de una alta casuística urbana después del confinamiento sugiere que esto pudo haber sido un cambio duradero en la dinámica de transmisión en lugar de una interrupción transitoria.

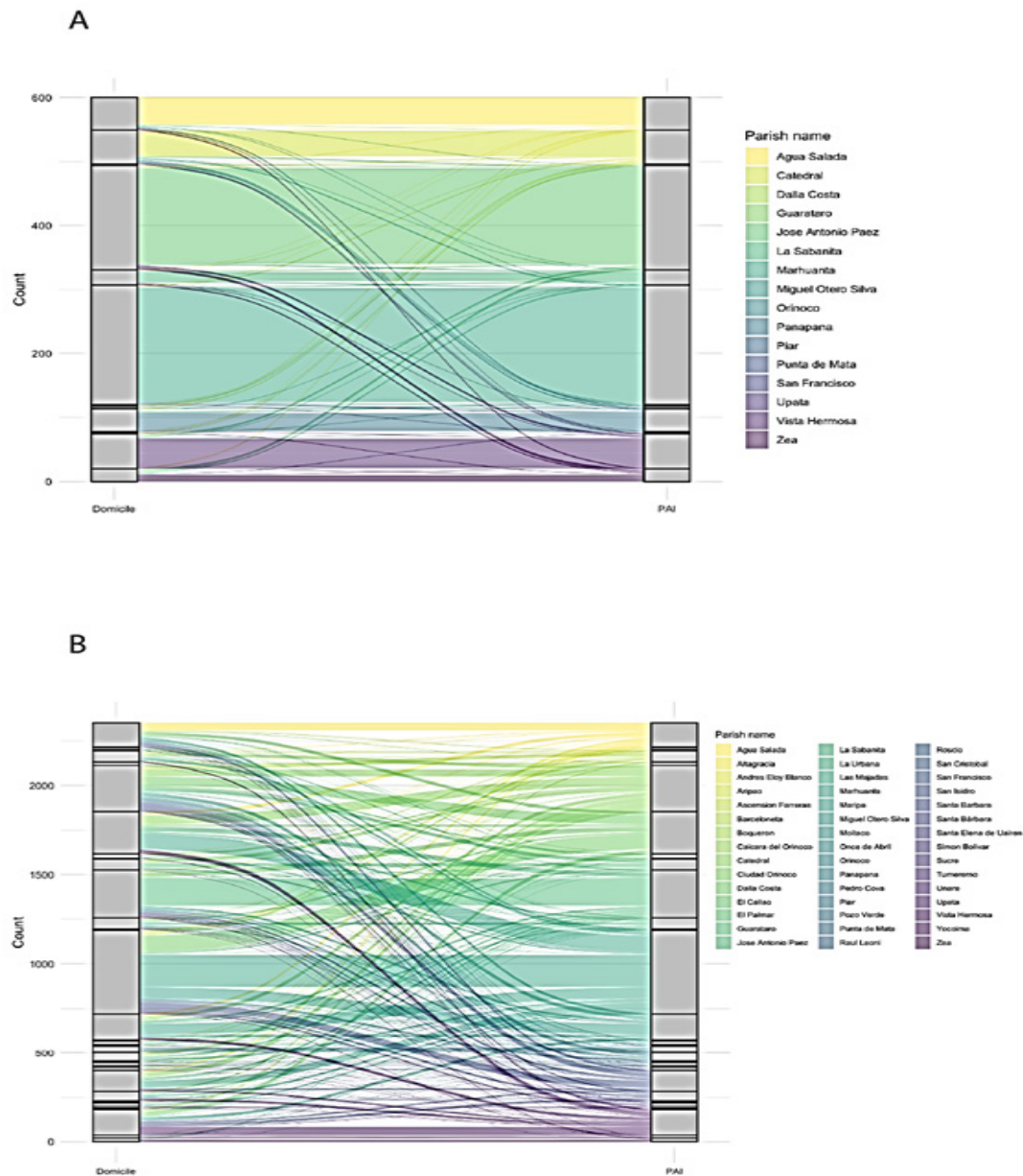


Figura 5. Diagrama aluvial del movimiento de pacientes entre la parroquia de domicilio y la zona probable de infección. El diagrama ilustra el flujo de pacientes entre su parroquia de domicilio (eje izquierdo) y su zona probable de infección (eje derecho). El grosor de cada ruta de flujo es proporcional al número de pacientes. A Este panel muestra el flujo para el subconjunto de pacientes cuya zona probable de infección se determinó que estaba dentro del municipio Angostura del Orinoco ($n = 300$). Muestra un patrón de flujo concentrado, donde para muchas parroquias (p. ej., José Antonio Páez, Marhuanta), el domicilio y la zona probable de infección son los mismos, lo que indica transmisión local o recaída dentro de la misma parroquia. B Este panel muestra el flujo para todos los pacientes del estudio ($n = 1,176$). Ilustra un patrón más complejo, con una gran proporción de pacientes domiciliados en parroquias del municipio Angostura del Orinoco que viajan a zonas probables de infección en parroquias asociadas a la minería fuera del municipio Angostura del Orinoco, como Dalla Costa y Maripa

La epidemiología de la malaria en el municipio Angostura del Orinoco parece representar un escenario distinto dentro del contexto sudamericano. Si bien nuestros hallazgos se asemejan a la investigación del territorio Yanomami de Brasil, que demuestra redes de transmisión robustas que vinculan los sitios de minería ilegal con los centros urbanos (11), la situación en Ciudad Bolívar también muestra evidencia de transmisión contenida dentro de parroquias urbanas específicas. Esto difiere de los hallazgos en Quibdó, Colombia, donde la transmisión se limitó en gran medida a la franja periurbana (12, 18). La dinámica en el municipio Angostura del Orinoco puede, por lo tanto, ser un modelo híbrido, impulsado de manera única por la intensidad de la movilidad humana entre los principales focos mineros de Venezuela y este importante centro urbano.

Una pregunta crítica sin respuesta es la receptividad entomológica del municipio Angostura del Orinoco. Confirmar la transmisión autóctona requiere datos entomológicos definitivos. El principal vector regional, *An. darlingi*, exhibe una notable plasticidad, lo que le permite adaptarse a paisajes modificados por el hombre (19). Vectores secundarios competentes también son prevalentes en el estado Bolívar (20). La reciente invasión del vector altamente adaptado a entornos urbanos *An. stephensi* en África proporciona una advertencia, destacando la urgencia de caracterizar la bionomía de los vectores en las ciudades venezolanas (21). La investigación futura debe priorizar los estudios entomológicos dentro del municipio Angostura del Orinoco para determinar la composición de especies de vectores, su densidad y tasas de infección para confirmar el riesgo de transmisión local y guiar el control dirigido.

El progreso reciente en el control de la epidemia de malaria en Venezuela ha sido significativo (1, 22), pero se ha centrado casi exclusivamente en la distribución de antimaláricos y mosquiteros tratados con insecticida en los asentamientos mineros. Nuestros hallazgos sugieren que esta estrategia es insuficiente. El establecimiento de focos de transmisión urbana amenaza este progreso al exponer a grandes poblaciones no inmunes al parásito. Abordar esto requiere un giro estratégico hacia un control integrado de la malaria urbana, incorporando el manejo ambiental, la mejora de la vivienda y el control de fuentes larvarias, métodos centrales para el histórico éxito de erradicación de Venezuela (10, 23, 24). Como recomienda la OPS/OMS (25), el acceso al diagnóstico y tratamiento debe expandirse más allá de los campamentos mineros hacia las zonas urbanas y periurbanas que ahora representan un nuevo frente en la lucha contra la malaria.

Este estudio tiene varias limitaciones. Primero, como análisis retrospectivo de casos detectados pasivamente de un solo centro, probablemente subestima la verdadera carga de malaria y puede no ser generalizable. Segundo, la asignación de la ZPI se basa en el recuerdo del paciente y está sujeta a sesgos. Tercero, la incapacidad para distinguir de manera fiable las nuevas infecciones por *P. vivax*

de las recaídas es una restricción fundamental. Finalmente, la fuerte asociación observada con ocupaciones no mineras está inherentemente confundida por el lugar de residencia. Sin un grupo de control no infectado, este hallazgo debe interpretarse como un reflejo de las características de la casuística urbana en lugar de una medida directa del riesgo ocupacional.

CONCLUSIONES

Este estudio revela un potencial cambio de paradigma en la epidemiología de la malaria en el sureste de Venezuela, marcado por una carga epidemiológicamente significativa de malaria dentro del centro urbano de Ciudad Bolívar. Nuestros hallazgos sugieren que esta tendencia es impulsada por una dinámica de doble motor: la siembra constante de la transmisión local por parásitos importados de regiones mineras, junto con la persistencia de *P. vivax* entre los residentes de la ciudad, ya sea a través de nuevas infecciones locales o recaídas. Este frente urbano emergente, situado fuera de las zonas de control tradicionales, representa una amenaza sustancial para los recientes avances en salud pública. Por lo tanto, hacemos un llamado urgente a la investigación dirigida —incluyendo epidemiología molecular para desenredar las nuevas infecciones de las recaídas y estudios entomológicos para confirmar la transmisión vectorial local— para informar estrategias que puedan prevenir el afianzamiento de la malaria urbana en Venezuela.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para esta investigación.

REFERENCIAS

1. WHO. World malaria report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. Grillet ME, Hernández-Villena JV, Llewellyn MS, Paniz-Mondolfi AE, Tami A, Vincenti-Gonzalez MF, *et al.* Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(5):e149-e61.

3. Grillet ME, El Souki M, Laguna F, León JR. The periodicity of *Plasmodium vivax* and *Plasmodium falciparum* in Venezuela. *Acta tropica*. 2014;129:52-60.
4. Grillet ME, Moreno JE, Hernández-Villena JV, Vincenti-González MF, Noya O, Tami A, *et al*. Malaria in Southern Venezuela: The hottest hotspot in Latin America. *PLoS neglected tropical diseases*. 2021;15(1):e0008211.
5. Grillet ME, Moreno JE, Paníz-Mondolfi A, Navarro JC, Fornace K, Conn J, *et al*. Planetary health approaches to understand and control vector-borne diseases. Chapter 2 The emerging epidemiology and changing landscape of mosquito-borne infectious diseases in Venezuela: Wageningen Academic; 2023. p. 34-53.
6. Fletcher IK, Grillet ME, Moreno JE, Drakeley C, Hernández-Villena J, Jones KE, *et al*. Synergies between environmental degradation and climate variation on malaria re-emergence in southern Venezuela: a spatiotemporal modelling study. *The Lancet Planetary health*. 2022;6(9):e739-e48.
7. Forero-Peña DA, Carrión-Nessi FS, Chavero M, Gamardo Á, Figuera L, Camejo-Ávila NA, *et al*. The clinical-epidemiological profile of malaria patients from Southern Venezuela, a critical hotspot in Latin America. *Malaria journal*. 2021;20(1):375.
8. Wesolowski A, Eagle N, Tatem AJ, Smith DL, Noor AM, Snow RW, *et al*. Quantifying the impact of human mobility on malaria. *Science*. 2012;338(6104):267-70.
9. Gabaldón-Figueira JC, Salmen S, Silva N, Mancilla B, Vielma S. Epidemiological and clinical characteristics of patients with malaria admitted to a hospital in Mérida, Venezuela. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020;114(2):131-6.
10. Organization WH. Global framework for the response to malaria in urban areas: World Health Organization; 2022.
11. Barbieri AF, Santos RO. Human mobility, garimpos and spatiotemporal malaria transmission in the Yanomami Indigenous Territory: a retrospective observational study. *Lancet Reg Health Am*. 2025;49:101188.
12. Chaparro PE, Molina K, Alzate A, Padilla J, Arévalo-Herrera M, Herrera S. Urban malaria transmission in a non-endemic area in the Andean region of Colombia. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2017;112(12):797-804.
13. MPPS. Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica N°41. 09 de octubre al 15 de octubre del 2022. Año de edición LXIII. Caracas, D.C.: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2022.

14. WHO. Microscopy examination of thick and thin blood films for identification of malaria parasites. World Health Organization; 2016.
15. Rosales A. Statization and denationalization dynamics in Venezuela's artisanal and small scale-large-scale mining interface. *Resources Policy*. 2019;63:101422.
16. Rendon M, Sandin L, Fernandez C. Illegal Mining in Venezuela Death and Devastation in the Amazonas and Orinoco Regions. Center for Strategic and International Studies (CSIS); 2020.
17. Lampo M, Hernández-Villena JV, Cascante J, Vincenti-González MF, Forero-Peña DA, Segovia MJ, *et al.* Signatures of the Venezuelan Humanitarian Crisis in the First Wave of COVID-19: Fuel Shortages and Border Migration. *Vaccines*. 2021;9(7).
18. Molina Gómez K, Caicedo MA, Gaitán A, Herrera-Varela M, Arce MI, Vallejo AF, *et al.* Characterizing the malaria rural-to-urban transmission interface: The importance of reactive case detection. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(7):e0005780.
19. Ferraro L, Briolant S, Nacher M, Vezenegho S, Adde A, Nguyen C, *et al.* Similar Microsatellite Allelic Distribution Between *Anopheles darlingi* Population Collected by Human Landing Catch or Mosquito Magnet Traps in French Guiana. *Tropical medicine and infectious disease*. 2025;10(6).
20. Abou Orm S, Moreno JE, Carrozza M, Acevedo P, Herrera FJBdMySA. Tasas de infección de *Plasmodium* spp. para algunos *Anopheles* spp. del municipio Sifontes, estado Bolívar, Venezuela. 2017;57(1):17-25.
21. Merga H, Degefa T, Birhanu Z, Tadele A, Lee MC, Yan G, *et al.* Urban malaria in sub-Saharan Africa: a scoping review of epidemiologic studies. *Malar J*. 2025;24(1):131.
22. Sanna A, Suárez-Mutis M, Lambert Y, Carvalho L, Cairo H, Cox H, *et al.* Cooperation for malaria control and elimination in the Guiana Shield. *The Lancet Global health*. 2024;12(5):e875-e81.
23. Griffing SM, Villegas L, Udhayakumar V. Malaria control and elimination, Venezuela, 1800s–1970s. *Emerging infectious diseases*. 2014;20(10):1697-704.
24. Anvikar AR, Shah N, Dhariwal AC, Sonal GS, Pradhan MM, Ghosh SK, *et al.* Epidemiology of *Plasmodium vivax* Malaria in India. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2016;95(6 Suppl):108-20.
25. OPS. Ampliación del acceso al diagnóstico y el tratamiento de malaria. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2024.

José María Vargas, El Hombre más allá del Médico y El Prócer

Dra. Miriam Marcano Torres

“El mundo es del hombre justo y honrado”

José Vargas

RESUMEN

El estudio biográfico de José María Vargas desde la aplicación de los Niveles neurológicos de Bateson y Dilts, nos permite asegurar que la valiosa contribución de este gran médico y educador se fundamentó principalmente en la aplicación de los profundos valores morales que integraban su compleja personalidad y desentrañar como sus múltiples vicisitudes personales moldearon su inquebrantable estructura de comportamiento ciudadano, desde la extraordinaria alineación ocurrida entre sus eventos adversos y su propósito vital de ser útil a su patria, cuyo destino integra de manera particular a su propia existencia. Ante el entorno hostil que le tocó enfrentar en un país estremecido por la guerra de independencia, las confrontaciones propias de la época y un devastador terremoto se volcó a la prestación de servicios, sanar heridos y enfermos y generar la visión científica que le acompañaría a lo largo de su vida. Su evolución profesional se caracterizó por un amplio despliegue de capacidades que le permitieron el acceso a la medicina de vanguardia y al desarrollo de una vertiente muy significativa en el campo de la docencia y la investigación. La rectitud ciudadana, su apego al cumplimiento de deberes marcó de manera prominente su nivel de creencias y valores, resistiendo con coraje el embate de las humillaciones políticas y personales que hubo de enfrentar, destacándose como un humanista y educador

de carácter universal en una era en que el caudillismo marcaba la identidad de sus compatriotas que influían en el destino de la nación y finalmente, su impecable escala de valores aplicadas a sus niveles neurológicos le permitieron trascender como un ilustre venezolano que dejó tras de sí una huella imperecedera de entrega y servicio desinteresado a su país, en la búsqueda de una república consolidada y civilizada, que sobrepasa el tiempo y el olvido, para transformarse en un recuerdo de resiliencia y rectitud moral, académica, científica y profesional, ejemplo de las generaciones médicas que le han sucedido.

Palabras clave: José María Vargas, niveles neurológicos, Médico, Biografía

ABSTRACT

The biographical study of José María Vargas through the application of Bateson and Dilts' Neurological Levels allows us to assert that the valuable contribution of this great physician and educator was primarily grounded in the application of the profound moral values that integrated his complex personality. It also unravels how his multiple personal vicissitudes shaped his unwavering framework of civic behavior, resulting from the extraordinary alignment between his adverse life events and his vital purpose of being useful to his homeland—a destiny uniquely intertwined with his own existence. Faced with a hostile environment in a country shaken by the war of independence, the typical confrontations of the era, and a devastating earthquake, he turned to public service, healing the wounded and sick, and generating the scientific vision that would accompany him throughout his life. His professional evolution was characterized by a broad deployment of capabilities that granted him access to cutting-edge medicine and led to a highly significant development in teaching and research. Civic righteousness and an adherence to the fulfillment of duties prominently marked his level of beliefs and values, enabling him to courageously resist the onslaught of political and personal humiliations. He stood out as a universal humanist and educator in an era when caudillismo defined the identity of his compatriots who influenced the nation's destiny. Ultimately, his impeccable scale of values applied to his neurological levels allowed him to transcend as an illustrious Venezuelan who left behind an imperishable mark of dedication and selfless service to his country in pursuit of a consolidated and civilized republic. This legacy transcends time and oblivion, transforming into a memory of resilience and moral, academic, scientific, and professional rectitude—an example for the generations of physicians that have succeeded him.

Keywords: José María Vargas, Neurological levels, Doctor, biography

INTRODUCCIÓN

La trayectoria de José María Vargas constituye la cima del pensamiento científico en la Venezuela del siglo XIX y simboliza la cruenta transición de un país asfixiado bajo el protectorado colonial de España a una república en busca de una identidad propia y un sentido de autodeterminación. Para comprender la relevancia de su presencia en esta convulsa época de la historia venezolana, es absolutamente indispensable, adentrarse en el caótico panorama sociopolítico que sirvió de marco a su existencia en una nación completamente fracturada por el tránsito del yugo monárquico al caudillismo republicano. Previo a 1810, el estamento de Venezuela se caracterizaba por una estructura esencialmente rígida de orden y castas, bajo el férreo dominio español. Su economía se sustentaba fundamentalmente en el cultivo del cacao y café, mantenido por la mano de obra esclava y el control administrativo absoluto de la Corona, ejercido a través de la Real Compañía Guipuzcoana, cuya sede principal y aduana asentaban en el puerto de La Guaira.

En este contexto, la educación y el prestigio social eran privilegios exclusivos de la élite blanca criolla, a la cual pertenecía la familia Vargas y sus descendientes, de modo que la formación del joven José María, ocurrió bajo el modelo escolástico colonial, que comenzaba a agrietarse bajo el efecto de las ideas de la ilustración europea, a la cual se acoge el guaireño Vargas en su adultez temprana. Su vida se inicia en medio del caos determinado por la épica independentista, que se correspondió con un colapso social total más que una guerra de orden político, una lucha de clases, en la que esclavizados y pardos se rebelaron contra la élite blanca dominante, sembrando el terror de la muerte a lo largo de la geografía patria, el desplazamiento y la hambruna de grandes grupos poblacionales, el exterminio recíproco, la pulverización de la economía y el dominio de los caudillos que tuviesen más hombres y caballos.

Tras el triunfo de la gesta independentista, el panorama cambió drásticamente, pues el surgimiento de la soberanía política, se acompañó de una devastación demográfica y económica sin precedentes, mientras que la democratización del país fue contenida por la aparición del caudillismo y la hegemonía de los militares que veían con profundo recelo la institucionalidad civil. En medio de este panorama confuso e impredecible, la figura de José María Vargas, médico, científico y civilista a ultranza adquiere una dimensión heroica, no como prócer del campo de batalla, sino desde el ejercicio de la docencia y la primera magistratura, en la cual se empeñó en el propósito de sustituir la “fuerza de las armas” por la “fuerza de las leyes”, confrontando de manera directa la hegemonía de los próceres militares en un país que apenas daba sus primeros pasos como república independiente (1-4)

VIDA Y OBRA DEL DR. JOSÉ MARÍA VARGAS: EL FARO DE LA ILUSTRACIÓN VENEZOLANA

José María de los Dolores Vargas Ponce, médico venezolano, cuyo legado profesional, docente, de investigación y político trasciende los límites de la historia en nuestro país, nace en La Guaira, el 10 de marzo de 1786 y fallece en la ciudad de Nueva York el 13 de julio de 1854. Su vida transcurre en medio de avatares y vicisitudes de diversa índole, que le convierten en un polémico personaje de su época cuyo accionar en los campos de la ciencia, la educación y el ejercicio de su cargo como primer Presidente Civil de Venezuela, marcó huella imperecedera y le convirtieron en un muy digno ciudadano, ejemplo para las generaciones sucesivas de aquellos que fueron sus discípulos en la joven Universidad de Caracas, quienes le acompañaron en sus andanzas políticas, los que le conocieron en sus labores médicas y cultivo de las ciencias ligadas a esta disciplina y, en la que fue una de sus pasiones vitales, la botánica.

Nace Vargas en una época convulsa de la historia civil y militar de Venezuela con el país a punto de sumirse en una cruenta guerra independentista, incentivada por las profundas desigualdades sociales que existían en el período colonial y por las consecuencias a distancia de la invasión napoleónica a España, que hicieron aflorar las terribles contradicciones que suponía el dominio ejercido desde el poder sobre los pueblos indígenas nativos, los esclavos traídos desde las lejanas tierras africanas, de la población mestiza en general y de los blancos sin poder económico, lo cual constituiría un elemento de primordial importancia en la génesis del espíritu libertario, que más tarde se acrecentaría en el futuro líder civilista y que sería un factor fundamental en su accionar ciudadano y patriótico.

METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una investigación cualitativa, en la cual no se utilizan números ni estadísticas, sino que el manejo de la información se hace a través del procesamiento de ideas, conceptos y propuestas de datos no numéricos, expresados en palabras, a través de un esquema continuo de interrogantes como parte integral en la comprensión de la vida, perspectivas, experiencias, vivencias, emociones y comportamientos, en el contexto de los significados que el personaje, sujeto de la investigación, le ha asignado desde su perspectiva personal, lo cual representa una comprensión FENOMENOLÓGICA, mediante la consideración y análisis de las experiencias de vida, respecto de un suceso, con la finalidad de comprender realidades experimentadas por el o los individuos.

Las conclusiones obtenidas no pueden generalizarse al público en general; sin embargo, la investigación podría proporcionar elementos de gran valor en la comprensión de las emociones y experiencias de un sujeto o grupo particular. Adicionalmente, nos regimos por un enfoque HERMENEUTICO, al utilizar conocimientos expresos en textos o trabajos de investigación, mediante un proceso intelectual que permite a través del análisis del lenguaje, definir realidades trascendentales y facilitar inferencias teóricas, en un marco global que favorece el entendimiento no sólo de los relatos escritos, sino también de exposiciones orales, los acontecimientos culturales e incluso costumbres sociales, en el contexto del creciente reconocimiento de la complejidad y múltiples dimensiones en la comprensión y la comunicación humanas, enfatizando la naturaleza iterativa, repetitiva de la percepción del problema en estudio, mediante la cual cada paso informa y es informado por el otro, a través del desafío expreso de la noción de investigación compromete a los científicos en profundidad con su objeto de estudio, de modo tal que induce la aceptación tácita de que sus análisis están influidos por sus experiencias personales y el bagaje histórico cultural de los fenómenos sometidos a su investigación (5-7).

Por otra parte, el contenido científico de la presente investigación ha sido realizado desde un claro concepto de multidisciplinariedad, en el cual la interpretación de este se realiza empleando una conjunción de variadas disciplinas, con el cuidado metodológico que cada una de ellas conserve intactos los métodos y aproximaciones que le son propios, de manera tal, que no sea posible el surgimiento de otra ciencia o disciplina a partir de las consideraciones empleadas (8-11).

La literatura nacional abunda en textos, ensayos y otras obras acerca de la prolífica vida de José María Vargas y en este ensayo, nos proponemos como propósito fundamental, el abordaje de su perfil psicoemocional desde una investigación dirigida al análisis de sus diversas circunstancias vitales, expresadas en el extenso inventario epistolar del personaje, dónde indagaremos acerca de sus emociones, sentimientos, propósitos, dudas y aciertos expresados de viva voz en sus diversas comunicaciones y en las principales biografías, escritas por diferentes autores.

Los resultados de este entramado cualitativo están presentados bajo la estructura de un ensayo crítico (12,13), compuesto por un texto argumentativo donde el autor analiza, interpreta y evalúa un tema, idea u obra (libro, película, artículo), presentando una postura personal fundamentada en argumentos lógicos, fortalezas y debilidades, en lugar de una simple opinión. Es un texto académico que analiza un determinado tópico en profundidad, descomponiéndolo en sus partes, cada una de las cuales se evalúa e interpreta a través de razonamiento

lógico, en búsqueda de evidencias que permitan ofrecer más que un resumen u opinión personal del tema en cuestión, de manera, que aporte una comprensión matizada y justificada del mismo desde una amplia perspectiva, obtenida a través de la aplicación de diversas interrogantes que incluyen cómo, dónde y por qué, para concluir su evaluación desde el empleo del pensamiento crítico a obras literarias, arte, política, ciencia, biografías como en el presente estudio, el cual se estructura típicamente en introducción (tesis), desarrollo y conclusión, buscando profundizar en el análisis, a través de su enfoque analítico, coherencia lógica, uso de citas bibliográficas y un estilo personal pero riguroso, fomentando el pensamiento reflexivo y crítico, desde las siguientes características:

Análisis y Evaluación: No solo describe, sino que analiza, interpreta y emite un juicio de valor sobre el objeto de estudio (libro, película, tema social, biografía).

Postura Argumentada: Presenta una tesis clara desde el inicio y la defiende con argumentos lógicos, no solo opiniones sin base.

Uso de Evidencia: Se basa en pruebas, datos, citas de fuentes primarias o secundarias para respaldar los puntos del autor.

Profundidad Temática: Requiere un conocimiento profundo del tema a tratar para ofrecer una crítica perspicaz.

Estructura Definida: Aunque flexible, sigue una organización (Introducción, Desarrollo, Conclusión) para exponer ideas de forma ordenada.

Estilo Personal y Coherente: Refleja la voz del escritor, pero debe ser claro, serio y unificado en sus ideas para no confundir al lector.

Objetivo Persuasivo: Busca convencer al lector de la validez de su análisis y evaluación, invitando a la reflexión.

Manejo de Fuentes: Incorpora referencias bibliográficas para fortalecer los argumentos y dialogar con otras perspectivas.

La validación científica en una investigación hermenéutica fenomenológica se convierte en un reto fascinante. Como este enfoque no busca medir variables ni contar frecuencias, los criterios tradicionales de la ciencia cuantitativa (como la validez interna o la confiabilidad estadística) no encajan aquí.

El rigor en la investigación cualitativa se garantiza mediante el modelo clásico de criterios de confianza propuesto por Lincoln y Guba: **credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad**, los cuales aseguran la validez y la calidad del estudio sin usar las reglas numéricas de la ciencia tradicional e

incluyen:

Criterios Clave de Rigor

Credibilidad: El valor de verdad asignado de los resultados, a través del reconocimiento por parte de los participantes de las interpretaciones como propias y mediante la **triangulación** de datos o la revisión con colegas.

Transferibilidad: Expresada a través de la opción de aplicar los resultados en otros contextos. mediante una descripción detallada y profunda del escenario y los sujetos estudiados.

Dependencia: Representada por la estabilidad de los datos a lo largo del tiempo. Se demuestra al mantener una pista de auditoría transparente sobre todo el proceso metodológico.

Conformabilidad: Corresponde a la neutralidad de los hallazgos. Se garantiza demostrando que las interpretaciones surgen de los datos y no de **los sesgos personales** del investigador.

El propósito, por lo tanto, no es demostrar que se ha encontrado la “única verdad”, sino probar que la interpretación de las experiencias de las personas es fiel, profunda y transparente.

NIVELES NEUROLOGICOS DE BATESON

Gregory Bateson (14) antropólogo, lingüista y cibernético británico, en su búsqueda de una “ecología de la mente”, acuñó el concepto de “niveles lógicos” para referirse a ciertos estratos en el proceso de aprendizaje, pensamiento y comportamiento del ser humano. Esta idea ha sido incluida como base fundamental de una reciente disciplina conocida como “Programación Neurolingüística” y plantea la interrogante acerca de qué nos sucede durante el aprendizaje y cómo realizamos la diferenciación lógica entre éste y otros eventos mentales. A tal efecto, plantea que al aprender experimentamos cambios que superan nuestra genética, es decir, que el instruirse en un área determinada significa adquirir una capacidad que va más allá de lo heredado. Los distintos niveles lógicos interactúan entre sí y forman parte intrínseca de los procesos de aprendizaje, de cambio y comunicación siguiendo reglas específicas que ordenan, mantienen y permiten que el proceso se desarrolle armónicamente.

En este contexto, Bateson clasifica los tipos de aprendizaje según la magnitud de esas situaciones transformadoras de los límites naturales, estableciendo diferentes

niveles, situando en el nivel más básico el acúmulo de información en ausencia de transformación y, en el más alto, la obtención de intensos cambios personales, aún en ausencia de nueva información, de modo tal que en el primer nivel no ocurre ningún tipo de aprendizaje, mientras en el último se sucede en grado máximo. Estos cambios mentales se encuentran regidos por los siguientes principios:

Cada nivel organiza el funcionamiento del inmediato inferior. Las reglas de cambio para cada uno de los niveles son diferentes.

Los cambios en un nivel inferior pueden producir modificaciones en otro superior, pero no necesariamente sucede así. En cambio, lo inverso ocurre siempre.

Un nivel inferior mal estructurado es como un soporte insuficiente para el nivel superior más pesado.

Los problemas surgen habitualmente cuando se confunde el Nivel que les corresponde con otro.

Cuando alguno o varios Niveles no están alineados (no concuerdan sus contenidos) se genera incongruencia en una persona o una organización. Su armonía produce seguridad y mayor efectividad, al no gastarse energía para mejorar el conflicto entre los distintos niveles.

Para que los elementos de un sistema puedan sobrevivir y evolucionar requieren flexibilidad en las conductas, capacidades y creencias para producir modificaciones o sustituciones de las que tenemos en un determinado momento, a fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Los niveles lógicos conciben al individuo como un todo complejo en el que se integran diferentes grados o niveles mentales y en el que la transformación de una de sus partes genera un cambio a nivel global, de suerte que proporcionan un marco de recolección y organización de información válida para identificar mejor el área donde debemos actuar para desencadenar la transformación deseada en el individuo. Los distintos niveles lógicos interactúan entre sí y forman parte intrínseca de los procesos de aprendizaje, de cambio y comunicación siguiendo reglas específicas que ordenan, mantienen y permiten que el proceso se desarrolle armónicamente.

Los niveles lógicos se agrupan en una pirámide de 6 escalones, cada uno de los cuales corresponde a un elemento fundamental de la estructura psicoemocional del sujeto, en orden creciente de complejidad, el cual podemos evaluar a través de ciertas preguntas como se señala a continuación:

Primer nivel: entorno (Dónde, Cuándo, Con quién).

Es el contexto externo. Es el escenario donde nos encontramos y realizamos las acciones y reacciones, los momentos en que las realizamos y con quiénes nos relacionamos. De estos tres elementos exógenos y de las emociones internas que se despliegan, va a depender en muchos casos el éxito o fracaso de nuestros comportamientos.

- ✓ ¿En qué tipo de ocupación se siente mejor o rinde más?
- ✓ ¿En cuál tipo de residencia vive más cómodo? (casa tradicional, moderna, departamento, etc.)
- ✓ ¿Con qué tipo de personas se vincula mejor o rinde más en el trabajo?
- ✓ ¿Cuál día de la semana o a qué horas está más motivado?
- ✓ ¿Si no puede hacerlo aquí /en este momento / con estas personas, dónde /cuándo /con quiénes podría?

Segundo nivel: comportamiento (qué).

Son las acciones específicas; son conductas tanto operativas como anómalas. Incluye a los comportamientos “internos” o mentales (Diálogo interno, imágenes mentales, etc.) previos a comportamientos externos.

- ✓ ¿Su actividad actual corresponde a lo que considera que Ud. es? (Identidad)?
- ✓ ¿Qué torna la vida más interesante y divertida para Ud.?
- ✓ ¿Cómo se expresa habitualmente en lo verbal y los gestos?

Tercer nivel: capacidades (cómo).

Son las competencias y aptitudes que utilizamos para expresar nuestros comportamientos, comprende habilidades generales, estrategias de pensamiento, destrezas físicas, aptitudes básicas (capacidad de hablar y caminar), y aprendidas (matemáticas, deportes). Son repetitivas y se transforman en conductas automáticas

y habituales, que aparecen de forma sistemática.

Cuarto nivel: creencias y valores (por qué).

Una creencia es una afirmación que consideramos verdadera de manera consciente o inconsciente, afectando la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y del mundo en general. Es todo aquello que creemos verdadero e importante para nosotros. Representan el Por qué; sistema de valores que determinan qué podemos hacer o no hacer. Nos “prueban” que algo es fácil o difícil, posible o imposible (“si crees que puedes o si crees que no puedes, estás en lo cierto”).

✓ ¿Por qué Ud. o los otros hicieron algo?

✓ ¿Qué le parece correcto o incorrecto?

✓ ¿En qué cree Ud.?

✓ ¿Cuáles son sus creencias en cuanto a una determinada situación?

✓ ¿Qué piensa de sí mismo / de x persona?

✓ ¿Cómo podría modificar sus creencias para obtener mejores resultados en cuanto a....?

Quinto nivel: identidad (quién soy):

Es el núcleo interior donde soy siendo, en la “unidad” y coherencia; la esencia de las convicciones, creencias y valores que definen quiénes somos y cuál es nuestra “misión” o función en la vida.

✓ ¿Que soy?

✓ ¿Qué clase de persona soy; cuál es mi esencia?

✓ ¿Cómo podría describirme a mí mismo y cómo lo harían determinadas personas

✓ ¿Quiénes piensan de mí lo que yo desearía que piensen?

✓ ¿Cómo califica Ud. a ciertas personas?

✓ ¿De cuáles imágenes, sonidos y sentimientos se percata cuando piensa acerca de sí mismo?

✓ ¿Qué no quisiera ser de ninguna manera?

✓ ¿Cuál es su ser ideal?

Sexto nivel: espiritualidad:

Es lo que nos conecta con los demás y creemos que sobrepasa nuestra propia identidad. Es el espacio interno en el que nos conectamos con lo sublime o con la parte más profunda de nosotros mismos, nuestra esencia. Es la integración plena a esferas que siento que me superan, ya que no solo me involucran a mí; sino también a otros agentes tales como familia, grupos sociales, especie humana, universo, convicciones religiosas o políticas. Abarca nociones de Identidad y Creencias del Quién más (Dios, universo, energía, etc.). es decir, la interacción con algo superior a nosotros; ya que espiritualidad e identidad son también convicciones personales. ("Soy lo que creo que soy"; "creo en un ser superior a mí").

✓ ¿Para qué estoy en este mundo?

✓ ¿Mi Misión, propósito o pasión es más fuerte que mi Identidad en algún aspecto?

✓ ¿Qué puedo aportar a la comunidad?

✓ ¿Cómo quisiera que me recordaran cuando ya no esté vivo? (15,16)

Desde esta perspectiva interpretativa, iremos aplicando el instrumento a partir del empleo de las interrogantes que consideremos pertinentes para la explicación congruente de las posturas y respuestas psicoemocionales del personaje en estudio, a partir de la obtención de inferencias puramente teóricas, por tratarse de una aproximación retrospectiva a cada uno de los eventos que vayamos contemplando en el desarrollo del texto y sus conclusiones respectivas.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Historia familiar

Sus padres fueron Don José Antonio de Bargas Machuca, comerciante, natural de las Islas Canarias y Doña Ana de Jesús Teresa Ponce, caraqueña. Sus abuelos paternos Don Juan Mateo de Bargas y Doña María González Marrero,

ambos canarios y los maternos Don Miguel Ponce y Doña Josefa Catharina Izquierdo, naturales de La Guaira. Fue bautizado en la iglesia parroquial Príncipe de los Apóstoles San Pedro del puerto de la Guaira, tal como quedó asentado en el libro Octavo de Bautismo de los blancos, folio 13 del 12 de marzo de 1786 por el Presbítero Don Francisco Milian Péres de Puga, siendo su padrino Don Andrés de Aras, quien fue enterado por el sacerdote del parentesco espiritual y la condición de obligación para con el recién cristianado. Tuvo 3 hermanos conocidos como Joaquín María, Miguel Antonio y Bernardino. En 1935 casó con Encarnación Maitín Del Castillo, a quien le correspondió acompañarlo en ese momento crítico de su vida y falleció un año más tarde sin dejar descendencia. Sin embargo, Vargas tuvo una hija natural llamada Josefa María Vargas que, casada con Agustín Lavarte concibió tres hijos José María, Natalia e Isabel, herederos legítimos del insigne médico (17).

ETAPAS EN LA VIDA DE VARGAS

Primeros años y formación (1786-1812)

La infancia de Vargas transcurre hasta los 12 años de edad, en la casa materna, en medio de una familia que le brinda amorosos cuidados y soporte afectivo importante, recorriendo los tropicales parajes de su lar nativo, disfrutando a plenitud de la naturaleza, tal como señala Augusto Márquez Cañizalez (18) en el siguiente texto de su biografía:

“Gozaba así de una soledad prematuramente reflexiva al enfrentarse a la admiración de aquella naturaleza tan hosca, obsesionante y cálida. Saltando por sobre los acantilados recogía a menudo pequeños moluscos, algas y otras especies que el mar arrojaba a la playa; se detenía a observar con cuidadosa atención la lucha entre dos cangrejos (...) y guardaba en sus bolsillos piedrezuelas, conchitas calcáreas y aquellos caprichosos juguetes de madera que el frote continuo de las olas pule en maravillosa forma para el deleite de los ojos”.

La apreciación descriptiva de Márquez Cañizalez, es una confidencia evidente que los primeros años de la vida de Vargas, transcurrieron de manera feliz, sin traumas significativos que marcaran su existencia ni perturbaran su desarrollo emocional a futuro. Mas aún, muestran información convincente que permite concluir que en esta etapa infantil en que realizó la exploración de su entorno geográfico, debe haber germinado la semilla de su marcada y genuina identificación y apego a la naturaleza, que en su adultez lo convertiría en un asiduo cultor e investigador de la botánica y mineralogía; por otra parte, en el diario escrito durante su viaje a Escocia, él mismo asiente de su puño y letra:

“Los doce primeros años de mi infancia, niñez y adolescencia los pasé en mi patria, tranquilamente y con bastante abundancia; más desgraciadamente no estaba en estado de madurez de conocer las ventajas de mi vida”.

Una vez terminada su educación primaria, su familia se encuentra en un estado de estrechez económica, condicionada por una situación judicial en perjuicio del comercio de su padre, interpuesta por Alejo de Ara ante el Real Consulado, por el monto de 12.000 pesos, que le ocasionó la retención de todos sus bienes, su arresto y la presencia exigente de un grupo de acreedores, de manera que, su progenitor se ve imposibilitado para asumir su inscripción en un colegio privado, por lo cual opta por solicitar para su hijo una “beca de colegial porcionista”, en comunicación dirigida al superior del seminario (17), transcrita textualmente:

“Yllmn. y Revmo. Señor. Dn. José Antonio Bargas vecino del Puerto de la Guaira y residente en esta Ciudad: como mejor proceda comparezco ante V. S. Y. y digo : que para dar la educación más propia de la jubenitud he determinado que mi legítimo hijo Dn. José Maria mayor de doce años la reciba en el Colegio Seminario, vistiendo la Veca de colegial porsionista : y a este efecto acompaño las partidas de aquel Curato que acredita su legitimidad, limpieza de cristiandad, sangre y buena costumbre, inclinación y principios en la carrera de las letras : Por tanto, a V. S. Illma suplico se sirva haber por presentados los documentos que acompaño, y en vista de todo permitirle la entrada en el Seminario, y tomar la Veca de colegial porsionista en la forma y con los requisitos acostumbrados; por ser justicia y merced que imploro y juro para ello etc.

Jphe. de Bargas

En competición con otros 3 estudiantes en el Seminario Real Tridentino de Caracas, el joven guaireño obtiene la beca solicitada, tal como fue asentado en el expediente del 28 de Abril de 1802, habiendo sido informado de su logro por el obispo Francisco Ibarra quien le comunicó la asignación de la misma (17).

El término porcionista se aplicaba a aquellos estudiantes que sufragaban una parte de los gastos ocasionados con motivo de su estancia y manutención en los colegios y pensiones universitarias. Al inicio, se limitaba su uso a los alumnos externos que asistían a instituciones para huérfanos, bajo el dominio de las órdenes religiosas y cuyo objetivo fundamental era prepararlos para que se convirtieran en nuevos integrantes de la congregación. Sin embargo, a partir del siglo XVI se fue despertando en las familias de la alta sociedad colonial el interés de que sus descendientes se integraran en sus estudios a dichas instituciones y finalmente, dedicándose a la vida religiosa pudiesen convertirse en estudiantes

universitarios de los cursos de Teología (Cánones); de manera tal, que la estrategia facilitadora era proporcionar abultadas donaciones a la Orden y, así asegurar el cupo para sus descendientes bajo la figura de becario porcionista.(19-22)

El joven Vargas permaneció en esta condición de seminarista desde 1802 a 1806, obteniendo el título de Bachiller en Filosofía el 11 de Julio de 1803 y en 1806 el título de Maestro en Artes, siendo investido por el Doctor Don Juan Vicente de Echeverría, Canónigo de la Catedral y Vicecancelario de la Universidad y habiendo obtenido certificaciones de aprovechamiento de sus docentes, optó por la búsqueda de la licenciatura. En este momento debió tomar una decisión crucial entre continuar la carrera de seminarista o tomar plaza en la universidad para cursar estudios de medicina, por los cuales terminó por inclinarse, recibiendo su grado de médico luego de haber realizado 4 años de prácticas en los hospitales, en noviembre de 1808.

Con respecto a su estadía en el Seminario, Vargas escribe en su diario:

“De los 12 a los 19, cerca de los 20 (años de edad) pasé mi vida en un Colegio lleno de deseos de aprender, entregado a un estudio asiduo, con la mayor aplicación; ¡pero cuán desgraciado fui en haber nacido en mi país! Sin maestros, sin métodos, sin útiles establecimientos, sin recursos, me entregué a aprender lo único que en mi país se conocía imperfectamente y estudiaba”.

“ A veces me alarma y a veces me complace pensar en cuanto me parezco a esta tierra.... Pocas horas de hogar, toda mi primera educación fue amargura. Todo ha sido un anhelo de revelarme. Sólo mis primeros doce años me hacen amar mi primera juventud. Luego el deseo de aprender, estudiando desesperadamente, pero sin maestros, sin métodos, sin establecimientos, sin oportunidades. Aprendía lo poco, la miseria que aquí nos dejan aprender, latín, filosofía experimental sin experimentos, matemáticas sin matemáticos, medicina con un maestro inepto, sin ciencias accesorias, sin conocimientos de Anatomía, química ni botánica. Mi vida ha sido siempre incierta, llena de deseos y obstáculos para llenarlos, esto es, Infeliz. Incertidumbre, deseos, versatilidad en mi modo de vivir, viéndome insensiblemente próximo a la edad propiamente viril, sin haber establecido un sistema de subsistencia, un modo fijo de vivir, ni un país. ¿Habrá algo más parecido a mi propia tierra? Sólo la voluntad de realizarme va llevándome. Y cuando pienso en aquella semejanza con esa tierra, mi voluntad se encauza en un designio casi fatal: tengo que ser y realizarme como si la fuera realizando a ella en mí. Tengo que prepararme, tengo que ganar cada día más luz. Cada uno de nosotros ha de ir realizando a la Patria en sí mismo, paralela en sufrimiento y perfección. Tengo que estar preparado para el pacto y sí no me alcanza la vida para

*verla a ella preparada, he de dejar un molde cuando en uno de nosotros se haya
realizado un ciudadano, ese ciudadano contendrá un país. La hora de este país será
la hora de su más perfecto ciudadano"*

Este desgarrado texto descriptivo de su vida en el Seminario, no sólo muestra un personaje crítico respecto a la que más tarde sería una de sus pasiones, la educación, sino que además devela abiertamente y sin lugar a dudas de carácter interpretativo, la desventura de su soledad en esa institución, donde la añoranza de su hogar y sus afectos se hace por demás tan manifiesta, que lo induce a catalogar esa época inmersa en tal situación de amargura que, según sus propias anotaciones, le genera un anhelo de revelarse.

En este orden de ideas, entendemos que el discurso expresado por Vargas para denotar su inconformidad vital es fruto de las experiencias cotidianas que le correspondió vivir. En todo caso, el lenguaje es la capacidad que tiene el ser humano para expresarse y comunicarse, a través de diversos sistemas de signos: orales, escritos o gestuales.

Corresponde a una de las formas más válidas para entender la compleja estructura del individuo y en términos generales, se integra desde una estructura global que comprende un nivel de superficie o patente, que nos permite comunicar las representaciones adquiridas a través de los órganos de los sentidos mediante una expresión lingüística y una representación completa, profunda de nuestro mapa mental, archivada bajo la forma de un contenido lingüístico inconsciente, elaborado de acuerdo al significado que le hayamos asignado en su momento al evento o situación vivida e interiorizada. La estructura oratoria de cada sujeto que se integra en un nivel profundo o latente soporta o contiene el significado semántico abstracto del signo o de la oración, representa lo que se desea expresar, mientras que, la estructura superficial en cambio es la forma como se presenta el mensaje, es decir, es una realidad física, final y sintáctica que se construye con el aporte que proporcionan las palabras integradas en oraciones (23,24).

Desde esta perspectiva, las personas podemos tener la idea concisa y clara de lo que queremos expresar (estructura profunda) pero en el tránsito hacia la superficie, al momento de convertir los pensamientos en fonemas, sólo comunicamos una aproximación de la idea, ya que al pasar de la estructura profunda a la superficial, inconscientemente eliminamos a través de filtros parte de la información para simplificarla, con el riesgo de distorsionarla y hacer generalizaciones que nos llevan a ofrecer discursos de eventos ligeros, carentes de detalles, de tal manera, que nuestras representaciones lingüísticas se harán en torno a las normas que establecemos de acuerdo a las vivencias experimentadas en el curso de nuestra historia vital, las cuales entonces están contenidas en nuestro personalísimo y

único mapa del mundo o mapa mental, en el que se construye una verdad que rige nuestros pensamientos y emociones.

Este mecanismo nos permite ocultar información a través del establecimiento de filtros, es decir que nuestra retórica se establece desde la estructura consciente y superficial del lenguaje, de modo tal, que dicha información puede permanecer inactiva en el inconsciente y aflorar a partir de un evento detonante o desencadenante. Cómo individuos podemos entonces, tener la idea completa de lo que queremos expresar (estructura profunda) pero al momento de traducir los pensamientos en palabras, sólo expresamos una aproximación de la idea (25).

El lenguaje es el principal medio por el cual los seres humanos expresan pensamientos, necesidades, ideas y emociones y su desarrollo implica la adquisición de vocabulario, comprensión gramatical y sintaxis, así como habilidades para la comunicación tanto oral como escrita, a través de un proceso continuo de apropiación y perfeccionamiento de sus habilidades y capacidades lingüísticas, las cuales tendrán una influencia decisiva en la interacción interpersonal y las relaciones sociales.

El individuo preparado para su participación en conversaciones más complejas, podrá comprender diferentes alternativas en una misma situación y expresar sus puntos de vista con claridad y asertividad y en diversos estudios, se ha comprobado que uno de los elementos que más contribuyen en la obtención de estas habilidades es el ambiente en el cual se desarrolla el individuo, que se refiere al entorno donde se establece el proceso de enseñanza-aprendizaje, que resulta sin duda, un factor que incide en la estimulación de la motivación y el compromiso (26).

Cuando analizamos la historia de Vargas, desde la perspectiva de los niveles lógicos de Bateson y Dilts (27) encontramos que el joven no tuvo un acoplamiento congruente con su entorno, donde se generó, por el contrario, un franco cuestionamiento acerca de la instrucción recibida y una absoluta insatisfacción en torno a la calidad de vida que experimentó en esa etapa de construcción de su mapa mental y su personalidad, estableciendo una clara y negativa comparación entre sus primeros años, plenos de amor fraterno y felicidad, en contraste con el tiempo transcurrido en su estadía en el Seminario Tridentino.

Ahora bien, desde una posición crítico-analítica, cabe preguntarse cuáles fueron las causas que condujeron al adolescente Vargas a sentimientos tan perturbadores, a esa angustia vital que lo predispone a un concepto tan negativo, tanto en su vida personal como en lo concerniente a lo que quería y debía aprender.

En el desarrollo de nuestra existencia vital el primer elemento que tenemos que afrontar es el entorno que nos rodea, el cual resulta de particular significación en la construcción de ese primer escalón de nuestro andamiaje psicoemocional, puesto que allí, es donde experimentamos el sano apego afectivo a quien nos brinda su cuidado y protección, los primeros impactos agresivos, la cercanía o lejanía de otros seres humanos, satisfacemos nuestras necesidades biológicas, afectivas y espirituales, aprendemos a acercarnos a lo que nos causa alegría y placer, a alejarnos de lo que nos origine sufrimiento y a luchar para que ese ambiente sea lo más satisfactorio posible, desde la estructuración de un mapa mental flexible, congruente, cónsono con la adecuada interpretación de la realidad que nos rodea.

Sí la interpretación de este nivel del entorno, no se realiza adecuadamente, sí se interioriza desde una perspectiva incorrecta e incongruente, persistirán traumas que producirán debilidad en el mismo, de manera que resultará poco consistente para darle soporte adecuado al nivel superior de crecimiento personal. El proceso de aprendizaje en este estrato inicial, persiste durante toda la vida, pero, su establecimiento satisfactorio en los primeros años de ella es fundamental para el asentamiento de bases sólidas y pertinentes para un crecimiento equilibrado (15).

analizar esta confesión de Vargas, nos adentramos en su experiencia absolutamente negativa en el entorno del Seminario Tridentino, donde su vida se plagó de incertidumbre, de infelicidad, de amargura, de pesimismo, dejando una huella imperecedera de dolor espiritual que no pudo superar a lo largo de su vida, en la cual mantuvo una apreciación desconsolada, desgarrada de los diferentes ambientes en los que se desempeñó, interfiriendo con las actividades que en el terreno personal, relacional y afectivo tuvo que desplegar a lo largo de su vida.

En este momento de su desarrollo vital surgen numerosas interrogantes acerca de una probable falta de atención, malos tratos, abusos, injusticias, violencia, humillación que predispusieran al adolescente a la insatisfacción manifiesta a lo largo de su existencia. Su interpretación pesimista del ambiente donde se escribe la historia de los seres humanos, contribuyó indudablemente a la ausencia de equilibrio en el nivel superior de sus capacidades, particularmente en lo que se refiere a su vida personal. La investigación del qué, el cuándo y el quien favoreció esta percepción desconsolada, desesperanzada de la vida de Vargas entre los 12 y 19 años, ha resultado infructuosa, tanto en sus propias narraciones como en la interpretación foránea de las mismas, de manera que la interrogante permanecerá sin repuesta válida a lo largo de la historia.

En llamativo contraste, es de hacer notar que las vicisitudes que el adolescente Vargas experimentó durante su permanencia en el Seminario Tridentino no mermaron en absoluto sus capacidades sobresalientes para el estudio, ni para su buena formación académica en diversas áreas del saber, ni tampoco repercutieron

en el comportamiento adecuado que exhibió como estudiante, sino que por el contrario parecieron actuar como un verdadero acicate para seguir adelante con el compromiso adquirido consigo mismo, en alcanzar la meta propuesta, superando las adversidades desde una verdadera postura resiliente y mereciendo el reconocimiento de sus superiores, aun cuando interiormente albergara la llama del profundo dolor y descontento, que siempre expresó a lo largo de su vida y que probablemente, siempre fueron espina dolorosa a lo largo de su existencia. En efecto tras la culminación de sus estudios, el Vicerector Doctor José Antonio Montenegro emite la siguiente certificación en la que acentúa las cualidades de Vargas como colegial porcionista:

“Como Vicerector del Real Seminario conciliar de esta ciudad, en debida forma certifico : que Don José María Vargas es uno de los colegiales de esta comunidad, en la que ha vestido la beca de porcionista por el espacio de tres años y cuatro meses hasta el presente: que ha seguido los estudios de gramática, retórica y filosofía con notable aplicación y sobresaliente aprovechamiento, mereciendo ser premiado en las distribuciones públicas por dos ocasiones; que sus ventajosos talentos y la buena conducta que al presente observa, prometen muy fundada esperanza de ser útil, y de contribuir al esplendor del Seminario. Y para que pueda acreditarlo, doy está en Caracas Enero nueve de mil ochocientos dos. — Doctor José Antonio Montenegro”

En el transcurso de la prosecución académica de José María Vargas, la situación pecuniaria de su entorno familiar se agrava de manera evidente, en razón de los conflictos legales que enfrenta su padre y como consecuencia, la dificultad para sufragar los gastos de su formación se acentúa cada vez más y la consecuencia segura de estas circunstancias conduce de manera ineludible, a la imperiosa necesidad que el adolescente José María abandone su estancia como colegial del Seminario. Ante este perturbador escenario, Vargas recurre a la búsqueda de la caritativa intervención del Obispo, a quien dirige la siguiente petición:

“Ilustrísimo señor Obispo. — Don José María Vargas, natural del puerto de La Guaira, colegial porcionista en el Seminario de esta ciudad, con la debida venia hace presente a V. S. I. : que con el motivo de un pleito que Don Alejo de Ara signe con el real consulado contra Don José de Vargas, su legítimo padre; fue destinado a satisfacer doce mil y más pesos, y se le han embargado todos sus bienes, arrestando su persona y formando concurso de acreedores. En esta infeliz situación llora el exponente la dura necesidad en que se ve de abandonar el colegio, por serlo imposible de continuar pagando la pensión. De este trastorno se teme justamente resulte el desmayo de su fervor en la carrera literaria, y aún el mejor arreglo de su vida que ahora en los claustros de este real Colegio. Solo fija su esperanza en

las benéficas manos de V. S. I., de quien como de digno instrumento de la Divina Providencia espera el consuelo que desea, pues el 23 de Diciembre último dejó Don Diego de Urbaneja una de las becas seminarias en que estaba colocado, y siendo esta de las supernumerarias que se conceden ad mutum de V. S. I. , no duda que su paternal afecto y compasivo corazón se dignen favorecerle con esta gracia , en atención al miserable estado en que se haya, y al mérito contraído, vistiendo la beca en calidad de porcionista por el tiempo de tres años y cuatro meses, en que ha seguido con notoria aplicación los estudios de retórica , gramática y filosofía. . Así lo espero, etc. -José María Vargas. “

Esta misiva de José María Vargas, nos permite conocer uno de los momentos más vulnerables en la historia vital, de quien más tarde se convertiría en el máximo representante de la civilidad en nuestro país, cuando inmerso en las vicisitudes económicas de su familia, confronta un episodio que sustancialmente amenaza la prosecución de sus estudios y con ello, el logro de la meta que ha mantenido “in pectore” durante su adolescente estancia en el Seminario y por la cual lucha denodadamente. En el análisis de estas confesiones podemos adivinar nuevamente el impacto traumático de su entorno, como consecuencia de la perturbadora situación familiar, con la venida a menos del padre a raíz de su situación de quiebra y embargo de sus bienes y en su carta, no sólo se aprecia la evidencia del descalabro administrativo de los suyos sino además, sentimientos de humillación y más aún de severo y desesperante desamparo económico, al cual no duda en calificar como una “*infeliz situación*”, mientras que la adversidad en que se encuentra sumido su padre le produce un profundo sentimiento de orfandad social y quizá de vergüenza personal por el arresto de su progenitor, ante una situación eminentemente deshonrosa para los estándares sociales y morales de la época, que intenta minimizar haciendo gala de sus virtudes académicas. (28)

En el contexto de esta situación de evidente súplica de ayuda, Vargas acentúa sus miedos más íntimos cuando señala “*se teme justamente resulte en el desmayo de su fervor en la carrera literaria* “ y admite veladamente, quizás, la vulnerabilidad de su incólume voluntad y de su marcada afectación psicoemocional ante la dura prueba que atraviesa y, ante la posibilidad de interrumpir la sólida formación que procura para sí mismo. En este trance de profunda fragilidad personal, el Seminario se convierte en un importante contenedor emocional en el cual se manifiesta el orden y “*el arreglo de vida*”.

Por otra parte, el desventurado Vargas ante ese momento trascendente en su vida, utiliza un lenguaje no sólo suplicante sino además cargado de humildad y afecto hacia el Obispo, cuando le califica de “*instrumento de la Divina Providencia*” y lo utiliza como un padre simbólico a quien solicita le rescate del “*miserable estado en que se halla*”, usa el llanto como expresión alusiva a la intensidad de su crisis,

cuando afirma que *“llora el exponente de la dura necesidad”*, reflejando su infinita angustia existencial ante la eventualidad cierta de perder su condición de franco exponente de la intelectualidad de la época.

Sin embargo, en medio del profundo caos el eximio estudiante apela a la autoestima como anclaje fundamental de la pertinencia de su desgarrada petición, no se presenta con su alforja vacía ni expoliada de virtudes, sino por el contrario, realiza una audaz presentación de sus propios méritos, que lo conducen a un estimable proceso de autoafirmación que potencia su vibrante solicitud, cuando enfatiza los tres años y cuatro meses de su brillante aplicación estudiantil y los valiosos resultados que de ella derivan y refuerza, de manera brillante e inteligente, su permanente convicción que denota que la formación académica, el esfuerzo y la integridad personal son las estrategias de mayor significación para superar la desgracia y que la seguridad personal del ser humano, reside en su capacidad intelectual y no en asuntos de abolengo y de allí, su manifiesta esperanza de recibir la beca que solicita.

La impecable redacción de esta solicitud no sólo revela un Vargas profundamente humano, que se debate entre la muy evidente vergüenza familiar y quizá la más profunda y sentida necesidad, de tipo intelectual, que en medio de la intensa confrontación de ambos sentires, lo conduce a recurrir a su brillante verbo como evidente mecanismo salvavidas frente a la segura ruina moral, formativa y espiritual que se le avecina, considerando que en la Venezuela colonial la posición en la escala social y el honor eran activos de primer orden y por ello, el encarcelamiento del padre de Vargas representaba una verdadera mancha social que podría crear impedimento para el acceso a ciertas instituciones.

Laureano Villanueva (29), quizá el más acucioso y documentado recopilador e intérprete de la vida del insigne médico guaireño, en la sección identificada como *“Documentos”* de su incomparable obra *“Biografía de José María Vargas”*, deja específicamente sentada para la historia, la respuesta que el Obispo Ibarra ofrece a la solicitud del personaje en estudio, la cual fue redactada en los siguientes términos textuales:

“En la ciudad de Caracas, a veinte y ocho de Abril de mil ochocientos y dos, el ilustrísimo señor Doctor. Dn. Francisco de Ibarra, dignísimo obispo de esta Beca Seminarista Supernumeraria del Real Colegio de esta ciudad, que

se halla vacante por renuncia de Don Diego Urbaneja, su último obtentor, a la que fijado edicto convocatorio, se han opuesto Dn. José María Vargas, Dn Juan Francisco Padrón, Dn José Vicente Gonzalez y Dn. Pablo Alavodra: y teniendo presentes los documentos que han presentado; Su Señoría Ilustrísima dijo: que debía declarar y declaro tocar y pertenecer en esta vacante la espresada beca al referido Dn. José María Vargas, como acreedor de mejor derecho que ha justificado ser; y en su consecuencia mando, que para que pueda desde luego vestirla, se le despache licencia en la forma ordinaria. Y por esto así su señoría Ilustrísima, el obispo mi señor lo proveyó, mandó y firmó.” (29)

Francisco. Obispo de Caracas

Mtro. Juan José Álvarez de Lugo. Secretario

La respuesta del Obispo Ibarra, a quien se le consideraba benefactor de los estudiantes, refleja fielmente la influencia de la meritocracia y el poder eclesiástico en la Venezuela de 1802 y a tal conclusión nos conduce el hecho señalado, que habiendo cuatro aspirantes a una única beca, la misma se le concede al acreedor del “mejor derecho”, de modo tal que su concesión no constituye un acto de caridad cristiana del Obispo, sino una decisión fundamentada en los méritos del desempeño académico y conductual de Vargas, de tal forma que, representa una validación intelectual y emocional de gran significación, ya que a pesar de sus circunstancias familiares su esfuerzo y virtudes personales lo colocan por encima de sus competidores y le permite la recuperación de su dignidad social, perdida por el arresto de su padre y al asignarle por licencia formal la posesión de la beca, con toda certeza, aminora sustancialmente el estado de incertidumbre y ansiedad personal que le agobiaba, al recibir el reconocimiento de méritos por parte del entorno educativo y religioso en el cual se desenvuelve.

Para entender la gravedad de la coyuntura vital por la cual atravesaba José María Vargas, resulta indispensable conocer los códigos de ética y moralidad ciudadana en la colonia venezolana, toda vez que su vida transcurre en pleno período de transición del pensamiento colonial al republicano, en una sociedad de peculiares características donde el honor estaba estrechamente conectado a la solvencia personal y familiar, dentro de un entramado social profundo y complejo, en el cual el fallo en el cumplimiento de las normas representaba un estigma de gran trascendencia.(30-33).

En este contexto, las reglas se correspondían con el deber ante Dios y el Rey, con la rectitud personal y la “limpieza de sangre”, como elementos de primer orden, como valores sociales supremos, absolutamente inquebrantables, mientras que Vargas en identificación progresiva con las ideas de la “modernidad” de ese entonces, se conectaba de modo peculiar con el método científico y la verdadera

utilidad social del conocimiento, de modo tal, que para él “ser ético” significaba ser útil a la sociedad y las huellas que marcaron en su conciencia las dificultades de su familia, se constituyeron en estímulo pertinaz para el florecimiento del germen que dio origen a su férrea autodisciplina y en respuesta a la falta de recursos, se convirtió en un estudiante obsesivo, pues interiorizó que la única vía de ascenso que podía explorar y asumir, era la de la excelencia académica, para de esta manera recuperar el honor de su querida familia, aprendió a vivir con lo mínimo, hizo de la austeridad una forma de vida y su ética personal se convirtió en un compromiso de servicio, más que de “lucro”.

Con el propósito de demostrar que cumplía con los requisitos exigidos a los fines de la procedencia de la solicitud interpuesta ante el Obispo Ibarra, remite a las autoridades competentes la siguiente petición de certificación de limpieza de sangre en los siguientes términos:

“Informacion de limpieza de sangre”

Dn José María Bargas, natural del Puerto de la Guaira, y estudiante de esta Real y Pontificia Universidad como mejor haya lugar en derecho ante Us. parezco y digo; que para efectos que me convienen en la carrera de las letras a que me he aplicado pretendo hacer informacion de genere vita et moribus, de por tanto presentado las partidas de matrimonio de mis padres con debida solemnidad y la de mi bautismo, suplico a Us. Se sirvan administrarmela ordenando que los testigos que presentare con juramento declaren si me conocen de vista, trato, y comunicacion y si me comprenden las generales de la Ley—si saben y les consta que soi hijo legítimo y de legitimo matrimonio de Dn Jose de Bargas y de Dña Ana Teresa Ponce si saven y les consta que los espresados mis padres han sido siempre tenidos por gentes blancas, sus familias conocidas por tales sin nota alguna de infamia, mala raza de moro judio , o mulato con lo más que sepan y les consto acerca de mi conducta—Que digan lo que sepan acerca de nuestra notoriedad; si todo lo que han declarado es público y notorio, publica voz y fama y a que sea puesto el decreto de aprobacion de TJs. Se me entregue original por ser asi de justicia que imploro y no juro & Jose Maria Vargas.

Por presentado con las partidas que acompaña.

A la petición antes expuesta, se recibe la siguiente contestación de las autoridades cualificadas, admitiendo la solicitud transcrita textualmente:

“admitese la informacion que ofrese — La qual se comete al presento secretario

y ha, trahigase para proveer lo que corresponda. Proveyole el señor Dn Juan Vicente Echeverria canonigo Magistral de la santa Iglesia Catedral y Vice-Cancelario de la Real Pontificia Universidad por enfermedad y comicion del señor secretario y lo firmo, en Caracas, julio cuatro de mil ochocientos y tres años". Dr. Agustin Arnal —secretario

Además, se remite la sentencia aclaratoria de la limpieza de sangre, bajo el siguiente texto:

"En el mismo dia lo dixe a la parte de que certifico—Dr. Agustin Arnal, secretario.—En la ciudad de Caracas a cinco de los mismos la parte presento su informacion por testigo al Dr. Dn. Francisco Antonio Pimentel, Prevendado Medio Racionero, Rector del Real Colegio Seminario, natural del Puerto de la Guaira a quien teniendo presente en el mismo Real Colegio le recibí juramento que hizo in vervo sacerdotis tacto pectore et corona, baxo del qual ofrecio, decir verdad de lo que supiere y le fuere preguntado y siendo por el tenor de los particulares del escrito que lo motiva, enterado do ellos dijo al primero, que conoce a su presentado de vista, trato y comunicacion y que no le lexitimo y de lexitimo matrimonio de Dn. Jose de Bargas y de Dña. Ana Teresa Ponce, vecinos del dicho puerto de la Guaira. Al tercero, que del mismo modo le consta que los dichos son y han sido reputados por personas blancas, limpias de toda mala raza moro, judio, mulato, ni que jamas ha oido decir de ninguno de su familia cosa en contrario—Al quarto, que su presentante es un niño de mui arreglada conducta, que lo dicho es público y notorio, publica voz y fama y la verdad para el juramento fecho en que se afirma, ratifica y dira de nuevo siendo necesario, y leído se le dixo estar como la ha depuesto y la firma conmigo el secretario de que sertifico."—Dr. Francisco Antonio Pimentel. —Dr. Agustin Arnal, secretario.

Subsanado el escollo de la *limpieza de sangre*, en medio de la desgarradora experiencia de saber a su padre preso, por deudas, probablemente atesoró la idea de que las leyes debían ser humanas y apuntaladas en la razón, más que una forma de castigo y en este orden de ideas, cuando Vargas hace conocer al Obispo Ibarra su "estado de miseria" recurre en efecto al contexto legal y social de la Venezuela colonial de 1802, que lo facultaba para acogerse a la protección especial del derecho indiano, que obligaba expresamente a las autoridades, en este caso representadas por el Obispo Ibarra a actuar con piedad, de modo que tras su solicitud se abrigaba un asertivo movimiento táctico de procura de amparo legal para protegerse en medio de su desgracia personal y familiar, de modo que la justa decisión del Obispo Ibarra no solo obedeció a un acto de apego a las normas legales del momento, sino que además ofreció a Venezuela la posibilidad de disponer de un médico eminente, del futuro Rector de la Universidad Central de Venezuela

y el primer Presidente civil de la República, de forma que su gestión fue un acto de visión institucional que premió el talento sobre la desgracia económica y condicionó buena parte del devenir histórico de nuestra adolescente nación (34).

Una vez obtenida la beca para continuar sus estudios en el Seminario, ocurre una notoria transformación en la vocación eclesiástica de Vargas que cambiaría para siempre no sólo su destino personal sino el de una nación en ciernes y constituye quizá, el momento más definitorio en su propia vida, pues representa el tránsito de la mística colonial a la senda de la ciencia moderna, que habría de recorrer exitosamente hasta el fin de sus días, el “itinerario del altar al escalpelo”.

Para ese entonces colonial, Vargas había dado inicio a la ruta tradicional que emprendían los jóvenes procedentes de familias honorables, pero con recursos venidos a menos y en el tránsito de 1802 a 1803, se sumerge en las reformas curriculares propuestas por el Obispo Viana, recibiendo además la impronta transformadora de los maestros que se apoderaban de los conceptos emitidos por los enciclopedistas, de manera tan determinante que su mente se centra en la complacencia que le desencadena la lógica, colocando a la teología dogmática y la filosofía en un plano inferior dentro de su propio abanico de intereses formativos, además de la consideración pragmática de que la crisis económica de su padre requería que asumiese una profesión con “mayor utilidad social” y que por lo tanto le permitiera asumir la responsabilidad económica de su familia.

Desde esta perspectiva, Vargas se identifica de forma muy comprometida con el pensamiento que preconizaba el movimiento de la “Ilustración”, entendido como la concepción intelectual, filosófica y cultural que se desplazaba en el ámbito europeo del siglo XVIII, conocido como el “Siglo de las luces” y promovía el uso de la razón, el pensamiento crítico y el conocimiento científico para transformar la sociedad, además de confrontar la ignorancia, la superstición y la tiranía, en procura de la libertad individual, la igualdad y el progreso humano frente al dogma religioso y la autoridad tradicional y que para autores como Hazard (35) representa la crisis de la conciencia donde el deber hacia Dios es sustituido por un deber más terrenal dirigido hacia la humanidad y la felicidad, mientras que para J. Sarrailh (36), más cercano al mundo hispano, este movimiento persigue mejorar la educación, la economía y la salud pública, que fue el concepto del cual se apropió y puso en práctica, Vargas en nuestro país, desde su propensión al orden, la observación minuciosa y la ayuda directa al prójimo .

Es de hacer notar que en su formación médica y en sus andanzas ciudadanas posteriores, Vargas no abandonó nunca su fe, pero inclinó su balanza personal hacia su apostolado fundamental que sería el cuerpo humano y su dedicación a la

salud pública, perfilando así su condición de “sabio civilista”.

Entre 1803 y 1808, el recorrido cumplido por Vargas como estudiante de medicina de la Real y Pontificia Universidad de Caracas, representa una de las trayectorias académicas más brillantes y rigurosas de la época independentista, durante la cual la formación médica en nuestro país se regía por los conocimientos asentados en antiguos textos y métodos tradicionales, por cuyo andamiaje transitó el joven aprendiz con vehemencia y dedicación, alcanzando el grado de Bachiller en Medicina el 27 de Noviembre de 1806 y luego el de Doctor en Medicina el 11 de julio de 1808, habiendo dado cuenta de todos y cada uno de los requisitos que a la par se exigían para tal fin, incluyendo el examen público para defensa de su tesis ante el grupo de catedráticos, designados para tal fin, dando cumplimiento al requisito de padrinazgo que preconizaba el respaldo de figuras prominentes en el área médica de la época, no solo como un acto protocolar sino además como una forma de aval moral y científico hacia el candidato, siendo sus mentores los Drs. Jose Joaquín Hernández, médico respetado que formaba parte del claustro universitario, cuya influencia fue determinante en la formación ética de Vargas y el Dr. Felipe Tamariz, catedrático de medicina y figura señera de la Caracas de principios del siglo XIX, quien presidió el jurado y reconoció el talento excepcional que Vargas había demostrado desde sus años estudiantiles, integrado a una formación que concatenaba conocimientos de la medicina hipocrática con las nuevas corrientes de la Ilustración, que comenzaban a avanzar corriente abajo dentro de la Universidad.

A los efectos de refrendar la culminación de sus estudios en los grados de Bachiller y Doctor, la Real y Pontificia Universidad de Caracas, emitió las siguientes certificaciones:

Grado de Bachiller en Medicina

“En la ciudad de Caracas, a cuatro de Mayo de [1808] mil ochocientos ocho, el señor rector Doctor. Dn. Gabriel Lindo graduó de Bachiller en Medicina al Maestro Dn. Joseph Maria Vargas, con arreglo a Estatutos de la Universidad, como es constante del expediente obrado sobre dicho grado a que me remito y firmo, de que certifico.” Doctor Agustin Arnal. — Secretario

Grado de Licenciado en Medicina

“En la ciudad de Caracas, el diez de noviembre de mil ochocientos ocho el señor Cancelario Doctor Dn. Baltazar Marrero graduó de Licenciado en Medicina

a Dn. J. Ma. Vargas, Mtro. en Artes, con arreglo a constitución, como es constante del expediente del asunto a que me remito y firmo, y de ello certifico.

Doctor Agustin Arnal. Secretario

Grado de Doctor en Medicina

“En la ciudad de Caracas, a veintisiete de Noviembre de mil ochocientos ocho, el señor Cancelario Doctor Dn Baltazar Marrero graduó de Doctor en Medicina al Maestro Don Joseph Maria Vargas con arreglo a Estatutos lo que es constante del expediente obrado sobre la colacion de dicho grado a que me remito y firmo, de que certifico.

Doctor Agustin Arnal, Secretario

En este punto concreto del presente ensayo, es indiscutible la obligatoriedad narrativa de resaltar que el proceso de graduación de Vargas en 1808, representó un desafío económico, de igual magnitud que el académico para la joven familia en quiebra y con el jefe de casa en prisión, ya que los estipendios arancelarios eran de carácter impostergable para la obtención del título académico e incluía el pago de cuantiosos derechos y ceremonias, que eran conocidos como “propinas”, siendo tasas obligatorias que luego se distribuirían entre el Rector, los catedráticos, el Secretario e incluso los empleados universitarios, alcanzando cientos de pesos, que a todas luces resultaba prohibitiva para Vargas. Sin embargo, existía una dispensa legal, aplicable a estudiantes brillantes, conocida como “*el grado de pobres*”, pero el sólo intentar su aplicación significaba una humillación social, por lo que José María, motivado por el orgullo y el honor decidió subsanarlo mediante el esfuerzo personal, a través del aporte de amigos cercanos a la familia e incluso de sus propios padrinos como el Dr. Hernández que facilitaron contribuciones o fungieron de fiadores y, el trabajo que el joven graduando realizó en boticas o en labores médicas menores, para completar el monto total de dichas propinas.(37-41).

Finalmente, a diferencia de los hijos de los mantuanos caraqueños que celebraban sus grados con opulentos banquetes, música y desfiles, el acto académico de Vargas transcurrió en el marco de una extrema sencillez, reforzando de esta manera su carácter austero y su convencimiento interior de que el valor de un hombre reside en su saber y no en el boato exterior.

Obtenido su título de médico se traslada a la ciudad de Cumaná, donde se dedica al ejercicio de su profesión y al estudio de importantes obras literarias

que encargaba de Europa, en especial los textos de contenido político de Juan Jacobo Rousseau, por cuya filosofía sentía particular admiración y a partir de los conocimientos adquiridos en su lectura, se dedica al encendido de la llama libertaria, que había prendido en su mente y su alma, para impregnar la conciencia crítica de los jóvenes cumaneses, ligando así su compromiso personal de superación con un convenio profundamente sentido con la Patria, a la cual identifica con su propia vida.

Las palabras de Vargas van convirtiéndose en un efectivo fermento que cataliza las ansias de libertad de los parroquianos, que rápidamente se identifican con su causa y se prometen a sí mismos hacerse soldados de esa idea y al decir de Andrés Eloy Blanco, *“El hombre preparado sale al frente, a ser guía. A ser iluminador. Pero él no ha sido sino un producto de la hora, en él se vacía toda la aspiración, en él se hace ciencia. El pueblo hace su autorretrato, es el filósofo, copia exacta de la hora de evolución de la sociedad”* (42), dejando constancia además en su obra titulada *“Vargas, Albacea de la angustia”* que como Presidente no solo heredó un país en crisis, sino que se hizo responsable del “sufrimiento” y las carencias morales de una nación que no estaba lista para su civilismo.

Vargas, durante su estancia en la ciudad oriental abunda en intenciones y acciones de prepararse como pensador ciudadano, de tal forma, que llegado el instante esperado de la libertad, la patria lo encontrase idóneo para participar activamente en la lucha, granjeándose además excelentes relaciones con los más dignos patricios de la ciudad gracias al extraordinario ejercicio de su profesión, su talento y sus dotes de conductor de juventudes, siendo reconocido como maestro de la propaganda emancipadora, para lo cual traduce la obra el “Contrato social” de Rousseau, cuyas ideas enseña en conferencias clandestinas destinadas a construir una congregación de jóvenes pensantes, capaces de conducir a la población alcanzado el momento de la revolución libertadora.

En el ahinco, tesón y afán de Vargas de formarse de manera autodidacta como líder ciudadano, advertimos una intención compensadora de las múltiples carencias por él percibidas durante su aprendizaje en el Seminario Tridentino y la Universidad de Caracas, lo cual significa además un claro interés en colocarse al nivel de las exigencias que la patria le impondrá en su futuro liderazgo ciudadano, pero no se atisba el propósito transformador de su vida ni de la capacidad interpretativa de su condición de hombre, de sujeto expuesto a las vicisitudes de un entorno que no lo ha favorecido en el terreno personal de su existencia, de manera que no se aprecia cambio alguno dirigido a la preservación y perfeccionamiento del estatus viril que señaló de manera explícita en su diario, reconociendo su propia dificultad para resolver su impericia en este plano de su trayectoria vital.

En su peregrinaje en el oriente de Venezuela, Vargas actúa diligentemente en

cuanto asunto le sea requerido, ejerce la inspección y dirección de los hospitales militares, participa como vocal de la Junta patriótica y como diputado a la Asamblea Federal del Estado de Cumaná, mientras continuaba acrecentando el prestigio de la causa emancipadora y llenando el espíritu de los jóvenes con la fe en la libertad.

Su decisión de regresar a La Guaira, trae consigo su presencia en el lar nativo cuando ocurre el terremoto del 26 de marzo de 1812, que ocasionó la muerte de innumerables personas en la zona del desastre, el derrumbe de las casas en el puerto dónde sólo dos de las 800 existentes quedaron en pie y la pérdida de 4.000 parroquianos.

Haciendo gala de su compromiso profesional y de su altruismo, el joven médico se dedica al rescate y atención de los sobrevivientes y a darle sepultura a los fallecidos, desplegando sus acciones en cualquier lugar donde fuera necesario atender a un enfermo o un herido, creando además un hospital para la asistencia de los lesionados.

Sus acciones incluyeron:

Cirugía de guerra: Realizó amputaciones y curaciones complejas en condiciones precarias, utilizando herramientas rudimentarias.

Higiene Pública: Implementó medidas estrictas para evitar epidemias, como la correcta disposición de los cadáveres y la limpieza de fuentes de agua.

Atención sin distinciones: Asistió por igual a heridos de ambos bandos (patriotas y realistas), lo que le ganó un respeto casi legendario en la región.

En reconocimiento a su valiosa y filantrópica gestión la Municipalidad de La Guaira el 1o. de Mayo de 1812, reunida en el muelle del poblado, lo consideró como el más sobresaliente entre los que socorrieron a la humanidad, sin descanso y sin términos de distancia, por lo cual se hace acreedor de la gratitud de la población y su Municipalidad lo recompensa designándole Médico de Sanidad de la Villa y emitiendo una recomendación para que sea nombrado Médico del Hospital General de la zona. En respuesta al oficio emitido de la Municipalidad, Vargas contesta:

“He recibido vuestro oficio, fecha de ayer, con la copia adjunta del acta que el Cuerpo Municipal ha tenido a bien celebrar espontáneamente en mi favor. La gratitud a que he dado motivo es más el efecto de sus sentimientos filantrópicos que

la prueba de mi merecimiento. En los lastimosos momentos de azote tan espantoso, nadie, sino los perversos, dejó de aplicar toda su posibilidad de consuelo de la humanidad doliente. A no haberlo yo hecho, con respecto a mi facultad bienhechora, yo habría sido el hombre más criminal y en el desempeño de un deber tan sagrado, no soy acreedor a alabanzas ni recompensas.” (17)

En su contestación a la Municipalidad, observamos como Vargas recurre de manera pertinaz a la minimización de sus acciones, a la simplificación de su valiente, generoso e incansable trabajo en favor de una comunidad severamente afectada, a la negación de sus méritos para la obtención de un reconocimiento, alabanzas y recompensa a su ininterrumpida a una población profundamente afectada por los embates de la tragedia, por ser el único médico que sobrevivió la catástrofe y que por encima de sus propias fuerzas socorre a una humanidad presa del dolor y el sufrimiento ante la acometida inmisericorde de la naturaleza, que encontró en su presencia y acción el consuelo ante la adversidad que les amenazaba.

Sí recurrimos nuevamente a la aplicación de los Niveles neurológicos de Robert Dilts, fundamentados en las jerarquías de aprendizaje de Gregory Bateson, para el análisis crítico e interpretativo de las acciones de José María Vargas, encontraremos un terreno abonado para comprender sus conductas y adentrarnos de forma cierta, en la observación de como su entorno y capacidades se alinearon en un todo indivisible para dar cumplimiento a la misión trascendental, que el destino le asignaba en las distintas etapas de su compleja vida.

La contemplación investigativa de su entorno, del ¿dónde y cuándo? nos revela abiertamente que Vargas habita en una Venezuela colonial tardía, iniciando el ejercicio de su profesión en las entrañas del país, en la ciudad oriental de Cumaná dónde va poniendo en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos desde una perspectiva de servicio público, que se hace extraordinariamente manifiesto durante el terremoto que azota su pueblo natal, en cuyo momento destaca no sólo por su formación técnica y habilidades cognitivas para poner en marcha un plan de acciones sanitarias y médicas de primer orden, sino también haciendo un brillante acopio de los pocos recursos disponibles, como una respuesta cónsona con el reto que las condiciones del entorno le plantean ante la precariedad de la salud pública del terrible momento, indudablemente movilizad desde su particular sistema de creencias y valores como motor fundamental de su ética profesional, desde el despliegue de la verdad científica que profesa y desde su condición de un verdadero humanista.

En este contexto vital, Vargas alcanza la cúspide de los niveles de Bateson cuando sus conductas y capacidades se proyectan en un sentido de trascendencia

ciudadana, cuando surge la interrogante ¿para quién más?, que de manera prístina y concisa nos permite reconocer su conexión con un ente superior, que en este caso específico adquiere su más clara representación en la nación y la humanidad, orientado desde un altruismo muy particular en que su propio yo, pasa a un segundo plano, pero con una acentuada percepción de su identidad como un ciudadano sabio, adecuadamente formado en el terreno de la ciencia y del servicio a sus coterráneos.

En la misma misiva, destaca:

....." he recibido una carta del Poder Ejecutivo de Cumaná en que se ha dignado nombrarme Médico de aquel hospital y ciudad, y que es necesario hacerle entender los motivos que me impiden ponerme en marcha para corresponder con mi presencia en aquel país de mi elección. Las atenciones con que me honra esa Municipalidad serán un título demás para consagrarme con todas mis fuerzas al servicio del pueblo que ha tenido la felicidad de nombrar tan justos y sabios Representantes."

El análisis de este fragmento del texto en la comunicación que Vargas dirige a la Municipalidad de la Guaira, nos llama poderosamente la atención como el joven médico señala sin ambages ni rodeos complacientes de ninguna naturaleza, que su desplazamiento a la ciudad de Cumaná es producto de una elección consciente de su parte, cuando sería fácil de esperar que dicha elección estuviese orientada a favorecer su permanencia en su lar nativo, La Guaira.

Es indudable, que esta decisión debió depender de una relación de identidad o apego con la ciudad oriental y si bien es cierto, que dicho término en la psicología tradicional de la "Teoría del Apego" desarrollada por el psiquiatra John Bowlby (40) en su famosa obra "*Apego y pérdida*", ha sido definida como un vínculo emocional profundo, persistente y específico que se establece entre un niño y su cuidador principal (generalmente la madre o el padre) desde los primeros momentos de vida, también lo es, en el "evangelio" de esta teoría un vínculo que nos configura desde la cuna hasta la tumba, que inicialmente representa no sólo un potente entramado afectivo, sino además, un sistema biológico instintivo de supervivencia que ofrece la posibilidad que el niño asegure proximidad física y más significativamente, seguridad ante cualquier amenaza.

En la psicología moderna, el apego es ampliamente utilizado para señalar los estrechos lazos que se entretienen no sólo con figuras humanas, sino también con objetos y ambientes físicos durante la adultez, el cual suele ser trasladado de los padres hacia la pareja, amigos cercanos o incluso figuras de autoridad, manteniendo el propósito de buscar una "base segura" en el otro, para enfrentar situaciones perturbadoras a lo largo de la trayectoria vital.

En la clara sentencia de Vargas, podemos presumir un apego a nivel comunitario que puede ser evaluado principalmente a través del concepto de “Sentido de Comunidad”, que no se mide como el apego individual, sino que se analiza definiendo cómo te integras y que bienestar obtienes de ese grupo social, a través de la evaluación de cuatro dimensiones fundamentales que determinan si te sientes “bien anímicamente” en ese entorno, incluyendo:

Membresía: El sentimiento de haber invertido parte de ti mismo en la comunidad y sentir que perteneces a ella, lo cual concede el derecho a estar ahí.

Influencia: La percepción bidireccional de que tú importas al grupo y que el grupo influye en tus decisiones de manera positiva.

Integración y satisfacción de necesidades: El grado en que la comunidad te ayuda a satisfacer tus necesidades físicas y emocionales a través de los recursos del grupo.

Conexión emocional compartida: El vínculo basado en una historia común, experiencias similares y la calidad de las interacciones directas y frontales, tal como señala McMillan y Chavis (43), quienes establecieron las bases de cómo el bienestar individual está ligado a la cohesión grupal.

Con base en estos conocimientos, podemos asumir que Vargas se sentía parte integral de la comunidad cumanesa, donde seguramente experimentaba la profunda complacencia anímica del efecto que su presencia desencadenaba en los habitantes de la villa, particularmente en los jóvenes, expresado en admiración, respeto y afecto hacia su persona. Habiendo sido designado Médico del Hospital de Cumaná por el Poder Ejecutivo de la región, regresa a dicha ciudad, ejerciendo su profesión al mando de la institución.

Entre tanto, al sucederse la sustitución del gobernador Escudero, que perseguía a los patriotas, por el Coronel Emeterio Ureña, de pensamiento liberal, condescendiente con la población y sus líderes, ocurre el indulto a los cumaneses mantenidos en prisión y Vargas, se dedica por entero a sus labores profesionales en la población que tanto le distinguía con su admiración, pero a consecuencia de la capitulación del Generalísimo Francisco de Miranda, la ciudad retorna al dominio de los realistas y la vida pública en la villa oriental se sumerge en el caos ya que las acciones benevolentes del gobernador Ureña fueron denunciadas como negligente connivencia ocasionando su inmediata destitución, siendo el cargo asignado al Coronel Cerveris, hombre de sanguinario comportamiento quien a su llegada a la ciudad ordena el allanamiento de la mayoría de las casas y la prehensión de los patriotas, entre ellos José María Vargas a quien encarcelaron en las bóvedas de La Guaira, donde permaneció hasta fines de 1813, cuando Bolívar

ocupa la ciudad de Caracas.(17)

Superadas las vicisitudes de su encarcelamiento y absolutamente comprometido con el profundo y permanente deseo de superar los vacíos existentes en su formación, decide trasladarse a la ciudad de Edimburgo, capital de Escocia, que alcanzaba para la época una fama particular por la calidad de sus colegios de medicina y cirugía, ansioso por lo demás de incrementar sus conocimientos en lenguas, letras y ciencias. Para ese entonces el joven médico, con 27 años de edad ha desarrollado extraordinarias facultades mentales y una férrea voluntad de acción, que constituyen elementos de primer orden para que ocurra su transformación en un brillante profesional, preparado para iniciar cambios de excepcional y particular valía en el campo de la educación universitaria en su amada patria y de manera muy significativa y provechosa en el campo de la medicina.

Durante su viaje en barco, José María Vargas inicia la escritura de un diario que deja constancia física imperecedera de sus experiencias a bordo del mismo y en su aparente segundo día de travesía, domingo 28, luego de un breve comentario sobre la maravillosa navegación de ese día, reseña refiriéndose al bergantín María:

“Este último tiene de particular en la proa una bellísima estatua de una hermosa joven, vestida de blanco, ceñida por la cintura con un cordón de punzo, ojos y pelo negro, éste desmelenado sobre el hombro izquierdo, blanca-rosada, descalza y con una pierna desnuda, con el pecho izquierdo descubierto y un ligero capotillo azul celeste, que tiene ligeramente asido con la mano izquierda, teniendo extendida la otra en ademan de dar alguna cosa.! ¡Sexo encantador! la imaginación se vulcaniza con la sola presencia de una virgen muda y sin alma que les dé realce a sus atractivos!”

En este fugaz delirio erótico del personaje en estudio, encontramos uno de los episodios menos académicos de la vida de Vargas, muy lejano a su concepción civilista, a su posición de sabio educador, pero, de un evidente contenido humano, y al mismo tiempo infinitamente estético, en el cual el hombre exterioriza su vulnerabilidad al sucumbir ante la belleza de la talla femenina que adorna la proa del bergantín en el cual viaja. Realiza una perfecta descripción anatómica que sobrepasa la interpretación artística de una simple madera tallada y se transforma en una magnífica expresión de erotismo y desbordamiento viril, perfectamente calculado y profundamente sentido cuando analiza sus curvas, la postura del torso femenino y la mirada transportada hasta el horizonte, estableciendo una encarnada confrontación entre racionalidad y sensibilidad humana, en búsqueda de una satisfacción no solo de los sentidos, sino además expresando la necesidad de compañía cuando describe el encanto del sexo y la manifiesta añoranza de un alma que le dé realce a sus atractivos.

En este contexto podemos añadir el inesperado contraste que se establece entre la figura del Vargas frío, académico, profesional, aparentemente inmutable ante los sentimientos amorosos, que siempre mantuvo sus instintos y relaciones en sus más íntimos secretos, con el hombre absolutamente conmovido en la dimensión terrenal del deseo y la turbación ante un mascarón de proa, situándolo en una postura profundamente humana, ante lo inalcanzable y estático. Por otra parte, este episodio deja al descubierto su condición de anatomista inveterado, su intensa capacidad de aplicación semiológica y su posibilidad de transmutación lírica cuando admite que bajo *“el efecto de la claridad lunar la madera se transforma en lujuriosa piel suave y tersa”*.

Finalmente, el inesperado evento que le induce a descargar su apasionamiento en un objeto sin vida, representa un signo de represión interior intensa, pues prefiere volcar su condición viril en un objeto sin posibilidad de respuesta compensatoria y no en un personaje real que pueda interferir con su mundo interior y su representación hacia afuera. En resumen, fue un delirio que expresaba a gritos su soledad, donde el científico sucumbió ante la contemplación pura en su más prístina esencia, para luego al llegar a destino recuperar su rigidez habitual.

Sin embargo, en su detallada biografía sobre el médico guaireño Laureano Villanueva (17) asienta:

“La afición a las tertulias de la gente culta, provechosas, de cierto, para la mejora de las costumbres, de los modales, de la conversación y de todo lo que debe constituir la elegante educación del Médico, que se ve obligado por su práctica a cultivar alternativamente las relaciones de todos los gremios de la sociedad. De aquí provino su inclinación al baile y a la música, y su culto fervoroso a las mujeres, reinas del hogar y elemento primero de la civilización de los pueblos.”

Esta contundente aseveración de Villanueva (17), contrasta con las evidencias aportadas por otros autores, en las cuales se da cuenta de la reserva, disimulo, discreción, hermetismo e incluso misterio que Vargas mantuvo respecto de sus relaciones con las mujeres, hasta el punto que una vez develada la existencia de su hija Josefa María Vargas Machuca, confirmada por el testamento de Vargas y a quien le concedió sus dos apellidos, como fruto de una relación de juventud del médico antes de su matrimonio, mantuvo en permanente secreto la identidad de la madre.

La vida personal del eminente médico, estuvo siempre rodeada de un secretismo impenetrable y en nuestra extensa indagación bibliográfica, no encontramos las más mínima señal que orientara nuestra tarea hacia el conocimiento de los afectos, amores y pasiones del personaje, aun cuando hizo un ejercicio de evidente

sinceridad y responsabilidad paterna cuando hace pública la existencia de una hija, a la cual convierte en su descendiente legítima mediante la asignación de sus propios apellidos, pero sin hacer el más insignificante honor ni reconocimiento a la que fue madre de la niña, llevándose a la tumba ese secreto de tanta significación para el conocimiento de su lado humano, por esta razón nos preguntamos ¿bajo qué circunstancias ocurre ese encuentro entre dos seres que son capaces de gestar un hijo, sin que ocurra la identificación de esa persona que lo condujo a una situación de paternidad absolutamente aceptada de su parte?, ¿qué condicionamiento social medió para que la identidad de su pareja permaneciera oculta para la historia? ¿Se avergonzaba Vargas de esa relación? ¿Acaso era socialmente inaceptable para los atávicos prejuicios sociales y culturales de la época? ¿Qué negativas consecuencias en su futuro predecía el científico si revelaba una verdad de esa naturaleza?

Indudablemente este episodio de la vida varguiana, está destinado a permanecer en un silencio histórico, absolutamente impenetrable.

Por otra parte, el viaje de Vargas en el bergantín María constituyó un tiempo propicio no sólo para llevar adelante un intenso proceso de introspección y reflexión personal, sino que además representó una oportunidad expedita para cumplir una intensa actividad investigativa, que reflejaba su extraordinaria formación científica e intelectual, la cual cumplía desde el ejercicio diario de la observación participante sobre diversos fenómenos que contemplaba durante la travesía marítima y de todas ellas fue dejando constancia para la posteridad en sus apuntes de viaje, los cuales de acuerdo a los registros históricos incluían notas acerca de sus apreciaciones sobre astronomía y navegación, hidrología con información sobre las corrientes marinas, las coordenadas, las condiciones del mar y descripción de las costas que divisaba, las anotaciones taxonómicas sobre la flora y fauna del océano, entre otras, todo con un orden y rigurosidad metodológica propio de su estricta formación científica.

Igualmente dedicó gran parte del tiempo de navegación hacia las costas escocesas, en la lectura e interpretación de diversos tratados médicos en diferentes idiomas incluyendo francés e inglés, como un anticipo de la preparación que luego continuaría en la ciudad universitaria de Edimburgo.

Del itinerario del viaje del Doctor Vargas en 1813, rescataremos diversos fragmentos de sus brillantes anotaciones en búsqueda de elementos que nos proporcionen soportes sólidos en la interpretación investigativa de este particular personaje que ocupa sitio de honoren la historia patria, en razón de los extraordinarios méritos acumulados en su trayectoria vital.

Viernes 26: hoy hemos tenido muy hermoso día, y muy buen viento del Sud - sudeste, de modo que nuestro rumbo ha sido constantemente al Nornordeste muy

al Nordeste. El buque anda cada día de 80 a 90 millas o lo que es lo mismo, grado y medio cada día en su camino. La latitud de hoy es de (ilegible) y la longitud de 69° 11', de modo que, si tenemos buen viento mañana y el domingo, estaremos este día a la altura de las Bermudas. No han alcanzado al buque americano; y la fragata y el bergantin han vuelto a incorporarse al convoy. Hoy ha tenido el capitán Cudd el pesar de ver que su bergantin hace mucha agua, en términos que su hijo, mozo de muy buena disposición, ha venido con su bote a bordo de nuestra fragata y ha llevado un atinado alquitran, y se ha vuelto a su buque acompañado del capitán Wright, quien se regresó en la noche. Hoy he estado admirando la sabiduría de los ingleses: para las más pequeñas menudencias, tienen su método y reglas fijas en todo: los más sabios en esta gran nación hacen las cosas para que los demás, por estúpidos que sean, hallen todo facilitado y hecho. El libro titulado Vademecun, de todos los capitanes de Marina, es el trabajo más acabado en cuanto a toda especie de trabajo nautico, o dificultad que pueda ocurrir a un capitán de un buque pequeño, o de un navío, por grande que sea, en lo concerniente a su economía. Por curioso lo he de comprar en Inglaterra.

Vargas describe con particular atención los instrumentos defensivos del buque:

“También he estado viendo la novísima construcción de los cañones montados, según el sistema del coronel Congroves, autor de los famosos cohetes incendiarios de Congroves. El cañón rueda sobre su cureña inmóvil, que dispara o entra en puntería por medio de dos ruedecitas de hierro, sobre las dos correderas horizontales de madera, y para que no salgan de su sitio tienen en la parte interior de cada larguero de la cureña, dos reglas de hierro, las cuales son abrazadas por arriba y por abajo, en la parte anterior debajo de las ruedas, y en la posterior debajo de la cuna, que remata el montaje principal del cañón, por los apéndices o alas de hierro. Cuando dispara, corre sobre su cureña sin moverse esta; y para entrar en puntería es tirado hacia adelante por dos cuerdas, que enlazando la parte media de la principal cureña en medio del eje del cañón, pasan por dos poleas horizontales en los extremos anteriores de la cureña de madera. Cuando el cañón no está, en acción, tiene el eje en cada lado de las ruedas una ranura perpendicular, a los radios de las ruedas, en donde entra muy holgadamente un pequeño dado que, estribado en un encaje de la rueda la deja inmóvil; para dar Fuego le quitan esta pieza y le dejan corriente el curso de las ruedas. Es mucho el aseo de los ingleses por lo que respecta a sus buques. Apenas están ninguno de los hombres de a bordo parado un momento; el carpintero está reparando todas las piezas que están descompuestas o que faltan, al parecer del capitán, a la comodidad del buque, componiendo toneles, etc.: el herrero en su oficio: el pintor decorando algunas piezas; y los días de

calma retocando el buque por la cinta; en fin, todos, todos estan ocupados. La noche ha sido hermosisima, clara, pero con poco viento. (29)

Como puede claramente observarse en el texto antes transcrito, Vargas se convierte en un verdadero cronista e intérprete de la vida a bordo de la fragata, llevando un registro pormenorizado de las diferentes situaciones que ocurren en su interior y haciendo una descripción minuciosa de la estructura del barco y sus diversos componentes, con una asombrosa cercanía y conocimiento de lo que contempla y describe.

Durante el largo viaje, hizo gala de su condición de médico en ejercicio ocupándose de la atención de los integrantes de la tripulación y los pasajeros de la embarcación, incluyendo el registro de los casos clínicos y los correspondientes tratamientos que aplicaba en los enfermos.

“Domingo 28: Hoy ha muerto a bordo de este buque un joven de 18 años, de disentería, víctima de su glotonería casi indecible; dos semanas antes de salir el buque de La Guaira, tenía pujos y estaba muy estenuado; pero sus desarreglos en la comida, el poco cuidado, que es inevitable a bordo, el frío y la humedad continua, han concluido su vida esta tarde a las cinco. Escribo a esta hora: mañana hablare del suceso de la noche y del entierro de nuestro inglés. El entierro se verifico en este momento que son las seis, luego que se fueron los dos capitanes huéspedes. Al difunto lo cosieron en un lienzo, de pies a cabeza, con tres o cuatro balas dentro, y lo pusieron sobre una tabla en el bolaton de babor: le rezo el capitan unas oraciones, estando todos los marineros presentes con el gorro o sombrero quitado y con una veneracion alrededor del cuerpo, que me arranco lágrimas. Cuando el capitan llevo a aquella parte de las oraciones, que rezaba en un pequeño libro, el capitan siguió rezando en su libro y cuando acabo, respondieron todos con una reverencia, y se concluyó el entierro (29).

En esta narración de Vargas acudimos a una confrontación de particular interés entre el hombre de ciencia y el alma sensible cargada de profunda humanidad, resultando absolutamente revelador de esta condición cuando confiesa que la escena “le arrancó lágrimas”. Su relato humaniza al prócer que se nos presenta no como un académico frío, sino más bien, como un ser intensamente emotivo que se conmueve ante la reverencia de los marineros a su compañero y el respeto al “inglés”.

El científico no puede soslayar su condición médica y realiza su aproximación clínica a la causa del fallecimiento cuando señala la “glotonería indecible” del paciente, estableciendo una relación de causa-efecto entre la ingesta alimentaria y la aparición de enfermedades del tubo digestivo y ahonda en

detalles cuando sentencia que el causa de muerte del enfermo es el “*resultado de un desarreglo físico y moral*” del paciente, insinuando la intervención de otros factores probablemente de orden psicoemocional, en el origen del problema de salud orgánica del joven. Se acerca también el galeno a la consideración de las condiciones poco favorables en viajes de esta naturaleza, cuando comenta acerca del “*poco cuidado que es inevitable a bordo*” y la “*hostilidad del frío y la humedad*”, como catalizadores del evento fatal. La narración de la ceremonia de entierro resulta por lo demás absolutamente conmovedor, resaltando los mecanismos empleados para que el cuerpo se hunda en el mar y entre en la cadena alimentaria de la naturaleza, colocándonos como espectadores de primera fila, participantes de la crudeza de morir en el mar.

“Lunes 20: mucho viento Sureste. Rumbo al Este cuanto al Esnordeste, bastante mar: dia poco claro Latitud de 46 grados, Longitud 23 ½ grados: la noche ha sido al principio bastante ventosa, pero buena, muy clara y estrellada: rumbo al Estenordeste, viento Oeste. El capitan ha tenido en esta noche un fuerte hipo acompañado de dolor en el pecho; me llamo, le di 20 gotas de pepermino excelente, en azúcar, le froté las sienes y narices con agua de colonia, le meti las manos en agua muy fría; y pasados diez minutos de la primera aplicación, calmo todo absolutamente, pero ha guardado cama hasta el martes al mediodía.”

A pesar de las múltiples actividades intelectuales que de hecho desarrollaba en su viaje, no faltó tiempo ni espacio en sus anotaciones para la entrega a la nostálgica evocación de los recuerdos de la patria, que cada vez se hacía más lejana y de las innumerables vicisitudes en ella padecidas en la propia carne y en los senderos de su alma y escribe:

“Despues de dos años de Cumana, y al 25 de mi edad, crei de indispensable necesidad pasar a La Guaira, ya para escudarme de las grandes mortificaciones que c a u s a b a n a mi espíritu las mutaciones y turbulencias del gobierno, ya para impedir la ruina de mi libertad, por medio del matrimonio o de una nueva tentacion; y ya finalmente, para irme al norte de America a pasar cuatro o cinco años de mi vida aprendiendo el inglés y perfeccionando mi Facultad. Fui obligado a pasar alli el año de 1811, por las altercaciones entre la Junta de Cumana y mi persona como miembro de ella etc., etc.”

El análisis crítico de las expresiones de Vargas presentadas en el fragmento anterior de sus anotaciones de viaje, permite | penetrar la mentalidad de un individuo que vive a flor de piel las consecuencias de una era de caos político en su país, pero que siempre colocó su libertad intelectual y su formación académica y científica entre sus principales y más caras prioridades, aun cuando a su corta edad haya padecido una muy intensa fatiga y carga psicoespiritual ante un panorama político, que de manera absoluta escapa a su control y del cual intentó distanciarse

durante toda su vida pública. En la mención a las “mutaciones y turbulencias del gobierno” alude la inestabilidad de la Primera República de Venezuela (1811).

Nuevamente Vargas expresa de manera honesta y frontal sus temores acerca de que una relación consolidada de pareja pueda ocasionar “la ruina de mi libertad, por medio del matrimonio o de una nueva tentación”, de modo tal, que los lazos afectivos que pudo haber dejado en Cumaná, nunca fueron considerados como un refugio sino más bien como una atadura que le limitaría cumplir sus propósitos de vida, aun cuando nunca hizo alusión específica alguna a esa tentación que tanto lo abrumó a lo largo de su vida.

Igualmente, se hace patente su espíritu de hombre apegado a la ilustración, cuando manifiesta su deseo de “*perfeccionar mi facultad*” acogéndose a la formación en el norte de América, que constituía para los intelectuales hispanoparlantes la meca y modelo de progreso y modernidad en el siglo XIX y hacía manifiesta su inconformidad con el aprendizaje de los conocimientos ofrecidos durante la colonia.

La persistencia de sus intenciones de perfeccionamiento profesional e intelectual, más adelante lo conduciría a las británicas ciudades de Edimburgo y Londres, convirtiéndolo en el médico más avanzado de su tiempo en nuestro país. Por demás, queda tácitamente expresa la clara confrontación entre su ética y el deber público como miembro de la Junta de Cumaná, al igual que, las diferencias en el terreno ideológico de la época independentista cuando hace mención de las “*altercaciones entre la Junta y su persona*”, lo cual acrecienta su deseo de huir de ese entorno como una forma de preservar su integridad moral y cívica, en un ambiente de alta complejidad política y social, que desde una perspectiva crítica amenazaba su crecimiento personal, de tal manera que en su decisión priva la escogencia de ser un exiliado espiritual para seguir en tierras ajenas y lejanas, la búsqueda de la paz y el conocimiento, que tanto anhela desde su espíritu y su mente privilegiada, a través de una libertad cimentada en su transformación intelectual y académica.*

“Pase esta misma noche y las Pascuas a bordo del bergantín Manuel, lleno de amargura, a vista de mi casa y sufriendo las mayores penas. Constante aun en mi proyecto, pense ir, al cumplir los 27 de mi edad, al Norte despues de haber perdido dos años; pero dos prisiones injustas, del abominable y bárbaro gobierno de Monteverde me lo impidieron. Yo fui obligado a perder seis meses más, preso un mes el de Junio, y despues por la negacion del pasaporte por el comandante Marmol. En fin, entro el gobierno de la independencia, y mi país fue el teatro de las escenas más desagradables. Yo evito estas, y tengo el logro de mi proyecto, viniendo a Inglaterra, despues de haber perdido dos años y medio para mis proyectos, y a la edad de 27 años, a pasarme, si Dios, quiere, tres o cuatro años hasta los 31 años de mi edad, tomando conocimientos del inglés, de la Anatomía,

cirugía, y algunos conocimientos de química y botánica. La noche ha sido hermosa, buen viento, rumbo y movimiento del buque."

En sus remembranzas de las difíciles circunstancias y de los aciagos momentos que le correspondió padecer durante su primera juventud en el país, Vargas desnuda a conciencia su alma y devela el profundo dolor que en ella se asienta por la pérdida irreparable de su valioso tiempo, ese que justamente había planificado emplear en su formación y perfeccionamiento y de manera desgarrada, se lamenta de haber *"perdido un año"* y más aún *"dos años y medio"*, sin haber podido convertir en realidad su ansiado sueño de ir a ignotas tierras en procura de su crecimiento personal y profesional.

En este orden de ideas, la tragedia de 1812 va más allá de un desafortunado evento natural, para convertirse en una franca interrupción y obstáculo a su sed de progreso y transformación, al punto que lo señala el momento crucial en el cual se *"consumó su desgracia"* y aun cuando, no ofrece detalles que permitan entender la justa dimensión de ese infortunio personal y vital, sí podemos identificarlo como el inicio de su calvario personal, en el cual ve interrumpido su particular proyecto de vida ante un evento sobre el cual no puede ejercer ningún mecanismo de control y sólo le corresponde asumir de forma heroica, el rescate de las víctimas de entre los escombros con las únicas herramientas que representan sus manos, su férrea voluntad de socorrer al prójimo y los conocimientos adquiridos en su práctica profesional, para llevar alivio y consuelo a una comunidad doliente que solicita ayuda no solo a través de la expresión de su dolor físico, sino además a través de la manifestación desgarrada de su dolor emocional y espiritual ante la pérdida de su estructura de vida y de sus seres queridos, perdidos en medio de los desechos de un pueblo que ha sucumbido totalmente ante los embates de la naturaleza y que solo ha logrado mantener en pie, dos de las 800 casas que lo integraban. Vargas, en sus memorias no hace alarde de heroísmo ni de su particular compromiso de atender a los heridos y enfermos, aún más allá de los límites que el tiempo y la distancia les imponen a sus acciones de socorro y más bien, asume una excelsa postura de humildad, cuando enfoca el fatal evento como la *"amarga copa"*, que le correspondió apurar, quizá como el protagonista de mayor significación en la caída y derrumbe de su lar nativo.

El empleo de adjetivos tan duros y contundentes para calificar el gobierno de Monteverde, y etiquetarlo como *"abominable y bárbaro gobierno"*, revelan la presencia crítica de un civilista consumado ante el genocida y perverso militarismo del momento, el cual representa uno de los episodios más retrógrados de la historia venezolana, durante el cual no solo se llevó a cabo la campaña de reconquista española, sino además la aplicación de un régimen basado en la venganza social y el desconocimiento, desprecio e incumplimiento de las leyes vigentes para

la época y su prisión resulta altamente reveladora del hecho cierto, de que en tiempos de polarización política, el talento, la inteligencia, la moderación y el espíritu crítico de los pobladores representan los elementos más perturbadores de su estabilidad y continuidad y por ello, se constituyen en razón para justificar la persecución y el encarcelamiento de los personajes caracterizados por estas virtudes de civilidad y moral ciudadana.

Sin embargo, la tenacidad de Vargas hace que a pesar de haber *“perdido su salud, la robustez y la libertad”* continúe adelante con su espíritu de lucha y se mantenga *“constante aun en mi proyecto”* y mientras su patria se sume en un *“teatro de escenas desagradables”*, él continúa en un estado de atención plena en la *“Anatomía, Cirugía, Química y Botánica”*.

Su exilio voluntario a Inglaterra, expresa una forma de autorrescate de su integridad psicoemocional y es el resultado de su acendrada convicción de que él será más útil a Venezuela desde una posición consolidada de científico de vanguardia, que como una víctima heroica de las *“turbulencias”* de la lucha independentista

Período de estudio en Europa y Puerto Rico (1813-1825):

Una vez ocurrida su liberación de la diatriba política, su estancia en Edimburgo se convierte en el tiempo y espacio propicio para su formación académica, adueñándose de los conocimientos que luego aplicaría en la modernización de los estudios médicos en Venezuela. Los méritos alcanzados durante su especialización le permiten cumplir las exigencias para ser designado Miembro del Real Colegio de Cirujanos de Londres, de modo que su permanencia en las tierras inglesas se convirtió en el evento más transformador y afortunado de su vida, lo cual le permitió un verdadero resurgimiento intelectual, en el centro más avanzado del mundo médico de la época. Profundizó su ejercicio en la observación clínica, avanzó en el conocimiento y práctica del método experimental y la ciencia naturalista, aprendió la mecánica del cuerpo humano, se instruyó en la química de los medicamentos.

Entre tanto, sus profesores y tutores conocían de su asombrosa disciplina, de su profunda capacidad analítica y su extraordinaria creatividad crítica, que reconocían a través de sus certificados de aprovechamiento y suficiencia. Más adelante, asiste a la clínica de enfermedades del ojo mereciendo el diploma de Cirujano oculista y realiza un curso completo de Cirugía dentaria, de modo que es justo admitir que su vida en Edimburgo fue consagrada al cultivo de las ciencias en diversas facetas y dimensiones, imposibles de adquirir en la patria que le vio nacer al amparo del

conocimiento limitado, dejando constancia que allí, en el lugar donde lucha por alcanzar niveles dignos de las mentes más prodigiosas y aventajadas, *“las escuelas compiten en el día por sus tratados de la ciencia y sus métodos de enseñanza”*.

Su sed de aprender fue de tal magnitud, que su voluntad no sólo fue suficiente para interiorizar los conocimientos propios de anatomía, cirugía y patología, sino que su muy intensa actividad mental se dirigió a la búsqueda de los aspectos más relevantes de mineralogía, química y botánica, para además perfeccionarse en el inglés y francés e iniciar un curso de gramática griega, que asumió con una perseverancia, digna de todo reconocimiento. Se adentró además en la literatura inglesa, que siguió explorando durante el resto de su vida, colocando en los márgenes de los libros de poetas, escritores y filósofos sus personales anotaciones y comentarios. (17)

A pesar de la íntima satisfacción que experimentaba con cada aprendizaje, la vida en Edimburgo no estuvo ausente de sacrificios, privaciones y precariedad por la dificultad en la llegada de los recursos que partían desde Venezuela, como consecuencia de la guerra independentista, de modo que su vida austera, además se acompañaba de los perturbadores efectos de las carencias, que se acentuaban aún más cuando debía afrontar los costos de los libros que consumía y el pago de las matrículas de los cursos a los cuales asistía en búsqueda permanente de la luz del conocimiento, determinando que su salud se resintiera aún más, bajo los efectos del clima, el exceso de trabajo intelectual, la soledad y la angustia desencadenada por las noticias que recibía sobre las matanzas en Venezuela.

Como valor adicional de su formación en tierras de Escocia, Vargas desarrolló aún más su pensamiento crítico y creativo, aprendió a dudar, a experimentar y sistematizar, de tal manera que éste particular crecimiento intelectual y moral le permitió, más adelante, tener una base sólida para orientar su trabajo de modernización de la Universidad Central de Venezuela, ideando novedosos métodos de enseñanza de la medicina e interpretando la carrera médica como la de un servicio de orden y función social. En este contexto no se pecaría de audacia cuando se señala que Vargas regresa de Europa, convertido en el científico con la mejor y más completa preparación que académico alguno hubiese alcanzado para esos momentos en la América hispana, de modo que su estadía en Escocia fue el terreno fértil y abonado donde germinó la modernidad venezolana.

Concluida la etapa de su amplia y especializada instrucción académica en Edimburgo, se trasladó a París, en 1816, donde permaneció hasta 1818 y adquirió el perfeccionamiento no solo en el uso de la lengua gala, que llegó a manejar con tal fluidez y propiedad como su idioma nativo, incluso en forma alterna y elegante con el inglés y el castellano en una misma composición escrita, sino además en

muchas de las ramas del arte médico, sumergiéndose en las profundidades de la modernidad médica y de las ciencias naturales, en un acopio de nuevas habilidades en Cirugía y Anatomía, en los grandes hospitales de la ciudad luz, que se consolidaba como la capital mundial de la anatomía clínica, refinando además su destreza manual y aprendiendo nuevos protocolos de disección. Aprendió la correlación entre la sintomatología del enfermo y las lesiones orgánicas comprobadas en las autopsias, cuya práctica era liderada por Bichat y Laennec.

Asistió al Jardin des Plantes y aprendió los métodos de clasificación de las especies vegetales, que luego aplicaría en Venezuela para catalogar la flora autóctona, siendo reconocido su trabajo por Agustín de Candolle, uno de los botánicos más brillantes del momento. Su aprendizaje adquirió una connotación práctica en el área de la química orgánica y analítica y la farmacia, con lo cual mejoró la preparación de medicamentos y el análisis de sustancias minerales en nuestro país. Entró en estrecho contacto con el empleo de instrumentos y la asistencia de partos complejos, que aplicó como un aporte revolucionario en la Universidad Central de Venezuela al fundar la cátedra de Obstetricia en la Universidad Central de Venezuela.

En Francia procedió además a la adquisición de innumerables volúmenes de libros para su biblioteca e instrumentos quirúrgicos de última generación, que luego traslado a su país (44,45).

Sin temor a dudas, Vargas regresa a América, convertido en un gigante de las ciencias, con una alforja repleta no solo de los más modernos conocimientos de la época, de la práctica pertinaz de lo aprendido, sino además respaldado por una conciencia crítica, creativa, generadora de aportes sustanciales a la educación y formación médica y al ejercicio atinado, acertado y socialmente productivo de la profesión. Finalizado su periplo europeo, José María Vargas, encamina sus pasos a la isla de Puerto Rico, donde retoma sus conexiones familiares con su madre y hermanos y pernocta entre 1819 y 1825 y en la cual, demuestra con creces, la verdadera dimensión de su transformación en un profesional consagrado, dándole sólidos cimientos al prestigio que luego lo conduciría a ocupar la presidencia de su país de origen.

Con una velocidad sorprendente, se transfigura en el médico más prominente de la isla, brindándole sus expertas atenciones en el área de la salud tanto a los integrantes de las élites coloniales como a los pacientes de los sectores más empobrecidos y necesitados de su ayuda, realizando intervenciones quirúrgicas fundamentadas en las más complejas técnicas adquiridas en Inglaterra y Francia, haciéndose acreedor de distinguidos honores, jamás imaginados por otros científicos contemporáneos, como lo fue el otorgamiento por “méritos especiales”

de la nacionalidad española.

Uno de los más interesantes trabajos allí desarrollados, estuvieron centrados en sus investigaciones botánicas, con la clasificación de las plantas de la región y su envío a científicos de Europa, logrando un puesto como "Miembro de la Real Sociedad Económica de Amigos del País", en cuyo seno aportó su valiosa contribución en proyectos de desarrollo agrícola y educativos. La actividad botánica de José María Vargas fue mucho más que un pasatiempo; representó una contribución científica de nivel internacional que integró a Venezuela en los circuitos botánicos europeos del siglo XIX.

La contribución botánica de Vargas, constituyó la primera aplicación rigurosamente científica de los métodos de clasificación taxonómica, bajo el sistema de Candolle, muy lejana a las descripciones empírica de la colonia. Durante su estancia en Puerto Rico ya su regreso a la patria, emplea su tiempo a la recolección y clasificación exhaustiva de numerosos especímenes de la flora de ambos países, que formaron parte de su herbario personal, y luego fueron compartidos con centros científicos de Europa para su validación. La mutua colaboración e intercambio con el botánico suizo Augustin Pyrame de Candolle, fue tan intensa que éste designó con el nombre de Vargasia un género botánico, en su honor.

Además, mantuvo vínculos con los directores del Jardín de Plantas de París, con los cuales intercambió semillas y conocimientos particularmente procedentes del Caribe. Particularmente significativo fueron sus trabajos dedicados a la aplicación práctica de la botánica en la medicina, generando diversas investigaciones sobre las propiedades medicinales de plantas autóctonas, con el interés de reducir la dependencia de fármacos importados, para el tratamiento de distintas enfermedades (46-50).

Con esta perspectiva en mente, Laureano Villanueva (17) anota en su incomparable ensayo histórico sobre su vida y obra:

"El tiempo que había corrido desde su salida de Venezuela, la distancia a que se había situado del teatro de la guerra, la reputación de sabio con que venía de Europa, su moderación y los servicios profesionales, que oportunamente prestó a personas que privaban con las autoridades coloniales, todo vino a favorecerle para conquistarse en la capital el aprecio público, y la tolerancia y bienquerencia de parte del gobierno."

Las consideraciones gubernamentales anteriores fueron entonces lo suficientemente válidas para que fuera designado Elector de Partido e integrante de la Junta de Sanidad de San Juan.

Villanueva en su extraordinaria reseña biográfica, ahonda en detalles

descriptivos, que dan cuenta de las portentosas habilidades quirúrgicas que ha adquirido, cuando reseña parte de sus extraordinarios logros en los siguientes términos:

“En este lugar es donde empieza a aplicar sus conocimientos en los diversos ramos de las ciencias; es entonces cuando abre su brillante carrera de cirujano, distinguiéndose en operaciones de oftalmología y de tocología. Sorprende y cautiva a los doctores por la destreza en las amputaciones, por su habilidad para encontrar las arterias y ligarlas en casos curiosos de aneurismas, de los cuales nos ha dejado descripciones preciosísimas. Ejecuta varias veces la operación de la talla perineal, y la horrorosa para extraer el maxilar superior: practica la paracentesis y otras operaciones notables del arte quirúrgico, siempre con limpieza en los cortes, y precisión anatómica; revelando desde el principio, por su tranquilidad en medio de los ayes de los pacientes, y enfrente de las hemorragias, que suelen turbar el ánimo del operador, aquella cualidad primera y fundamental del buen cirujano, esto es, la firmeza en el pulso para no errar cuando todos tiemblan, la superior penetración para modificar, a veces, un procedimiento quirúrgico entre torrentes de sangre, para inventar de súbito el modo de zanjar inconvenientes que no se habían previsto, originados de anomalías anatómicas patológicas, fuera del alcance del diagnóstico, y que se manifiestan fatalmente en medio del campo operatorio; aquel golpe de vista para cambiar los cortes, la sagacidad para crearse recursos; la sabiduría, en suma, para nunca hacer daño con el cuchillo, y el recomendable sentimiento de humanidad, que ordena no acometer operaciones inútiles, ni esponer la vida de un paciente por lucir cualidades de cirujano, aunque realmente sean sorprendentes y extraordinarias.

Habiendo tomado la decisión de regresar a la patria, escribe en carta a su hermano:

“3 de octubre, pedi mi pasaporte haciendo renuncia de mi empleo del hospital, el 4, me la admitieron el 5, y arrostrando por sacrificios de todas especies, perdiendo la mayor parte de mis deudores y solo contento con sacar mis instrumentos muy bien montados y completos, mi librería cuán buena puede tenerla un médico en América, y mi criado, salí ayer de Puerto Rico y he tenido la buena fortuna de haber llegado en 18 horas a esta isla. Espero el primer buque que se presente para irme, y ojalá fuese mañana, pero en el que te lleva esta carta no puedo ir, porque uno de los grandes obstáculos que he encontrado en este proyecto es la falta de disposiciones de mi hermano, que me ha hecho sufrir muchísimo. Sin embargo, espero no estar aquí más de una semana, y entonces, al fin del mes, salvo accidente o naufragio, tendré el gusto de ver a Ustedes. Yo llevo conmigo los testimonios de todo lo actuado, y por ello verás cuanto he hecho, lleno de esperanzas, de haber cumplido tus deseos a satisfacción. Ten la bondad de entregar la adjunta a mi hija. Mil expresiones a

nuestra madre y a tu señora, y has votos por mi buena navegacion, para que tenga el gusto de verte muy pronto. Tu hermano y amigo."

José Vargas

Con el bagaje de conocimientos adquiridos y ceñido con la aureola del reconocimiento público a sus habilidades e ilustración en el arte de las ciencias y sin desprenderse de su éxito económico y social en Puerto Rico, la añoranza de su país, lo impulsa a regresar a la tierra que le es propia y en 1825, tras el afianzamiento de la épica independentista y el ruego de su familia y amigos, que le aupaban para participar en la reconstrucción de la nación, decide su retorno a Caracas.

Liderazgo académico y universitario (1825-1835):

El retorno de José María Vargas a la patria, desde Puerto Rico en 1825, ofreció una encrucijada vital y propicia para iniciar el camino de la reconstrucción civil y académica del país, toda vez que las condiciones de la nación eran de una palpable y visible devastación, después de finalizada la cruenta guerra de independencia. Al poco tiempo de su llegada, Vargas decide contraer matrimonio, rompiendo su propia convicción referente a la independencia que su soltería le proporcionaba, para el ejercicio de las altas funciones que el destino le había reservado. A tal efecto, Villanueva en su relato biográfico, asienta:

"Apenas llegado a Venezuela, sensible, como todo gran corazon, a los encantos de la belleza y a la seduccion de la virtud, prendose apasionadamente de una hermosa dama de La Guaira, nombrada Encarnacion Maitin, de exquisita educacion, y de gracia y talentos para la vida social, viuda de Don Jose Maria Castillo, comerciante de aquel lugar, y con la cual contrajo matrimonio Vargas en 1826. Mas como si la Providencia, que venía preparándole para una excepcional misión en su Patria, creyera mejor conservarle solo, para que pudiera consagrar a ella todo su tiempo y aptitudes, desato al año de aquel enlace, llevándose a la consorte a los cielos, y dejando al esposo sumido dolorosamente en una viudez que supo honrar hasta el último día de su existencia. (29)

Más que una pasión impetuosa, este matrimonio estuvo marcado por el contexto de la época colonial tardía, la posición social y la tragedia, ya que en la sociedad de esta época se privilegiaba el matrimonio entre familias mantuanas o profesionales respetables, lo cual contribuía de manera notable a consolidar el estatus de la pareja. En este contexto, Encarnación Maitín pertenecía a una familia distinguida y sí bien es cierto que Vargas no pertenecía a la aristocracia rancia, sí era ya un médico destacado, con una brillante formación académica en el exterior,

de tal manera que bien podía augurarse su brillante porvenir.

Los futuros esposos compartían espacios sociales comunes y este hecho, favoreció su acercamiento bajo el cumplimiento de las estrictas normas de sociedad de su entorno y para Vargas conformar un hogar estable, era un paso lógico para proyectar una imagen de seriedad y responsabilidad ante sus paisanos, encontrando además una compañera que compartiera su dedicación al estudio y la prestación de servicios a la comunidad, cualidades que aparentemente encontró en Encarnación.

Sin embargo, su vida marital fue extremadamente corta debido a la enfermedad que ella padecía, la cual según algunas biografías del médico, apuntan a una “tisis”, como se denominaba en esa era a la tuberculosis pulmonar.

“Mi amado Miguel”

“Por fin sucumbió la pobre Encarnación a la fuerza y crueldad de tan prolongados sufrimientos. El viernes 25 a las siete y media de la mañana espiró de repente sin agonizar más que dos o tres segundos. He llenado mis deberes tributándole en cuanto he podido los honores fúnebres a una mujer que amé, y que me deja tristes recuerdos. Participaselo a nuestra madre y a tu esposa. Tu afectísimo hermano,

Vargas.”

La descripción que Vargas hace en esta carta, cuando señala “*sucumbió... a la fuerza y crueldad de tan prolongados sufrimientos*”, da cuenta de la penosa enfermedad que Encarnación padeció durante meses tras su regreso de Europa, lo cual desmiente la versión de que murió de parto.

Para este momento, Vargas se iniciaba como el Rector de la Universidad de Caracas y ya era considerado una eminencia médica nacional. Su reinserción en la vida venezolana, después de 12 largos años de ausencia (de 1813 a 1825) dedicados a la adquisición de una muy avanzada formación médica, intelectual, investigativa y ciudadana, marcada además por la persistente desconexión política desde su participación en el Congreso de 1811, se convierte en una aurora de esperanza para el cambio político y social que el país amerita. La nación se encuentra en ruinas en todas las dimensiones de su diario quehacer y requiere de una mente lúcida, desprendida, conocedora de perspectivas de acción diferentes a las reinantes en la era colonial, tras una confrontación militar que aniquiló a casi un tercio de su población, destruyó su estructura productiva y condicionó resquemores de toda índole que afectaban el entendimiento entre las distintas facciones de la vida republicana.

Para esta recomposición de la vida ciudadana, el país no sólo necesitaba recursos económicos sino, de manera primordial, una reingeniería completa y absoluta de su identidad, una reasignación de funciones en el manejo de su gobierno, una convocatoria a las mentes pensantes en todos los ámbitos de la vida nacional y sobre todo un liderazgo transformador y aglutinador de las mejores voluntades de sus hijos prominentes, virtudes que de manera significativa anidaban en la personalidad de José María Vargas, dadas las experiencias vividas en otros lares, donde la política buscaba el bienestar de su población desde filosofías y posturas más avanzadas.

A tal efecto, Villanueva (17), su principal y más atinado biógrafo relata;

“Llegado que hubo el Doctor Vargas a Venezuela, en días ya de 1825, se dedicó al ejercicio de su profesion, conquistando simpatias, y arrebatando de sorpresa y admiración al gremio médico, y en general al público, por sus tratamientos terapeuticos y operaciones quirurgicas, por sus conocimientos variados y profundos en todos los ramos de las ciencias médicas, por la facilidad con que hablaba muchas lenguas extranjerass, y sobre todo, por su caracter generoso, afable y fascinador. Habiendo encontrado la Universidad en la más deplorable postración, y los estudios médicos en atraso indecible, ofreció su cooperación al Doctor José Cecilio Avila, Rector a la sazón y su amigo y condiscípulo para iniciar la reforma científica que ls progresos del tiempo reclamaban. Al efecto, y con el debido permiso, abrió en su casa y a sus expensas, una clase de Anatomía práctica en el mes de Noviembre de 1826. Eran los días en que la Universidad cumpliendo sus estatutos iba a elegir nuevos empleados para el bienio que empezaba en Enero de 1827; y como si la Providencia hubiera querido disponerlo todo, para que se llevaran a ejecución sus designios en la nueva vía de nuestro desarrollo progresivo, trae de la mano al Padre de la Patria, para que asista al nacimiento de nuestra civilización científica, la imprima con su genio, el caracter perdurable de una institución trascendental. La obra de independendencia estaba terminada: Bolívar había creado el imperio glorioso de Colombia, y emancipado, en una campaña olímpica, la tierra de los incas.....”

Mas adelante, en su narración del mismo evento eleccionario, el autor informa:

“En 22 de Enero de 1827 se reunió el claustro pleno de la Universidad en la Capilla del Seminario, con objeto de nombrar el Rector, por elección directa y secreta para el bienio de 1827 a 1828. Opinaban algunos por elegir al Doctor Ávila y otros por nombrar al Doctor Andrés Navarrete; pero la mayoría

presentaba de candidato al Doctor José María Vargas. Antes de proceder a la votación, propuso el Doctor Paul, como caso previo, y de caracter urgente, que se decidiera si era legal o no la reelección del Doctor Avila, alegando en su favor que la cláusula reglamentaria que lo impedía, por mandar que bienalmente alternase un Doctor eclesiástico con un secular callaba o desaparecía en caso que como aquel, en que el brillante desempeño del último rectorado garantizaba a la Universidad, con la reelección de Avila, mayores y más útiles progresos en su segundo periodo administrativo. Abriose el debate y se discutió largamente la moción. Inclínabanse algunos a desentenderse de los Estatutos reales y pontificios, que no cuadraban a la Universidad de la nueva República y otros, a que se ocurriera en toda forma al Libertador para que los derogase. Empero, tomo la palabra el mismo Avila y puso punto final a la discusion, manifestando que consideraba honrosísimo para su persona el proyecto de relejirle, patrocinado por algunos universitarios, le era forzoso espresar que no podía aceptarlo, porque con el se quebrantaban los estatutos y se inferia ultraje a muchos academicos a quienes la Universidad podia, con notables ventajas, encomendar sus destinos. Termino su discurso, esponiendo como superadas todas las dificultades de ley, aun tendria que excusarse de desempeñar el rectorado, pues contando con ser exonerado de aquel cargo, habia aceptado el vicariato y la capellania mayor del Monasterio de las Concepciones, lo cual apenas le dejaria tiempo y vagar para atender la clase de sagrados canones que se proponía seguir desempeñando. Votada la moción del Doctor Paul, fue negada. Hablo otra vez el Rector para exitar al Claustro a proceder a la elección, la cual debía verificarse en aquel día, segun los Estatutos, sin que hubiera facultad legal para diferirla.”

Sin embargo, a pesar de los argumentos expuestos, la elección continúa con dificultad, ya que el Dr. Paul plantea otra situación necesaria de resolver:

Talegadas las cosas a este punto pidió el mismo Doctor Paul que se declarara previamente si los Doctores en Medicina podían turnar en el Rectorado. Abriose el debate con vehemencia sobre este punto, discurriendo a favor de la proposición del Doctor Anzola, pero leída la Constitución vigente se encontró que estaba formalmente prohibido que los médicos desempeñasen aquel alto destino. En efecto en Claustro pleno del 4 de febrero de 1819, representaron los médicos de Caracas pidiendo que se les igualara en derechos y prerrogativas a los demás universitarios. Mandose el espediente a España, pero el Rey que se cuidaba poco de la suerte de las Colonias tuvo a bien no contestar. Por segunda vez cuando la elección de Paul en 1823, reclamo en nombre del gremio, su Decano el Doctor Don José Antonio Anzola, pero entonces como antes quedo la solicitud sin resultado satisfactorio.”

“Propusieron enseguida los Doctores Paul y Anzola, que sin disolverse el

Claustro se diputase al Presidente de la Republica una comision para pedir se sirviera derogar los Estatutos en aquella parte lo cual fue aprobado con la adiccion de que siendo iguales las razones para que cesara en su efecto la Real cedula del 4 de octubre de 1784, dispositiva de que el Rectorado alternase bienalmente entre un eclesiástico, se extendiese la reclamacion en todos estos asuntos.

Redactado el mensaje y discutido, quedo aprobado en estos terminos: Excmo. Señor Presidente Libertador etc, etc., etc., el Claustro de esta Universidad quedare unido con motivo de elegir Rector en esta fecha, lo que por su Estatuto es indiferible. Antes de proceder a la votación ha tropezado con la prohibición del mismo Estatuto para poder hacerse la elección, pues debe ser bienal, alternando un Doctor eclesiastico y un secular, y para elegir Doctores del estado regular y medicos. La Universidad considera estas trabas opuestas a su propio interés, y quiere deliberar con una libertad más extensa, sin atender otras circunstancias que las de utilidad y fomento. En consecuencia pues, y creyendo que en vos hay facultad para allanar los estorbos, que embarazan la feliz marcha de la causa de las letras, envia de su seno en comision los señores Doctores Nicolas Anzola, Pablo Antonio Romero, José Alberto Espinoza y Valentin Osio, a suplicar respetuosamente a V.E. se digne declarar que las indicadas Constituciones han caducado ya, y que la ley que en el caso a de dirigir el gremio académico, son la aptitud y ventajas que de nombramientos de sus individuos se prometa, para el sólido fomento y brillo de los estudios. Excmo. Sr. Doctor José Cecilio Avila”.

Ante esta situación el Claustro entró en receso para esperar la respuesta del Libertador, quien solicitó un plazo de 24 horas para hacerla efectiva, pasadas las cuales emitió un decreto

a través del cual se derogaban, las antiguas Constituciones de la Universidad que ordenaban turno riguroso de Doctores eclesiásticos y seculares y la prohibición de que los médicos y los Doctores regulares en Teología pudieran ser elegidos para el ejercicio de dichos cargos, generando aplausos y vítores al Libertador dentro y fuera del claustro, tras lo cual el Doctor Avila expresa gratitud al Presidente y eleva sus votos al cielo, para que orientara la elección que se presumía trascendental, en un momento de extrema dificultad para la Universidad y el país. Con la participación de 3 candidatos, el escrutinio revela 21 votos para Vargas, 11 para el doctor Navarrete, 2 para el Doctor Avila y 1 para el Doctor Sanavria, culminando el acto con la proclamación de José María Vargas como el nuevo Rector de la Universidad, en medio del reconocimiento de todos los asistentes, quien, de rodillas, como era el protocolo de la época juró dedicar sus esfuerzos a la gloria de la Universidad y al esplendor de la religión. No se trataba de falta de inteligencia, sino de una jerarquía de prestigios muy rígida. (29)

Es de hacer notar que en la época colonial venezolana (específicamente en la Real

y Pontificia Universidad de Caracas, hoy UCV), los médicos tenían expresamente prohibido ser rectores principalmente porque en el sistema universitario hispano, existía una *“pirámide de dignidad”* en las cuales Teología y Cánones (Derecho Canónico) eran las facultades mayores y más nobles porque trataban sobre el alma y la ley divina. En orden de importancia seguía la Facultad de Leyes o Derecho civil por encargarse del orden social.

La Facultad de Medicina era catalogada como de “orden menor” por ser un arte mecánico/práctico. Se estimaba que el médico trabajaba con *“la bajeza del cuerpo humano”*, lo que les restaba prestigio frente a los teólogos y además para ser Rector se requería “pureza de sangre” y reputación intachable como requisito absoluto. Para ese momento histórico, la medicina en España y sus colonias era ejercida por personas de ascendencia judía a quienes se llamaban “médicos conversos” y por tanto no era apropiado para personas nobles, de modo que no se trataba de asuntos de falta de inteligencia, sino de una jerarquía de prestigios muy rígida. En consecuencia, un galeno no tenía la formación “moral” o “filosófica” necesaria para dirigir una institución que debía velar por la ortodoxia católica de la Corona.

La justa restitución de los derechos de los médicos como profesionales universitarios a participar en las contiendas para el cargo de Rector, sólo fue posible, en 1827, cuando Bolívar a solicitud del Claustro, interviene y promulga los nuevos Estatutos Republicanos de la Universidad, permitiendo así que José María Vargas, fuera elegido como el primer Rector Médico de la ilustre Universidad, dignificando la medicina como ciencia y permitiendo que ésta conquista y la autonomía universitaria, desplazaran el viejo orden teológico colonial.(51-55)

Para la fecha en que ocurre la investidura de Vargas como Rector, la educación en la Real y Pontificia Universidad de Caracas había descendido a niveles inaceptables de deterioro y abandono, impartiendo programas que habían alcanzado su obsolescencia y además, con una manifiesta carencia de recursos que permitieran el acceso a las ciencias modernas, mientras uno de sus más brillantes egresados había regresado al país con una maleta plena de conocimientos, técnicas, habilidades y concepción integradora del aprendizaje, sin ambiciones de poder político, pero sí con una visión revolucionaria en el campo de la reconstrucción civil y con un muy bien cimentado interés en elevar el estándar de la práctica médica y científica en el país y en consecuencia, formar médicos, ingenieros y abogados que reemplazaran de manera competente y comprometida a los militares, en las labores de administración del Estado.

En este panorama de necesidades, en 1827 bajo el auspicio del Libertador Simón Bolívar, es designado Rector de la Ilustre Universidad de Caracas, dónde habría de cumplir un importantísimo rol no sólo en su revitalización académica y científica a través de la actualización de los planes de estudio, sino además,

en la modificación procedimental y normativa de la institución, acercándola a la democratización de los derechos de sus posibles cursantes y las posibilidades de acceso a su seno, a toda la población estudiantil de la geografía venezolana al eliminar las discriminaciones raciales. Impulsó la desaparición de las pruebas de limpieza de sangre para personas de distintas razas y estratos sociales, de manera que tuvieran libre acceso a la obtención de los títulos académicos correspondientes.

Entre sus intenciones modernizadoras, Vargas procuraba el predominio de la institucionalidad sobre el caudillismo, ofertando un modelo de ciudadanía que integrara en sus propósitos el estudio, la ciencia, la cultura y el profundo apego al cumplimiento de las leyes, de tal suerte que al asumir el Rectorado de la Universidad de Caracas, también se compenetró con la necesaria transformación de la educación en una institución absolutamente estancada en métodos coloniales, hasta convertirla en un moderno faro de luz y modernidad, ligada a la ilustración y a la adquisición de una estructura de avanzada que alumbraba desde sus entrañas, nuevos egresados no sólo en permanente sintonía con los cambios indispensables que debían ocurrir, sino académicamente preparados para conducirlos por un buen derrotero. En esta perspectiva de acción el nobel rector, rompe con el dominio hegemónico de la teología y la escolástica universitaria para abrir la senda del pensamiento científico, introduce nuevas cátedras para el estudio de química, botánica y anatomía bajo los novedosos preceptos europeos, permeabiliza el empleo de las disecciones anatómicas acabando con el tabú que rondaba alrededor de esta práctica, actualiza la búsqueda de información a través de la donación de su rica biblioteca personal y gestiona la traída de textos científicos modernos procedentes de Europa, obtiene tierras y propiedades para diligenciar ingresos propios y favorecer la autonomía económica de la Universidad. En su planificada gestión no sólo organiza los estudios médicos bajo patrones de excelencia, establece la meritocracia como criterio único para la obtención de cátedras por concurso. Restaura físicamente los distintos edificios universitarios y organiza su archivo histórico. (56,57,58,59,60)

El reconocimiento expreso que los estudiantes hacen de la labor de Vargas queda expreso en el discurso pronunciado por el Bachiller Diego Antonio Sierra, el día 18 de Octubre de 1828, en la Cátedra de anatomía, al finalizar el primer curso de esta, manifestando gratitud al Doctor José María Vargas, Preceptor de esta, en los siguientes términos:

-"Amados condiscípulos: La sensibilidad exquisita que caracteriza las operaciones de nuestra alma, el instinto natural de las fieras mismas, son otros tantos ejecutores del hombre, que obligan a grabar en nuestros corazones y en

*nuestra memoria, la cadena de tan eslabonados beneficios con que Vargas ha ligado nuestros corazones y albedrios. Nuestros pechos, sofocados de impresiones verdaderamente deliciosas, repetidas en el transcurso de dos años, tienen hoy el logro de abrirse a explicar sin lisonja, el deber de nuestra gratitud; y dando lugar a experimentarlas separadamente, las esculpiremos en nuestra alma, único monumento capaz de recorrer el mundo entero para proclamar vuestro nombre. El bronce, el mármol recuerdan los héroes, **¿pero bastara la inmovilidad y silencio de una estatua para evitar la admiración de todas las naciones y de todos los tiempos?** No, por cierto: nosotros recorreremos de un polo a otro y a par de nuestros pasos diremos con respeto: Vargas corrió detrás del saber, con el objeto de regresar a su país y hacernos partícipes a sus compatriotas del inagotable caudal de sus conocimientos; nosotros publicaremos que todo perece, pero que no creemos que la que la naturaleza haya demarcado límites a su mérito. Maestro amable, hombre amigo de los que desean saber, las semillas que has sembrado en la juventud que te esperaba como un genio tutelar, darán frutos, que os ofrecerán como un menudo obsequio, como feudos y tributos de ánimos reconocidos, tanto más espontáneamente pagados, cuanto más debido a vuestra persona y espíritu público. He dicho (26)*

Al finalizar el período dispuesto en los Estatutos Republicanos de 1827, en cuya redacción colaboró junto a Simón Bolívar, Vargas hace entrega de una institución totalmente renovada que ha recorrido un arduo camino desde su enclave colonial y monárquico a uno republicano y moderno y cuyo mando recae ahora en el Dr. José Nicolás de Rivas, electo por el Claustro para sucederlo, quien continuó con la línea de reformas que él había iniciado, sin embargo, el resonar académico, administrativo y transformador del Dr. Vargas fue tan profundo y sentido en los miembros de la comunidad universitaria, que determinó que el Maestro continuara vinculado a la docencia e investigación en su alma mater hasta su muerte.

La entrega se hace formal, cuando finaliza su periodo como Rector Magnífico, tal como había sido asentado en los nuevos *Estatutos Republicanos de 1827*, que él mismo ayudó a redactar junto a Simón Bolívar. Bajo su gestión, la universidad se transformó desde la “*Real y Pontificia Universidad de Caracas*” a una institución laica, con autonomía económica gracias a la donación de tierras de Bolívar) y científica, de tal suerte, que, al terminar su trienio, transcurrido entre enero de 1827 y enero de 1830, Vargas hace exitosa entrega de una casa de estudios superiores organizada por facultades, con modernas cátedras de medicina y una biblioteca fortalecida.

Es de hacer notar que por el respeto que profesaba a la alternancia democrática y la ley, a pesar de la propuesta del Claustro Universitario y la comunidad académica,

que deseaban su permanencia en el cargo, en razón de su éxito transformando la institución, Vargas se negó a la reelección, por su firme convencimiento que los cargos no debían perpetuarse en una sola persona y porque había adquirido nuevas responsabilidades políticas al resultar electo como diputado por Caracas para integrarse al Congreso Constituyente a desarrollarse en la ciudad de Valencia, donde desempeñaría un rol de primer orden, en el nacimiento de la República de Venezuela, una vez ocurrida la disolución de la Gran Colombia.

Sin embargo, hablar de José María Vargas es hablar del padre de la medicina moderna en Venezuela y del hombre que transformó la Real y Pontificia Universidad de Caracas en la actual Universidad Central de Venezuela (UCV). (55-61)

Desde esta perspectiva, las principales reformas impulsadas en la Universidad durante su gestión, con el completo apoyo del Libertador Simón Bolívar, pueden ser resumidas en los siguientes puntos:

Autonomía Universitaria: Fue pionero considerar que la Universidad debía ser autónoma, con patrimonio propio (gracias a la donación de haciendas por parte de Bolívar) para que no dependiera económicamente del Estado ni de la Iglesia

Eliminación de la Discriminación ("Limpieza de Sangre"): Antes de Vargas, para estudiar se requería demostrar "pureza de sangre", mientras que su gestión condujo a la eliminación de estos requisitos discriminadores, de orden racial y religiosos, permitiendo el ingreso a cualquiera de las facultades sólo por los méritos del aspirante.

Modernización Científica: Sustituyó el latín por el castellano en muchas cátedras. Experimentación clínica: expresada en la introducción de la disección de cadáveres y el uso del microscopio, en la enseñanza médica. Creación de nuevas cátedras en los estudios médicos: Incluyendo Química, Botánica y Anatomía.

Independencia del Clero: La universidad dejó de ser "Pontificia" y pasó a ser un ente civil y científico bajo la protección del Estado republicano, aun cuando persistió la enseñanza religiosa.

Sueldos y Escalafón: Organizó por primera vez un sistema de salarios dignos para los profesores y reglamentó los concursos de oposición procurando la implantación de la calidad docente, como objetivo primordial. (29)

Su actuación en el Congreso de Valencia (1830) Vargas, como el académico más respetado de la época fue "llamado" a participar del congreso de Valencia por la

necesidad de legitimidad civil e indudablemente en consideración del prestigio adquirido como Rector de la Universidad, puesto que antes de 1830, ya era una figura con peso intelectual y civil propio y muy bien cimentado. Su gestión fue revolucionaria y lo colocó en el radar de los líderes que buscaban organizar la nueva nación. Como efecto directo de la disolución de la Gran Colombia, en Venezuela se convocó a una asamblea en Valencia para redactar una nueva Constitución y producir la separación formal de Venezuela, procurando su reconocimiento internacional como una verdadera república y no como un “campamento militar”; para lo cual se necesitaba de mentes civiles brillantes, entre las cuales fue escogido José María Vargas, a través de un proceso electoral, como Diputado por la Provincia de Caracas.

En el seno del Congreso, Vargas cumplió varias acciones de particular trascendencia:

La Comisión de Constitución: Fue miembro activo de la comisión encargada de redactar la Constitución de 1830, enfocándose fundamentalmente en el equilibrio entre los diferentes imperantes en ese momento clave de nuestra historia. El Perfil “Civilista”: En un congreso lleno de uniformes militares, Vargas vestía de civil, de manera, que su presencia acentuaba el final de la guerra de independencia y señalaba la necesidad de construir instituciones marcadas por un perfil civilista.

El Veto a la Dictadura: En sus intervenciones se opuso férreamente a todo tipo de medidas que otorgaran facultades extraordinarias al poder ejecutivo, en apasionada defensa de la supremacía de la ley sobre la voluntad de un solo hombre,

En este orden de ideas, Vargas le dio el barniz de legalidad y civilidad que el nuevo Estado necesitaba para nacer como una República moderna, desde la perspectiva de un civilista técnico, puesto que, no siendo un político de carrera sino un civil con prestigio intelectual se convirtió en una voz de moderación, que abogaba por un sistema donde el poder civil estuviera por encima del militar, sirviendo como un verdadero puente entre las facciones que querían una ruptura total con el pasado colombiano y aquellos que buscaban una transición más ordenada.

Su participación en el congreso sirvió de oportunidad para enraizar su Visión Educativa y Social, proponiendo reformas en la instrucción pública, convencido del valor que alcanzaba la república con ciudadanos educados y preparados para las importantes acciones futuras de transformación del país. (62-64).

En este período formó parte de la Comisión designada para asistir a Cúcuta para establecer la negociación para la transición pacífica con el Gobierno de Nueva Granada. Desarrolló actividades en el Consejo de Gobierno y el Senado

la presidencia de José Antonio Páez. Para 1834, desempeñándose como Senador se destaca por su lucha acerca del inflexible cumplimiento de las leyes y el orden civil sobre el predominio militar. En este estado de las circunstancias nacionales, Vargas no descuidó el ejercicio de la medicina, alcanzando reconocimiento como el médico más prestigioso de la metrópoli, interviniendo como fundador de la Sociedad Médica de Caracas, que fomentaba el intercambio científico, entre los galenos.

Presidencia de la República (1835-1836)

Terminando 1834, su nombre empieza a ser considerado como el candidato ideal para ocupar la primera magistratura del país, aun cuando Vargas se rehusaba a tal posibilidad, considerando que su temperamento no era acorde con la política, la presión de la sociedad civil.

Su candidatura fue impulsada principalmente por el partido conservador, que en aquel entonces representaba el orden constitucional, los intelectuales y universitarios, que lo consideraban la figura más idónea para civilizar el país, los Comerciantes y Propietarios que aspiraban estabilidad y el cumplimiento de leyes como la de Libertad de Contratos y sectores que se oponían al militarismo, lo condujo finalmente a aceptar la postulación que lo convertiría en presidente en 1835, a través de un proceso eleccionario de segundo grado, donde los ciudadanos votaban en primera instancia por un grupo de electores y luego, estos escogían al presidente, en el cual en febrero de 1835, obtuvo 103 votos, superando a los militares Carlos Soublette, 45 votos y Santiago Mariño 27 votos.

El nuevo presidente prestó juramento y asumió oficialmente la magistratura, el 9 de febrero de 1835. Su mandato se caracterizó por su turbulencia y sufrió una interrupción por el golpe de Estado en julio de ese mismo año, aunque fue restituido poco después por José Antonio Páez. El conflicto de José María Vargas con los militares es uno de los episodios más dramáticos y simbólicos de la historia de Venezuela. Representa el choque ético entre el poder de la ley, el mundo civil, y el poder de la espada, el caudillismo.

Esta confrontación alcanzó su punto crucial durante la llamada “*Revolución de las Reformas*”, ocurrida un año después de que Vargas asumiera la presidencia de la República, cuando los “héroes de la guerra de independencia” proclamaban que el país les pertenecía por derecho de conquista y despreciaban la autoridad de un “doctor” que no habiendo empuñado nunca una espada, preconizaba la preeminencia de la Constitución y proponía reducir el gasto militar y emplear esos aportes en educación y agricultura.

Los militares, por el contrario, exigían el restablecimiento del “fuero militar” con los consiguientes privilegios legales y el retorno de la Gran Colombia, como pretextos que ocultaban el trasfondo real que era el control del poder político. En este contexto, el 8 de julio de 1835, un grupo de militares liderados por Pedro Carujo, quien había intentado asesinar a Bolívar en 1828, asalta la casa del presidente Vargas para arrestarlo y exigir su renuncia.

Aquí ocurrió el diálogo más famoso de la historia republicana de Venezuela:

Pedro Carujo: — “Doctor Vargas, el mundo es de los valientes.”

José María Vargas: — “No, el mundo es del hombre justo; es el hombre de bien, y no el valiente, el que siempre ha vivido y vivirá feliz sobre la tierra y seguro sobre su conciencia”

Como consecuencia del conflicto, el Presidente Vargas fue expulsado a la fuerza hacia la isla de Saint Thomas, pero la intervención de José Antonio Páez, como brazo armado de la constitucionalidad, vence a los alzados y restituye a Vargas en el poder pocos meses después, sin embargo en abril de 1836 Vargas renuncia irrevocablemente a la primera magistratura por sentir la ausencia de apoyo político y la persistente presión de los militares que no se acogían a las leyes civiles y ante la imposibilidad de gobernar con un Congreso que a menudo cedía a las presiones del general, quien actuaba como el poder detrás del trono, prefiriendo retirarse antes que comprometer sus principios, para reincorporarse a lo que él llamaba su verdadera vocación: la Universidad y la Medicina.

Luego del intento de derrocamiento y su regreso a la Presidencia, Vargas se opuso ferozmente a la concesión de perdones arbitrarios a quienes conspiraban contra el gobierno, argumentando que el cumplimiento de la ley era la única base de la República. Vargas no solo fue un político, sino un académico brillante cuya presidencia estuvo marcada por la rectitud ética, aunque fue corta y turbulenta debido a la inestabilidad de la época.

A pesar de que su mandato fue de muy corto tiempo y resultó interrumpido por la Revolución de las Reformas, Vargas logró avances significativos en la institucionalidad del país, que incluyeron:

✓ *Fortalecimiento de la Educación y la Ciencia*, puesto que, su prioridad fue el cultivo del intelecto, a través del impulso de la modernización de los estudios superiores y la autonomía universitaria.

✓ *Organización Administrativa y Civil*: intentó transformar un estado guerrero

en uno civilista.

✓ *Perfeccionamiento de la Hacienda Pública*: Buscó mayor transparencia en el manejo de los fondos del Estado.

✓ *Fomento de la agricultura*: Promovió leyes para incentivar la producción nacional, que era la base de la economía.

✓ *Organización del Registro Público*: Mejoró los sistemas de archivo y legalidad de documentos civiles.

✓ *Institucionalidad y Respeto a la Ley*: Su mayor legado fue simbólico y moral.

✓ *Defensa de la Constitución*: Su famosa frase ante el militar Pedro Carujo, “*El mundo es del hombre justo*”, resumió su negativa a renunciar bajo presión militar, sentando un precedente ético sobre la supremacía de la ley sobre la fuerza.

✓ *Sustitución de la simbología militar*: Intentó que el debate público se centrara en las instituciones y no en el prestigio de las armas (56,59, 60,61,62,63,64,65).

Ante las dificultades para ejercer su mandato, Vargas comprendió que, en un país regido por las armas, la constitución era “un pedazo de papel”. Su ética no le permitía ser un presidente “decorativo” mientras los militares mandaban en la sombra.

Augusto Mijares (66) señala que Vargas no fue un hombre débil que renunció, sino un hombre tan fuerte en sus convicciones que el sistema caudillista no pudo corromperlo.

La renuncia definitiva del Dr. José María Vargas a la presidencia de Venezuela ocurrió el 14 de abril de 1836, tras un periodo marcado por la inestabilidad política y el conflicto entre el poder civil y el militarismo post-independencia.

Aunque existen varios borradores y cartas enviadas al Congreso, su dimisión irrevocable se centró en los siguientes argumentos:

“Acepté el encargo de la Primera Magistratura... violentando mi convicción y mi conciencia, y dominando la repugnancia invencible de mi ánimo... Ya no me es posible continuar por más tiempo... otro poder superior, el de mi propia conservación me lo veda. Mi salud arruinada me fuerza de una manera irrevocable a renunciar al arduo encargo de la Presidencia del Estado.”

El texto de Vargas no es simplemente una dimisión por enfermedad; es un

documento que refleja la tragedia del intelectual frente a la fuerza bruta. Hace constar de su puño y letra que la aceptación de la postulación ocurrió “violentando su conciencia”, ya que como científico y académico, su natural inclinación estaba dirigida al orden, la ley y el estudio, mientras que el entorno político venezolano de 1835 estaba regido por el personalismo y el caos, de tal modo que su desprendimiento del cargo expresa la angustia de un hombre que siente que su integridad moral está en riesgo al tratar de gobernar en un entorno que no respeta las formas civiles.

En su alegato menciona su “salud arruinada”, pues padecía de dolencias crónicas agravadas por el estrés del cargo, pero también representa una alegoría, ya que para el ilustre médico el cuerpo social de Venezuela estaba enfermo de anarquía. Al no poder “curar” al país debido a la resistencia de los caudillos, su propio cuerpo sucumbió a la presión.

La comunicación representa la capitulación del primer intento de gobierno civil en Venezuela, en la cual Vargas expresa su clara percepción sobre el proceso, que le permitía interiorizar que, si bien era cierto que Páez lo había restituido tras la “Revolución de las Reformas”, él seguía siendo un rehén de la voluntad de los militares y por ello, en su renuncia dice implícitamente:

“Si la ley no basta para gobernar y se necesita la espada, yo no soy el hombre para este puesto”.

Como parte de la defensa de su dignidad, un punto crucial en su análisis es la “repugnancia” que menciona hacia el ejercicio del poder, ya que, a diferencia de los caudillos de la época que buscaban el mando por gloria o riqueza, Vargas lo consideraba una carga penosa.

En este contexto, su renuncia busca preservar su honor como ciudadano y científico antes que hundirse en el oprobio o el ridículo de una gestión estéril. Con Vargas, el civilismo queda definido como un “poder moral” que se opone al “poder de la fuerza”, tal como apunta Augusto Mijares (66) en *La Luz y el Espejo* (1964), al referirse al civilismo vargasiano; como una postura eminentemente ética que sostiene que la autoridad emana de la ley, la razón y la utilidad social, determinando que la legitimidad no se conquista con la espada, sino con la justicia y el servicio al bien común.

Vargas, en su intento de renuncia en 1835, poco antes de ser derrocado y exiliado por la Revolución de las Reformas, liderada por Pedro Carujo, ante su afirmación “*El mundo es de los valientes*”, respondió con la frase que define su legado ante la historia “*El mundo es del hombre justo*”.

Su salida definitiva del poder, acontecida en 1836 marcó el fin de la “paz civil” y el retorno del predominio de José Antonio Páez y los líderes militares en la política venezolana durante las décadas siguientes (67-73)

Últimos años y legado educativo (1836-1854):

Tras su salida definitiva de la presidencia en 1836, el Dr. José María Vargas dedicó el resto de sus días a los campos que alentaron sus pasiones existenciales como fueron la ciencia, la educación y la medicina, a las cuales dedicó la más absoluta entrega intelectual y un exilio cargado de profunda, regresó a lo que constituía su centro de gravedad y sus esfuerzos tuvieron como fin último la modernización las instituciones de la naciente República de Venezuela, dedicando su acción constructiva a perfeccionar las cátedras de Anatomía y Cirugía, a las cuales enriqueció con la donación de su biblioteca.(74-76)

Tuvo una muy fructífera participación como Director de Instrucción pública, cargo desde el cual dedicó su empeño en el establecimiento de planes de estudio y la creación de escuelas primarias en todo el país.

Mantuvo intercambio científico con personajes académicos de Europa y Estados Unidos, continuó su interés por la Botánica, la mineralogía, mantenía la recolección de muestras y las clasificaciones taxonómicas que enriquecían las ciencias naturales en el país. Lideró la repatriación de los restos de Bolívar.

Su estado de ánimo transcurría entre el deber y la decepción, cabalgaba entre una mezcla de alivio porque se había liberado de las intrigas políticas y la mezquindad de los caudillos reinantes y por otra parte el pesimismo y melancolía por el estado de desorden y las guerras civiles en su amada nación, asumiendo la lentitud en el avance de la educación y la razón, frente a las ambiciones de los militares.

A pesar de las innumerables vicisitudes que tuvo que afrontar en su compleja vida, Vargas se mantuvo como un referente ético universal, como un termómetro moral de la época.

ANÁLISIS GLOBAL DE LA VIDA Y OBRA DE JOSÉ MARÍA VARGAS

La vida y obra de José María Vargas representa uno de los más claros ejemplos

de ciudadanos conspicuos y productivos de nuestro país, desde el análisis de las diferentes facetas de la vida nacional en las cuales participó y dejó constancia de su prístino interés en su formación académica, cultural, científica y ciudadana con el fin último de ofrendarlo de manera desinteresada a la patria que le vio nacer en medio de la incertidumbre, el caos, la catástrofe y la devastación ocasionada por los deletéreos efectos de una guerra independentista, en la que junto a los deseos de liberación del yugo español, también se acumulaban intereses de poder, que buscaban el tránsito a una patria subyugada por el feroz militarismo, de quienes habían participado en su emancipación primaria de la corona española. (72-77)

Dentro de este panorama sus actuaciones, sus conductas, sus propuestas y su pensamiento representan un cúmulo de cuantiosa y estimable información, la mayoría de las veces reveladas a través de sus epístolas y comunicaciones oficiales, que no solo permiten analizar la profundidad consciente y planificada de sus distintas acciones que llevó a cabo, como integrante de las muy diversas instituciones en las que desarrolló vida útil y productiva, sino que además constituyen un muy valedero testimonio de las circunstancias, conflictos, intrigas, problemas y confrontaciones que marcaron la naciente vida republicana de nuestro país., Vargas presenta sus vivencias personales desde muy complejas y diferentes perspectivas, en ocasiones de manera descarnada, profundamente sentida, contempladas desde un constante continuun de objetividad-subjetividad a través del cual aspira a lo largo de su vida pública la comprensión de los suyos y de aquellos que le procuraban comportamientos y sentimientos preestablecidos y prejuiciados, que perturban su estabilidad mental en diversas situaciones en las cuales se ve obligado a participar y a tomar posturas que van mucho más allá de sus propios deseos y planes, ocasionándole una verdadera confrontación angustiosa y preocupante con sus propias intenciones y deseos, que lo conducen a expresarse en múltiples ocasiones desde la negación, desde la sensación de impotencia e incluso de la propia aversión ante situaciones a las cuales se ve impulsado a confrontar fuera de sus propios planes.(78,79,80,81)

En sus epístolas se presenta con claridad de conciencia acerca de sus capacidades y de sus limitaciones, aun cuando en muchas ocasiones infravalora sus propios méritos, se autodescalifica con la esperanza que sus promotores en el terreno de la política abandonen sus propósitos y exigencias, pero en la inmensa mayoría de las ocasiones sus deseos se ven enfrentados a los planes que marcan otros, sin contar con su participación y en muchas de ellas, se ve forzado a tomar decisiones que no serán de su complacencia, ante la insistencia del entorno que lo rodea y las complejas situaciones de la nobel república. (82-86)

Su actitud evasiva, dubitativa, confusa se presenta de manera, constante y pertinaz al considerar que no llena los requisitos indispensables para convertirse

en un personaje de valor, ni mucho menos necesario para la contienda política del país. Vargas, el hombre, recurre a diversos medios para deshacerse de la voluntad de su entorno, utilizando solicitudes de ayuda a familiares, amigos y allegados, recurre a las renunciaciones, al abandono de posiciones, a la súplica emocional, al análisis desgarrado de sus propósitos, al marcaje de sendas y caminos que emanan de su interior y con los que desea adelantar esquemas de acción más acordes a sus propios intereses, pero en numerosas circunstancias sucumbe ante las peticiones y demandas de los poderosos de su tiempo y deja atrás sus propios deseos y planes, para dar cabida a las elevadas exigencias que se le imponen, sobre todo desde el punto de vista político, en beneficio de la patria que constituye la razón de sus principales desvelos, pero con el altísimo costo de afrontar angustias, alteraciones de su ánimo personal, carencias de diversa naturaleza, situaciones de arrepentimiento e inconformidad con sus propias acciones y determinaciones, que de manera lenta y sostenida le van condicionando sentimientos y conductas de abandono, de insatisfacción, de profunda decepción, de soledad, de inconformidad con su propio quehacer, de desánimo, de autocrítica despiadada, de confrontación con los elementos de su propia personalidad y con un camino que progresivamente, lo llevará al malestar, al compromiso de su salud, a la pérdida de sus fuerzas para la lucha que en muchas situaciones considera estéril, infructuosa y de un precio extremadamente costoso ante los diversos sacrificios que debe acometer fuera de sus personales intenciones.

A lo largo de su vida Vargas se muestra sometido a deseos que le son ajenos y poco satisfactorios para su propia vida, mostrando siempre en un mismo hombre una mezcla de estoicismo científico, angustia ética y una profunda fragilidad física, tal como dejó asentado en las cartas que escribía y se muestra en los fragmentos de ella que a continuación se transcriben.

El 3 de abril de 1830, escribe a su amigo y condiscípulo José Rafael Revenga:

«...Hay algunos chasqueados que ansiaban por salir y que no pudiendo sufrir que haya sido yo nombrado (...) se dice que claman contra mi elección. Si el clamor se hace público ya ve U. que en conciencia y por honor yo debo eximirme.....ya me tienen amolado con que soy partidario del Gral. Bolívar y otras pendejadas; me llaman al orden cuando hablo, no veo mi pellejo seguro y quiero salir en paz de esta zambra».

Desde su intensa negación a inmiscuirse en la lucha electoral, intenta la vía de retirarse, aun cuando fuera de manera temporal del terreno político, buscando la aprobación de una licencia que le concediera la posibilidad de ausentarse de su

cargo, por lo cual el 24 de junio de 1834 escribe carta al Secretario del:

«Mas si se me concede la licencia que pido para retirarme temporalmente de este servicio, claro es que cualquiera que sea su grado de importancia, ya no lo tributo al país, y en ese caso es justo que se me conceda la licencia para un punto en que estaré más grata y tranquilamente y con ocupaciones de distracciones muchísimo más no hacerlo»

Mostrando su infinito desconsuelo, su profunda tristeza, su soledad irreparable, sentencia:

“8 de octubre de 1838: «...Y en esta tierra... ¡Qué desgraciado soy yo, ¡qué sólo!

¡Y ya es tarde para buscar familia!,

En 1834, Venezuela, en plena ebullición política ante la separación de la Gran Colombia, el recibe y contempla con asombro la pieza oratoria más singular y extraña que candidato alguno pueda presentar ante sus electores, ya que no era el clásico discurso de personaje alguno que buscara el apoyo de la colectividad con miras en el ejercicio del poder, sino por el contrario, eran las palabras de una figura pública de elevado valor moral y ciudadano, que hacía lo imposible por no alcanzarlo, mientras representaba el más distinguido blasón que los civilistas oponían al poderío militar de los caudillos surgidos en la escena postindependentista, como consecuencia de sus logros en el campo de batalla.

Consideraba el prócer académico que su personalidad de hombre ligado a la ciencia y la investigación no encajaba en una nación todavía acostumbrada al mando de la espada. Sin embargo, por su lado, los círculos intelectuales y comerciantes lo veían como la única esperanza de institucionalidad.

En su alocución al electorado en 1834, Vargas utilizó una retórica de humildad y honestidad brutal, argumentando con meridiana sinceridad, que no se sentía capacitado para las “intrigas de la política” y afirmaba rotundamente, que el ejercicio del poder ejecutivo requería una energía y una disposición que él, en su carácter de médico y académico, no poseía. Por ello, asumía la existencia de un alto riesgo para la Nación, la elección de alguien que no deseaba el cargo o que no se sentía apto para las dificultades del momento y en este contexto, exhortó a sus seguidores y a los colegios electorales a que retiraran su candidatura y pusieran sus ojos en otros hombres más curtidos en la administración pública y el manejo de los ánimos militares.

Postura por demás inédita e inaudita en el comportamiento de un hombre que por méritos propios navegaba en medio del caos político de la época.

«...carezco, además de la capacidad necesaria para dirigir con acierto tan difícil encargo, de aquel poder moral que dan el prestigio de las grandes acciones, y las relaciones adquiridas en la guerra de la Independencia; poder que, en mi opinión, es un resorte poderoso en las actuales circunstancias de Venezuela...»

A pesar de sus ruegos, el electorado hizo exactamente lo contrario: lo eligieron presidente. El país quería un símbolo de paz y ley, y su misma resistencia a mandar lo hizo parecer aún más íntegro ante los ojos de los votantes.

Y desde la profunda rectitud de alma, escribe a su colaborador inmediato Andrés Navarte, Vicepresidente de la República, el 17 de abril de 1835:

«Mi tempestad es tan azarosa y por lo menos mucho más durable que la suya. Independencia, reposo, tranquilidad de alma todo ha desaparecido para mí. No hallo la indemnización de tanto sufrir. La lisonja del honor es grande, más obra en mi alma no produciendo la exaltación y mejorando mi situación moral, sino más bien haciéndola mucho más penosa; porque a cada momento me instiga con el recuerdo de grandes deberes, de grandes esperanzas que satisfacer, del carácter impaciente de los que las entretienen, de la marcha y afectos naturales del entusiasmo sobre todo en nuestro país, y estas meditaciones inseparables de mi pobre cabeza hacen mi suplicio. Además ¡qué solo estoy! Solo en un lenguaje severo y filosófico. ¡Busco el poder de hacer el bien como un asidero o un pedestal en mi posición endeble y poco estribada y lo hallo tan limitado! He buscado a mi rededor la decisión, los recursos, la más completa imparcialidad de un amigo, ¿y lo creará Ud.? no he encontrado sino vacío, a mí solo, entregado a mí mismo...».

“Ni la ambición me mueve, ni el deseo de mando me halaga”

Este fragmento de sus misivas evidencia de manera clara e irrefutable las expresiones más crudas de la angustia existencial y política de Vargas. Denotan los siguientes estados anímicos:

Aislamiento y Soledad Política: Cuando dice “¡qué solo estoy! Solo en un lenguaje severo y filosófico”, expresa que su forma de ver el mundo (basada en la ley, la ética y la razón) no encontraba eco en una clase política dominada por el caudillismo y la fuerza bruta. En efecto, José Antonio Paéz comenta al respecto “Este hombre está solo”-

Frustración ante el Poder: Vargas no buscaba el poder por ambición, sino como un instrumento para “hacer el bien”. Al encontrarlo “tan limitado”, siente que su

posición es inútil frente a la magnitud de los problemas del país.

Desilusión Humana: La frase “no he encontrado sino vacío» revela una profunda decepción hacia su entorno. Se siente desamparado, sin aliados que compartan su desprendimiento y su visión civilista.

Conflicto Interno: Sus “meditaciones” son su “suplicio”. Vargas era un hombre de ciencia y academia que se vio forzado a asumir la presidencia en un ambiente hostil, lo que le generaba un constante sufrimiento mental al intentar conciliar sus principios con la realidad nacional.

Para el momento, en que Vargas redacta esta carta, apenas habían transcurrido dos meses en la presidencia, la cual estaba siendo saboteada por el estamento militar, que no toleraba a un civil en el mando. Solo tres meses después de estas líneas, estallaría la Revolución de las Reformas, que lo expulsaría brevemente del poder y del país, dándole consistencia a las ideas poco tranquilizadoras que acicateaban la mente del Presidente.

Definitivamente, es obligatoriedad asumir que Vargas nunca fue un político por vocación, sino más bien un humanista por el deber que se impuso a sí mismo, y esa dicotomía marca su psique, de manera permanente.

Una constante en sus cartas, especialmente durante su presidencia (1835-1836), es la sensación de sacrificio personal, expresa de manera abierta o tácita, de tal manera que nunca se permitió el disfrute que esa privilegiada posición pudiera proporcionarle, sino que por el contrario no sólo no encontraba satisfacción en el ejercicio del mismo; sino que era una situación de padecimiento crónico para su persona. Su estructura emocional se basaba en el imperativo categórico: hacer lo que es correcto, aunque destruya la paz propia. Entré sus principales rasgos psicológicos es de destacar su rigidez moral, que estaba signada por su concepción inamovible acerca de la ley, la cual bajo ningún respecto era negociable, que utilizaba como un refugio seguro ante el caos exterior.

Sus innumerables epístolas siempre reflejan una tristeza y melancolía profunda, que a menudo contenían su profundo deseo de retirarse a la vida privada, a sus libros y a sus disecciones. Tenía una marcada tendencia a la introversión y con frecuencia somatizaba el profundo rechazo que le provocaban las bajas pasiones de la política, que se manifestaban en problemas digestivos y cansancio crónico.

La estructura científica de su pensamiento es eminentemente analítica, de observación participante, su escritura es precisa, concisa, dirigida confines particulares y con muy poco espacio para el sueño o el romanticismo, el predominio del raciocinio es usado como un franco mecanismo de defensa,

tratando los conflictos políticos como verdaderos problemas en “problemas de diagnóstico”, permitiéndose desde la aplicación de esta estrategia cognitiva mantener la calma necesaria para actuar, aunque interiormente sintiera un profundo desprecio por la anarquía reinante.

Era un personaje distante y formal, socialmente hermético, aún cuando desde la profundidad del alma sintiera gran afecto por sus alumnos y familia, hacía gala de una voluntad inquebrantable ante los asuntos del deber, y poseía rasgos de integridad absoluta en su su lucha contra la corrupción, bajo cualquiera de sus formas.

Analizar el comportamiento de José María Vargas frente a la asonada militar de 1835 a través de los Niveles Neurológicos de Robert Dilts (basados en las jerarquías de aprendizaje de Gregory Bateson) es un ejercicio fascinante. Nos permite entender por qué un médico, acostumbrado al silencio del laboratorio, pudo doblar la voluntad de hombres armados usando solo su postura ética.

Este evento se desarrolla en su casa de habitación en la ciudad de Caracas, donde el entonces Presidente de la República se encuentra rodeado de militares armados, comandados por Pedro Carujo, en un ambiente de franca violencia física, caos institucional, confrontación personal y

presión golpista, ante la cual la conducta de Vargas se expresa en términos de tensa calma, negándose a firmar la renuncia a su magistratura, bajo la manifiesta coacción del coronel que lo increpa señalándole que “*el mundo es de los valientes*” obteniendo la imperecedera y determinante respuesta del Presidente, en la cual sentencia sin cavilación alguna “*el mundo es del hombre justo*”. No grita, no pelea, sino que hace acopio de resistencia pacífica, mediante el empleo de su maestría retórica y la lógica que provienen de su extraordinaria formación universitaria, su cultura y su extensísima preparación como ciudadano universal, además del temple personal para no ceder ante el miedo biológico, haciendo un superlativo control de la respuesta biológica de lucha/huida del cerebro primitivo de su estructura neuroemocional.

Indudablemente, que su comedida pero valiente actuación, se fundamenta en un sistema de creencias y valores sólidamente instalados en su mente, que lo induce sin vacilaciones a la rápida construcción de una decisión absolutamente consciente, que lo catapulta, sin lugar a dudas al ámbito de la trascendencia política, filosófica y ciudadana que le acompaña en su proyección histórica.

En este nivel de tan agudo conflicto, es importante recalcar que ambos personajes se encontraban en estratos diametralmente diferentes de su aprendizaje neurobiológico. Carujo absolutamente sumergido y estancado entre los niveles de

Entorno/Conducta), absolutamente convencido que el poder se definía por quién tenía el arma en ese momento y lugar (*"El mundo es de los valientes"*), en un enfoque francamente dirigido desde la supervivencia y el dominio físico.

José María Vargas, embebido del efecto conductual del Nivel de Identidad/Valores, respondía desde su esencia moral (*"El mundo es del hombre justo"*), de tal suerte, que al elevar el tono de la confrontación a nivel de los Valores, Vargas desarmó psicológicamente a Carujo, quien no tenía argumentos para debatir en ese plano superior.

Vargas demostró una congruencia total, demostrando que cuando la identidad y los valores están alineados (niveles superiores), la conducta en el entorno (niveles inferiores) se vuelve inamovible e invencible y aunque terminó físicamente arrestado, moralmente nunca fue derrotado. Su comportamiento fue una lección evidente de cómo la jerarquía mental de un individuo puede sostener una institución, cuando esta se desmorona corporalmente.

En este estado de conocimientos, se puede concluir que Carujo fue víctima de una disonancia cognitiva de fuerte intensidad, de "ruido mental" o malestar cuando percibió que se enfrentaba a un evento que contradecía lo que daba por hecho y que por consiguiente lo colocó en un estado de intensa confusión que no pudo resolver, pues aunque tenía el poder físico, no pudo quebrar la identidad del "médico sabio" y por consiguiente, a pesar de tener las armas, los militares terminaron exiliándolo en lugar de ejecutarlo en el acto, puesto que no sabían cómo matar una idea que se sostenía en un nivel superior al de ellos.

«*Con fastidio*», dice Gil Fortoul que gobernó Vargas. Observemos que según el siempre útil pequeño Larousse, tal vocablo significa asco o repugnancia y son, en verdad, estas dos acepciones las que pueden recoger el sentir de Vargas en aquellos momentos. Él mismo había confesado en buena parte de su correspondencia que la idea de gobernar le producía repugnancia; es lógico por lo tanto que asumiera la presidencia con desgano, que provenía tanto de su desprendimiento como de la falta de ambición por el poder.

El Exilio Final y sus Últimos Días

En 1852, contrariando el deseo de morir en su patria, las tensiones políticas y el deterioro de su salud lo obligaron a salir del país en búsqueda de tratamiento médico especializado en Nueva York, para una enfermedad que le ocasionaba grandes sufrimientos físicos. Allí se rodea de un pequeño grupo de amigos, se

dedica a escribir sus memorias y a organizar sus trabajos científicos, falleciendo el 13 de Julio de 1854.

José María Vargas no fue solo un médico o un presidente; fue el símbolo de la transición de Venezuela desde el dominio de las armas hacia el imperio de la razón y las instituciones. Siguiendo la línea de análisis que hemos aplicado a otras figuras históricas, su impacto puede resumirse en tres pilares fundamentales:

La Supremacía de la Ley sobre las Armas

Vargas abrazó fervientemente la concepción que rezaba que la autoridad del Estado debía emanar de la Constitución y no del carisma o la fuerza militar y lo demostró valientemente, con su actuación ante Pedro Carujo, durante la Revolución de las Reformas, al establecer, con absoluta firmeza, el precedente de que un magistrado civil no debe ceder ante la coacción de las bayonetas.

La Educación como Motor de Ciudadanía

Para Vargas, una república no podía sobrevivir con ciudadanos ignorantes. Su enfoque no era solo académico, sino civilizador, cuando consideraba que la instrucción pública era la única herramienta capaz de transformar a los súbditos de una colonia en ciudadanos de una democracia. Sin educación, la libertad era, para él, un concepto vacío.

La Institucionalidad y el Orden Administrativo

En su característica gestión intentó aplicar el rigor científico y la ética médica a la gestión pública. Se enfocó en la transparencia y la organización del Estado, al actuar como promotor de la creación de códigos legales, el saneamiento de las finanzas públicas y la organización de la beneficencia.

Su vida pública estuvo marcada por una integridad inquebrantable. Como médico, su prioridad fue siempre el bienestar público, enfrentando problemas sanitarios con voluntad y determinación, ejemplos vivos ante la sociedad de la cual formó parte importante y como político, su existencia vital la prioridad fue el respeto a la Constitución, incluso a costa de su propio poder.

José María Vargas representa, sin lugar a dudas el triunfo del pensamiento sobre la fuerza, dejando sentado para la posteridad que la verdadera soberanía de una nación no reside en la espada que conquista, sino en la virtud y la ciencia que

la civilizan.

Bajo ninguna condición, este ensayo pretende agotar las consideraciones que diversos investigadores puedan ofrecer al respecto, simplemente ha constituido un punto de reflexión, desde la aplicación de los conocimientos que la Neurociencia nos ofrece en este momento de la historia del saber, para la comprensión de los comportamientos y conductas humanas.

Desde esta perspectiva científica, aún queda muchos por decir sobre la vida y obra de José María Vargas, prócer de la ciencia, la cultura y la civilidad en nuestro país, por derecho propio.

José María Vargas trasciende la historia venezolana no solo como el símbolo del civilismo frente a la autocracia, sino como el arquitecto de la modernidad académica y el rigor científico, cuya mayor virtud fue anteponer la integridad ética y el orden institucional al estrépito de las armas.

La muerte de José María Vargas el 13 de julio de 1854 dejó un vacío en la sociedad venezolana, pero su legado perdura en la memoria del pueblo y en la labor de los médicos y profesionales de la salud que cada año celebran su vida y sus aportes a la medicina y la educación en Venezuela.

La marcha definitiva del hombre, marca el inicio del mito, que quedará para la posteridad marcado por su respuesta a Carujo:

“El mundo es del hombre justo; es el hombre de bien, y no el valiente, el que siempre ha vivido y vivirá feliz sobre la tierra y seguro sobre su conciencia”.

REFERENCIAS

1. Carrera Damas, G. (1984). Una nación llamada Venezuela. Caracas: Monte Ávila Editores.
2. Lovera De-Sola, R. J. (2016). Diccionario de Historia de Venezuela. Fundación Empresas Polar. Caracas.
3. Mudarra, M. A. (1962). Historia de la Legislación Escolar contemporánea en Venezuela. .Ediciones del Ministerio de Educación (M.E.)Caracas
4. Vallenilla Lanz, L. (1919). Cesarismo Democrático).Tipografía Universal. Caracas.
5. Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la

- investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
6. Stichweh, R. (2003). Differentiation of scientific disciplines: Causes and consequences. En UNESCO, Encyclopedia of Life Support Systems. París. Paoli.
 7. Van Manen, Max. Investigación fenomenológica: La investigación del mundo de la vida en la pedagogía de la ciencia humana. Barcelona: Idea Books, 2003.
 8. Gadamer, Hans-Georg. Verdad y Método. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1991.
 9. Bolio, F.J. Multi, inter y transdisciplinariedad. Probl. anu. filos. teor. derecho no. 13 Ciudad de México ene./dic. 2019 Epub 19-Mayo-2020 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-43872019000100347#:~:text=La%20inter%2Ddisciplina%20es%20algo,la%20teor%C3%ADa%20cient%C3%ADfica%20de%20variasdisciplinas
 10. Zurro-2020-Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad.pdf Disponible en <https://digital.csic.es/bitstream/10261/220557/1/Zurro-2020-Multidisciplinariedad%2C%0interdisciplinariedad.pdf>
 11. Universidad latina. Descubre qué es la multidisciplinariedad y cómo mejora el desempeño académico y profesional para quienes la ponen en práctica. Disponible en <https://www.unila.edu.mx/multidisciplinariedad/>
 12. Cáceres Ramírez, O. 2019 Que es un ensayo crítico disponible en <https://www.aboutespanol.com/que-es-un-ensayo-critico-287951513>.
 13. SCRIBD, Características Del Ensayo Crítico. Disponible en <https://es.scribd.com/document/544072497/Caracteristicas-del-Ensayo-Critico>.
 14. Kertész, R. 2010. Niveles lógicos de cambio y aprendizaje. Universidad Flores disponible en <https://apps.utel.edu.mx/recursos/files/r161r/w24131w/niveleslogicosaprendizajeS5.Pdf>
 15. Smith, A. Los niveles lógicos de la PNL: Un modelo para el cambio. PNL y Coaching. Claves para el crecimiento personal. Disponible en <https://uapnl.com/los-niveles-logicos-de-la-pnl-un-modelo-para-el-cambio>
 16. Carrion López, S:A. 2003. Niveles Lógicos. Capítulo VII. Curso de master en PNL. Ediciones Obelisco Barcelona, España.
 17. Villanueva, L. 1883. Biografía del Doctor José María Vargas. Libro Primero.

Imprenta Editorial de Méndez y C. Caracas

18. Marquez Cañizales, A. (s.f) Biografía de Jose María Vargas. Lecturalandia Carrera Damas, G. (1984). Una nación llamada Venezuela. Caracas: Monte Ávila Editores.
19. Lovera De-Sola, R. J. (2016). Diccionario de Historia de Venezuela. Fundación Empresas Polar. Caracas
20. Mudarra, M. A. (1962). Historia de la Legislación Escolar contemporánea en Venezuela. Ediciones del Ministerio de Educación (M.E.) Caracas.
21. Vallenilla Lanz, L. (1919). Cesarismo Democrático. Tipografía Universal. Caracas.
22. Wikipedia. La Enciclopedia libre. Porcionista disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Porcionista>
23. Main, P. 2023 La Teoría de Chomsky. Structural learning disponible en <https://www.structural-learning.com/post/chomskys-theory>
24. Shah, N. 2024 Effective Interviewing with Meta Model – Surface Structure vs Deep Structure. Institute of clinical hypnosis.com/nlp/difference-between-deep-and-surface-structure-nlp/#:~:text=Introduction%20to%20Deep%20Structure%20and%20Surface%20StructureThe%20terms%20deep&text=As%20per%20Chomsky%20deep%20structure,to%20represent%20the%20deep%20structure.
25. Banda Rangel J.H., González Sandoval, J.V La estructura superficial y la estructura profunda del lenguaje. Universidad Vasco de Quiroga . disponible <https://es.scribd.com/presentation/509838589/LA-ESTRUCTURA-SUPERFICIAL-YESTRUCTURAPROFUNDADENGUAJE#:~:text=Profunda%20Del%20Leng%C3%BCaje,Este%20documento%20discute%20la%20estructura%20superficial%20y%20profunda%20del%20lenguaje,superficiales%20para%20la%20misma%20idea>
26. Morán Barrionuevo, M.M. 2025. Programación neurolingüística para el aprendizaje del lenguaje en estudiantes de educación media en Ecuador. Revista InveCom vol.5 no.2 Maracaibo jun. 2025 disponible en https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00632025000202068)
27. Bateson, G. (1972). Pasos hacia una ecología de la mente: Ensayos recogidos en antropología, psiquiatría, evolución y epistemología (Steps to an Ecology of Mind). Editorial Carlos Lohlé (Buenos Aires) o Planeta-Agostini.
28. Ibarra, F. (1802). Auto de provisión de la Beca Seminarista Supernumeraria. Actas del Seminario Tridentino de Caracas.

29. Villanueva, L. 1883. Biografía del Doctor Jose María Vargas. Documentos. Imprenta Editorial de Méndez y C. Caracas
30. Briceño-Iragorri, M. (1954). Casa León y su tiempo (Aventura de una casta). Caracas: Ediciones Edime.
31. Lovera De-Sola, R. J. (2009). Vargas, el hombre de la civilidad. Caracas: Biblioteca Biográfica Venezolana, El Nacional.
32. Pino Iturrieta, E. (2006). La mentalidad venezolana de la Colonia. Caracas: Alfadil.
33. Arcila Farías, E. (1946). Economía colonial de Venezuela. México: Fondo de Cultura Económica.
34. Venegas Filardo, P. (1986). Vargas, el hombre y su destino. Caracas, Venezuela: Ediciones de la Presidencia de la República.
35. Hazard, P. (1991). El pensamiento europeo en el siglo XVIII. Madrid, España: Alianza Editorial.
36. Sarrailh, J. (1957). La España ilustrada de la segunda mitad del siglo XVIII. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
37. Constituciones de la Real y Pontificia Universidad de Caracas (1727) Año publicación 1727 (Reediciones modernas en 1970 y 2012). Editorial: Ediciones de la Secretaría de la Universidad Central de Venezuela (UCV).
38. Estatutos Republicanos de la Universidad Central de Venezuela (1827) Autores: Simón Bolívar y José María Vargas. Año de publicación: 1827 (Edición conmemorativa: 1983). Editorial: Presidencia de la República / Archivo General de la Nación.
39. Leal, I. Historia de la Universidad de Caracas (1721-1827) .Año de publicación: 1963 (Reedición ampliada en 2001). Editorial: Ediciones de la Biblioteca UCV.
40. Bruni Celli, B. (2005). José María Vargas. Caracas: Biblioteca Biográfica Venezolana (Vol. 1).
41. Sanabria, A. (1986). Vargas: El hombre, el médico y el sabio. Caracas: Editorial Arte.
42. Blanco, A. E. (1947). Vargas, el albacea de la angustia. Caracas: Imprenta Nacional.
43. Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida: 1. El apego. Editorial Paidós.
44. McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23.

45. Vargas, J. M. (1986). Obras completas (2da ed., 8 vols.). Caracas: Comisión Nacional del Natalicio del Dr. Vargas.
46. Bruni Celli, B. (1984). Vargas, el joven. Caracas: Cuadernos Lagoven.
47. López de Victoria, J. L. (1954). "El Dr. Vargas en Puerto Rico". En: Homenaje a Vargas en el primer centenario de su muerte. Caracas: Dirección de Cultura de la UCV.
48. Arana-Soto, S. (1963). Diccionario de médicos puertorriqueños (que incluye extranjeros que ejercieron en la isla). San Juan, Puerto Rico.
49. Costa-Mandry, O. (1971). Notas para la historia de la medicina en Puerto Rico. San Juan: Departamento de Salud.
50. Texera, Y. (2006). "Contribución del Dr. José María Vargas a las ciencias botánicas en Venezuela". Saber UCV / SciELO.
51. Briceño-Iragorry, L.(1954). Vargas, el Albacea del Sol. Caracas: Ediciones del Ministerio de Educación.
52. Leal, I. (1983). Vargas, el joven. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República.
53. Iturriza Guillén, C. (1986). José María Vargas: Su vida y su tiempo. Caracas: Congreso de la República.
54. Leal, I. (1970). El Claustro de la Universidad y sus Historia. Caracas: Universidad Central de Venezuela
55. Rodríguez-San Pedro Bezares, Luis Enrique - "Historia de la Universidad en Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2013
56. Constituciones de la Real y Pontificia Universidad de Caracas (1727) Año publicación 1727 (Reediciones modernas en 1970 y 2012). Editorial: Ediciones de la Secretaría de la Universidad Central de Venezuela (UCV).
57. Bolívar, S, Vargas, J.M. 1827. Estatutos Republicanos de la Universidad Central de Venezuela (Edición conmemorativa: 1983). Editorial: Presidencia de la República/Archivo General de la Nación.
58. Leal, Ildefonso. 1963. Historia de la Universidad de Caracas (1721-1827). (Reedición ampliada en 2001). Editorial: Ediciones de la Biblioteca UCV.
59. Leal, Ildefonso (1981). Historia de la Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca UCV. Caracas
60. Giménez Lizardo, C. 2016. "José María Vargas: reforma universitaria en

- Caracas 1827- 1829, medicina y salud pública". *Revista Venezolana de Salud Pública*.
61. Villanueva, L. Biografía del Doctor José Vargas. Libro segundo. Vargas. Rector de la Universidad. Imprenta Editorial de Méndez y C. Caracas
 62. Arráiz Lucca, R. (2014). *Civiles: José María Vargas, la civilidad extrema*. Caracas: Editorial Alfa.
 63. Briceño-Iragorri, M. (1954). *Casa de León y Vargas*. Madrid: Ediciones de la Fundación Eugenio Mendoza.
 64. Leal, I. (1986). *José María Vargas: El hombre, el sabio, el político*. Caracas: Congreso de la República
 - Mijares, A. (1964). *La Luz y el Espejo*. Caracas: Editorial Arteanco.
 65. Pino Iturrieta, E. (2010). *José María Vargas: El arbitrio del civilismo*. Caracas: Editorial Alfa.
 66. Mijares, A. (1951). *La luz y el espejo*. Caracas: Ministerio de Educación.
 67. Vila, Manuel. (1954). *Vida de José María Vargas*. Ediciones de la Presidencia de la República. Caracas
 68. Mondolfi Gudat, Edgardo. (2012). *Vargas: el primer presidente civil*. Biblioteca Biográfica Venezolana. Caracas
 69. Parra-Pérez, C. (1950). *Mariño y las guerras civiles*. Madrid: Editorial Cultura Hispánica.
 70. Gil Fortul, José (1907). *Historia Constitucional de Venezuela*. Editorial Las Novedades. Caracas
 71. Arráiz Lucca, Rafael. *Venezuela: 1830 a nuestros días*. Editorial Alfa. Caracas
 72. Mondolfi Gudat, E. (2005). *José María Vargas*. Biblioteca Biográfica Venezolana, El Nacional.
 73. Rodríguez Iturbe, J. (1984). *Vargas, el hombre: ensayo sobre la significación histórica de José María Vargas*. Universidad Central de Venezuela.
 74. Mijares, A. (1963). *Lo afirmativo venezolano*. Caracas: Fundación Eugenio Mendoza.
 75. Vargas, J. M. (1958). *Obras Completas: Epistolario*. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República.
 76. Carrera Damas, G. (1972). *Boves: de la Colonia a la Independencia*. Caracas: Ediciones de la Biblioteca UCV.
 77. Mondolfi Gudat, E (2006). *La Insurrección de los Militares: 1835-1836*. Caracas: Academia Nacional de la Historia.

78. Pino Iturrieta, E (2006). Paéz. Caracas: Biblioteca Biográfica Venezolana.
- Uslar Pietri, Arturo. 1975. Fachas, fechas y fichas. Caracas: Edime.
79. Carrillo Batalla, T. (1986). Vargas: el Presidente. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República.
80. Vargas, J. M. (1836). Mensaje de Renuncia al Congreso Nacional.
81. Lombardi, J. V. (1974). La República de Venezuela: El experimento de Vargas.
82. Bruni Celli, B. (1986). Imagen y huella de José María Vargas. Caracas: Intevep.
83. Pino Iturrieta, E. (2010). José María Vargas: La honestidad en el poder. Caracas: Biblioteca Biográfica Venezolana.
84. Rodríguez, I. (2004). El sabio Vargas: vida y pensamiento. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
85. López de Sagredo, J. (1986). Vargas, un hombre de estudio. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
86. Archila, R. (1956). Historia de la Medicina en Venezuela: Época Colonial y de la Independencia. Caracas: Editorial Bellas Artes.
87. Puigbó, J. J. (2003). La Gesta Emancipadora y la Medicina. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
88. Parra Pérez, C. (1954). Mariño y las guerras civiles (Vol. 1). Ediciones Cultura Hispánica.

Fiebre de Oropouche. Qué se sabe hoy

Dres. Petit-Molero N¹, Medrano-Toledo E²

RESUMEN

Introducción: El virus Oropouche (OROV) es una enfermedad infecciosa viral zoonótica causada por un arbovirus del género *Orthobunyavirus*, perteneciente a la familia *Peribunyaviridae*. Transmitida principalmente por mosquito de la especie *Culicoides paraensis* y también pueden ser vectores algunos mosquitos. **Objetivo:** Dar a Conocer que se sabe hoy en día de la OROV. **Diseño y Metodología:** Estudio prospectivo, descriptivo, no experimental, con la búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos tanto electrónicas, manuales, gubernamentales. **Resultados.** El OROV circula a través de ciclos selváticos y urbanos, siendo el mosquito *Culicoides paraensis* (*Cu paraensis*) el vector principal en áreas urbanas, donde los humanos actúan como el principal huésped. De acuerdo al genoma, el segmento M es el responsable, en gran medida, de las diferentes capacidades patogénicas de estos virus. Los síntomas son similares a los presentados con otros virus, revistiendo importancia las complicaciones neurológicas y en el embarazo ocasionando mortinatos, abortos espontáneos y malformaciones genéticas. **Conclusiones:** El escaso conocimiento y comprensión de los ciclos de transmisión y patogénesis de la enfermedad ha conllevado a que la fiebre del OROV sea una enfermedad desatendida, representando un potencial riesgo para la salud pública, dada la tendencia creciente en el número de casos y propagación geográfica observada en los últimos años.

Palabras clave: Oropouche, *Culicoides parasensis*, Hoy

1.Nelly del Carmen Petit de Molero Especialista Pediatra Puericultor. Dra. En Ciencias Médicas. Academia de Medicina del Zulia. Academia Nacional de Medicina. Urb. San Miguel AV 58A # 96G-06. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. +58-4146131780. E-mail: nelcapetit61@gmail.com. ORCID: [https:// orcid.org/0000-0003-2786-0329](https://orcid.org/0000-0003-2786-0329)

2.Enoe Medrano de Toledo. Especialista en Neurología Pediátrica. Dra. en Ciencias Médicas. Profesora Titular de la Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad del Zulia. enoe.medrano@gmail.com. ORCID: [https:// orcid.org/0009-0003-8414-8107](https://orcid.org/0009-0003-8414-8107)

ABSTRACT

Introduction: Oropouche virus (OROV) is a zoonotic viral infectious disease caused by an arbovirus of the genus *Orthobunyavirus*, belonging to the family Peribunyaviridae. It is primarily transmitted by the mosquito species *Culicoides paraensis*, although some other mosquitoes can also act as vectors. **Objective:** To present the current understanding of OROV. **Design and Methodology:** A prospective, descriptive, non-experimental study was conducted, involving a systematic search of scientific articles in electronic, manual, and governmental databases. **Results:** OROV circulates through sylvatic and urban cycles, with the *Culicoides paraensis* mosquito being the main vector in urban areas, where humans act as the primary host. According to the genome, the M segment is largely responsible for the different pathogenic capabilities of these viruses. The symptoms are similar to those presented with other viruses, with neurological complications and pregnancy complications being particularly significant, causing stillbirths, spontaneous abortions, and genetic malformations. **Conclusions:** The limited knowledge and understanding of the transmission cycles and pathogenesis of the disease has led to Oropouche fever being a neglected disease, representing a potential risk to public health, given the increasing trend in the number of cases and geographic spread observed in recent years.

Keywords: Oropouche. *Culicoides parasensis*. Today.

INTRODUCCIÓN

Existe una amplia diversidad de patógenos transmitidos por vectores (arbovirus) en América Central y del Sur, lo que posiciona estas regiones como críticas para la aparición de enfermedades zoonóticas emergentes y reemergentes (1,2).

Los arbovirus como el dengue, zika y chikungunya reportan una alta incidencia en todo el continente, además de la circulación de otros virus como el del Nilo Occidental, y algunos pertenecientes a la familia Peribunyaviridae, entre estos el virus Oropouche (OROV), agente etiológico de la fiebre de Oropouche (1,2)

El virus Oropouche (OROV) es una enfermedad infecciosa viral zoonótica causada por un arbovirus del género *Orthobunyavirus*, perteneciente a la familia Peribunyaviridae. Transmitida principalmente por mosquito de la especie *Culicoides paraensis* (3) y También pueden ser vectores algunos mosquitos (4-6)

Posee ciertas características como el vector más conocido es el jején (*Culicoides paraensis*), mantiene un ciclo selvático que involucra a hospedadores como perezosos y primates no humanos, es un virus re-emergente en las Américas, es transmitido a las personas principalmente a través de jejenes infectados y algunas especies de mosquitos (6,7)

La enfermedad por el virus del Oropouche era la segunda enfermedad por arbovirus más frecuente en Sudamérica (después del dengue) antes de la aparición de los virus del chikungunya y de Zika en 2013 y 2015.

El OROV circula a través de ciclos selváticos y urbanos, siendo el mosquito *Culicoides paraensis* el vector principal en áreas urbanas, donde los humanos actúan como el principal huésped. En la mayoría de los casos, la fiebre del OROV se presenta con síntomas leves, sin embargo, ocasionalmente pueden surgir complicaciones neurológicas graves como meningitis o meningoencefalitis. Aunque la patogénesis del virus aún no se comprende completamente, estudios experimentales en modelos animales han demostrado el tropismo del virus por el sistema nervioso, hígado y bazo (4).

Es un virus con envoltura y con ARN de sentido negativo, cuyo genoma es una cadena dividida en tres segmentos: S (*small*), M (*medium*) y L (*large*). El segmento S codifica la nucleocápside y proteínas no estructurales, el segmento M las glicoproteínas y el segmento L la polimerasa del virus.

El segmento M es el responsable, en gran medida, de las diferentes capacidades patogénicas de estos virus (8).

Se diferencian tres genomas en el segmento S donde Hay 3 genotipos: genotipo I, incluye los OROV aislados en Brasil y Trinidad, genotipo II los aislados en Brasil y Perú, genotipo III representado por formas aisladas en Brasil y Panamá (7,9)

Se han identificado cuatro genotipos del virus Oropouche. La infección con cualquiera de estos genotipos debería inducir la producción de anticuerpos, proporcionando protección frente a reinfecciones futuras (6).

Dicho insecto, es una de las especies más importantes de la familia Ceratopogonidae por su potencial vectorial en la transmisión de agentes infecciosos y se distribuye en América del Norte, América Central, Caribe y América del Sur. Gracias a su amplia distribución geográfica puede sobrevivir y reproducirse en regiones semiurbanas que se encuentran cercanas a las áreas con se ponen en lugares húmedos con sustrato orgánico (barro, excremento, estiércol mezclado con tierra, árboles huecos entre otros) y eclosionan hasta su estadio larvario en 3 a 10 días. Los adultos pueden vivir de 2 a 7 semanas y durante ese

período se alimentan de néctar de las plantas, sin embargo, las hembras requieren consumir sangre para el desarrollo de sus huevos, mostrando un comportamiento crepuscular o nocturno de modo que son más activos al atardecer. Los sitios donde se reproducen facilitan la transmisión a los animales y humanos que vivan en las proximidades de estos lugares. El OROV. presenta un ciclo silvestre en donde los reservorios son vertebrados (primates, perezosos y roedores), con los mosquitos *Cx. quinquefasciatus* y *Ae. serratus* y el jején *Cu. Paraensis*, como sus vectores, y un ciclo epidémico urbano, en el cual la infección se mantiene principalmente entre el ser humano y el vector *Cu. Paraensis* (10).

La presente documentación tiene como Objetivo: Dar a conocer que se sabe hoy en día de la OROV.

Diseño y Metodología: Estudio prospectivo, descriptivo, no experimental, con búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos tanto electrónicas, manuales, gubernamentales como Lancet, Microbes Infec, Dialnet, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud, Cochrane Library, Google Scholar, Organización Panamericana de Salud, PAO (Consulado), OMS, Wikipedia, Scielo, Desde 2023 hasta agosto de 2025.

HISTORIA DEL OROV

El primer caso documentado de fiebre por el OROV fue descrito en el año 1955 en la ciudad de Vega en Oropouche, Trinidad y Tobago, desde entonces se han descrito casos y brotes en comunidades rurales y urbanas de Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Perú, Trinidad y Tobago y Venezuela (11).

Otro brote urbano aparece en 1961, en Belén-Brasil y en 1980, ocurre el Mayor brote registrado con 100.000 casos en el Estado Para.

En 1992, se detectó por primera vez en Iquitos-Perú, produciendo 8 casos.

En febrero de 2016 (autoridades conjuntas de salud de Perú- OPS/OMS), mencionan un brote mixto por virus dengue tipo 2 (57casos) y de Oropouche (120 casos) (6,7,12).

A finales del 2023 (Áreas anteriores y fuera de la Cuenca del Amazonas): América Central, América del Sur y el Caribe: incluidos Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Perú, Argentina, Bolivia y Venezuela.

El 2 de febrero de 2024 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró la alerta epidemiológica en las Américas por los brotes registrados en la región de la Amazonia en Brasil y Perú (13)

En junio del 2024, Cuba notificó su primer caso confirmado de infección por el virus del Oropouche. Así mismo, reportó tres casos humanos con síntomas de enfermedad neurológica, con clínica de síndrome de Guillain-Barré, estableciendo por primera vez una asociación entre la Fiebre del Oropouche y el síndrome (14).

No se conoce el riesgo de transmisión sostenida en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU (6).

Además, el Ministerio de Salud de Brasil confirmó dos fallecimientos por fiebre de Oropouche en el estado de Bahía el 25 de julio de 2024. Las personas afectadas fueron dos mujeres no embarazadas menores de 30 años sin comorbilidades (15).

En la epidemia registrada en Brasil, se reportó 7497 casos hasta el 6 de agosto de 2024, alcanzando en estados más allá de la región amazónica, tradicionalmente endémica (16).

Ese mismo mes, se registraron los primeros casos documentados de transmisión vertical del OROV en Brasil, con desenlace fatal. El primero, en el estado de Pernambuco, provocó la muerte fetal. El segundo, en Acre, consistió en un recién nacido con anomalías congénitas, quien falleció a los 47 días de vida (17).

El 6 de septiembre del 2024, la Organización Panamericana de la Salud publicó una Actualización Epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas, reiterando las recomendaciones sobre el diagnóstico, manejo, prevención y control de la enfermedad, incluyendo recomendaciones específicas respecto de los hallazgos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal asociadas a la infección (18,19).

En marzo de 2025, el Ministerio de Salud informó que fueron detectados los primeros cinco casos del virus oropouche en Venezuela. La enfermedad por ese germen es una infección febril y el vector más conocido es el jején (20,21).

La fiebre de OROV, sigue siendo un problema de salud pública en la región de las Américas, reportándose casos en varios países, siendo Brasil donde se ha concentrado la mayor carga de la enfermedad, registrándose 16.239 casos en el 2024, con cuatro defunciones y complicaciones neurológicas. De allí que la OPS ha remendado fortalecer las medidas de vigilancia epidemiológicas y preventivas en la población (22).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en lo que va del año 2024 se han notificado 5193 casos confirmados de OROV en Bolivia, Brasil, Perú y Colombia, este último con 38 casos confirmados en los departamentos de Amazonas, Caquetá y Meta (22).

Esta situación en conjunto con el escaso conocimiento y comprensión de los ciclos de transmisión y patogénesis de la enfermedad ha conllevado a que la fiebre del OROV sea una enfermedad desatendida, representando un potencial riesgo para la salud pública, dada la tendencia creciente en el número de casos y propagación geográfica observada en los últimos años.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington, D.C., 14 de agosto de 2025 (OPS), emitió una [nueva actualización epidemiológica sobre la fiebre de Oropouche](#), una enfermedad viral que ha reemergido en la región de las Américas desde finales de 2023. En lo que va de 2025, se han reportado 12.786 casos confirmados en 11 países: siete con transmisión autóctona y cuatro con casos importados, lo que refleja la creciente propagación de este virus transmitido principalmente por el jején *Culicoides paraensis*.

Entre el 1 de enero y el 27 de julio de 2025, los casos confirmados se distribuyen de la siguiente manera: Brasil (11.888 casos), Panamá (501), Perú (330), Cuba (28), Colombia (26), Venezuela (5) y Guyana (1). Además, se notificaron casos importados en Uruguay (3), Chile (2), Canadá (1), y Estados Unidos (1). En 2024, la región registró 16.239 casos en once países y un territorio, incluyendo cuatro defunciones.

En lo que va del año, Brasil concentra la mayor carga, con casos en 20 estados, principalmente Espírito Santo (6.322) y Río de Janeiro (2.497), y ha reportado cinco defunciones, así como casos de complicaciones neurológicas y muertes fetales bajo investigación. Panamá y Perú también enfrentaron brotes significativos, mientras que Cuba y Colombia reportan cifras más reducidas (23).

La expansión del virus a áreas no endémicas, como regiones urbanas de Cuba, está favorecida por factores como el cambio climático, la deforestación y la urbanización en áreas selváticas, que facilitan la proliferación del vector.

La OPS destaca que la colaboración nacional y regional es esencial para monitorear y controlar la propagación del virus, especialmente en un contexto de circulación de otros arbovirus como el dengue. La Organización está apoyando a los países con orientaciones técnicas para el diagnóstico, el manejo clínico y la prevención y el control del vector, instando a notificar eventos inusuales, como defunciones o casos de transmisión vertical (24).

CLINICA:

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), los síntomas son similares a los del dengue y **comienzan entre cuatro y ocho días después de la picadura infectante**. Los signos incluyen fiebre repentina, dolor de cabeza intenso, debilidad extrema (postración), dolores articulares y musculares, escalofríos, náuseas, diarrea y vómitos persistentes. con una recuperación habitual en dos a tres semanas. En casos poco frecuentes, puede causar meningitis o encefalitis, y en embarazadas se han reportado posibles riesgos, en particular, potenciales afectaciones al feto.

La expansión del virus a áreas no endémicas, como regiones urbanas de Cuba, está favorecida por factores como el cambio climático, la deforestación y la urbanización en áreas selváticas, que facilitan la proliferación del vector.

Aproximadamente el 60% de los casos experimenta recaídas de los síntomas semanas posteriores a la recuperación. Aunque la mayoría se recupera en una semana, algunos pacientes presentan una convalecencia prolongada. Las complicaciones graves, como la meningitis aséptica, son raras, pero pueden aparecer en la segunda semana de la enfermedad (9,10,24)

Existe una enfermedad leve, enfermedad grave pero también hay casos Asintomáticos:

1.Enfermedad leve

Similares a los de la gripe. Los signos incluyen fiebre repentina, dolor de cabeza intenso, debilidad extrema (postración), dolores articulares y musculares, escalofríos, náuseas, diarrea, vómitos, lumbalgia, erupción.

2.Enfermedad grave

Los signos de una enfermedad grave incluyen: Mareo, sensibilidad a la luz(fotofobia) o dolor ocular, confusión o estado mental alterado, náuseas y vómitos, rigidez de nuca. Meningitis o Meningoencefalitis (9,10,24)

No se ha documentado la transmisión directa del virus de una persona a otra. Los síntomas de la fiebre de Oropouche son similares a los del dengue (inicio súbito de fiebre elevada, cefaleas, mialgias, artralgias y vómitos) y el periodo de incubación es de 4 a 8 días (desde 3 hasta 12). Algunos casos pueden presentar signos y síntomas de meningitis aséptica. Dada su presentación clínica, la fiebre de OROV debe incluirse en el diagnóstico diferencial de otras enfermedades frecuentes y de reciente emergencia y reemergencia como el dengue, la fiebre chikungunya, la fiebre amarilla o la enfermedad por virus Zika. La mayoría de

estas infecciones, al menos durante las fases iniciales de la infección, producen cuadros febriles prácticamente indistinguibles los unos de los otros (25)

Definición clínica de caso Infección por el virus del Oropouche:

Se caracteriza por fiebre, cefalea, dolor de cuello y espalda, artralgias o fotofobia. Puede cursar también con bronquitis, náuseas, diarrea, dolor abdominal o sensación de ardor por todo el cuerpo. Se transmite por la picadura de un mosquito infectado. El diagnóstico de confirmación es por detección es por PCR –RT en suero agudo y anticuerpos específicos contra el virus causal.

Definiciones epidemiológicas de caso:

Caso sospechoso

Persona que presenta fiebre aguda ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) de inicio súbito hasta 5 días de evolución, acompañada de dos o más de las siguientes manifestaciones clínicas: • Cefalea intensa • Mialgias (dolores musculares) • Artralgias (dolores articulares) • Malestar general • Náuseas o vómitos • Fotofobia (sensibilidad a la luz) • Exantema (erupción cutánea no pruriginosa). • Diplopía (visión doble) Criterios epidemiológicos: Al menos uno de los siguientes criterios: Historial de viaje reciente (dentro de los últimos 12 días) a áreas donde se han reportado circulación del virus de fiebre de Oropouche. Antecedentes de contacto con personas sospechosas o confirmadas de tener fiebre de Oropouche.

Caso sospechoso en embarazada:

Toda embarazada con presencia de fiebre de inicio agudo de 5 días de evolución asociado a cefalea intensa.

Caso confirmado

Todo caso sospechoso de Oropouche, que tenga prueba confirmada de laboratorio RT-PCR. IGM positiva en pacientes con sospecha de encefalitis o determinación post-mortem de ARN viral. (RT-PCR)

Caso descartado

Todo caso sospechoso de Oropouche, que tenga resultados de laboratorio negativo a RT-PCR. (10)

No existe vacuna

Actualmente no existe un tratamiento específico ni una vacuna contra el virus Oropouche. El manejo de la enfermedad es de soporte y se enfoca en el alivio de los síntomas, como el reposo, la hidratación y el uso de medicamentos para la fiebre y el dolor, así como vigilar al paciente por la aparición de posibles complicaciones, como, por ejemplo: hipotensión arterial, sudoración intensa que lleva a deshidratación de forma rápida y en especial manifestaciones del sistema nervioso, tales como meningitis, meningoencefalitis y síndrome de Guillain-Barré. En caso de manifestaciones graves, los casos deben ser hospitalizados (10,26).

OROPOUCHE y DENGUE

En cuanto a las diferencias con el dengue, es importante destacar que los pacientes diagnosticados con dengue pueden experimentar dolor abdominal intenso e incluso hemorragias internas, síntomas que no se presentan en la fiebre Oropouche. Esta última se caracteriza por un ciclo bifásico: tras unos días de fiebre y malestar, los síntomas desaparecen solo para regresar una semana después.

El diagnóstico del virus Oropouche se realiza mediante pruebas que detectan anticuerpos o ARN viral en sangre a través de PCR. La viremia es breve y generalmente se presenta durante los primeros dos días de la enfermedad. Según el Ministerio de Salud de Brasil, los síntomas agudos incluyen fiebre súbita, cefalea intensa, mialgias y artralgias.

También se reportan otros síntomas como mareos, dolor retroocular, escalofríos, fotofobia, náuseas y vómitos. Pueden presentarse casos que afecten al sistema nervioso central (como meningitis aséptica y meningoencefalitis), especialmente en pacientes inmunocomprometidos, y con manifestaciones hemorrágicas (petequias, epistaxis, gingivorragia) (9,10,27)

En Oropouche, La fiebre y las cefaleas son frecuentes, pero no ayudan a diferenciarlo del dengue. La odinofagia y el dolor abdominal son más frecuentes en los pacientes con OROV. En Dengue: mialgias, las artralgias y el exantema y confirmación con las pruebas serológicas (9,10,27)

OROPOUCHE Y EMBARAZO

El OROV puede pasar de una mujer embarazada a su feto durante la gestación o a su bebe cerca del momento de nacimiento. Como resultado, se ha asociado,

muerte fetal, abortos espontáneos y malformaciones congénitas. A pesar que no se sabe si hay transmisión del virus a través del sexo, se ha encontrado en el semen. Tampoco encontramos informes de que el OROV sea más grave en las mujeres embarazadas. Hay muy poca información al respecto. Existen reportes de que una embarazada puede pasar el virus al bebé durante y cercano al nacimiento. Sobre esta información, los CDC están trabajando para aportar los probables riesgos y actualización de dichos resultados. Al igual se carece de medicamentos para tratar la infección del OROV y sobre una prevención en la propagación de la infección al feto y el recién nacido. Solo aportar medidas generales como descanso, ingestión de líquidos para prevenir la deshidratación, medicamentos para mejorar el dolor y la fiebre. En este momento, no se han notificado casos de propagación del virus del Oropouche a través de la lactancia materna (9,24,27).

OMS/OPS evaluaron el riesgo de OROV en la embarazada a través de un brote similar ocurrido en Manaus entre 1980 y 1981, con nueve mujeres embarazadas infectadas, de las cuales dos sufrieron abortos espontáneos. La OPS reporta que, al 3 de agosto 2024 en Brasil, hubo una muerte fetal, un aborto espontáneo y 4 casos RN con microcefalia vinculados al OROV

El aumento en la propagación del OROV está vinculado a diversos factores ambientales y humanos (24,27, 28).

OROV. ¿TRANSMISION SEXUAL?

Se ha encontrado el virus del Oropouche en el semen. No se sabe si se puede transmitir el virus a través del sexo. No se han notificado casos de transmisión sexual del virus del Oropouche. Otros virus (como el virus del Zika y el del Ébola) en el semen se han asociado a la transmisión sexual de otras enfermedades infecciosas (27).

COMPLICACIONES

Se encuentran en estudio casos neurológicos: (Síndrome de Guillain Barre) posiblemente asociados a la infección por OROV. A veces puede provocar inflamación del cerebro (encefalitis) o de su membrana (meningitis).

Deshidratación en los casos grave. Si está embarazada puede aumentar el riesgo de: Aborto espontáneo, Muerte fetal, microcefalia u otras afecciones congénitas (9,10,14)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la fiebre del OROV representa un desafío debido a su similitud con el cuadro clínico causado por otros arbovirus altamente prevalentes en la región, lo que resulta en una subestimación de su prevalencia. Actualmente, no hay tratamiento antiviral ni vacuna disponible para manejar la infección por el OROV. La prevención se centra en estrategias para el control de vectores. Dada la creciente propagación del OROV en los últimos años, en esta revisión se abordan aspectos fundamentales del virus, incluyendo la organización de su genoma, ciclo de transmisión, manifestaciones clínicas, patogénesis y diagnóstico. (9,10,14)

El diagnóstico clínico de la fiebre de Oropouche es complejo, podemos encontrar Leucopenia marcada que alcanza niveles tan bajos como 2000 leucocitos por ml, no son concluyentes. En la Punción lumbar: El virus se ha aislado con éxito del LCR de individuos con meningitis aséptica, con niveles normales de glucosa, aumento de leucocitos y aumento de la densidad proteica.

En Amazona, fue aislado el virus en el LCR de tres pacientes (29-31).

El diagnóstico se realiza mediante reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscripción previa (RT-PCR), que puede ser cuantitativa. También se pueden hacer pruebas serológicas para facilitar el diagnóstico, pero debe realizarlas personal con la formación adecuada y en laboratorios de contención biológica. No se han comercializado pruebas diagnósticas (o de diagnóstico rápido) de antígenos ni inmunoanálisis (por ejemplo, ELISA o inmunocromatografía).

TRATAMIENTO

Actualmente no existe un tratamiento específico ni una vacuna contra el virus Oropouche.

El manejo de la enfermedad es de soporte:

- * Alivio de los síntomas, reposo, hidratación

- * Medicamentos para la fiebre y el dolor (Acetaminofén, Tylenol). No se recomienda el uso de Aspirina.

- * Vigilar al paciente por la aparición de posibles complicaciones: Hipotensión arterial, Sudoración intensa que lleva a deshidratación de forma rápida, Manifestaciones del sistema nervioso: Meningitis, Meningoencefalitis, Síndrome de Guillain-Barré.

***Hospitalización** En caso de manifestaciones graves

¿Cómo Vamos?

Según la OPS, se ha confirmado 12.786 casos de OROV en 11 países de América Latina, con Brasil concentrando más de 90% de los contagios. Se han conocido alrededor de 500.000 casos desde su descubrimiento en 1955 (32).

Respuesta de la OPS

La OPS/OMS insta a los Estados Miembros a intensificar la vigilancia para la detección oportuna de casos

Capacitar al personal de salud en la detección clínica y en el manejo de la enfermedad e informar a la población en riesgo sobre las medidas preventivas.

Además, resalta la importancia del diagnóstico de laboratorio para confirmar los casos y seguir las tendencias de la enfermedad.

RECOMENDACIONES:

La OPS enfatiza la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control vectorial para contener la enfermedad, que no cuenta con vacuna ni tratamiento antiviral específico.

Entre las recomendaciones clave de la OPS a los países de la región se incluyen:

Vigilancia: adaptar las acciones según la situación epidemiológica de cada, con el fin de detectar la introducción del virus en nuevas áreas, monitorear su dispersión en zonas con transmisión autóctona y caracterizar adecuadamente la situación epidemiológica.

Control de vectores: Eliminar criaderos de jejenos mediante la eliminación de la maleza, y fomentar prácticas agrícolas sostenibles.

Protección personal: Tomar medidas para prevenir la picadura de los vectores: usar mosquiteros, ropa protectora y repelentes con DEET, IR3535 o icaridina, con énfasis en mujeres embarazadas y trabajadores rurales.

Manejo clínico: Fortalecer el diagnóstico clínico temprano, así como el diagnóstico clínico diferencial, principalmente con dengue. El tratamiento es

sintomático dirigido a aliviar el dolor y la fiebre, hidratar o rehidratar al paciente y controlar el vómito. Monitorear complicaciones neurológicas o en embarazadas.

Distribución y brotes

La enfermedad por el virus del Oropuche era la segunda enfermedad por arbovirus más frecuente en Sudamérica (después del dengue) antes de la aparición de los virus del chikungunya y de Zika en 2013 y 2015.

Hasta finales de 2023 se habían notificado casos en el Brasil, Bolivia, Colombia, el Ecuador, Haití, Panamá, el Perú, Trinidad y Tobago, la Guayana Francesa y Venezuela, en su mayoría cerca de la selva amazónica. Desde diciembre de 2023 han aumentado los casos, incluso en zonas donde antes no se había documentado transmisión.

En 2024, se notificaron casos de transmisión local en siete países de América Latina y el Caribe: el Brasil, Bolivia, Colombia, Cuba, Guyana, el Perú y la República Dominicana.

Además, se notificaron casos de esta infección en viajeros que regresaron de países con transmisión local hacia los Estados Unidos de América, el Canadá, España, Italia y Alemania (33,34).

Transmisión

El virus del Oropuche se transmite principalmente a los humanos a través de la picadura de jejenes de la especie *Culicoides paraensis*, aunque se sospecha que algunos mosquitos, como *Culex quinquefasciatus*, *Coquillettidia venezuelensis* y *Aedes serratus* también pueden actuar como vectores (35).

En el Brasil se realizaron recientemente estudios retrospectivos en los que se detectaron cinco casos de posible transmisión del virus del Oropuche durante el embarazo, con el resultado de cuatro mortinatos, un aborto espontáneo y cuatro casos de microcefalia. A pesar de que se detectó ARN vírico en tejidos fetales mediante RT-PCR, no puede concluirse que este virus causara la muerte de los fetos, por lo que se sigue investigando al respecto.

Resultados. El OROV circula a través de ciclos selváticos y urbanos, siendo el mosquito *Culicoides paraensis* el vector principal en áreas urbanas, donde los humanos actúan como el principal huésped. De acuerdo al genoma, el segmento M es el responsable, en gran medida, de las diferentes capacidades patogénicas de estos virus. los síntomas son similares a los presentados con otros virus, revistiendo importancia las complicaciones neurológicas y en el embarazo ocasionando mortinatos, abortos espontáneos y malformaciones genéticas.

9. Oropouche Virus: Clinical, Epidemiological, and Molecular aspects of a neglected *Orthobunyavirus*. Am J Trop Med Hyg. 2017. doi: 10.4269/ajtmh.16-0672. https://my-clevelandclinic-org.translate.goog/health/diseases/oropouche-virus-disease? x_tr_sl=en& x_tr_tl=es& x_tr_hl=es& x_tr_pto=rq& x_tr_hist=true
10. MPPS. OPS.OMS. PROTOCOLO NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DE FIEBRE DE OROPOUCHE. Vigilancia epidemiológica de Fiebre de Oropouche OROV (CIE-10 A93.0) (CIE-11 1D43). 03-10-2024. <https://mpps.gob/ve/wp-content/uploads/2026/04/Protocolo-de-Vigilancia-Oropouche-11022025.pdf>
11. Zhang Y, Liu X, Wu Z, Feng S, Lu K, Zhu W, et al. Oropouche virus: A neglected global arboviral threat. Virus Res. 2024; 341: 199318. doi: 10.1016/j.virusres.2024.199318
12. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el virus de Oropouche — Perú. Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/03-june-2016-oropouche-peru/es>
13. «Alerta epidemiológica - Oropouche en la Región de las Américas - 2 de febrero del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud». www.paho.org. Consultado el 12 de marzo de 2024.
14. De Armas Fernández, J., Peña García, C., Acosta Herrera, B. et al. Report of an unusual association of Oropouche Fever with Guillain-Barré syndrome in Cuba, 2024. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2024). <https://doi.org/10.1007/s10096-024-04941-5>.
15. Ministry of Health Brazil Ministry of Health confirms two deaths from oropouche in the country <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2024/ministerio-da-saude-confirma-dois-obitos-por-oropouche-no-pais> Date: July 25, 2024 Date accessed: August 6, 2024
16. Ministry of Health Brazil Arbovirus case update <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses> Date: 2024 Date accessed: August 6, 2024
17. Martins-Filho, Paulo Ricardo et al. Oropouche fever: reports of vertical transmission and deaths in Brazil The Lancet Infectious Diseases (2024) DOI: 10.1016/S1473-3099(24)00557-7 [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00557-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00557-7/fulltext)

18. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 6 de septiembre del 2024 <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-6-septiembre-2024> Consultado el 18 de septiembre de 2024
19. OPS/OMS [Internet]. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud; 2024 [cited 2024 Jun 16]. Alerta Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 9 de mayo del 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-9-mayo-2024>
20. <https://www.google.com/search?q=fiebre+oropouche+en+venezuela&rlz=1C1GCEA>
21. https://.2001online.com/nacionales/Virus_Oropouche_detectado_en_Venezuela:sintomas_y_quien_lo_transmite.202532612330
22. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas 15 de Octubre del 2024. Washington (Estados Unidos de América): OPS/OMS; 2024.
23. La OPS. Nueva actualización sobre la fiebre de Oropouche en las Américas, AGOSTO.. 2025. Disponible en: La OPS publica nueva actualización sobre la fiebre de Oropouche en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud
24. PAHO. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oCLINICA>
25. Dutra HL, Caragata EP, Moreira LA. The re-emerging arboviral threat: Hidden enemies: The emergence of obscure arbovirus diseases, an doi: 10.1002/bies.201600175
26. Files MA, Hansen CA, Herrera VC, Schindewolf C, Barrett ADT, Beasley DWC, et al. Baseline mapping of Oropouche virology, epidemiology, therapeutics, and vaccine research and development. NPJ Vaccines. 2022; 7(1): 38. doi: 10.1038/s41541-022-00456-2
27. CDC. Infección por el virus del Oropouche: causas y cómo se propaga | El virus del Oropouche | CDC. <https://www.cdc.gov/oropouche/es/causes/index.html>
28. OPS/OMS. Evaluación de Riesgos para la salud pública relacionada con el virus Oropouche (OROV) en la Región de las Américas - 3 de agosto del 2024. Washington (Estados Unidos de América): OPS/OMS; 2024 (<https://>

- www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgos-para-salud-publica-relacionada-con-virus-oropouche-orov-region-0).
29. Identificación de *Orthobunyavirus* Oropouche en el líquido cefalorraquídeo de tres pacientes en el Amazonas, Brasil. *Am J Trop Med Hyg.* 2012; 86:732-735.
 30. Meningitis asociada con infecciones por el virus Oropouche. *Rev do Inst Med Trop São Paulo.* 1981; 24:246-251.
 31. Etiología de la enfermedad febril aguda indiferenciada en la cuenca amazónica del Ecuador. *Am J Trop Med Hyg.* 2009; 81:146-151.
 32. Ministerio de Salud de Brasil, Panel Epidemiológico. Brasília; COE; 2025. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/painel-epidemiologico>
 33. Morrison A, White JL, Hughes HR, Guagliardo SJ, Velez JO, Fitzpatrick KA, et al. Oropouche Virus Disease Among U.S. Travelers – United States, 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [en línea]. 27 de agosto de 2024 [citado el 30 de agosto de 2024];73(35) (http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7335e1.htm?s_cid=mm7335e1_w).
 34. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Threat assessment brief: Oropouche virus disease cases imported to the European Union. Estocolmo: ECDC; 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-oropouche-virus-disease-cases-imported-european-union>
 35. de Mendonça SF, Rocha MN, Ferreira FV, Leite THJF, Amadou SCG, Sucupira PHF, Marques JT, Ferreira AGA, Moreira LA. Evaluation of *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, and *Culex*.

Trinidad del Ser Post Mortem: de la Piedra a la Pantalla en la Bioética Contemporánea

Dres. Freddy Antonio Rodríguez Bello ¹, Norma Marchán Pérez ², Héctor Bello Marchán³,
Jeiv Vicente Gómez Marín⁴, Carlos David Cabrera Figallo⁵, Carlos Ramón Cabrera Lozada⁶

RESUMEN

La exposición de restos humanos ha migrado de las vitrinas anatómicas a la espectacularización y mercantilización en plataformas digitales, donde *influencers* y algoritmos vulneran la dignidad post mortem. La presente revisión se analizó este fenómeno desde el constructivismo bioético y la “Trinidad del Ser *post mortem*”, evaluando el impacto de la era digital en la memoria y veracidad factual mediante investigación cualitativa, hermenéutica y transdisciplinaria con enfoque bioético, histórico/jurídico contemporáneo. Se identificó un vacío regulatorio que facilita la cosificación física/digital, la pérdida del rigor científico y la erosión del consentimiento informado por lógicas de consumo. En conclusión, la dignidad humana no se extingue con la muerte; el cadáver físico/virtual exige una consideración ontológica que preserve su biografía frente al morbo mediático. Basado en las apreciaciones recogidas se recomienda desarrollar normativas de

-
1. Especialista en obstetricia y ginecología, bioestadística e investigador. Coordinador de sección de Bioética. Sociedad de Obstetricia y Ginecología. ORCID: 0000-0001-8196-7579
 2. Médico especialista en obstetricia y ginecología, ginecología infantil juvenil. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0002-3779-2430.
 3. Estudiante de Derecho. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-3986-2137.
 4. Ph.D. en Ciencias de la Salud. 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. Especialista en Anatomía Patológica. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-2184-0888.
 6. Ph.D. en Ciencias de la Salud, 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 de la Academia Nacional de Medicina, Sillón VII.

gobernanza forense, digital y un decálogo deontológico transnacional para la restauración institucional de la identidad post-mortem.

Palabras clave: Bioética, Trinidad del Ser, cosificación digital, memoria histórica, restauración forense.

ABSTRACT

The exhibition of human remains has migrated from anatomical showcases the spectacularization and commodification on digital platforms, where influenced and algorithms violate post mortem dignity. This review analyzed this phenomenon from the perspectives of bioethical constructivism and “Trinity of Being” evaluating the impact of the digital era on memory and factual veracity. A qualitative, hermeneutic, and transdisciplinary research approach was deployed, utilizing a contemporary bioethical and historical/legal framework. A regulatory vacuum was identified that facilitates physical and digital objectification, the loss of scientific rigor, and the erosion of informed consent driven by consumer logics. Human dignity does not extinguish with death; the physical and virtual corpse demands an ontological consideration that preserves its biography against media morbid curiosity. Based on the insight gathered, it is recommended to develop forensic and digital governance regulations, alongside a transnational deontological Decalogue for the institutional restoration of the postmortem identity.

Keywords: Bioethics, Trinity of Being, digital objectification, historical memory, forensic restoration.

INTRODUCCIÓN

La humanidad ha mantenido a lo largo de su devenir histórico una compleja relación de fascinación, sacralidad y conflicto con el resto mortal. El cadáver, lejos de constituir un mero residuo biológico desprovisto de significación, opera en cambio como un vector cultural, siendo testigo silente de la existencia que apela de forma directa a los fundamentos morales de la sociedad que lo sobrevive. 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 (1-8).

Históricamente, la exposición de los cuerpos sin vida se circunscribió a espacios físicos de forma rígida delimitados por el rito litúrgico, el poder punitivo del Estado o el aula de la ciencia médica. En dichos entornos, la presencia del cuerpo inerte generaba una tensión dialéctica entre el respeto debido a la dignidad

de quien habito la materia y las necesidades pedagógicas o de control social de la época. Sin embargo, las dinámicas del siglo XXI han dislocado por completo estas fronteras tradicionales. la emergencia de la era digital y la hiper conectividad han propiciado una migración masiva de la corporalidad *post mortem* desde las vitrinas físicas del museo o de las escuelas de medicina hacia el ecosistema global de las pantallas y redes de consumo masivo. El cadáver real ya no es contemplado bajo la atmosfera solemne del anfiteatro anatómico; hoy es codiciado en *bits*, sometido a los flujos del algoritmo y expuesto en la galería publica virtual a merced del consumo mediático masivo instantáneo (1-10).

Esta mutación fenomenológica secundaria al advenimiento de la era digital, incluyendo el *Big Data* y la inteligencia artificial (IA) justifica la urgencia de revisión del tema. El advenimiento de los neocomunicadores y creadores de contenido digital ha instaurado una preocupante desregulación ética en la difusión de contenido audiovisual asociado a la muerte y la medicina legal. En la búsqueda insaciable de interacciones, métricas de visualización/*likes* y monetización del morbo, el rigor científico y el respeto debido a los fallecidos son sistemáticamente sacrificados en favor de una imaginación desbordada y una espectacularización descarnada *post mortem* (1-10).

La desinformación y el quiebre de la veracidad en plataformas virtuales digitales solo erosionan la seriedad requerida de las disciplinas científicas forenses y sanitarias, sino que normalizan la deshumanización de restos humanos, transformando el testimonio histórico de una vida en un producto transitorio de entretenimiento para el internauta. Por ende, el dilema bioético ya no se limita a interrogar los límites de la disección científica o la licitud de muestras comerciales macroscópicas como la plastinación. El debate actual exige comprender como la dignidad humana, que por derecho natural trasciende la finitud orgánica, es vulnerada cuando el cadáver virtual se despoja de su biografía, de su contexto y de su consentimiento *post mortem* (6-20) (Figura 1).

Tomando en cuenta lo anteriormente expresado, se procedió a realizar un muestreo no probabilístico, opinático y de representatividad cualitativa a juicio de los autores, de los documentos y publicaciones en revistas biomédicas y/o libros relacionados con el tema. Se realizó una búsqueda en los motores de búsqueda de las plataformas en línea y/o bases de datos PubMed, Scielo, LILACS, Google Scholar, SaberUCV, Research Gate, Scopus y Elsevier, así como los repositorios de bioética latinoamericana y normativas legales nacionales e internacionales, durante el período 1878-2026 (1-77).

Los términos utilizados fueron: "Bioética", "Cadáver" "Dignidad Humana", "Trinidad del Ser", "Ética", "Cosificación Digital", "Memoria Histórica" "Restauración Forense". Se utilizó el modelo de lenguaje a gran escala de IA Gemini



Figura 1. Trinidad del Ser *post mortem* en relación a la emergencia de la bioética física/digital con uso de tecnologías de simulación médica y anatomía virtual aplicada en la sociedad del conocimiento y la información

® de Google (Gemini versión 3.0 Flash, 04 de julio de 2026), 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.

La edificación epistémica de esta revisión narrativa, se construyó mediante una metodología cualitativa, con enfoque de comprensión hermenéutica transdisciplinar, estructurada bajo el enfoque constructivista bioético y la responsabilidad global (1, 8, 16-20) ante la era digital. A través de una rigurosa revisión heurística y documental, se examinaron de forma diacrónica las tensiones entre la utilidad pedagógica de la anatomía, la crudeza punitiva histórica y las lógicas contemporáneas de mercantilización visual. El análisis integró de manera transversal los marcos jurídicos nacionales, tomando como eje los vacíos regulatorios de la Ley del Ejercicio de la Medicina (LEM) (21), Código Forense Venezolano (CFV) de 1878 (22), Código de Ética para la Vida (23), en contraste con las declaraciones universales de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por su acrónimo en inglés) sobre bioética y los derechos humanos (24).

Dicha metodología permitió mediante un análisis reflexivo de la realidad comunicativa bajo el paradigma crítico-dialéctico, mediante procesos de reflexión-acción-reflexión, una desconstrucción de las narrativas de los neo comunicadores en redes sociales e introducir y fundamentar conceptualmente la “Trinidad Del Ser *post mortem*”. De este modo se realiza la descripción fenomenológica con

formulación pragmática de un decálogo deontológico transnacional que restituye la sobriedad, la justicia y la dignidad al cadáver físico y virtual.

DESARROLLO

I. Prolegómenos y marco epistemológico: el cuerpo inerte, ¿Objeto de consumo, recurso pedagógico o vestigio ontológico de la persona?

Desde la perspectiva utilitarista y mercantil, potenciada por las consideraciones económicas de la atención digital, el cadáver corre el riesgo crónico de ser reducción a la condición de “objeto de consumo” u “objeto de cambio” (cosificación en la era digital).

Esta degradación a la que lleva la cosificación digital del cadáver, se manifiesta explícitamente tanto en las exhibiciones itinerantes de restos humanos como en la divulgación/masificación de exhibición digital descontextualizado con fines de lucro, como en la monetización algorítmica de plataformas de redes sociales donde el cuerpo desanimado se convierte en una mercancía visual fácilmente desechable. Aquí, el cadáver es vaciado de su historicidad y de su nombre, transformándose en una forma vacía destinada a sanar la curiosidad profana o el dividendo comercial (9-15, 25, 26).

En un plano intermedio, se ubica la conceptualización del cuerpo como “recurso pedagógico” desde el renacimiento y la consolidación de la anatomía moderna, la ciencia médica ha reivindicado la legitimidad de la observación anatómica directa como una herramienta indispensable para el progreso del conocimiento y la preservación de la salud colectiva. No obstante, si esta aproximación se desvincula de una profunda sensibilidad moral y humanista, la enseñanza corre el peligro de transmutar en una práctica vacía de respeto, donde los restos humanos son asumidos como estructuras biológicas aisladas de la identidad que las encarnaron. Desde un punto de vista principalista jerarquizado, la beneficencia de la educación médica jamás debe erigirse sobre la base de la vulneración de la dignidad del fallecido (9-15, 25, 26).

Frente a estas desviaciones, la bioética contemporánea, bien sea con enfoque personalista, o con constructivismo filosófico proponen la categoría del cadáver como el “vestigio ontológico de la persona”. El ser humano es una unidad indisoluble; el cuerpo no es algo que el sujeto posee, sino la manifestación física o biológica de lo que el sujeto “es”. Por consiguiente, cuando la vida se extingue, el cuerpo inerte no pasa automáticamente a integrarse al reino de las cosas de libre apropiación (6, 9-15, 25-28).

En su inmovilidad, el cadáver sigue siendo el portador de la memoria, de los derechos residuales de autonomía y de la biografía irrepetible del individuo. Respetar el resto mortal ni es una consideración burocrática ni un mero formalismo legal; es un imperativo ético de honradez y justicia que reconoce que la dignidad de la persona humana no tiene fecha de caducidad y exige ser protegida, restituida y restaurada frente a cualquier intento de profanación física o virtual (6, 9-15, 25-28).

Constructivismo bioético como eje transversal y principio de responsabilidad global aplicados al final de la existencia física.

La resolución de las complejas tensiones que convergen sobre el cadáver en la era digital no puede lograrse mediante el reduccionismo de los códigos deontológicos tradicionales o el principalismo clásico (6, 9-15, 25-28), cuyas estructuras suelen resultar insuficientes ante la velocidad de las mutaciones tecnológicas, en una sociedad en red del conocimiento y la información, bajo el influjo de las redes sociales, el *Big Data*-IA, en procesos de transformación constante a nivel individual y colectivo (digievolución) (1-8).

Se requiere, por tanto, la adopción del constructivismo bioético en el marco epistemológico ordenador y transversal orientador en este tratado académico. El constructivismo bioético concibe los valores, las normas y las directrices morales no como dogmas inmutables y descontextualizados sino como construcciones racionales e interdisciplinarias que la sociedad debe estructurar deliberativamente para responder a los nuevos desafíos existenciales que amenazan la condición humana. Al asumir la bioética como el eje transversal, se propicia un diálogo transdisciplinar donde la medicina forense, el derecho, la antropología filosófica, la historia y las ciencias de la comunicación digital convergen para delimitar los límites legítimos de la intervención y la exposición del resto mortal (9-15).

Bajo este enfoque epistemológico, el eje que articule la *praxis* humana ante el final de la existencia física debe ser el “principio de responsabilidad global”. Este principio amplía el horizonte de la bioética clásica hacia un compromiso ético extendido y universal, que reconoce que acciones ejecutadas en la presente era digital, tienen un impacto directo en la memoria colectiva, dignidad ontológica y sensibilidad moral de las generaciones venideras (16-20).

La responsabilidad global postula que la sociedad hiper conectada tiene el deber inalienable de normar el ciberespacio y las instituciones forenses y académicas, garantizando que el tratamiento de la muerte no quede supeditado al libre albedrío del mercado mediático o de los algoritmos comerciales de una sociedad de consumo (16-20).

En este sentido, el constructivismo bioético faculta a la comunidad académica u científica para proponer un modelo de gobernanza ética capaz de articular la “Trinidad Del Ser *post mortem*”. Este constructo integra de manera armónica la preservación de la autonomía (a través de la exigencia irrenunciable del consentimiento informado y la trazabilidad de los cuerpos), la custodia de la memoria histórica (evitando la disolución biográfica del individuo) y el imperativo ético de la restauración institucional (devolviendo la sobriedad, equidad y respeto estético/forense de los restos expuestos). De este modo, la bioética contemporánea se instituye como un compás moral transnacional que asegura que la ciencia ilumine con conocimiento y la era digital conecte con humanidad, impidiendo que el tránsito definitivo del ser sea despojado de su dignidad intrínseca en el viaje que va de la piedra a la pantalla (9-20).

II. Genealogía socio-histórica, cosmovisiones y oralidad. Oralidad como custodia del saber ancestral: la transmisión oral de los mitos fundacionales en torno al tránsito de la vida a la muerte.

La oralidad se erige como el primer contenedor epistémico o apofántico de la humanidad, una tecnología inmaterial de custodia donde la palabra hablada no solo comunica, sino que funda la realidad y preserva el patrimonio simbólico de las culturas ante el abismo de la inexistencia física. En las sociedades tradicionales, la transmisión oral de los mitos fundacionales en torno a la finitud humana no constituía una mera acumulación de relatos fantásticos o folclóricos, sino una praxis heurística y ontológica que configura la arquitectura conceptual del tránsito mortuorio (1-16).

El verbo de los ancianos y chamanes actuaba como puente bioético transgeneracional que ligaba el plano terrenal con el metafísico, dotando de un sentido trascendental al desprendimiento de la materia animada. A través de la palabra viva, el cadáver no era percibido como un desecho orgánico ni como un objeto pasivo de escrutinio, sino como el depositario de una memoria comunitaria viva que exigía un tratamiento ceremonial específico y profundo respeto institucional. Esta custodia lingüística blindaba la identidad del fallecido contra el olvido, transformando el deceso en un hito narrativo que reforzaba los valores morales de justicia, honradez y comunidad colectiva. Por consiguiente, la oralidad representa la primera barrera ética contra la deshumanización del resto humano, estableciendo que la biografía de un ser no se extingue con su último aliento, sino que se perpetúa en el eco sagrado de la memoria hablada que las futuras generaciones tienen el deber inalienable de escuchar y resguardar (25-36).

En la contemporaneidad hiper conectada donde imperan las lógicas de la inmediatez digital y el canibalismo visual de las pantallas, la pérdida de la oralidad como eje estructurante de la memoria tanatología ha generado un peligroso vacío axiológico y una profunda distorsión heurística en el imaginario social. Los neo comunicadores e *influencers* desprovistos del rigor empírico y del respeto dogmático que caracterizaba a los guardianes del saber ancestral, sustituyen la densidad filosófica del mito por una imaginación desbordada orientada exclusivamente a la monetización del morbo y la acumulación de interacciones algorítmicas (25-37).

Al fragmentar el relato del tránsito digital u despojar al resto mortal del andamiaje simbólico y biográfico, la virtualidad descontrolada disuelve la sacralidad de la muerte, transformando el vestigio ontológico del ser en un mero estímulo visual de fácil desecho y consumo masivo. Recuperar el sentido profundo frente a la oralidad dentro del constructivismo bioético actual implica vindicar la palabra como instrumento de restitución de la dignidad *post mortem*, exigiendo que la divulgación de las ciencias forenses y anatómicas se realice bajo los principios de sobriedad, veracidad y responsabilidad global. Solo mediante la revitalización de una narrativa académica humanista, que situé la historia y el consentimiento del individuo por encima de la espectacularización mediática, será posible educar a las nuevas generaciones de nativos digitales en el respeto absoluto hacia aquellos que ya no poseen voz en la tierra (1-8, 25-37).

Perspectiva prehistórica y ancestral, los ritos funerarios primigenios como cimientos de cohesión social y el origen de la sacralidad del cuerpo.

El amanecer de la conciencia humana se encuentra indisolublemente ligado al reconocimiento de la finitud de la vida y al surgimiento de los primeros rituales funerarios en la penumbra de la prehistoria, prácticas solemnes que operaron como el cimiento fundamental de la cohesión social y la estructura comunitaria. Cuando los homínidos primitivos decidieron interrumpir la cotidianidad de su lucha por la supervivencia para depositar cuidadosamente los cuerpos de sus congéneres en la profundidad de las cuevas, acompañados de herramientas, pigmentos y ofrendas, no ejecutaban un acto meramente higiénico, sino profundo quiebre metafísico. El rito funerario primigenio dotaba de solemnidad al enigma de la muerte transformando el cadáver en centro gravitacional de una incipiente responsabilidad ética global donde la unión comunitaria aseguraba el tránsito seguro del fallecido hacia lo desconocido (25-36).

Estas ceremonias colectivas mitigaban el impacto trágico de la pérdida biológica, fortalecían los lazos de parentesco y consolidaban un orden moral que reconocía que el valor intrínseco del ser humano persistía más allá de su última respiración, integrando la memoria del difunto en el tejido histórico del clan. Por lo

tanto, el entierro prehistórico constituye el núcleo originario de la civilización, un hito heurístico donde la humanidad descubrió que el respeto debido a los restos humanos es la medida exacta de su propia dignidad y sensibilidad moral ante la existencia (25-36).

Dichas prácticas prehistóricas e introductorias marcaron el origen conceptual de la sacralidad del cuerpo inerte, estableciendo una frontera axiológica infranqueable que prohibía la profanación, el abandono o la instrumentalización utilitaria del cadáver. Al concebir la muerte no como un final absoluto, sino como un umbral o viaje complejo hacia otra dimensión del ser, las sociedades ancestrales determinaron que el cuerpo desanimado conservaba un *status* ontológico diferenciado que exigía honradez, justicia y protección comunitaria (25-36).

Por ende, el espécimen biológico dejaba de ser carne inerte para transformarse en un portador de memoria y un testimonio sagrado del paso del individuo por el mundo de los vivos, un concepto que sentaría las bases del principio de autonomía *post mortem* estudiado por la bioética contemporánea. Esta reverencia histórica hacia el resto mortal nos demuestra de forma palmaria que el tratamiento digno del cadáver no es un constructo jurídico artificial de la modernidad, sino un imperativo ético universal arraigado en la esencia misma del humanismo (9-20, 25-36).

De este modo la arqueología del ritual funerario interpela directamente a la sociedad en red del conocimiento y la información del siglo XXI, recordándonos que cuando la espectacularización comercial o la desmesura algorítmica despojan al cuerpo de su sacralidad y lo reducen a una mercancía de exhibición, no solo se violan los derechos del fallecido, sino que se involuciona hacia una barbarie tecnificada que deteriora el legado moral de nuestros ancestros (25-37).

La preparación del alma y el cuerpo en el antiguo Egipto (trascendencia e inmortalidad).

¿Hasta qué punto la momificación egipcia constituyó un acto de piedad bioética *avant la lettre* o, por el contrario, representó la primera gran tentativa estética de desafiar la corrupción orgánica mediante la petrificación del ser? En el antiguo Egipto, la manipulación del cadáver no respondía a un interés profano donde la preservación del contenedor material, el *Khat*, resultaba imperativa para asegurar la reintegración de los componentes sutiles de la individualidad, tales como el *Ka* (la fuerza vital) y el *Ba* (la personalidad espiritual) (28, 29).

Este minucioso protocolo tanatopráxico ejecutado por sacerdotes/médicos bajo un estricto amparo ritual, devela una cosmovisión donde el cuerpo inerte no era asumido como un residuo desechable, sino como un andamio sagrado en transición

hacia la inmortalidad cósmica. Desde una lectura analítica contemporánea, este fenómeno intercala una profunda lección axiológica: el embalsamamiento operaba como una extensión material del principio de autonomía y dignidad del fallecido, garantizando que su biografía histórica no fuese disuelta por las fauces del tiempo, sino restaurada institucionalmente para su comparecencia ante el tribunal de Osiris (28, 29).

Frente a este horizonte de trascendencia espiritual surge la interrogante, ¿Cómo juzgar desde el constructivismo bioético las exposiciones museográficas globales que hoy exhiben a estas momias reales despojadas de su mortaja, bajo el frío escrutinio del turismo masivo y las lógicas del capital digital? La transformación del antiguo monarca o del dignatario sagrado en un espécimen macroscópico de vitrina, o peor aún, en un fragmento de contenido transitorio sin contexto para el consumo algorítmico de plataformas hiper conectadas, consume un severo quiebre de la responsabilidad ética global, donde la memoria histórica es reducida a mera espectacularización comercial (25-37).

Aquellos cuerpos, cuya última voluntad e identidad fueron selladas bajo juramentos de inviolabilidad eterna y silencio sagrado, se ven sometidos a una profanación normalizada que disuelve su mística originaria para convertirlas en objetos de consumo visual masivo. Recuperar la dignidad de los restos arqueológicos egipcios exige que la academia contemporánea actúe como un compás moral, sustituyendo la mirada morbosa por una pedagogía profundamente humanista que reivindique el contexto cultural u la voz de quienes, tras miles de años de inmovilidad física, siguen siendo los portadores legítimos de su propio testimonio existencial (25-37).

La exhibición punitiva de cadáveres en el Imperio romano y la Grecia clásica (el umbral del Hades) (Justicia, castigo y poder).

¿Es el cadáver un sujeto residual de derechos o se convierte en un instrumento maleable para la consolidación del terror y la hegemonía política cuando el Estado decide despojarlo de su sepultura? En el marco histórico de la Grecia clásica y el Imperio romano, la exhibición pública y punitiva de los restos mortales de traidores, gladiadores o ajusticiados representaba la máxima degradación de la condición humana, una instrumentalización anatómica donde la muerte biológica no bastaba como castigo, sino que requería la aniquilación simbólica del individuo (30-32).

Al prohibir el rito funerario y exponer los cuerpos al escarnio en plazas públicas, la horca o la crucifixión, el poder absoluto del soberano extendía su jurisdicción más allá del último aliento, condenado al difunto a errar eternamente como una sombra sin paz en las orillas del río Estigia, imposibilitando de cruzar el umbral

del Hades bajo la barca de Caronte debido a la ausencia de su óbolo sagrado. Esta práctica punitiva despojaba al cadáver de su estatus ontológico, transformándolo en un mensaje pedagógico perverso, una narrativa de dominación que reforzaba el orden civil mediante la profanación explícita de la materia animada, vulnerando de raíz los principios de justicia distributiva y no maleficencia *post mortem* (31, 32).

Ante esta herencia de barbarie autocrática, ¿no asistimos acaso hoy en el ciberespacio a una preocupante reedición de la exhibición punitiva orquestada ya no por magistrados imperiales, sino por la anarquía algorítmica de los neo comunicadores de la era digital? Cuando las imágenes explícitas de fallecidos por violencia, desastres naturales, peritajes forenses sin censura o ejecuciones son difundidas en redes sociales con el único fin de generar interacciones y monetizar el espacio visual, se consume una espectacularización virtual que deshumaniza el resto humano con la misma crudeza del circo romano (30-32, 37).

El cadáver, expuesto en la galería digital global, vuelve a ser despojado de su nombre, de su biografía y del consentimiento de sus familiares, transfigurando de vestigio ontológico de la persona a un estímulo efímero de consumo mediático. La bioética contemporánea de la responsabilidad global nos complace a trazar una frontera axiológica infranqueable frente a estas asimetrías de la post verdad digital; enmendar las injusticias históricas del pasado implica sancionar deontológicamente la explotación comercial del morbo en las pantallas, garantizando que el cuerpo inerte, incluso en su dimensión virtual, sea tratado con la sobriedad y la honradez que exige nuestra propia condición humana (16-20, 37).

Cosmovisiones mesoamericanas y andinas

Ante la pregunta, ¿representa la desintegración del organismo físico el cese definitivo de la identidad comunitaria o constituye, bajo el prisma del pensamiento prehispánico, el inicio de una compleja metamorfosis donde el cadáver actúa como el ancla material de una existencia continuada? Para las civilizaciones azteca y maya, la muerte no se codificaba bajo la categoría de una tragedia estática, sino como un umbral dinámico y un viaje transitorio de rigurosa fortaleza espiritual hacia regiones subterráneas como el *Mictlán* o el *Xibalba*, cuyos nueve niveles ponían a prueba la integridad del Ser (33).

Paralelamente, en la cosmovisión andina del Imperio inca, el cuerpo desanimado era momificado y conservado en templos con un estatus sociopolítico activo; las momias de los ancestros reales o eran vestigios inertes del pasado, sino sujetos con voluntad e historia que participaban en procesiones, asambleas y rituales, influyendo de manera directa en la toma de decisiones de los vivos. Estas

ontologías alternativas demuestran que, en el Nuevo Mundo, los restos humanos poseían una centralidad bioética que entrelazaba el plano terrenal (*Kay Pacha*) con el mundo de los muertos (*Uku Pacha*), consagrando un modelo donde la justicia y el respeto hacia los antepasados eran el eje rector de la cohesión social (34).

Frente a la riqueza conceptual de estas cosmovisiones de la finitud vital, ¿Cómo ponderar la mercantilización contemporánea que asume estos restos ancestrales como simples piezas arqueológicas exóticas o recursos interactivos para museos comerciales? La instrumentalización de los cuerpos momificados de origen prehispánico, descontextualizados de su andamiaje mítico y expuestos sin un consentimiento histórico verificable, replica las lógicas coloniales de dominación que asumen las materias sagradas ajenas como meras formas vacías para el entretenimiento del espectador (1-8, 33, 34, 37).

El constructivismo bioético contemporáneo no exige subvertir este reduccionismo utilitarista a través de un proceso heurístico de restauración institucional, donde el espécimen biológico sea devuelto, real o simbólicamente, a su dignidad comunitaria original. Preservar la memoria histórica de las naciones originarias no consiste en momificar su pasado en una vitrina pública o digital para saciar la curiosidad profana, sino en reconocer y honrar que cada uno de esos restos representa la huella indeleble de un individuo dotado de derechos y poseedor de un legado espiritual que interpele éticamente nuestro propio quehacer científico (1-8, 33, 34, 37).

Raíces e identidad local venezolanas.

¿De qué manera las prácticas tanatológicas de las etnias aborígenes en el territorio venezolano prefiguran un modelo de ecología bioética donde el cadáver se instruye como un nodo de equilibrio ente la memoria colectiva y el entorno geográfico? En el área andina venezolana, la cultura timoto-cuica concibió los entierros como espacios de ofrenda y diálogo continuo, donde los restos de los ancestros sepultados guiaban espiritualmente las dinámicas agrícolas y comunitarias de los vivos (35). Por su parte, la comunidad *Wayúu*, en la península de la Guajira, estructura su comprensión de la finitud en un sofisticado proceso de doble entierro: tras una exhumación ritual años después del primer deceso, los restos óseos son limpiados y trasladados al cementerio ancestral, un acto de profunda justicia distributiva y restauración emocional que reafirma los lazos de parentesco y derecho a la identidad colectiva más allá de la descomposición orgánica (36). Así mismo, la etnia Piaroa entiende el deceso como un retorno armónico a la naturaleza, una disolución ontológica, donde el espíritu se integra plenamente con el ecosistema de la selva originaria. Estas visiones vernáculas demuestran de forma

incontestable que el tratamiento del cuerpo sin vida en nuestra geografía histórica responde a principios intrínsecos de bondad, honradez y reverencia simbólica, distantes de cualquier concepción utilitaria o cosificadora (34-36).

Sin embargo, frente a la sobriedad y sacralidad de estas raíces locales, ¿Cómo justificar el alarmante vacío regulatorio que impera en Venezuela respecto al manejo institucional, pedagógico y digital de los cadáveres y fragmentos óseos humanos? La ausencia de normativas específicas en la LEM (21), para la trazabilidad bioética de los especímenes utilizados en las aulas de anatomía o de medicina forense, sumada a la proliferación de imágenes macabras en el espacio virtual nacional por parte de neo comunicadores locales, constituye una flagrante vulneración de los derechos de autonomía *post mortem* de nuestros ciudadanos o antepasados.

Es imperativo que la bioética contemporánea rescate la sensibilidad humanista de nuestra propia identidad ancestral originaria para fundamentar un código deontológico transnacional y un modelo de gobernanza forense riguroso. Legar un referente sólido a las futuras generaciones de profesionales de la salud implica garantizar que ningún cuerpo inerte, sin importar su origen socioeconómico o etnicidad, sea tomado como un recurso anónimo sin historia, sino que reciba la misma reverencia, transparencia y protección jurídica con la que exigimos se resguarde la dignidad de los vivos (1-8, 21, 37).

Edad Media y el escrutinio público. Peste negra en la percepción colectiva de la finitud y deshumanización ante la acumulación masiva de cuerpos.

Nuestra premisa dubitativa en este sentido: ¿Fue la gran mortandad del siglo XIV un simple colapso demográfico e higiénico, o constituyó en realidad la fractura fundacional de la sensibilidad moral de Occidente, donde la acumulación dantesca de cadáveres erosionó el andamiaje del respeto bioético? La peste negra (1347-1351), al aniquilar de forma implacable a vastas porciones de la población europea, transformó las calles y plazas públicas en lúgubres escenarios donde los cuerpos desanimados se apilaban sin sepultura ni plegarias, sembrando un pánico omnipresente que desestabilizó las nociones medievales de justicia divina y castigo celestial (38, 39).

Ante el desbordamiento institucional y la inminencia del contagio, las comunidades se vieron forzadas a suspender los ritos funerarios tradicionales y solemnes, recurriendo a fosas comunes anónimas que disolvían de manera sistemática la individualidad, la biografía y la memoria de las víctimas. Este trágico proceso de deshumanización masiva forzó una mutación heurística en la cosmovisión colectiva: los restos humanos, despojados bruscamente de su carácter de vestigio sagrado del Ser, comenzaron a ser percibidos bajo una óptica puramente

biológica y utilitaria, un residuo corruptible y peligroso que ponía en riesgo la supervivencia de los vivos y exigía un manejo estrictamente pragmático (38, 39).

Contrapuesto a esta memoria histórica de desolación y pérdida de la identidad, ¿cómo podemos interpretar desde la bioética de la responsabilidad global la persistencia de dinámicas masivas de anonimato físico y virtual en las crisis contemporáneas? Cuando los conflictos burocráticos y los neocomunicadores e *influencers* difunden imágenes de cuerpos acumulados o abandonados con fines propagandísticos o comerciales, se replica de forma alarmante aquella deshumanización medieval, despojando al ser humano de su derecho inalienable de memoria digna (16-20, 37-39).

El constructivismo bioético contemporáneo nos complace a entender que la acumulación incontrolada y la espectacularización del desastre erosionan la sensibilidad moral de las nuevas generaciones, normalizando la cosificación del cadáver. Restaurar la dignidad *post mortem* en contextos de catástrofe implica implementar estrictos protocolos de trazabilidad forense y gobernanza digital, asegurando que ningún cuerpo, real o virtual, sea vaciado de su historicidad para convertirse en un estímulo transitorio de consumo visual o en un número anónimo dentro de una estadística opaca (1-8, 37-39).

Disecciones humanas universitarias (Bolonia y Montpellier) frente al culto de las reliquias sagradas: dicotomía medieval.

Considerando la interrogante, ¿Representa el cuerpo inerte una materia homogénea en el imaginario medieval o se hallaba escindido por una profunda ambivalencia axiológica que santificaba el resto místico mientras profanaba el espécimen académico? La Edad Media se debatió en una tensa dicotomía, por un lado, en los monasterios y catedrales, los restos óseos de santos y mártires eran preservados como reliquias sagradas, objeto de profunda veneración y fuente de milagros que consolidan la autoridad eclesiástica y espiritual sobre la muerte. Paralelamente, en los anfiteatros de las universidades de Bolonia y Montpellier, médicos precursores como Mondino de Liuzzi desafiaban los tabúes teológicos y la fuerte oposición religiosa al iniciar las primeras disecciones humanas sistemáticas con propósitos científicos (40-43).

Este escrutinio clínico ético medular, pues mientras el culto a la reliquia reivindicaba el valor simbólico e incorruptible de la identidad *post mortem*, la mesa de disección universitaria inauguraba la fragmentación anatómica del cadáver, abriendo las compuertas hacia la utilidad pedagógica y el nacimiento de la medicina moderna a expensas del anonimato de los cuerpos utilizados (40-43).

Ante este choque histórico ente devoción y ciencia, ¿No subsiste acaso en el siglo XXI una partición similar en el tratamiento que la sociedad digital otorga al resto humano? En la actualidad, mientras las leyes nacionales y los códigos deontológicos exigen un respeto reverente hacia el cadáver en el ámbito familiar y clínico, el ecosistema virtual y el mercado comercial operan bajo lógicas asimétricas que permiten la explotación masiva del morbo anatómico en las pantallas globales (37, 40-43).

La bioética contemporánea nos insta a superar este desgarró conceptual mediante un modelo heurístico que integre el rigor del avance científico con la honradez de la sensibilidad humanista, recordando que el cadáver utilizado para la docencia médica no es un constructo puramente mecánico ni una forma vacía desprovista de derechos. Asegurar que las universidades y las plataformas de internet hereden un referente ético sólido implica decretar que la búsqueda del saber anatómico jamás debe desligarse de la transparencia en la procedencia y del reconocimiento explícito de la autonomía y dignidad del Ser, de que, en su inmovilidad terminal, nos lega su propia corporalidad como única herramienta de enseñanza (37, 40-56).

Edad Moderna, tensiones entre arte, pedagogía y espectacularización (del aula anatómica a la galería pública)

¿Es éticamente legítimo que la anatomía humana abandone el espacio rígidamente reglamentado del anfiteatro universitario para incorporarse a los circuitos comerciales del entretenimiento masivo y la industria del turismo cultural? Con el advenimiento de la Edad Moderna y la consolidación de tratados revolucionarios como el de Andreas Vesalio, la disección sistemática de cadáveres humanos se consagró como el pilar indispensable de la contemporaneidad ha sido testigo de una preocupante transmutación fenomenológica, a través de técnicas sofisticadas como la plastinación, muestras globales al estilo *Body Worlds o Bodies: The Exhibition* han trasladado los cuerpos sin vida del ámbito estrictamente académico a galerías públicas masivas, justificando su existencia bajo un supuesto valor didáctico y artístico (44-56).

Este tránsito introduce una severa fricción bioética, puesto que la delgada línea que separa la pedagogía médica del espectáculo comercial suele desdibujarse cuando los cadáveres son colocados en poses dinámicas y despojados de su contexto biográfico e histórico, transformándolo en meros objetos de consumo masivo para saciar la curiosidad profana. Esta sutil cosificación material hedonista en la era digital hace que surja la pregunta, ¿Cómo debe responder el constructivismo bioético ante la opacidad en las cadenas de custodia y la flagrante falta de

consentimiento informado que ha caracterizado a muchas de estas exhibiciones comerciales? La sospecha de que algunos de los cuerpos expuestos en vitrinas internacionales pertenezcan a individuos vulnerables, ajusticiados o disidentes políticos cuyos nombres quedaron disueltos en burocracias silenciosas, constituye una vulneración inaceptable de los principios de justicia distributiva, autonomía y no maleficencia *post mortem* (44-56).

No es aceptable que el progreso pedagógico o la libre expresión artística se construyan sobre los cimientos de la transgresión y el despojo de la identidad humana. La bioética de la responsabilidad global exige a las instituciones forenses, sanitarias y regulatorias la implementación de normativas internacionales estrictas que garanticen una trazabilidad y un consentimiento verificable de cada espécimen. Solo impidiendo que el cadáver sea reducido a un recurso lucrativo o a una pieza de exhibición sin memoria, podremos asegurar que la ciencia y la cultura del mañana continúen promoviendo una visión profundamente humanista y ética del Ser (57-76).

III. Bioética contemporánea y Trinidad Del Ser. Estatus ontológico del cadáver:

No podemos considerar al cadáver como un mero residuo biológico desprovisto de subjetividad jurídica o una representación de un vestigio ontológico persistente de la persona despojándolo de protección ética. En el marco del constructivismo bioético, el cuerpo inerte no transita de forma automática hacia la categoría de objeto tras el cese de las funciones vitales. La dignidad humana, entendida como un “atributo intrínseco del Ser”, no se extingue con la muerte biológica, sino que se proyecta en el respeto debido a sus restos mortales. El cadáver conserva una dignidad residual inalienable que obliga a la sociedad a tratarlo con honradez, sobriedad, respeto y piedad, asumiéndolo como el soporte material de una biografía irrepetible que no puede ni debe ser cosificada ni reducida a una mercancía de exhibición pública o digital (44-56).

Por consiguiente, la persistencia de los derechos de la persona va más allá de la muerte biológica constituye un imperativo ético de justicia distributiva y no maleficencia *post mortem*. El ordenamiento moral y las normativas forenses deben salvaguardar la voluntad y la memoria del fallecido frente a las lógicas utilitaristas que pretenden instrumentalizar su anatomía sin consentimiento. El cadáver sigue siendo sujeto de derecho de custodia y respeto a su imagen que vincula directamente a las futuras generaciones de profesionales de la salud. Develar la soberanía del cuerpo desanimado implica reconocer que la profanación, tanto física como virtual, agrede la sensibilidad moral de la comunidad entera, demostrando

que la protección de la identidad post-mortem es la medida exacta de nuestra condición humanista (44-76).

Trinidad del Ser *post mortem*.

En la era digital y recordando que el ser humano posee cinco dimensiones (biológica, psicológica-mental, social, digital y espiritual), somos en esencia, una unidad biológica, psico/espiritual y ontológica/social (“Trinidad del Ser”) que no podemos ser fragmentados en vida y la pérdida de la existencia física no constituye una fractura para nuestra dignidad constituida desde el momento de nuestra concepción (1-8, 37, 44-76).

Por ello, el principio de autonomía clásico nos faculta para salvaguardar la soberanía del sujeto en esta era donde la imagen puede ser reproducida infinitamente en el ciberespacio. El consentimiento informado *post mortem* representa la herramienta deontológica indispensable, para garantizar que el individuo decida, “en vida”, el destino final de su corporalidad biológica y de sus representaciones digitales. Este derecho inalienable e innegociable prohíbe taxativamente que los restos mortales sean sometidos a procesos pedagógicos, exhibiciones comerciales o difusiones virtuales que no hayan sido expresamente autorizadas por el sujeto o sus derechohabientes (1-8, 37, 44-76).

La autonomía del Ser trasciende la finitud material, obligando a las instituciones académicas y forenses a certificar la trazabilidad ética de cada espécimen utilizado. Por tanto, el vacío regulatorio actual en torno al consentimiento para el uso digital de las imágenes anatómica constituye una flagrante violación de la autodeterminación del individuo. El constructivismo bioético exige la formalización de directrices internacionales que impidan el secuestro de la voluntad del fallecido por parte de neo comunicadores o consorcios de entretenimiento. La firma de una autorización para la donación científica clásica jamás debe interpretarse como un cheque en blanco transferible al entorno del espectáculo masivo. respetar la autonomía *post mortem* implica blindar legalmente el derecho a la intimidad y al reposo, asegurando que el cuerpo inerte no se convierta en un recurso anónimo de libre apropiación para las lógicas del capital digital o el morbo mediático (1-8, 37, 44-76).

Memoria histórica y disolución narrativa existencial

Cada cuerpo inerte resguarda las huellas materiales de una trayectoria mortal vital irrepetible, una narrativa (la trayectoria vital del ser humano se puede interpretar desde un giro narrativo) que entrelaza su herencia biológica con su

contexto sociocultural y familiar. El deber ético de la sociedad que sobrevive al individuo radica en impedir que esta biografía sea disuelta en un anonimato utilitario que reduce al resto mortal a un espécimen anatómico sin rostro (1-8, 37, 44-76).

La memoria histórica exige que la manipulación pericial o la divulgación científica se ejecuten con un profundo respeto por la identidad del sujeto, impidiendo que su transición terminal sea borrada por las lógicas del descarte. Sin embargo, las dinámicas de consumo y espectacularización digital operan de manera inversa, vaciando al fallecido de su nombre y su historia para convertirlo en un estímulo transitorio. El neo comunicador y el algoritmo descontextualizan la muerte, transformando la tragedia biográfica de una persona en un producto estandarizado para la pantalla global. Esta disolución biográfica consume una injusticia irreparable, al despojar al cadáver de su dignidad ontológica y de su derecho a ser recordado con honradez y decoro (1-8, 37, 44-76).

Reivindicar el cadáver como portador de una memoria implica restaurar su voz simbólica dentro de la pedagogía forense, asegurando que sirva para ilustrar el valor de la vida y no para alimentar el entretenimiento profano (1-8, 37, 44-76).

Exposición no autorizada e instrumentalización como falta de reconocimiento a la dignidad.

El mundo académico y el Estado tienen una responsabilidad ineludible en el tratamiento que estamos describiendo como desensibilización ética de la anatomía humana como un espectáculo masivo. Es imperativo intervenir activamente sobre las prácticas expositivas y pedagógicas desreguladas para devolver la sobriedad y el respeto al manejo de los cadáveres. Esta acción reparadora busca subsanar la crudeza de la exhibición comercial, la instrumentalización punitiva y la profanación digital despojan al resto mortal de su gravedad existencial. Las instituciones forenses y universitarias tienen la obligación moral de liderar esta transición, erradicando cualquier uso lúdico de los especímenes bajo su custodia (1-8, 37, 44-76).

Esta restauración demanda el diseño de protocolos estrictos que regulen el aspecto estético, la disposición espacial y la contextualización humanista de los restos humanos en el ámbito académico. Es éticamente inaceptable que los cadáveres sean presentados en poses que caricaturicen la muerte o que omitan su dimensión biográfica y el dolor familiar circundante. Devolver la dignidad al cuerpo expuesto implica sacarlo de la lógica de la espectacularización visual y retornarlo a un entorno de solemnidad que invite a la reflexión científica y filosófica.

Solo mediante una gobernanza institucional rigurosa y un decálogo deontológico unificado se podrá garantizar que el tratamiento de la finitud recupere su valor humanista frente a las distorsiones del mercado digital contemporáneo (1-8, 37, 44-76).

IV Epistemología en la era digital: neo comunicadores, creadores de contenido e *influencers* post verdad forense y quiebre de la veracidad en la divulgación tanatológica.

¿Estamos asistiendo a una democratización del saber forense o a la instauración de una post verdad tanatológica donde la imaginación del neo comunicador sepulta la verdad factual de la ciencia médica? En el ecosistema hiper conectado, los neo comunicadores, creadores de contenido digital e *influencers* han asumido un rol protagónico en la difusión de los temas anatómicos y medico/legales, interviniendo de manera desregulada en un territorio que históricamente exigía la máxima sobriedad institucional y académica. El quiebre ético se consuma cuando el rigor empírico, la evidencia científica y el respeto absoluto a los protocolos forenses son desplazadas por narrativas de ficción y conjeturas infundadas, diseñadas exclusivamente para retener la atención de una audiencia profana (1-8, 37, 44-76).

El quiebre ético se consuma cuando el rigor empírico, la evidencia científica y el respeto absoluto a los protocolos forenses son desplazados por narrativas de ficción y conjeturas infundadas, diseñadas exclusivamente para retener la atención de una audiencia profana. Esta preocupante deriva epistemológica vacía el hecho científico de su contenido riguroso y desnaturaliza la practica pericial, transformando el análisis objetivo del resto mortal en un guion teatralizado donde el cadáver real opera como un simple andamio para la puesta en escena. El constructivismo bioético contemporáneo nos complace a interrogar los límites éticos de esta “intrusión mediática”, que deforma el conocimiento y violenta la raíz de la memoria de los fallecidos (1-8, 37, 44-76).

Frente a este escenario de distorsión metodológica, ¿Cómo puede la bioética de la responsabilidad global restituir el calor de la verdad empírica frente al avance de la desinformación en las pantallas globales? El desplazamiento del juicio crítico subordinado al método científico por el libre albedrío de la opinión digital constituye una flagrante vulneración de la honradez profesional y del derecho a una información veraz (1-8, 16-20).

Cuando el *influencer* prioriza el entrenamiento sobre la exactitud forense, no solo confunde al espectador, sino que incurre en una cosificación discursiva digital que reduce el vestigio ontológico del ser humano a un recurso lúdico

desprovisto de seriedad y contexto histórico. Para enmendar esta asimetría, la docencia universitaria y las sociedades científicas deben liderar una restauración institucional de la divulgación digital, exigiendo que cualquier abordaje público de la muerte este guiado por la solemnidad y la precisión técnica. Solo de esta manera, limitando el uso de la imaginación profana en el campo de la salud, heredaremos a las futuras generaciones un referente ético que proteja la integridad de las disciplinas medico/legales ante los embates de la post verdad (1-8, 16-20).

Métricas interactivas neocomunicadoras sin academia tanatológica (*Clickbait* de la muerte).

¿Es posible mantener la dignidad y la sobriedad académica ante los restos humanos cuando el ecosistema digital premia financieramente la explotación visual del morbo a través del algoritmo? Las métricas de interacción, el conteo de visualizaciones y el fenómeno del *clickbait* o ciberanzuelo ha configurado una perversa economía de la atención en el consumo digital que impulsa a los neo comunicadores a prescindir de la “prudencia científica” para priorizar el impacto estético y la viralidad (1-8, 37).

En esta dinámica digital, las imágenes de cadáveres, peritajes forenses y disecciones anatómica son editadas y tituladas de forma sensacionalista para ajustarse a los patrones de consumo rápido que dictan las plataformas de redes sociales. Esta algoritmización de lo macabro despoja al acto médico-legal de su solemnidad deontológica, convirtiendo la crudeza de la muerte en un producto rentable y estandarizado que se consume con la misma ligereza que cualquier otra mercancía virtual. El constructivismo bioético denuncia que este modelo algorítmico erosiona la sensibilidad moral colectiva, transformando el sufrimiento humano y el cuerpo inerte en meros estímulos transitorios destinados a alimentar los flujos del capital digital (37, 44-76).

¿Cómo articular un modelo de justicia distributiva y no maleficencia que blinde la imagen *post mortem* contra la explotación comercial del morbo en las pantallas? La subordinación de la ética comunicativa a los imperativos económicos de las plataformas digitales representa una degradación sin precedentes de la autonomía residual del fallecido, cuyo consentimiento jamás contempló la transformación de sus restos en un gancho visual para la acumulación de clics (37, 44-76).

La bioética de la responsabilidad nos exige trazar una frontera regulatoria transnacional clara y contundente, que penalice el uso lucrativo y espectacularizado de la corporalidad inerte en el espacio virtual global. Promover una educación humanista en la sociedad del conocimiento y la información implica rescatar la

sobriedad en el discurso sanitario y forense, garantizando que el tratamiento digital de la anatomía no se arrodille ante las lógicas del mercado mediático. Solo mediante una estricta gobernanza forense y digital, que sitúe la dignidad de la persona por encima de las métricas algorítmicas, podemos evitar que el viaje de la piedra a la pantalla termine por deshumanizar de forma definitiva el misterio del final de nuestra existencia física (37, 44-76)

Deformidad conceptual en conceptos de muerte, medicina legal y bioética en el imaginario de los nativos digitales (desinformación y distorsión heurística).

Ante la pregunta, ¿Qué tipo de sensibilidad moral y ciudadana estamos edificando en las nuevas generaciones cuando el imaginario del nativo digital se nutre de una concepción deformada, mercantilizada y banal de la muerte y la bioética? La desinformación sistemática propagada por neo comunicadores, creadores de contenido e *influencers* en las redes sociales no se limita a un mero error de carácter técnico, sino que produce una profunda distorsión heurística que altera la relación ontológica de la juventud con la finitud humana. Al presentar la medicina legal como un espectáculo de entretenimiento y la bioética como un constructo abstracto “negociable”, se normaliza la cosificación física y digital del Ser, habituando al internauta a contemplar el cadáver despojado de su “biografía, sus derechos y dignidad intrínseca” (1-8, 37, 44-76).

Esta preocupante deformación conceptual disuelve la empatía y la bondad en el tratamiento de los restos humanos, sustituyendo el respeto reverente que caracterizaba a los saberes ancestrales y la tradición humanista por una indiferencia tecnificada que asume el final de la vida como un simple contenido de consumo efímero para la pantalla.

Ante este severo daño axiológico y educativo, ¿Cuál debe ser la respuesta heurística de este tratado para salvaguardar el pensamiento crítico y la responsabilidad ética en las futuras generaciones de nativos digitales? Las consecuencias éticas de esta distorsión digital nos obligan a reconfigurar la pedagogía bioética contemporánea, introduciendo con urgencia la deconstrucción crítica de los contenidos digitales en las aulas de medicina, derecho y ciencias de la salud.

Es imperativo que el nativo digital aprenda a discernir entre la divulgación científica rigurosa y la espectacularización comercial burda, entendiendo que el cadáver físico o virtual representa el vestigio ontológico de una persona que exige la misma honradez y justicia que se debe dispensar a los vivos. La enmienda de este vacío moral en la era digital demanda el diseño de un decálogo deontológico

transnacional que unifique la practica forense con los derechos digitales post-mortem. Solo de este modo, devolviendo la sobriedad y el contexto humano al discurso tanatológico, garantiremos que la tecnología actúe de manera subordinada a la sensibilidad moral, impidiendo que el ciberespacio extinga el respeto inalienable debido a la memoria histórica del Ser (1-8, 37, 44-76).

Cadáver Virtual: análisis bioético sobre la exposición digital de restos humanos y cadáveres en redes sociales.

Ante la pregunta, ¿Se ha convertido el ciberespacio en una fosa común hiper conectada o en un museo global desregulado donde el cadáver real es expuesto sin el amparo de la dignidad humana? Analizar desde la bioética esta fenomenología devela que la visibilidad masiva de la corporalidad inerte en las pantallas no responde a un genuino interés científico, académico o de justicia, sino a la lógica algorítmica de retención del usuario a través del impacto visual extremo. Al indexar y viralizar imágenes explícitas de muertes trágicas, autopsias o hallazgos forenses, las redes sociales diluyen la frontera de lo íntimo y lo público, transformando el vestigio ontológico de la persona en un dato digital propenso a la interacción indiscriminada y desprovisto de todo sentido de sacralidad o respeto institucional (1-8, 37, 44-76).

¿Consideramos que esta exposición indiscriminada en las autopistas de la información debe basarse en el constructivismo bioético para articular mecanismos de protección para defender la integridad del ser humano en su dimensión virtual? La difusión de la imagen del cadáver en entornos virtuales sin una justificación doctrinal o pericial rigurosa constituye una abierta transgresión al principio de no maleficencia y una agresión directa a la sensibilidad moral de la colectividad. El algoritmo de consumo, al carecer de un compás ético intrínseco, asimila el resto humano como un elemento neutral del tráfico digital, normalizando la profanación visual ante las nuevas generaciones de internautas (1-8, 37, 44-76).

Para enmendar esta asimetría cibernética, la bioética contemporánea debe erigirse como un eje transversal normativo que exija a las corporaciones tecnológicas la implementación de filtros deontológicos severos y protocolos de gobernanza forense digital, asegurando que la muerte biológica no sea reducida a a un mero insumo para el entretenimiento masivo en la red.

Explotación comercial y monetización del morbo bajo la desnaturalización de la naturaleza del objeto.

Esta era digital, ha perpetrado una profunda desnaturalización del registro gráfico forense e histórico, lo que originalmente fue concebido como un testimonio científico, evidencia legal o una memoria de lo sucedido para garantizar la justicia, hoy es capturado por las dinámicas del mercado digital para ser transformado en un producto rentable. Por lo cual cabe preguntarse: ¿Es éticamente lícito que la crudeza del destino final de un ser humano sea codificada como un activo financiero para generar dividendos mediante clics, anuncios publicitarios o suscripciones *prémium*?

La era digital ha perpetrado una profunda desnaturalización del registro gráfico forense e histórico, lo que fue en su origen concebido como un testimonio científico, una evidencia legal o una memoria de lo sucedido para garantizar la justicia, hoy es capturado por las dinámicas del mercado digital para ser transformado en un producto rentable. La monetización del morbo se consume cuando plataformas y creadores de contenido instrumentalizan la tragedia y la vulnerabilidad del cadáver, convirtiendo los segundos de visualización de un cuerpo inerte en una métrica económica canjeable por ingresos monetarios. Esta explotación comercial despoja al suceso de su gravedad existencial y moral, supeditando la honradez profesional y la piedad debida a los difuntos a los imperativos financieros de la economía de la atención en una sociedad de consumo digital (1-8, 37, 44-76).

Ante esta alarmante mercantilización de la finitud, ¿de qué manera la responsabilidad global ética puede subvertir la conversión de la muerte en una mercancía del entrenamiento digital? El tránsito del testimonio histórico al bien de consumo masivo digital, representa la máxima degradación utilitarista de la condición humana, donde la biografía de la víctima queda sepultada bajo las lógicas del beneficio publicitario transnacional. La bioética de la responsabilidad nos complace a impugnar esta metamorfosis mercantil, promoviendo normativas internacionales específicas que prohíban taxativamente la obtención de lucro directo o indirecto derivado de la exhibición virtual de seres humanos reales (1-8, 37, 44-76).

La restauración de la memoria histórica exige que el registro de los acontecimientos dolorosos o de los peritajes forenses permanezca bajo la custodia estricta de las instituciones académicas y judiciales, blindando el final de la existencia física contra la voracidad del mercado mediático contemporáneo en la era digital.

Cosificación y espectacularización digital

¿Qué resta de la condición humana cuando el cuerpo es vaciado de su identidad personal y transformando en un estímulo transitorio y desechable que el internauta consume con un simple gesto en la pantalla? La espectacularización digital opera como un mecanismo de cosificación radical que reduce el cadáver a una forma vacía, un objeto anatómico desanimado desprovisto de su trayectoria vital, sus afectos y su dignidad ontológica inherente. En el entorno de las redes sociales, el cadáver real pierde su solemnidad institucional y su contexto humanista original; ya no es un ser con historia que merece justicia y reposo, sino un fragmento visual descontextualizado diseñado para provocar una reacción o un impacto viscerales o un impacto emocional efímero del espectador.

Esta degradación mediática destruye el valor simbólico del resto mortal, habituando a la sociedad a contemplar la muerte con una indiferencia tecnificada que anula la compasión y el respeto debido a la memoria de quienes nos precedieron. Dado como lo exponemos existe una deshumanización virtualizada evidente, ¿Cómo podemos invocar el principio de autonomía cuando las fronteras de la voluntad individual no contemplaron los escenarios de la reproducción digital infinita? El quiebre ético fundamental de la espectacularización en redes radica en la total ausencia del consentimiento post-mortem transferible otorgado por el individuo o sus familiares para la exploración pública de su imagen en la red. Negar el derecho a decidir sobre el destino virtual de la propia corporalidad inerte equivale a borrar la identidad del sujeto y perpetuar una injusticia histórica en la sociedad del conocimiento y la información (1-8, 37, 44-76).

Por ello, se impone proponer desde el constructivismo bioético que se instituya la categoría de los “derechos digitales *post mortem*” como una extensión inalienable de nuestra concepción teórica previa de la “Trinidad del Ser” en la cual la dignidad humana se garantiza cuando el cadáver físico o virtual es tratado con la misma honradez y sobriedad que exigimos para los vivos, asegurando que el eco de la voluntad no sea silenciado por la desmesura de la pantalla global (1-8, 37, 44-76).

VI. Memoria, identidad y proceso de restauración

Surgen dudas con respecto a la difusión como “Memoria y Restauración” de la finitud, por lo cual nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Constituye el cuerpo sin vida una simple estructura orgánica en descomposición, o representa el último baluarte de la identidad humana que custodia la memoria histórica?

En la arquitectura del constructivismo bioético, el cadáver se instituye, no como un objeto pasivo de apropiación, sino como un portador legítimo de memoria, historia y derechos residuales que apela a la justicia distributiva y a la honradez de la sociedad que lo sobrevive. El deber ético inalienable de las instituciones forenses, sanitarias y de comunicación digital radica en impedir de forma taxativa la disolución de la biografía del individuo en un anonimato utilitario o virtual, un fenómeno crítico que vacía de sentido la existencia de los sujetos para transformarlos en meros insumos estadísticos o comerciales. Preservar la historicidad de los restos humanos implica comprender que la “dignidad intrínseca” del ser humano no posee fecha de caducidad y exige que cada cuerpo, real o virtual, mantenga su nombre y contexto intactos ante el espacio público global (1-8, 37, 44-76).

La transformación del cadáver en una forma vacía y anónima en las redes sociales representa una flagrante violación al principio de autonomía *post mortem* y una erosión sistemática de la sensibilidad moral de las nuevas generaciones de nativos digitales, en este sentido la bioética contemporánea de la responsabilidad global, nos exige subvertir este atajo reduccionista utilitarista, resaltando que las ciencias forenses jamás deben desligarse de la transparencia en la procedencia y del reconocimiento del individuo. Blindar el ciberespacio y las aulas universitarias contra la deshumanización programada es un imperativo de justicia que asegura el tránsito definitivo del ser sea tratado con la sobriedad que demanda su condición humana originaria.

Restauración y dignificación estética forense.

Es un imperativo moral social que la mirada morbosa de la sociedad en la era digital entienda que es un acto de justicia reparadora devolver al cadáver su legítimo lugar en la historia. Ese imperativo de pasar de la “exposición espectacular” a la “restitución de la identidad” constituye el núcleo metodológico del proceso de restauración y dignificación forense/estética que proponemos a partir de la presente revisión narrativa. Este enfoque heurístico exige clausurar definitivamente los circuitos de entretenimiento y mercantilización masiva que despojan al cuerpo inerte de su gravedad moral, sustituyéndolos por protocolos estrictos de gobernanza forense y digital que prioricen la biografía del fallecido sobre la espectacularidad visual del morbo. Los restos humanos deben dejar de ser un estímulo efímero de consumo en la pantalla global debe ser asumida como el vestigio sagrado de una persona dotada de derechos (1-8, 37, 44-76).

Así mismo, la restauración institucional debe orientarse de forma decidida a devolver la sobriedad, el respeto y el contexto humano al espécimen anatómico, reparando con firmeza la crudeza punitiva del pasado romano-helénico, la

mercantilización física de las exhibiciones itinerantes y la profanación digital de los neo comunicadores contemporáneos. Ello implica que las universidades, museos y plataformas virtuales implementen cadenas de custodia transparentes y exijan un consentimiento informado verificable antes de cualquier exhibición o abordaje público de los restos humanos. Rectificar estas desviaciones comerciales no es un formalismo burocrático, es una acción de bondad y equidad que busca sanar los excesos de la desmesura algorítmica y mediática, devolviendo al campo de la salud y la antropología su profunda sensibilidad humanista original (1-8, 37, 44-76).

Reivindicación de la dignidad humana del pasado en el presente para conservar el futuro.

A partir de la presente revisión narrativa, se debe postular la premisa que la bioética contemporánea debe erigirse como la voz de los silenciados, enmendando esas asimetrías históricas que han permitido la explotación indiscriminada de los cuerpos vulnerables en el plano físico y virtual (1-20, 37, 44-76).

La reivindicación de la dignidad humana en la sociedad del conocimiento y la información exige la ejecución de acciones concretas destinadas a proteger el nombre, la honradez y el legado simbólico de quienes ya no poseen voz en la tierra para defenderse de la deshumanización mediática o el abuso institucional. Históricamente, los restos de los disidentes políticos, minorías étnicas, víctimas de desastres naturales y ciudadanos de los estratos socioeconómicos más vulnerables han sido los más propensos a sufrir el anonimato forzado de las mesas de disección desreguladas o el canibalismo visual de las pantallas de internet, lo cual obviamente implica enmendar estas injusticias del pasado y del presente requiere la creación de un modelo de gobernanza forense global que equipare el estatus axiológico de todo cadáver, garantizando que ninguna corporalidad inerte sea tomada como un recurso utilitario sin historia ni contexto (1-8, 37, 44-76).

Es obvio que en la actualidad existe un vacío regulatorio preocupante que impera en el contexto local, regional, nacional, e internacional, pero cabe preguntarse, ¿Cuál es el referente ético que debemos legar a las futuras generaciones de profesionales de las ciencias médico-legales? La presente revisión narrativa postula la urgencia de instituir legalmente los “derechos digitales *post mortem*” y un decálogo deontológico que unifique los criterios de respeto forense/estético ante los restos humanos. La dignidad humana no se extingue con la muerte biológica, se perpetua en la responsabilidad con la que custodiamos su memoria histórica y su contexto biográfico. Al blindar la imagen del cadáver físico y virtual contra la tiranía del clic y la monetización algorítmica, la sociedad hiper conectada no solo

restituye la justicia de los fallecidos, sino que salva su propia sensibilidad moral, impidiendo que el viaje definitivo del Ser de la piedra a la pantalla sucumba ante la barbarie digitalizada (1-8, 37, 44-76).

VII. Alternativas tecnológicas heurísticas frente a la deshumanización *post mortem*

Si analizamos de forma crítica las exhibiciones globales tales como *Body Worlds/ Bodies* devela una profunda ruptura bioética, donde la delgada línea de la pedagogía anatómica y el lucro comercial se disuelve por completo en favor de la industria del entretenimiento de masas. La controversia medular no radica únicamente en el impacto visual de los cadáveres colocados en poses dinámicas y desprovistas de su historicidad, sino en la alarmante opacidad que ha caracterizado secularmente a sus cadenas de custodia y procedencia. La sospecha sistemática de que múltiples especímenes corresponden a personas que (en vida) estuvieron en situación de vulnerabilidad, fueron disidentes políticos o ajusticiados, cuyos nombres fueron borrados por burocracias silenciosas, representa una afrenta directa a los principios de autonomía, justicia distributiva y no maleficencia *post mortem* (1-8, 37, 44-76).

Nunca es justificable el valor didáctico de mostrar restos humanos de forma física instrumentalmente, cuando se produce mediante un despojo deliberado de la dignidad y el consentimiento de los sujetos. La transformación del cadáver en un bien itinerante y masivo desnaturaliza el sentido humanista de la investigación médica, habituando al espectador libertino a contemplar la anatomía humana como un mero objeto macroscópico desanimado y libre de ataduras morales. Se debe interpelar rigurosamente a las instituciones forenses y sanitarias que avalan estas prácticas, demandando una trazabilidad transparente y la prohibición de absoluta de mercantilizar la corporalidad inerte sin un consentimiento informado explícito y verificable.

La educación científica de las futuras generaciones jamás debe edificarse sobre la base de la profanación institucionalizada; restaurar la honradez y la sobriedad en el quehacer académico implica decretar que los restos humanos son vestigios ontológicos de la persona y, por ende, su memoria histórica no puede ser canjeada por dividendos económicos ni dinámicas de consumo masivo.

Virtualización académica aliada del respeto de la dignidad y la autonomía

En esta era digital cabe la interrogante, ¿Es posible armonizar las demandas imperativas de la formación médico-quirúrgica contemporánea con el resguardo

infranqueable de los derechos del fallecido a través del uso de la tecnología de vanguardia? La emergencia de las alternativas digitales éticas, tales como la disección virtual en alta definición, los modelos tridimensionales interactivos y las plataformas cerradas de simulación médica, se instituye como una aliada heurística fundamental frente a la deshumanización y la cosificación del resto humano. Estas herramientas de virtualización académica permiten al estudiante de ciencias de la salud explorar la complejidad anatómica con un rigor empírico y metodológico extraordinario, pero bajo un entorno estrictamente normado, controlado y diseñado con fines exclusivamente educativos (44-76).

A diferencia de la anarquía visual que impera en la red, la virtualización científica respeta el principio de autonomía al mitigar la necesidad de intervenir físicamente sobre cuerpos de procedencia dudosa, ofreciendo un soporte pedagógico que no violenta la sensibilidad moral colectiva.

No obstante, no se puede dejar de lado la pregunta, ¿Cómo podemos garantizar que este despliegue tecnológico actúe verdaderamente como un compás ético y no replique de forma sutil la espectacularización desregulada de los neo comunicadores?

La demarcación epistemológica crucial radica en diferenciar netamente el espacio virtual académico de espacio público comercial y de las redes sociales hiper conectadas. Mientras las plataformas de simulación universitaria operan bajo estrictos códigos deontológicos que resguardan la solemnidad institucional y el contexto humano de la pedagogía anatómica, el ecosistema digital abierto tiende a descontextualizar contenido relacionado a restos humanos para transformarlo en un estímulo transitorio y monetizable digitalmente. La transición de la piedra a la pantalla debe ser gobernada por una estricta regulación trasnacional, asegurando que la digitalización del cuerpo sirva para iluminar el conocimiento con justicia y empatía, impidiendo de forma categórica que el ciberespacio se convierta en una vitrina profana donde la dignidad del ser sea sacrificada en el altar de la viralidad mediática (1-8, 37, 44-76).

VIII. Dimensión jurídica, deontológica y regulatoria en el contexto normativo venezolano

Por ser esta una revisión narrativa pionera en Venezuela en la trata del tema de la exhibición de cadáveres en forma física y digital, ante la interrogante: ¿Resulta suficiente el andamiaje legal concebido en el siglo pasado para contener las complejas transgresiones axiológicas de la hiper conectividad perpetrada contra los restos humanos en el territorio nacional? Al examinar de forma crítica las leyes y los

códigos deontológicos referentes al tema en Venezuela, incluyendo la regulación de servicios funerarios y cementerios (6, 21-23, 70-75), en especial, la LEM (21), se devela que la mismas poseen un alcance normativo rígidamente circunscrito a regular la *praxis* asistencial y la actuación pericial tradicional, descuidando por completo las mutaciones tecnológicas en la era digital.

Con un análisis reflexivo crítico con comprensión hermenéutica de la revisión narrativa realizada (1-76), consideramos que, con el avance vertiginoso violento del desarrollo de las nuevas tecnologías al servicio de la humanidad, así como de todas aquellas formas de *Big Data*-IA con marcos éticos regulados por humanos podemos construir directrices éticas pedagógicas legítimas en las aulas universitarias para posteriormente dedicarnos en la enseñanza de la ciudadanía digital (1-8, 37).

A continuación mencionaremos algunas de los artículos que se relacionan específicamente o por analogía con el tema que estamos tratando en esta investigación, por ejemplo: la Ley de LEM (21), en sus artículos 24 (deberes morales, dignidad humana y respeto a la persona) , 46 (inviolabilidad del secreto médico) y 114 (sanciones penales y disciplinarias); el Código Penal Venezolano (71) en su artículo 205 (pena a violación secreto profesional funcional) y la Ley de Estatuto de la Función Policial (72), en sus artículos del 95 al 105, (sanciones disciplinarias ante faltas de funcionarios policiales); Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo (73), en su Título V de la jurisdicción y otros procedimientos especiales (artículos 63 a 89); Ley contra delitos informáticos (74), en sus artículos 11 (espionaje informático), 20 (violación de privacidad de la data o información de carácter personal), 21 (violación de privacidad de las comunicaciones), 22 (Revelación indebida de data o información de carácter personal), 25 (apropiación de propiedad intelectual), 26 (oferta engañosa), 27 (agravantes), 28 (agravante especial), 29 (penas accesorias), 30 (divulgación de la sentencia condenatoria) y 31 (indemnización civil).

De igual forma, la Ley de Responsabilidad Social en Radio, Televisión y Medios Electrónicos (Ley RESORTEME) (75), en sus artículos 6 (clasificación de elementos de lenguaje, salud, sexo y violencia), 27 en su numeral 1 (apología del delito), 7 (tipos y bloques de horario, restricciones de horario), 20 (directorio de responsabilidad social), 27 (prohibición de difusión de mensajes en radio, televisión y medios electrónicos contrarios a las leyes) y 28 (sanciones). Por último, el CFV de 1878 (18), en sus artículos 78 a 106 (procedimientos de autopsia e inhumación, examen del cadáver y respeto al pudor e integridad de la escena).

Los textos legales y códigos nacionales relacionados al respeto a la dignidad humana *post mortem*, incluyendo la Ley de Regulación de los Servicios Funerarios y Cementerios (6, 21-23, 70-75), exhiben profundos vacíos normativos en cuanto a las directrices éticas que deben regir el uso pedagógico de los cadáveres en las aulas

universitarias, la legitimidad de muestras macroscópicas y, de manera alarmante, la difusión no consentida de registros anatómicos en el espacio virtual global. Esta desregulación civil, administrativa y penal deja desprotegido el derecho de intimidad del fallecido, permitiendo que la crudeza del peritaje forense sea expuesta sin filtros por creadores de contenido digital, socavando los pilares de la honradez, el rigor y la sobriedad institucional que el campo de la salud tiene la obligación moral de preservar ante las futuras generaciones.

Es necesario e impostergable que frente a esta intemperie/incertidumbre legislativa que despoja al ciudadano de protección *post mortem* desde el constructivismo bioético impulsar cambios de un marco legal y deontológico nacional rezagado para erigir ese eje transversal capaz de articular una reforma legislativa profunda, que introduzca penalizaciones severas contra la cosificación discursiva y visual del cadáver físico virtual en entornos educativos o mediáticos.

La ausencia de normativas específicas que prohíban la espectacularización de los restos humanos en redes sociales exige que las sociedades científicas nacionales y las universidades asuman de inmediato un modelo de gobernanza forense transitorio, promover una *praxis* médica humanista en Venezuela demanda que el cuerpo inerte sea respetado, garantizando que el tránsito de la materia no sea secuestrado por la anarquía algorítmica ni por lógicas de entretenimiento masivo desprovisto de sensibilidad moral (1-8, 21-24, 70-75).

Normativas de cementerios, servicio funerarios y exhumaciones.

Como ya hemos mencionado anteriormente, las normativas venezolanas que rigen cementerios, servicios funerarios y procesos de exhumación/inhumación están concebidas bajo concepciones sanitarias y de orden público locales, incapaces de prever la velocidad y el alcance de la desinformación digital evitando que las regulaciones burocráticas fragmentadas del ciberespacio normalicen la profanación del Ser *post mortem* y caricaturicen el tráfico simbólico de la muerte (6, 21-23, 70-75).

Hoy en día, la falta de una plataforma centralizada que garantice la trazabilidad anatómica rigurosa de los cuerpos y piezas óseas facilita que especímenes humanos sean desviados de su destino solemne para ser objeto de mercantilización o exhibición desregulada. Si aplicamos a este contexto conceptos de bioética de la responsabilidad global, nos complace denunciar que la ausencia de un control estricto sobre el destino final de la corporalidad inerte lesiona la memoria histórica colectiva y fractura los lazos de parentesco y justicia distributiva que definen a una sociedad moralmente sana (1-8, 21-23, 44-76).

Ante este escenario de vulnerabilidad institucional, ¿Qué acciones concretas debe proponer este documento para edificar un compás moral transnacional que blinde la soberanía del cuerpo? Resulta imperioso decretar la creación de una ley Nacional de Trazabilidad Anatómica que unifique los criterios de custodia desde el deceso biológico hasta la sepultura definitiva o el uso científico consentido, integrando de forma explícita las dimensiones del espacio público virtual. La restauración de la sobriedad en el manejo de la finitud que cada exhumación o procedimiento tanatopráxico cuente con los protocolos de registro digital cerrados e inviolables, impidiendo que el dolor familiar o el resto sagrado se conviertan en ganchos visuales para el consumo algorítmico.

Solo mediante una directriz forense e informativa estricta, cimentada en los valores de honradez y el respeto al legado de nuestros ancestros, podemos heredar a las nuevas generaciones de profesionales de salud un referente solido protector de la dignidad del Ser ante los embates de la desmesura mediática (1-8, 21-24, 44-76).

Contexto internacional

En el concierto internacional, instrumentos fundamentales como la Declaración de Helsinki (77), y la Convención Universal sobre Bioética y Derechos humanos de la UNESCO (24), han consagrado los principios de autonomía/ consentimiento informado, beneficencia, no maleficencia y justicia como las columnas infranqueables de la investigación y la *praxis* biomédica. No obstante, el debate contemporáneo devela una profunda asimetría epistemológica, estas declaraciones fueron redactadas pensando en el sujeto vivo o en el cadáver biológico inmediato, dejando la penumbra regulatoria infinita de la imagen digitalizada y el destino de los metadatos forenses. Esta desconexión instrumental permite que las plataformas hiper conectadas transnacionales eludan su responsabilidad ética global, amparándose en una vía jurídica que asume el cadáver virtual como una mercancía de libre tráfico algorítmico (1-8, 16-20, 21-24, 70-77).

Podemos reformular ante la deshumanización globalizada las categorías internacionales de los derechos humanos para adaptarlas al ecosistema digital, de tal forma que desde el punto de vista heurístico instituiremos formalmente la categoría de los “derechos digitales post-mortem”. Y la defensa de la identidad persistente de la persona más allá de su extinción física. La enmienda de las injusticias del presente exige que el consentimiento informado a nivel internacional sea reconfigurado como un derecho intransferible y vinculante al entorno digital, otorgando al individuo y a sus herederos la facultad inalienable de prohibir la

espectacularización comercial o el uso lúdico de sus restos en la red (1-8, 16-20, 21-24, 70-77).

Promover una cultura digital ética implica unificar el quehacer científico con un decálogo deontológico transnacional que eduque y sancione penalmente la monetización del morbo. Solo garantizando que las normativas internacionales protejan el nombre y el legado simbólico de quienes ya no pueden hablar por sí mismos, evitaremos que la ciencia y la tecnología del mañana abdique de su compromiso con la dignidad inherente de la condición humana (1-8, 16-20, 21-24, 70-77).

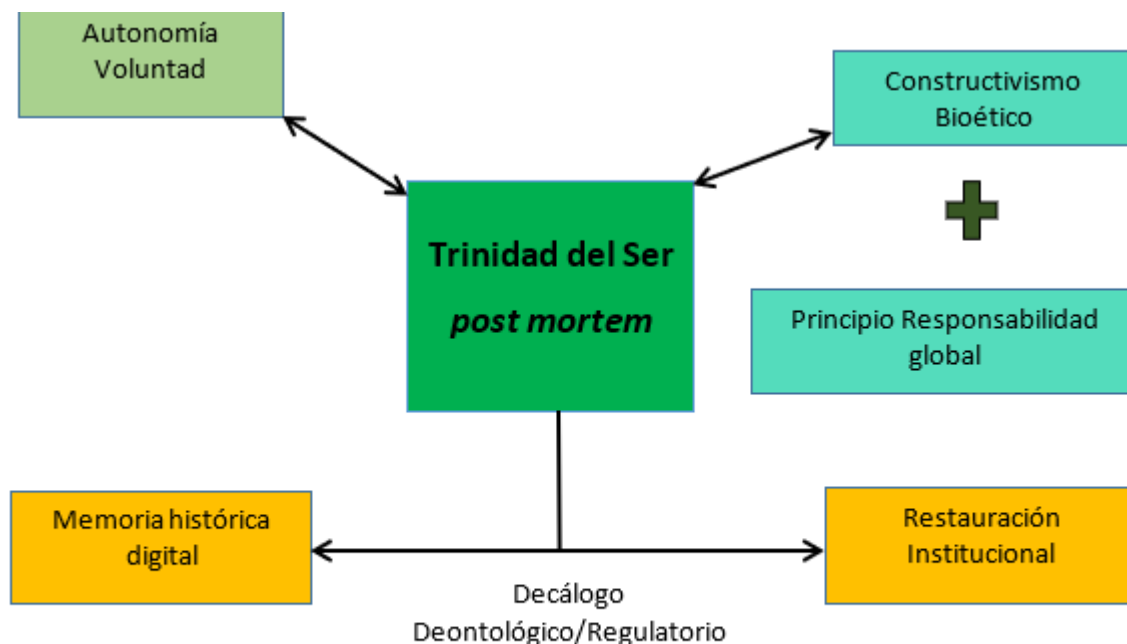
Consideraciones bioéticas sobre la exposición de cadáveres física o digital en espectadores vulnerables

La exposición sin regulación del cadáver en vitrinas comerciales y plataformas digitales suscita una profunda preocupación bioética al impactar directamente sobre espectadores no educados o sumidos en condiciones de alta vulnerabilidad social, psicológica y espiritual. En entornos desprovistos de un andamiaje pedagógico o institucional, la contemplación descontextualizada de restos humanos deja de ser un hecho formativo para convertirse en una agresión simbólica que fractura la estabilidad psíquica del individuo (1-8, 16-20, 21-24, 70-77).

Aquellos sujetos que atraviesa duelos patológicos, crisis existenciales o entornos de violencia estructural carecen de los filtros críticos necesarios para procesar la crudeza de la muerte espectacularizada, la cual asimilan como una normalización de la deshumanización. Esta desmesura algorítmica y mediática no solo lesiona la sensibilidad moral colectiva, sino que profana la intimidad del observar, quien es instrumentalizado por el mercado del morbo como un consumidor pasivo de la tragedia ajena, vaciando de bondad y compasión su relación ontológica con la finitud (1-8, 16-20, 21-24, 70-77).

Asimismo, es imperativo advertir como las variables biológicas, asociadas a la maduración neurocognitiva en niños y adolescentes, intensifican la susceptibilidad frente a la violencia visual de la muerte digitalizada. El cerebro en desarrollo, al verse bombardeado por estímulos macabros desprovistos de solemnidad o rigor científico, procesa estas imágenes desde estructuras límbicas ligadas al trauma, lo que interfiere en la consolidación de la empatía y promueve una progresiva desensibilización emocional. El constructivismo bioético y principio de responsabilidad global nos obligan a intervenir de manera urgente en resguardo de estas poblaciones vulnerables, cuyas barreras biológicas y psíquicas son sistemáticamente derribadas por la tiranía del clic (1-8, 16-20, 21-24, 70-77).

Proteger el ecosistema perceptivo de los sectores desfavorecidos frente al canibalismo visual no constituye un acto de censura, sino un imperativo de justicia distributiva y honradez académica que busca legar a las futuras generaciones un horizonte social donde la muerte sea respetada y la vida humana blindada en su dignidad originaria, en donde emerge la propuesta de la “Trinidad del Ser” *post mortem* como eje transversal bioético de respeto a la dignidad humana de los fallecidos en base a la revisión narrativa realizada (Figura 2) (1-77).



Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Propuesta de la Trinidad del Ser *post mortem* como eje transversal bioético de respeto a la dignidad humana de los fallecidos

CONCLUSIONES

En base a la revisión narrativa realizada, se concluye que la sociedad del conocimiento y la información en la era digital del siglo XXI, no puede continuar impasible ante la disolución biográfica de los fallecidos, que este es el momento inexorable de trazar un límite ético definitivo a la desmesura algorítmica de las pantallas. Esta declaración fundacional se erige como un manifiesto bioético e institucional, una proclama racional surgida desde e constructivismo filosófico

para salvaguardar la dignidad, la memoria y la integridad ontológica del ser humano en su tránsito de la finitud física a su persistencia virtual.

Es perentorio una convocatoria de la comunidad científica de las disciplinas afines al respeto de la dignidad humana *post mortem*, incluyendo a las academias/ sociedades científicas/facultades de ciencias de la salud o medicina, a los poderes públicos y a las corporaciones tecnológicas a reconocer formalmente que el cadáver, real (físico) o digitalizado, no constituye un objeto de consumo de libre apropiación mercantil ni un insumo recreativo para el entretenimiento de las masas, sino el vestigio ontológico digno y sagrado de una persona dotada de derechos inalienables que exigen ser respetados con absoluta honradez y justicia distributiva.

Estamos frente a la espectacularización desregulada orquestada por neo comunicadores e *influencers*, que deben educarse y moralmente aprender cual debe ser el tratamiento de restauración axiológica de la imagen *post mortem*.

La revisión narrativa realizada, es un manifiesto que decreta el imperativo ético de la restauración institucional, un proceso orientado a devolver la sobriedad, el respeto y el contexto humanista al espécimen anatómico y legal, revirtiendo la crudeza de la mercantilización física y la profanación en las redes sociales. La responsabilidad global nos obliga a sancionar deontológicamente la explotación comercial del morbo y la anarquía visual del *clickbait*, instituyendo de forma vinculante los derechos digitales *post mortem* como una extensión legítima de la autonomía del individuo.

Proteger el nombre y el legado simbólico de quienes ya no pueden hablar por sí mismos no es una concesión burocrática, sino la medida exacta de nuestra propia sensibilidad moral, solo delimitando las fronteras del ciberespacio garantiremos que la tecnología del mañana ilumine con conocimiento y conecte con profunda humanidad, impidiendo que el eco del Ser sea devorado por la barbarie digitalizada.

Para dar una respuesta pragmática a este desafío conceptual, como conclusión de la presente revisión narrativa, emerge el siguiente Decálogo De Regulación Transparente y Deontología Digital, diseñado como una guía interdisciplinaria y transversal para normar la praxis científica, pedagógica y mediática a escala global:

Primacía ontológica del Ser: Todo resto humano, físico o virtual, debe ser considerado vestigio ontológico de una persona y portador de memoria histórica, prohibiéndose reducción al objeto de consumo masivo.

Exigencia de trazabilidad transparente: las instituciones sanitarias, forenses y educativas deben implementar cadenas de custodia rigurosas e informatizadas que impiden el desvío o la opacidad de los especímenes anatómicos.

Vinculación del consentimiento digital: El consentimiento informado post-mortem debe ser extendido formalmente al entorno virtual, impidiendo la reproducción infinita de la imagen anatómica explícita del sujeto o sus derechohabientes.

Prohibición absoluta de la monetización del morbo: Se prohíbe taxativamente la obtención de lucro directo o indirecto, anuncios publicitarios, suscripciones o interacciones algorítmicas derivados de la exposición de cadáveres reales en las redes sociales.

Subordinación algorítmica a la ética: Las corporaciones tecnológicas deben configurar filtros deontológicos y de gobernanza digitales para educar/penalizar y censurar la viralidad sensacionalista de imágenes médico-legales.

Sobriedad institucional en la divulgación: La difusión de contenidos anatómicos o forenses por parte de neocomunicadores debe ajustarse estrictamente a la veracidad factual y al rigor científico, erradicando la imaginación desbordada con fines lúdicos.

Priorización de alternativas virtuales éticas: Las universidades deben incentivar el uso de la disección virtual y plataformas cerradas de simulación como herramientas pedagógicas aliadas del respeto y la dignidad humana.

Salvaguarda de la identidad y del nombre: Ninguna acción expositiva o pericial debe disolver la biografía del individuo en un anonimato utilitario; se debe proteger siempre su contexto histórico y su legado simbólico.

Reforma deontológica y legal: Los estados, tomando como referencia vacíos como el de la LEM en Venezuela, deben tipificar como delitos la profanación digital y espectacularización física o digital de los cuerpos.

Fomento de la sensibilidad moral transgeneracional: Las aulas de las Ciencias de la Salud, deben incorporar de forma transversal la deconstrucción crítica de los medios digitales, educando a los nativos digitales en la honradez, la justicia y la piedad tanatológica.

Declaratoria de ausencia de conflictos de intereses:

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses durante la realización de la presente revisión narrativa.

REFERENCIAS

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Bello-Rodríguez FA. Intrusismo médico y ejercicio ilegal de la medicina. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2022; 82(4): 478-86. DOI: 10.51288/00820412.
6. 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.
7. 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.
8. 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* 2020; 80 (Sup1): S56 - S69. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2020_vol80_num1_8.pdf.
9. Telecan T, Capraş RD, Filip GA, Bonea M, Crivii CB. Dissection in the 21st century: virtual tables versus traditional methods and their influence on medical students' perception - a systematic review. *BMC Med Educ*. 2025;25(1): 1332. DOI: 10.1186/s12909-025-07946-6.
10. Bin P, Conti A, Buccelli C, Addeo G, Capasso E, Piras M. Plastination: ethical and medico-legal considerations. *Open Med (Wars)*. 2016; 11(1): 584-6. DOI: 10.1515/med-2016-0095.

11. Iwanaga J, Kim HJ, Akita K, Logan BM, Hutchings RT, Ottone N, et al. Ethical Use of Cadaveric Images in Anatomical Textbooks, Atlases, and Journals: A Consensus Response From Authors and Editors. *Clin Anat.* 2025; 38(2): 222-5. DOI: 10.1002/ca.24258.
12. Lopes FCS, Lima NG. Uso e Formas de Obtenção de Cadáveres para o Estudo da Anatomia: Aspectos Bioéticos. *Persp Med Legal Perícia Med.* 2017; 2(1): [aprox. 12 p.]. DOI: 10.47005/020104. En portugués.
13. Araujo-Cuauro JC. Cadáveres para la disección anatómica y su estatus mortem. Su consonancia desde la necroética en la praxis. *VITAE Acad. Bioméd. Digit.* [Internet]. 2025 [consultado 04 de julio de 2026]; 1(102): [aprox. 12 p.]. Disponible en: https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_6617.pdf.
14. Araujo-Cuauro JC. Desafíos de los estudiantes ante la práctica anatómica en la sala de disección en relación con el aprendizaje. *VITAE Acad. Bioméd. Digit.* [Internet]. 2025 [consultado 04 de julio de 2026]; 1(101): [aprox. 5 p.]. Disponible en: https://sosvitae.ucv.ve/index.php/vitae/article/view/948/vitae_6596.
15. Lopes FCS, Lima NG. Uso y formas de obtención de cadáveres para el estudio de la anatomía: aspectos bioéticos. *Persp Med Legal Perícia Med.* 2017; 2(1).
16. Lecaros JA. La bioética global y la ética de la responsabilidad. *Rev Iberoam Bioet.* 2016; 1(1): 1-13. DOI: 10.14422/rib.i01.y2016.007.
17. Jonas H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Madrid: Herder; 1995.
18. Urrego-Gallego HA. La corresponsabilidad como camino hacia la construcción de la dignidad humano-planataria en el marco de la bioética global. *Ciencia Latina Rev Cient Multidiscipl.* 2025; 9(3): 55681-610. DOI: 10.37811/cl_rcm.v9i3.18200.
19. Restrepo Tamayo JC. La teoría de la responsabilidad como imperativo ético: Hans Jonas y el principio axiológico para la tecnociencia. *Escritos Fac. Filos. Let. Univ. Pontif. Bolívar* [Internet]. 2011 [consultado 04 de julio de 2026]; 19(42): 79-122. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-12632011000100004.
20. Fernández/Molina MV. Un análisis de la bioética global desde el derecho internacional de los derechos humanos. *Méd. ética.* 2025; 36(3):1074-132. DOI: 10.36105/mye.2025v36n3.05.
21. Decreto Constituyente de Reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial* N° 41.984 (13 de octubre de 2020). Caracas: Asamblea Nacional de Venezuela [Internet]; 2020 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2020/12/41984.pdf>.
22. Código de Instrucción Médico Forense. *Gaceta Oficial* N° 1.443 (1 de agosto de 1878). Caracas: Imprenta Nacional [Internet]; 1878 [consultado 04 de julio

- de 2026]. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/federales/codigos/codigo-medico-forense.pdf>.
23. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Código de Ética para la Vida. Caracas: MINCYT [Internet]; 2024 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en : <https://mincyt.gob.ve/download/codigo-de-etica-para-la-vida/>.
24. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. París: UNESCO [Internet; 2005 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.
25. Zaruma-Pilamunga O, Vásconez-Torres MJ, Chávez-Gavilánez EO, Yáñez-Arteaga WA. La oralidad, pedagogía de conservación de saberes en culturas indígenas del cantón Guaranda, Provincia Bolívar. J. Sci. Res. 2023 8(4): 225–39. DOI: 10.5281/zenodo.10086225.
26. Gallardo-Díaz RPJ, Jaimes-García J, Torres-Galán J. La muerte humana entre la bioética y la antropología de la muerte: la transmisión tradicional del final de la existencia. Vita Brevis [Internet]. 2019 [consultado 04 de julio de 2026]; 1(15):62-77. Disponible en: <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/vitabrevis/article/view/19090/20440>.
27. Torres D. Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. Sapiens [Internet]. 2006 [consultado 04 de julio de 2026]; 7(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152006000200008.
28. Müller de Soyano A. Vida después de la vida: muerte, momificación y entierros en el Antiguo Egipto. Rev Soc Venez Hist Med. 2017; 66(1-2): 14-30. Disponible en: <https://revista.svhm.org.ve/ediciones/2017/1-2/art-3>.
29. Rodríguez-Muñoz D. Aproximación al Juicio de Osiris dioses que están presentes y el concepto de la muerte en el Antiguo Egipto. Aproximación al Juicio de Osiris dioses que están presentes y el concepto de la muerte en el Antiguo Egipto. San Francisco (CA): Academia.edu [Internet]; 2018 [consultado 04 de julio de 2026]; Disponible en: https://www.academia.edu/39147762/Aproximaci%C3%B3n_al_Juicio_de_Osiris_dioses_que_est%C3%A1n_presentes_y_el_concepto_de_la_muerte_en_el_Antiguo_Egipto?_cf_chl tk=ubOp2ejEZWehAqrNjm1E7ylyqADnMnkBpQS9fsqj3ho-1784473132-1.0.1.1-AMEZmwEUmWmwZhF5nPx7Y_gnW.OBS0ROXGibVbEsXXI.
30. Román-Vargas FJ, Olea-Morillas A, Padín-Mariño J, Moreras-Palenzuela. El estudio de la muerte y de los ritos funerarios desde la antropología. Limes. Revista d'arqueologia [Internet]. 1991 [consultado 04 de julio de 2026]; 1(1): 59-67. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Limes/article/view/374944>.

31. Cantarella E. Los suplicios capitales en Grecia y Roma. Orígenes y funciones de la pena de muerte en la Antigüedad clásica. Madrid: Akal; 1996.
32. Retief F, Cilliers L. Burial customs and the pollution of death in ancient Rome: procedures and paradoxes. *Acta Theologica*. 2010; 26(2): 128–46. DOI: [10.4314/actat.v26i2.52569](https://doi.org/10.4314/actat.v26i2.52569).
33. Escartín-Arroyo R. Xibalbá y Mictlán: una comparación sobre el inframundo en Mesoamérica. San Francisco (CA): Academia.edu [Internet]; 2007 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.academia.edu/9370164/Xibalb%C3%A1_y_Mictl%C3%A1n_una_comparaci%C3%B3n_sobre_el_inframundo_en_Mesoam%C3%A9rica_Roberto_Escart%C3%ADn_Arroyo_2007.
34. Gil-García FM. Donde los muertos no mueren. Culto a los antepasados y reproducción social en el mundo andino. Una disusión orientada a los manejos del tiempo y el espacio. *An. Mus. Am.* [Internet]. 2002 [citado 13 Jul 2026];1(10):59-83. Disponible en: <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5d3999d72999520684455bcc>.
35. Clarac de Briceño J. La cultura campesina en los Andes venezolanos. Caracas: Fundación Editorial el Perro y la rana [Internet]. 2017 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: http://www.elperroylarana.gob.ve/wp-content/uploads/2017/07/la_cultura_campesina_en_los_andes_venezolanos_2017.pdf.
36. Paz Reverol CL. Los ritos de muerte y dobles enterramientos en el pueblo wayuu. *Interacción y Perspectiva* [Internet]. 2018 [consultado 04 de julio de 2026]; 8(1):67-2. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/23280>.
37. 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.
38. Arrizabalaga J. La Peste Negra de 1348: los orígenes de la construcción como enfermedad de una calamidad social. *Dynamis* [Internet]. 1991 [consultado 04 de julio de 2026]; 11(1):73-117. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/105920>.
39. Klinsky T. Death transformed: how the Black Death impacted the dying in the 14th century. New Jersey(NJ): NJCSS [Internet]. 2024 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://teachingsocialstudies.org/2024/02/25/death-transformed-how-the-black-death-impacted-the-dying-in-the-14th-century/>.
40. González-Hernando I. Abrir para comprender: disecciones anatómicas en libros medievales. *Titivillus* [Internet]. 2016 [consultado 04 de julio de 2026]; 1(2): 27-55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5425415>.

41. Park K. *Secrets of women: gender, generation, and the origins of human dissection*. New York (NY): Zone Books; 2010.
42. Gómez-López C. El cuerpo a escena: arte y medicina en la ilustración anatómica de la Edad Moderna. Cuad. Marqués San Adrián [Internet]. 2018 [citado 13 Jul 2026]; 1(10):237-79. Disponible en: https://qinnova.uned.es/archivos_publicos/qweb_paginas/15846/8consuelogomezarteymedicina.pdf.
43. Araujo-Cuauro J. Theatrum Anatomicum. Su historia en el arte de la ilustración del aprendizaje anatómico. Acta Bioclínica [Internet]. 2026 [consultado 04 de julio de 2026]; 16(33): 91-124. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/22816/21921934753>.
44. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. En: Tealdi JC, director. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: Unibiblos – Universidad Nacional de Colombia / Redbioética Unesco [Internet]; 2008 [consultado 04 de julio de 2026]. p. 161-4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288846992_Bioetica_de_intervencion_verbete.
45. López-Baroni M. *Bioética y tecnologías disruptivas*. Madrid: Herder; 2021.
46. Moren Rivera LL. Reflexiones generales para garantizar la dignidad de un cadáver, desde la experiencia del Servicio Nacional de Medicina y Ciencias Forenses de Venezuela. Multiverso Journal. 2025; 5(8), 159-70. DOI: 10.46502/issn.2792-3681/2025.8.15.
47. Hernández AMV, Díaz GMM, Zelaya MM. Informed consent of postmortem sampling: Bibliographic review. Rev Cienc Forenses Honduras. 2022; 8(1): 26-37. DOI: 10.5377/rcfh.v8i1.14965.
48. Nawras M, Aoun J, Yazdi V, Hecht M, Khuder S, Frank P. Assessing the Ethical Concerns of Medical Students in the Gross Anatomy Lab. J Med Educ Curric Dev. 2023; 10(1-4): 23821205231168505. DOI: 10.1177/23821205231168505.
49. Memon I. Cadaver Dissection Is Obsolete in Medical Training! A Misinterpreted Notion. Med Princ Pract. 2018; 27(3): 201–10. DOI: 10.1159/000488320
50. American Medical Association. Issue Brief: Unclaimed Bodies in Medical Education. Chicago: AMA Council on Ethical and Judicial Affairs [Internet]; 2023 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/system/files/issue-brief-unclaimed-bodies-medical-education.pdf>.
51. Jones DG, Whitaker MI Anatomy's use of unclaimed bodies: reasons against continued dependence on an ethically dubious practice. Clin Anat. 2012; 25(2): 246-54. DOI: 10.1002/ca.21223.
52. Ottone NE, Torres-Villar C, Duque-Colorado J, García-Orozco L, Álvarez-Ricartes N, Leviman-Elgueta B, et al. Advancing Ethical Standards in Anatomical Donation: Regional Insights From South America. Clin Anat. 2026. DOI: 10.1002/ca.70105. Epub ahead of print.

53. Habicht JL, Kiessling C, Winkelmann A. Bodies for Anatomy Education in Medical Schools: An Overview of the Sources of Cadavers Worldwide. *Acad Med*. 2018; 93(9): 1293-300. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002227.
54. Hennessy CM, Royer DF, Meyer AJ, Smith CF. Social Media Guidelines for Anatomists. *Anat Sci Educ*. 2020; 13(4): 527-39. DOI: 10.1002/ase.1948.
55. Kahn PA, Champney TH, Hildebrandt S. The incompatibility of the use of unclaimed bodies with ethical anatomical education in the United States. *Anat. Sci. Educ*. 2017; 10(2): 200-1. DOI: 10.1002/ase.1672.
56. Wilkinson TM. Respect for the dead and the ethics of anatomy. *Clin Anat*. 2014; 27(3):286-90. DOI: 10.1002/ca.22263.
57. Pacitti E. Real Bodies controversy: how Australian museums regulate the display of human remains. Melbourne, Australia: The Conversation [Internet]. 2018 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://theconversation.com/real-bodies-controversy-how-australian-museums-regulate-the-display-of-human-remains-95644>.
58. Montemayor-Rodríguez N. Percepción y consumo de desinformación en jóvenes universitarios. *Espacios*. 2023;44(5): 43-63. DOI: 10.48082/espacios-a23v44n05p04.
59. Irfan-Muzni A, Latipun L, Yuniardi M. Moral desensitization in the digital age: A synthesis of theory, empirical evidence, and implications (a narrative review). *SHS Web Conf*. 2025; 224:08006. DOI: 10.1051/shsconf/202522408006.
60. Rossetti N, Licata M, Fusco R, Vanni A, Picozzi M. The Body as Data: from human remains to digital files. A review of current literature. *DAACH*. 2026; 41: e00543. DOI: 10.1016/j.daach.2026.e00543.
61. Kasket E. All the Ghosts in the Machine: The Digital Afterlife of your Personal Data. Seattle (WA): Amazon [Internet]; 2019 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.amazon.com/All-Ghosts-Machine-Illusions-Immortality-ebook/dp/B07JZHTNY1>.
62. Conti Y. Post-Mortem Data Protection in the Digital Age: A Necessity for Human Dignity?. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov Series VII Social Sciences • Law*. 2026; 18(67):251-60. DOI: 10.31926/but.ssl.2025.18.67.3.26
63. Gupta S, Gupta V, Vij H, Vij R, Tyagi N. Forensic Facial Reconstruction: The Final Frontier. *J Clin Diagn Res*. 2015; 9(9): ZE26-8. DOI: 10.7860/JCDR/2015/14621.6568.
64. Londoño-Cifuentes I. Explorando los procedimientos para reconstruir el perfil biológico de cadáveres esqueletizados en instituciones forenses y humanitarias de Colombia [Tesis de Grado]. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas [Internet]; 2024 [consultado 04 de julio de 2026].

- Disponible en: <https://repositorio.ucaldas.edu.co/server/api/core/bitstreams/cbce2abe-2f32-432f-b1ea-add3201c5386/content>.
65. Sanabria-Medina C. Patología y Antropología Forense de la muerte. La investigación científico judicial de la muerte y la tortura, desde las fosas clandestinas hasta la audiencia pública. Bogotá, Colombia: Forensic Publisher; 2016.
 66. De Tienda-Palop L, Currás BX. The Dignity of the Dead: Ethical. Reflections on the Archaeology of Human Remains. In: Squires K., Errickson D., Márquez-Grant N, editors. Ethical Approaches to Human Remains. Cham, Switzerland: Springer; 2019. DOI: 10.1007/978-3-030-32926-6_2.
 67. Chechi A. Repairing Historic Injustice: The Return of Indigenous Peoples' Ancestral Human Remains Through Transitional Justice. *Int. J. Cult. Prop.* 2023; 30(4):419-38. DOI:10.1017/S0940739124000067.
 68. Torres-Jácome FJ. Filiación post mortem en referencia a la identidad personal y dignidad humana en el Ecuador. Ámbato, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador [Internet]. 2025 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/items/2f27ec60-a4e3-4ac2-9620-b004e80e2f46>.
 69. Hildebrandt S, Champney TH, Cornwall J. The public face of anatomy? History-informed ethical analysis of human plastination and its relevance for today. *Anat Sci Educ.* 2026; 19(3): 498-510. DOI: 10.1002/ase.70140.
 70. Ley de Regulación de los Servicios Funerarios y Cementerios. Gaceta Oficial N° 40.358 (18 de febrero de 2014). Caracas: Asamblea Nacional [Internet]; 2014 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-para-la-regulacion-y-control-de-la-prestacion-del-servicio-funerario-y-cementerios-20211108152428.pdf>.
 71. Ley de Reforma Parcial del Código Penal. Gaceta Oficial N° 5.763 Extraordinario (16 de marzo de 2005). Caracas: Asamblea Nacional [Internet]; 2014 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_ven_anexo7.pdf.
 72. Ley de Reforma del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley del Estatuto de la Función Policial. Gaceta Oficial N° 6.650 Extraordinario, (22 de septiembre de 2021). Caracas: Asamblea Nacional [Internet]; 2014 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-de-reforma-del-decreto-con-rangovalor-y-fuerza-de-ley-del-estatuto-de-la-funcion-policial-20211007001454.pdf>.
 73. Venezuela. Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo. Gaceta Oficial N° 39.912 (30 de abril de 2012). Caracas: Asamblea Nacional [Internet]; 2014 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en:

<https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/ley-organica-contrala-delincuencia-organizada-y-financiamiento-al-terrorismo>.

74. Ley Especial Contra los Delitos Informáticos. Gaceta Oficial N° 37.313, (30 de octubre de 2001). Caracas: Asamblea Nacional [Internet]; 2014 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/ley-especial-contralos-delitos-informaticos>.
75. Ley de Reforma Parcial de la Ley de Responsabilidad Social en Radio, Televisión y Medios Electrónicos. Gaceta Oficial N° 39.579 de fecha (22 de diciembre de 2010), reimpresa Gaceta Oficial N° 39.610 (7 de febrero de 2011). Caracas: Asamblea Nacional [Internet]; 2014 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/ley-de-reforma-parcial-de-la-ley-de-responsabilidad-social-en-radio-y-television>.
76. Del Valle I. AI After Death: Digital Identity, Neural Echoes, and Post-Mortem Decision. Sunnyvale (CA): LinkedIn [Internet]; 2025 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/pulse/ai-after-death-digital-identity-neural-echoes-rights-del-valle-djnoe>.
77. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. JAMA. 2025; 333(1):71-74. DOI: 10.1001/jama.2024.21972.

Intoxicaciones agudas en los pacientes pediátricos: prevalencia, comportamiento epidemiológico y clínico

Dras. Enoe Medrano de Toledo¹, Nelly Petit de Molero²

RESUMEN

Las intoxicaciones en pediatría (IA) constituyen un importante problema de salud pública mundial. El espectro de estas entidades es amplio, abarcando desde la exposición accidental con sustancias inocuas, hasta el contacto con sustancias potencialmente mortales. **Objetivo:** Dar a conocer la prevalencia, comportamiento epidemiológico y clínico de las (IA) en los pacientes pediátricos. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, diseño no experimental, transversal y prospectivo, evaluándose a 60 pacientes pediátricos atendidos en la emergencia con intoxicación aguda durante el mes de Julio 2022 a noviembre del año 2024. **Resultados:** La mayor frecuencia durante los meses de octubre y noviembre (23,33% respectivamente), el grupo más afectado entre 4 y 6 años (43,34%). Predominó el sexo femenino (60%), mayormente (83,33%) en el domicilio. Todos eran procedentes del área urbana. 50% tenían un Graffar tipo III y 50% Graffar tipo IV. El 80% fueron accidentales y 20% voluntarias. El 43,33% por productos del hogar y 36,67%

-
1. Especialista en Neurología Pediátrica. Dra. en Ciencias Médicas. Profesora Titular de la Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad del Zulia. E-mail: enoe.medrano@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8414-8107>
 2. Nelly del Carmen Petit de Molero Especialista Pediatra Puericultor. Dra. En Ciencias Médicas. Profesora asociada al Instituto de Investigaciones Biológicas "Dr. Orlando Castejón". Facultad de Medicina, LUZ. Academia de Medicina del Zulia. Academia Nacional de Medicina. E-mail: nelcapetit61@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2786-0329>

por medicamentos siendo la vía digestiva la más frecuente (90%). La mayoría de los pacientes (46,67%) no presentaron sintomatología clínica evidente, un 33,34% presentó depresión neurológica, en todos se aplicó medidas generales, 23,33% ameritó protector gástrico, 16,68% lavado gástrico. **Conclusiones:** En resultados obtenidos, se evidencia que las IA en pediatría representan un importante problema de salud pública, con consecuencias fatales de no obtener atención inmediata; razón de fomentar la educación en primeros auxilios, concientizar a progenitores y adultos a cargo de vigilar a los menores

Palabras clave: Intoxicaciones agudas, epidemiología, clínica, paciente pediátrico

ABSTRACT

Poisonings in pediatrics (APO) constitute a significant global public health problem. The spectrum of these conditions is broad, ranging from accidental exposure to harmless substances to contact with potentially fatal substances. **Objective:** To describe the prevalence, epidemiological, and clinical characteristics of APO in pediatric patients. **Materials and Methods:** This was an observational, descriptive, non-experimental, cross-sectional, and prospective study, evaluating 60 pediatric patients treated in the emergency department for acute poisoning between July 2022 and November 2024. **Results:** The highest frequency occurred during October and November (23.33% each), with the most affected age group being 4 to 6 years (43.34%). Females predominated (60%), and most (83.33%) experienced poisoning at home. All patients resided in urban areas. 50% had a Graffar type III score and 50% a Graffar type IV score. Eighty percent were accidental and 20% intentional. 43.33% were due to household products and 36.67% to medications, with the digestive tract being the most frequent route (90%). The majority of patients (46.67%) did not present evident clinical symptoms; 33.34% presented with neurological depression. General measures were applied in all cases; 23.33% required gastric protectant, and 16.68% required gastric lavage. **Conclusions:** The results obtained demonstrate that food poisoning in pediatrics represents a significant public health problem, with fatal consequences if immediate attention is not received. This underscores the importance of promoting first aid education and raising awareness among parents and adults responsible for supervising children.

Keywords: Acute poisonings, epidemiology, clinical, pediatric patient

INTRODUCCION

Las intoxicaciones están consideradas en la actualidad como un problema importante de salud pública que se apropia de las primeras causas de morbilidad y ya se encuentran entre los diez primeros motivos de consulta en los servicios de emergencia pediátrica de muchos hospitales. Se estiman que en la actualidad en el mundo existen alrededor de 13 millones de sustancias químicas, de las cuales al menos tres mil se reconocen como las culpables del 95% de la mayoría de las intoxicaciones. Éste aumento exponencial del problema en mención ha estimado ingresos a la unidad de cuidados intensivos pediátricos de hasta un 10%, con tasas de mortalidad fluctuantes en los diversos países (1).

Las intoxicaciones son consideradas como síndromes clínicos caracterizados por los efectos nocivos causados por la exposición accidental o intencional a agentes tóxicos. Se considera agente tóxico a toda sustancia que al estar en contacto con el organismo puede producir un efecto perjudicial (2).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las intoxicaciones pediátricas como “lesiones no intencionales que podrían haber sido prevenidas”; sin embargo, se debe tener siempre presente la posibilidad de una acción intencional. Estas entidades se presentan en todos los grupos etarios, afectando con mayor frecuencia a preescolares (causas accidentales) y adolescentes (causas intencionales) (3,4).

El término intoxicación se refiere a la acción de un agente tóxico sobre un organismo traduciéndose en alteraciones del estado fisiológico. En una dosis suficiente, las sustancias que habitualmente son inocuas como el oxígeno y el agua pueden causar intoxicación. Por el contrario, algunos productos tóxicos como el arsénico y el cianuro pueden ser consumidos en dosis pequeñas sin que aparezcan efectos adversos. Por tanto, una sustancia puede ser peligrosa o no según las condiciones de exposición a la misma (5).

El término sobredosis se refiere a la exposición a cantidades excesivas de una sustancia de consumo habitual, y no necesariamente implica intoxicación (6).

Entre otra definición de intoxicación aguda seria, aquella de corta duración, absorción rápida del agente químico en dosis única o varias dosis en cortos períodos de tiempo (máximo 24 horas) cuyos efectos aparecen rápidamente y la muerte o la curación es el resultado inmediato. Igualmente, se designará como tóxico a cualquier sustancia o producto que, al contacto con el organismo a partir de cierta dosis, produce un efecto perjudicial (7).

Las consultas en los Servicios de Urgencias Pediátricos han experimentado un discreto aumento en los últimos años, a nivel de escala mundial. Estas consultas por

una posible intoxicación suponen alrededor del 0,3% de los episodios registrados en los centros hospitalarios. Afortunadamente, la mayoría de las veces se trata de contacto accidental con sustancias no tóxicas en la cantidad ingerida por el niño, que precisan escasa actuación del pediatra (20% de las sospechas de intoxicación reciben el alta médica sin precisar ningún tipo de exploración complementaria ni tratamiento).

Sin embargo, ocasionalmente el contacto con un tóxico puede provocar una situación de riesgo vital. Entre el 5-10% de las consultas por intoxicación en nuestro medio se producen por contacto con sustancias altamente tóxicas. Es por esto que la sospecha de intoxicación sigue generando gran angustia en las familias y cierta incomodidad en el profesional que las atiende. En relación a la edad del paciente que consultan por una posible intoxicación, se puede diferenciar dos grandes grupos (8):

a) Pacientes menores de 5 años de edad: Constituyen el grupo más numeroso, en el que las intoxicaciones presentan las siguientes características: No voluntarias; habitualmente en el hogar; de consulta cuasi-inmediata; los niños suelen estar asintomáticos; el tóxico es conocido y el pronóstico en general es favorable.

b) Adolescentes: Las intoxicaciones se distinguen por: Ser intencionales (generalmente con intención recreacional y menos, suicida); muchas veces, fuera del hogar.

Un grupo aparte, de muy escaso volumen, pero de gran importancia, lo constituyen las intoxicaciones intencionadas con fines homicidas o aquellas que suceden en el contexto de un maltrato.

Las autolesiones y el suicidio son importantes problemas de salud pública en los adolescentes, siendo el suicidio la segunda causa más común de muerte en jóvenes en todo el mundo (9,10).

El método de tentativa suicida más empleado es la intoxicación medicamentosa voluntaria con fármacos disponibles en el propio domicilio. Con frecuencia son jóvenes con patología psiquiátrica (11).

Sobre este particular, se mencionó un incremento durante la pandemia por la COVID-19, de los trastornos mentales tanto en la edad adulta como en población más joven (12).

Sin embargo, no tenemos constancia de que se haya analizado el impacto de la pandemia en las consultas en los servicios de urgencias pediátricas por intoxicaciones con fin suicida a nivel nacional.

En relación con la edad, de forma general las intoxicaciones agudas ocurren más en niños que en niñas; aunque afectan a todos los grupos etarios, la mayor incidencia se observa en niños en edad preescolar, seguidos de los adolescentes, con un predominio de los casos durante los meses de verano. En el primer grupo los accidentes constituyen la etiología principal y en el segundo, la causa es predominantemente intencional. No obstante, mientras nos acercamos a la adolescencia, aunque globalmente no hay diferencias en cuanto al sexo, predomina el sexo femenino (7).

De acuerdo con las características de las intoxicaciones y envenenamientos, así como sus mecanismos de exposición, estos varían con la edad, con el sitio de residencia, de región a región, e incluso, con el país, por lo que es necesario que el personal sanitario posea conocimientos básicos y la epidemiología de estos problemas, para así poder aplicarlos en la identificación de las intoxicaciones y envenenamientos más frecuentes en su medio. La intoxicación aguda está profundamente influida por elementos sociales, culturales, sanitarios, etc., por lo que evoluciona paralelamente con ellos, y debe ser revisada cada cierto tiempo con el fin de conocer las tendencias más actuales (13).

En función de la voluntariedad de la intoxicación existen dos tipos de intoxicaciones:

a) Intoxicaciones accidentales: niños de corta edad en fase exploradora que tienen a su alcance un producto tóxico o niños mayores que ingieren sustancias tóxicas guardadas en recipientes distintos al original. Son ocasionadas generalmente por imprevisión de las personas, por descuido, por ignorancia y no conllevan como las homicidas ninguna intención: ocurren al azar.

b) No accidentales: adolescentes que consumen etanol y/o drogas ilegales con fin recreacional, menos frecuentemente, con trastornos psiquiátricos más o menos importantes, que se intoxican con fines suicidas.

Excepcionalmente, puede tratarse de intoxicaciones con fin homicida o niños pequeños que sufren un síndrome de Munchausen por poderes (14).

Los tóxicos con los que contactan los niños varían enormemente en función de la edad y del tipo de intoxicación. Los fármacos son globalmente el tipo de tóxico más frecuentemente implicado en las intoxicaciones pediátricas (50% del total). Un segundo gran grupo lo forman los productos del hogar, y por detrás están el etanol y el monóxido de carbono. A continuación, se describirá los más comunes (15):

a) Fármacos:

- Antitérmicos: son los fármacos más frecuentemente implicados en intoxicaciones no voluntarias, sobre todo el paracetamol. La ingesta accidental de paracetamol, a pesar de la introducción de los tapones de seguridad, constituye hoy en día en nuestro medio la causa de intoxicación pediátrica no voluntaria más frecuente registrada en Urgencias Hospitalarias (15% del total de este tipo de intoxicaciones). La ingesta accidental de aspirina o ibuprofeno supone un muy pequeño porcentaje en este grupo. En los últimos años se ha detectado un aumento de las intoxicaciones secundarias a errores de dosificación del paracetamol líquido, que parecen deberse a cambios en la jeringa de dosificación. A pesar de su gran prevalencia, es excepcional encontrarnos con toxicidad hepática por el paracetamol, probablemente por la rapidez con que consultan los padres (15).

- Psicofármacos: Fundamentalmente benzodiacepinas, consumidas tanto de manera no voluntaria por parte de niños pequeños como con fin autolítico por parte de adolescentes (16).

- Anticatatarras y antitusivos: Son productos habitualmente no reconocidos por los padres como fármacos y constituyen la segunda causa más frecuente de intoxicación medicamentosa en menores de 4 años. En muchos casos el producto implicado es una mezcla de varios principios activos. Muchos de estos niños precisan tratamiento en urgencias y cerca de la mitad requiere estancia en el hospital al menos durante unas horas. Estos hechos debieran ser considerados a la hora de dispensar unos productos de valor terapéutico cuando menos dudoso (6).

- Intoxicaciones polimedamentosas: Aunque no es un motivo de consulta importante en el global de las consultas por intoxicación, están implicados en el 25% de las intoxicaciones con fin autolítico. Son intoxicaciones de difícil manejo y que, en muchas ocasiones, precisan de un manejo intrahospitalario.

b) Productos del hogar

Son la segunda causa de intoxicación pediátrica hospitalaria. En la mayoría de los casos se trata de niños menores de 3 años. Los cáusticos son los principales implicados, sobre todo lejías caseras, que suponen el 3% del total de intoxicaciones, generalmente sin secuelas. Por detrás están los cosméticos, los detergentes y los hidrocarburos. Aunque habitualmente son intoxicaciones menores, los productos del hogar pueden ser causa de secuelas importantes, sobre todo los cáusticos de utilización industrial (17).

c) Etanol

Es el agente que mayor número de consultas por intoxicación ocasiona en los servicios de urgencias pediátricos. En cerca del 10% se detecta el consumo asociado de alguna droga ilegal, fundamentalmente cannabis. Estos pacientes llegan al servicio de urgencias frecuentemente con clínica derivada del contacto con el tóxico (síntomas neurológicos predominantemente) y suelen precisar pruebas complementarias y administración de algún tipo de tratamiento.

d) Monóxido de carbono

En muchos casos, las intoxicaciones son detectadas por haber más de un miembro de la familia afectado. Según las series americanas, es una de las principales causas de mortalidad infantil por intoxicación (17).

e) Drogas ilegales

Cada vez es mayor el número de consultas registradas por este tipo de sustancias y cada vez es menor la edad a la que consultan los pacientes. En nuestro entorno se han registrado casos de consultas por consumo de cannabis, comprimidos de diseño, muchas veces sin ninguna identificación, metadona, cocaína, heroína, etc. Suelen ser pacientes que muchas veces han ingerido alcohol y/o psicofármacos y de manejo complicado en urgencias.

Los efectos de las sustancias tóxicas, son los efectos que ejerce una sustancia química en el cuerpo, pueden ser locales y generales. Los efectos locales, se limitan a la parte del cuerpo que está en contacto con la sustancia química, es decir la piel, los ojos, las vías respiratorias o los intestinos. Como ejemplos de efectos locales pueden citarse las erupciones cutáneas, las quemaduras, el lagrimeo y la tos productiva por irritación de la garganta. Muchos tóxicos producen efectos locales, pero también hay otros muchos que no lo hacen. Por el contrario, los efectos generales o sistémicos, son efectos más difusos que aparecen cuando se absorbe una sustancia tóxica en el organismo (18).

En relación a la orientación diagnóstica según los toxindromes, pueden asociarse varios síntomas o signos comunes, cuyo conocimiento tiene gran valor en la orientación del diagnóstico de la intoxicación: (19,20).

a) Síndrome Anti colinérgico:

- Sintomatología: rubor facial, mucosas secas, hipertermia, taquicardia, midriasis, agitación psicomotora, alucinaciones y deliro.

- Principales agentes: atropina, antihistamínicos, antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos, antiespasmódicos, midriáticos, plantas de la familia de las solanáceas, principalmente del género *Datura*.

b) Síndrome Anticolinesterasa:

- Sintomatología: sudoración, lagrimeo, salivación, aumento de las secreciones bronquiales, miosis, bradicardia, fibrilación y fasciculaciones musculares.

- Principales agentes: insecticidas órgano fosforados, insecticidas carbamatos, fisostigmina, algunas especies de hongos, neostigmina.

c) Síndrome Narcótico:

- Sintomatología: depresión respiratoria, depresión neurológica, miosis, bradicardia, hipotensión, hiporreflexia.

- Principales agentes: derivados opiáceos, loperamida, difenoxilato.

d) Síndrome depresor:

- Sintomatología: depresión neurológica (somnolencia, estupor y coma), depresión respiratoria, cianosis, hiporreflexia, hipotensión.

- Principales agentes: barbitúricos, benzodiazepinas, etanol, morfina, heroína.

e) Síndrome Simpaticomimético:

- Sintomatología: midriasis, hiperreflexia, trastornos psíquicos, hipertensión, taquicardia, piloerección, hipertermia, sudoración.

- Principales agentes: cocaína, anfetaminas, descongestionantes nasales, cafeína, teofilina (2).

f) Síndrome Extra piramidal:

- Sintomatología: trastornos del equilibrio y del movimiento, hipertonía,

distonía orofacial, mioclonías, trismo, opistótonos, parkinsonismo.

- Principales agentes: fenotiazínicos, butifenonas, litio, metoclopramida, domperidona.

g) Síndrome Meta hemoglobinémico:

- Sintomatología: cianosis de la piel y mucosas, confusión mental, depresión neurológica.

Principales agentes: acetanilida, azul de metileno, dapsona, doxorubicina, fenazopiridina, nitratos, nitrofurantoina, piridina, sulfametoxazol. De acuerdo al manejo médico de las intoxicaciones en pediatría, un elevado porcentaje de los niños que han contactado con una sustancia tóxica no necesitará ningún tratamiento. Es importante conocer las sustancias que no son tóxicas, excepto si se ingieren en grandes cantidades (20).

a) Prevenir la absorción mediante el lavado con agua. Ésta medida está indicada cuando la vía de absorción del tóxico es la piel o las mucosas. Los niños, respecto a los adultos, son especialmente vulnerables a intoxicarse a través de esta vía, debido a que tienen más superficie corporal en relación con el peso, menor grosor y mayor vascularización de la piel. Las sustancias que se absorben fácilmente por la piel y mucosas son los insecticidas, alcoholes, alcanfor e hidrocarburos (2).

En estos casos debe retirarse la ropa y lavar las superficies con abundante agua corriente, preferiblemente en chorro, durante un tiempo prolongado (en el caso de los ojos, 15 minutos). El personal sanitario debe adoptar medidas de protección (guantes, gafas de protección ocular, batas especiales) para no resultar contaminado mientras retira el tóxico de la piel. Las medidas para neutralizar el tóxico lavando la piel con una sustancia antagonista están contraindicadas por el riesgo de que se produzcan reacciones exotérmicas que agraven la lesión. Los niños expuestos a inhalaciones tóxicas (CO) deben ser retirados de la zona y se les debe administrar oxígeno a la máxima concentración posible.

b) Descontaminación gastrointestinal: Carbón activado. El carbón activado es el tratamiento de elección cuando es necesaria la descontaminación gastrointestinal y la sustancia es susceptible de ser adsorbida por el mismo. Otras técnicas de descontaminación, como el lavado gástrico, la producción del vómito o la administración de catárticos, no han demostrado superioridad en niños frente al carbón activado y su realización puede entorpecer el envío de estos pacientes a un centro hospitalario (21).

El carbón activado es un polvo insoluble creado a partir de la pirolisis de una variedad de materiales orgánicos. Actúa adhiriéndose de forma directa al tóxico a lo largo de todo el trayecto intestinal; favorece el paso del tóxico desde la circulación sanguínea a la luz intestinal (efecto “diálisis intestinal”); interrumpe la reabsorción que se produce a través de la circulación enterohepática. El carbón activado no se absorbe ni se metaboliza, atraviesa todo el tracto intestinal hasta que es expulsado por las heces, a las que tiñe de negro. La mayoría de las sustancias tóxicas son adsorbidas por el carbón activado. Dentro de las indicaciones se tiene: Ingestión de sustancias absorbibles por el carbón activado con un tiempo transcurrido desde la ingestión menor de 2 horas. No obstante, este tiempo puede ser más prolongado (sustancias que forman conglomerados, las que enlentecen el movimiento intestinal como los anticolinérgicos o las que tienen circulación enterohepática).

Dentro de las contraindicaciones del uso del carbón activado se encuentran: Disminución del nivel de conciencia sin protección de la vía aérea; ingestión de ácidos o corrosivos; obstrucción o disfunción gastrointestinal; y riesgo de hemorragia o perforación gástrica (19).

c) Antídotos. Los antídotos son antagonistas que revierten o impiden la acción de un tóxico. Excepcionalmente estarán indicados a nivel extra hospitalario, salvo en situaciones de verdadera urgencia vital. En la consulta de Atención Primaria debería disponerse de naloxona (antagonistas de opiáceos), flumazenilo (antagonista de benzodiacepinas), biperideno (tratamiento de los síntomas extrapiramidales agudos causados por neurolepticos) y oxígeno para el tratamiento de las intoxicaciones por dióxido de carbono (20).

Dentro de los criterios de hospitalización se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos (20):

- Niños con alteración del estado general o riesgo de deterioro.
- Pacientes que han ingerido una dosis tóxica, aunque no presenten síntomas.
- Necesidad de observación.
- Niños a los que en la consulta se les ha administrado carbón activado.
- Ingestión con ideación autolítica.
- Sospecha de malos tratos.

El MPPS, menciona que la prevención y manejo de intoxicaciones se centra en la sensibilización pública, la vigilancia epidemiológica y los avances clínicos en toxicología y farmacología (22).

En Venezuela no se reportan estudios recientes a gran escala que abarque todo el país para saber epidemiológicamente el comportamiento de dicha problemática, sin embargo se han reportado estudios en centros asistenciales de estados específicos que han reportado con preocupación el aumento significativo de las intoxicaciones por diversos agentes en la población pediátrica y así mismo el condicionante de gravedad que los expone a ingresar en unidad de cuidados intensivos pediátricos por ende altas tasas de mortalidad en casos complejos (6).

Lo anterior no escapa a la realidad que se observa en el estado Zulia, específicamente en el Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” ubicado en la ciudad de Maracaibo, donde las intoxicaciones en pediatría constituyen un motivo frecuente a nivel del área de la emergencia pediátrica. El espectro de estas entidades es amplio, abarcando desde la exposición accidental con sustancias inocuas, hasta el contacto con sustancias potencialmente mortales. En ese contexto, se realizó esta investigación cuyo Objetivo fue: Dar a conocer la prevalencia por mes de las intoxicaciones agudas en los pacientes pediátricos atendidos en el Hospital General del Sur durante el periodo Julio 2022 a noviembre del 2024.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una investigación observacional descriptiva con diseño no experimental, transversal y prospectivo, donde se evaluaron 60 niños atendidos en la Emergencia Pediátrica del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”, de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia – Venezuela, durante el periodo comprendido entre Julio 2022 a noviembre del año 2024. La muestra fue no probabilística, las cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes entre 29 días a 14 años de edad de los dos géneros con diagnóstico de intoxicación aguda. Fueron excluidos del estudio los pacientes entre 29 días a 14 años de edad de los dos géneros con diagnóstico de intoxicación aguda, cuyos padres o representante legal no aceptaron participar en el estudio. Se realizó solicitud por escrito al Comité de Bioética del Hospital para realizar el estudio en la Emergencia Pediátrica del referido hospital. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado del representante legal del niño admitido a la emergencia pediátrica con posible intoxicación aguda.

Seguidamente, se procedió a realizar el llenado del formulario realizado por el autor el cual fue previamente validado por el juicio de dos expertos en la

materia, donde se analizaron las siguientes variables: (a) Datos de identificación: Número de historia clínica, fecha de la entrevista, nombre del niño, y nombre de la persona responsable del menor de edad; (b) Características epidemiológicas: Edad (menores de 1 año, de 1 a 3 años, de 4 a 6 años, de 7 a 10 años y 11 a 14 años), sexo (varones y hembras), procedencia (rural o urbana), lugar de la exposición (Intradomiciliario o extradomiciliario) y estatus socioeconómico (según Método de Graffar); (c) Tipo de intoxicación (accidental o voluntaria); (d) Sustancia o tipo de producto (medicamentos, químicos del hogar o de la agricultura, combinación de productos), así como la vía de entrada (digestiva, respiratoria, cutánea); (e) Signos y síntomas presentes en el paciente pediátrico (síndrome anticolinérgico, síndrome anticolinesterasa, síndrome narcótico, síndrome depresor, síndrome simpaticomimético, síndrome extrapiramidal, síndrome metahemoglobinemia; y (f) Manejo terapéutico empleado en la emergencia (lavado gástrico, carbón activado, catárticos, antidotos, diuresis forzada neutra, entre otros).

El análisis estadístico se realizó mediante la estadística descriptiva, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23. Los resultados fueron expresados en valores absolutos y porcentajes, así mismo se utilizó medidas de tendencia central como la media para evaluar la edad más frecuente de los pacientes con intoxicación aguda. Los resultados fueron representados en tablas.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos:

Durante el periodo de estudio se atendieron en la emergencia pediátrica del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” 60 pacientes con intoxicación aguda, donde el 20% (6) de estas ocurrieron en el mes de julio; 16,67% (5) agosto; 16,67% (5) septiembre; 23,33% (7) octubre y 23,33% (7) noviembre, lo que indica que no hubo diferencias significativas entre los meses con respecto a los resultados.

En relación a las características epidemiológicas, la edad de los pacientes en el 30 % (9) correspondió al grupo etario de 1 a 3 años; 43,34% (13) de 4 a 6 años; 3,33% (1) de 7 a 10 años y 23,33% (7) de 11 a 14 años. Del mismo modo, se observa el sexo, donde el 60% (18) fueron femenino y 40 % (12) masculino. Estos resultados denotan que las intoxicaciones agudas fueron más frecuentes en el grupo etario de 4 a 6 años; es decir en preescolares, con predominio en el sexo femenino.

Asimismo, se observa que el 60 % de los pacientes eran procedentes del área urbana, siendo el lugar de exposición en el 83,33% (25) de los casos intradomiciliario

y 16,67% (5) extradomiciliario. En relación a la vía de administración en el 90 % (27) fue digestiva y 10 % (3) inhalada. Igualmente se evidencia el nivel socioeconómico, donde el 50 % (15) de los pacientes pertenecían al Graffar tipo III y 50 % (15) al Graffar tipo IV, tal como se aprecia en la Tabla III, lo que indica que todos los pacientes eran procedentes de la zona urbana con nivel socio económico medio-bajo, siendo el lugar de exposición principalmente el hogar y la vía de administración del tóxico la vía digestiva.

Las intoxicaciones accidentales ocurrieron en el 80 % (24) del total de pacientes: 30 % (9) en niños de 1 a 3 años: 43,34 % (13) de 4 a 6 años; 3,33 % (1) de 7 a 10 años y 3,33% (1) de 11 a 14 años; mientras que, el 20 % (6) de las intoxicaciones fueron voluntarias siendo el grupo afectado los de 11 a 14 años. Estos resultados muestran que las intoxicaciones accidentales fueron más frecuentes en niños en edad preescolar y en escolares; mientras que las intoxicaciones voluntarias fueron más frecuentes en adolescentes.

Al relacionar el tipo de intoxicación y sexo, se observó que del total de pacientes femeninos estudiados (60%), un 43,33% (13) se intoxicó de manera accidental y 16,67% (5) de manera voluntaria; mientras que, del total de pacientes masculino (40 %), 36,67% (11) se intoxicaron de manera accidental y 3,33% (1) de forma voluntaria, por lo que se infiere que la intoxicación voluntaria predominó en el sexo femenino.

De acuerdo al tipo de sustancia utilizada en los pacientes para la intoxicación (Tabla I) 43,33% (13) fueron con productos del hogar, entre ellos: 6,67% (2) cloro jabonoso, 6,67% (2) desengrasantes, 6,67% (2) lavavajillas, 6,67% (2) detergentes, 6,67% (2) desodorante en spray, 3,33% (1) insecticida, 3,33% (1) brillador de pisos, y 3,33% (1) limpia vidrios; 36,57% (11) por medicamentos, entre los que destacan: 6,67 % (2) hipoglucemiantes orales (Metformina y Glibenclamida), 6,67% (2) antihipertensivos (Metoprolol y Losartan), 3,33 % (1) ansiolítico (Alpram), 3,33% (1) Antitusígeno (Dihidrocodeína), 3,33% (1) antiepiléptico (Carbamazepina), 3,33% (1) antidepresivo (Risperidona), 3,33% (1) antihistamínicos (Descongestionante nasal), 3,33 % (1) antialérgico, y 3,33 % (1) antiemético (Metoclopramida); un 10 % (3) con alcohol (Etanol) y 10% (3) con hidrocarburo (Gasolina). Estos resultados denotan que el tipo de sustancia que con mayor frecuencia provocó la intoxicación fueron los productos del hogar, seguidos de los medicamentos.

Al evaluar la sintomatología clínica de acuerdo al tipo de sustancia ingerida (Tabla II), se observa que un 46,67% (14) de los pacientes no presentaron signos y síntomas evidentes; 33,34% (10) tuvieron un síndrome depresor; es decir, somnolencia, bradicardia e hipotensión, con las siguientes sustancias: 10% (3)

Tabla I			
Distribución según tipo de sustancia utilizada			
TIPO DE SUSTANCIA		Nº	%
PRODUCTOS DEL HOGAR		13	43,33
CLOROJABONOSO	(2-6,67%)		
DESENGRASANTE	(2-6,67%)		
LAVAVAJILLAS	(2-6,67%)		
DETERGENTE	(2-6,67%)		
DESODORANTE EN SPRAY	(2-6,67%)		
INSECTICIDA	(1-3,33%)		
BRILLADOR DE PISOS	(1-3,33%)		
LIMPIA VIDRIOS	(1-3,33%)		
MEDICAMENTOS		11	36,67
HIPOGLICEMIANTE SORALES	(2-6,67%)		
ANTIHIPERTENSIVOS	(2-6,67%)		
ANSIOLÍTICO	(1-3,33%)		
ANTITUSSÍGENO	(1-3,33%)		
ANTIPILEPTICO	(1-3,33%)		
ANTIDEPRESIVO	(1-3,33%)		
ANTIISTAMINICO	(1-3,33%)		
ANTIALERGICO	(1-3,33%)		
ANTIEMETICO	(1-3,33%)		
ALCOHOL (ETANOL)		3	10,00
HIDROCARBURO (GASOLINA)		3	10,00
TOTAL		30	100

hidrocarburos, 10 % (3) alcohol, 3,33 % (1) carbamazepina, 3,33 % (1) alpram, 3,33 % (1) risperidona y, 3,33 % (1) dihidrocodeína; un 10% (3) síndrome anticolinérgico (temperatura alta, midriasis, agitación, alucinación y rubor facial), entre ellos: 6,67% (2) desodorante en spray y 3,33% (1) insecticida; un 3,33% (1) síndrome narcótico (bradicardia, miosis, hipotensión, hiporreflexia) la dihidrocodeína; un 3,33% (1) síndrome extrapiramidal (movimientos involuntarios, cefalea, hipocinesia)

Tabla II Distribución según sintomatología clínica de acuerdo al tipo de sustancia ingerida			
SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA		Nº	%
NO EVIDENTE		14	46,67
SÍNDROME DE PRESOR			
HIDROCARBURO	(3-10,00%)	10	33,34
ALCOHOL	(3-10,00%)		
CARBAMAZEPINA	(1-3,33%)		
ALPRAM	(1-3,33%)		
RISPERIDONA	(1-3,33%)		
DIHIDROCODEÍNA	(1-3,33%)		
SÍNDROME ANTICOLINERGICO		3	10,00
DESODORANTE SPRAY	(2-6,67%)		
INSECTICIDA	(1-3,33%)		
SÍNDROME NARCÓTICO		1	3,33
DIHIDROCODEÍNA	(1-3,33%)		
SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL		1	3,33
METOCLOPRAMIDA	(1-3,33%)		
SÍNDROME SIMPATICOMIMÉTICO		1	3,33
DESCOGESTIONANTE NASAL	(1-3,33%)		
TOTAL		30	100

la metoclopramida y un 3,33% (1) síndrome simpaticomimético (midriasis, hiperreflexia, taquicardia) siendo el fármaco utilizado descongestionante nasal. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes estudiados no presentaron complicaciones asociadas al cuadro de intoxicación.

En relación al manejo terapéutico (Tabla III), en todos los pacientes (100%) se aplicó medidas generales el cual consistió en valoración de los signos vitales, oxigenoterapia en aquellos casos que lo ameritaron, toma de vía endovenosa e hidratación, en el 23,33 % (3) además se utilizó protector gástrico; 16,68 % (5) lavado gástrico; 3,33% (1) benzodiacepinas; 3,33% (1) lavado gástrico más monitoreo estricto cardíaco; 3,33% (1) naloxona y 3,33% (1) flumazenilo, por lo que se infiere que solo un pequeño porcentaje amerita el uso de antídoto.

Tabla III		
Distribución según manejo terapéutico		
MANEJOTERAPÉUTICO	Nº	%
Medidas generales	14	46,67
Medidas generales+Protectorgástrico	7	23,33
Medidas generales+Lavadogástrico	5	16,68
Medidas generales+Benzodiacepina	1	3,33
Medidas generales+Lavadogástrico+	1	3,33
Monitoreo estrictocardíaco		
Medidas generales+Naloxona	1	3,33
Medidas generales+Flumazenilo	1	3,33
TOTAL	30	100

DISCUSIÓN

Las intoxicaciones constituyen uno de los problemas más frecuentes observados en la sala de emergencia, debido al fácil acceso a sustancias tóxicas, o la dosificación inadecuada de ciertas drogas a los que podrían tener accesos los pacientes de edad pediátrica, por descuido de los padres o cuidadores, representando un desafío para los médicos quienes reciben a estos pacientes. En el Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” es esencialmente preocupante este tema, debido a que, por nuestras condiciones socioeconómicas, culturales, como son pobreza, migración, problemas escolares, entre otros, la población pediátrica se encuentra más vulnerable a esta problemática de salud. Razones por las cuales se realizó esta investigación con el objeto de determinar el comportamiento epidemiológico y clínico de las intoxicaciones agudas en pacientes pediátricos.

En el presente trabajo se estudiaron las intoxicaciones agudas en pediatría en el periodo de Julio 2022 a noviembre del año 2024, no existiendo diferencias significativas o variabilidad con respecto a los resultados, asimismo para dicha variable no se contó con estudio actual para realizar comparativos; en la variable edad, el grupo más afectado fue el de 4 a 6 años (43,34%) con predominio en el

sexo femenino (60 %). No obstante, este comportamiento difiere a lo observado por otros autores, que plantean que el riesgo de intoxicaciones es mayor en niños menores de 4 años, lo cual podría estar relacionado con la inclinación de los niños en estas edades de explorar el medio que los rodea y llevarse a la boca todo lo que encuentran; así mismo, en este grupo etario hay predominio de los varones, probablemente porque suelen ser más traviesos que las hembras. En ese sentido, hay investigaciones que obtuvieron una mayor proporción de casos de intoxicación en niños de 0 a 3 años en el 42,5%, seguidos del grupo de 12 a 15 años con 37,5%, con un predominio en el sexo Femenino (52,9%) (1).

Igualmente, otros autores, realizaron una investigación titulada "Comportamiento de las intoxicaciones agudas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de Cienfuegos" observando el mayor número de pacientes en los menores de 4 años, con 70 niños para un 31,11 %, con predominio del sexo masculino para esta edad, no así en el resto de los grupos etarios, donde predominó el sexo femenino (7). Los datos obtenidos en el año 2020, por un grupo de investigadores en Cuba, demostraron que el grupo más afectado correspondió al de 10 a 14 años, siendo el sexo femenino el más involucrado con el 71,9% de los casos (2).

Referente a las otras características epidemiológicas, se observó que todos los pacientes eran procedentes del área urbana, con un nivel socioeconómico medio-bajo, ya que el 50 % tenían un Graffar tipo III y 50,00% Graffar tipo V, resultados que coinciden a lo publicado por un grupo de investigadores y realizada en Ecuador, donde la mayor parte de los afectados procedían de zonas urbanas (48,90%) y Urbano-marginales (46,70%) de la provincia del Guayas (98,90%), lo que se infiere que los niños del nivel socioeconómico bajo están expuestos más frecuentemente a productos de limpieza y medicamentos. Se cree que la altura donde se guardan los insecticidas, venenos y solventes establece una condición de seguridad porque con ello se garantiza que se encuentran fuera del alcance de los niños (23).

En relación al lugar de exposición, las intoxicaciones ocurrieron en el 83,33% de los casos en el hogar, siendo la principal vía de administración en el 90 % la digestiva, lo cual coincide con otros estudios donde las intoxicaciones ocurrieron principalmente en el hogar del paciente 88,2% (n=67), lo que se explica por el hecho de que a menor edad es cuando empiezan a tener autonomía e intensa curiosidad por todo lo que les rodea, así como accesibilidad a los productos del hogar (15). En algunos casos puede estar relacionada con la irresponsabilidad de los adultos encargados de cuidar al niño. En este mismo orden de idea, hay estudios que mostraron que la mayoría de las intoxicaciones (80,6%) se produjeron en el hogar por ingestión (89,0%) (8).

Según la forma de ingresar el toxico al organismo, un estudio realizado en Cuba, demostró que la vía digestiva predominó en el 95,11%. (7)

Al evaluar el tipo de intoxicación se observó un alto porcentaje (80 %) de intoxicaciones accidentales, sobre todo en los niños de 1 a 4 años (43,34%) y de 1 a 3 años (30 %); mientras que las intoxicaciones voluntarias ocurrieron en el 20 % en la población adolescentes con predominio en el sexo femenino (16,67%). Una explicación pudiera relacionarse con que, las mujeres hacen más intentos suicidas que los hombres. La preferencia de las féminas por este tipo de métodos como una vía de escape en medio de determinadas situaciones vivenciales, tiene un sustrato histórico y cultural y las intoxicaciones accidentales ocurrieron en el 54,66% del total de pacientes, sobre todo en los menores de 4 años, no así en los mayores de 15 años donde predominó la intoxicación de origen voluntario (84, 37%). Así mismo una prevalencia (60,6%) de intoxicaciones de carácter accidental. Con todo lo anterior se reafirma que estos grupos etarios son de riesgo y merecen especial atención y cuidado (7).

Con respecto al tipo de sustancia empleada para las intoxicaciones agudas en el 43,33% fueron por productos del hogar, entre ellos: cloro jabonoso, desengrasantes, detergentes, lavavajillas, entre otros y en segundo lugar los medicamentos 36,37%, principalmente hipoglucemiantes orales y los antihipertensivos (6,67% respectivamente). Esto sugiere inadecuado almacenamiento de estos productos en el hogar con fácil alcance para los niños. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en la Ciudad de Caracas-Venezuela titulado "Intoxicaciones agudas en pediatría", donde la principal causa fueron los productos del hogar (89,5%) y no medicamentos (6). No obstante, contrasta estos resultados con los de un estudio cubano, donde encontraron dentro de la principal causa de intoxicaciones la medicamentosa (66,9%), seguida de la alcohólica (9,3%) (24).

Mientras que los reportes de Ecuador en pacientes Pediátricos del Hospital Vicente Corral Moscoso (2019), mostraron resultados diferentes ya que las intoxicaciones por alcohol fueron las más frecuente (34,3%), seguidas de la intoxicación alimentaria (21,1%) y medicamentosa (13,2%) (15).

En una investigación se concluyó que, los fármacos terapéuticos principalmente psicotrópicos y acetaminofén fueron las toxinas más comunes en un 91,8% (4).

Otros en cambio observaron un predominio en los Alkali con 54,1% (51% de casos por Lejía), seguido con un 20,4% los derivados de los hidrocarburos y con un 9,2% los órganos fosforados/Carbamatos (24).

De acuerdo a la sintomatología clínica el 46,67% de los pacientes no presentaron signos y síntomas evidentes, por lo que solo ameritaron medidas generales basadas en control de signos vitales, toma de vía endovenosa, oxigenoterapia en caso de ser necesario e hidratación. Dentro de las principales manifestaciones clínicas 33,34% correspondieron a síndrome depresor caracterizado por somnolencia, bradicardia

e hipotensión en su mayoría producidas por hidrocarburos y alcohol tratadas básicamente con medidas generales sin ninguna complicación, lo cual es similar a lo reportado por otro autor, donde en el 80,6% de los casos solo fue necesario alguna medida de atención básica pero no antídoto ni medidas de soporte vital, 10,2% necesitó medidas de atención específicas como antídoto y medidas de soporte vital básico y en el 9,2% de casos además de lo anterior hubo necesidad de soporte vital avanzado, lo que da idea de que los casos de intoxicación grave no son tan frecuentes y que por lo general el pronóstico es bueno en la mayoría de casos (25).

No obstante, en otro estudio, predominó los síntomas neurológicos en un 66.3% (2).

Al estudiar la distribución de los pacientes según el manejo en sala, se pudo observar que a la mayor cantidad de pacientes se le administró carbón activado y catárticos, lo cual se corresponde con lo que está protocolizado en el servicio para el tratamiento de la entidad (7).

El lavado gástrico no se realizó en todos los pacientes, pues en algunos casos está contraindicado y en otros, ya se había realizado antes de su admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos. La mayoría de los autores parece estar de acuerdo respecto a la eficacia y vigencia del carbón activado como absorbente del tóxico en un régimen de múltiples dosis frente a una intoxicación aguda, y varias investigaciones revisadas muestran resultados similares, sin embargo, en esta investigación no se utilizó el carbón activado no porque no estaba indicado, sino porque en la Institución de estudio no estaba disponible.

Las complicaciones frecuentes encontradas en una población estudiada fueron los trastornos hidroelectrolíticos (53,8%), seguidos por los desequilibrios ácido-base (46,2%) y gastritis. También se reportaron insuficiencia renal aguda (12,8%), trastornos de conciencia y bronconeumonía espirativa (10,3% respectivamente) (24).

CONCLUSION

En síntesis, los grupos más susceptible a este tipo de eventos fueron los niños de 1 a 4 años, así como el sexo femenino. La mayoría de las intoxicaciones ocurrieron en el domicilio del paciente. El origen accidental fue más frecuente, aunque con particularidades respecto al sexo y la edad. Las intoxicaciones se produjeron sobre todo por ingestión de productos del hogar, por lo que se emplearon medidas básicas como tratamiento. Estos resultados permitieron destacar la importancia del tema que las intoxicaciones representan en la edad pediátrica, tanto como problema

de salud, así como social, para así poder desarrollar estrategias de prevención que evitarían un gran número de víctimas y los enormes gastos de salud que esta problemática genera.

Los casos de intoxicación aguda en pediatría fueron más frecuentes durante los meses de octubre y noviembre.

- Las intoxicaciones agudas más frecuentes ocurrieron en el grupo de preescolares, con predominio en el sexo femenino.

- Todos los pacientes pediátricos eran procedentes del área urbana con un nivel socioeconómico medio-bajo.

- La mayoría de las intoxicaciones agudas ocurrieron dentro del domicilio del niño, siendo la vía digestiva la más frecuente como entrada del tóxico.

- Las intoxicaciones accidentales predominaron en los lactantes, preescolares y escolares; mientras que, las intoxicaciones voluntarias fueron en los adolescentes de sexo femenino.

- Las causas más frecuentes de intoxicación fueron intoxicaciones con productos del hogar, seguidas por medicamentos.

- Se encontró un alto porcentaje de pacientes pediátricos sin manifestaciones clínicas evidentes; no obstante, más de un tercio de la población evaluada presento sintomatología de un síndrome depresor; es decir, somnolencia, bradicardia e hipotensión los cuales evolucionaron satisfactoriamente.

- El manejo terapéutico estuvo basado básicamente en medidas generales, tales como control de signos vitales, toma de una vía endovenosa, hidratación, y oxígeno de ser necesario; sólo un pequeño porcentaje ameritó antídoto como la naloxona, benzodiacepina y flumazenilo. Ninguno de los pacientes recibió carbón activado, ya que no estaba disponible en la institución.

RECOMENDACIONES

- Priorizar la educación primaria en salud en los centros de primer nivel para prevenir los casos de intoxicación en el hogar, así como brindar a los padres el conocimiento adecuado de cuales sustancias son comunes en intoxicaciones, el resguardo apropiado de las mismas y las pautas para acudir a los servicios de salud pertinentes al sospechar un caso de intoxicación.

- Realizar un estudio multicéntrico que involucre a los principales hospitales de referencia del estado Zulia, para así lograr una base de datos más completa y actualizada de las intoxicaciones agudas en niños y adolescentes, que además permita identificar que centros tienen aspectos por mejorar.
- Proponer a los entes gubernamentales del hospital y del estado la facilidad para formar a un pediatra especialista en toxicología pediátrica, que sea referente para los casos de intoxicaciones en los niños y adolescentes.
- Adquirir una reserva de Carbón activado para los casos de intoxicación aguda, ya que en la institución de estudio no se contaba con el mismo.
- Informar a la población sobre el correcto almacenamiento de los productos químicos, con las respectivas medidas de seguridad, para de esta manera reducir el número de las intoxicaciones, además ponderar sobre los peligros que conlleva auto medicarse o dejar fármacos u otras sustancias al alcance de los niños quienes no comprenden aún que dichos productos pueden causar daño.

REFERENCIAS

1. López C, Montero C. Intoxicaciones en el área de emergencia de pediatría, y agentes causales, en menores de 16 años. Hospital Vicente Corral Moscoso.2011-2015. Revista científico profesional. 2016;4(4):395-416.
2. Hernández W, Salgado C, Padrón J, Correa Y, Duardo A, Valdés N, Riesgo L, González J, GámezA.(2020).Intoxicaciones agudas exógenas en niños y adolescentes ingresados en cuidados intensivos pediátricos. Revista Cubana de Pediatría. 2020;92(2):e1040.
3. Molina JC, Cabañero JC. Intoxicaciones en la edad pediátrica. *Pediatr Integral* 2024; XXVIII (1): 37– 48.
4. Mintegi Raso S. Manual de intoxicaciones en Pediatría 3ª edición. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. AEP-SEUP.Salvat. Edit. Manual de Intoxicaciones en Pediatría.
5. Pabón J. Consulta práctica toxicología clínica. Venezuela: Medbook. EEditorial Médica. 2013:355.
6. Orozco C, Rivero M. Intoxicaciones agudas en pediatría. Tesis para optar al título de Especialista en Puericultura y Pediatría.Universidad Central de Venezuela. Caracas- Venezuela.2016. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/>

bitstream/123456789/16028/1/T026800016858-0-oro-zco_chandy_y_rivero_marilyn_finalpublicacion-000.pdf

7. Chávez D, Capote J, Hernández M, Rocha M, Mantecón M. Comportamiento de las intoxicaciones agudas en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Cienfuegos. *Medisur*. 2017; 15(4):486-492.
8. Mintegi S, Azkunaga B, Prego J, Qureshi N, Dalziel S, Arana E, Acevedo Y, Martínez L, Urkaregi A, Nerea S. Diferencias epidemiológicas internacionales en intoxicaciones agudas en servicios de urgencias pediátricas. *Pediatr Emerg Care*. 2019;35(1):50-57.
9. Azkunaga B, Echarte P, Zumalde A, Mintegi S. Incremento de las intoxicaciones con fin suicida en los servicios de urgencias en España durante la pandemia COVID-19, *Anales Pediat, AEP*. 2022;98(1):11-80
10. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379:2373-2382.
11. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. L.O.T.P Findik. A.B. Erdoğan, E. Fadiloğlu, A.R. Arman. Emergency department visits for non-suicidal Self-harm, suicidal Ideation, and suicide attempts in children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022; 53:289-299. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-021-01125-6>
12. Santomauro DF, Mantilla AM, Shadid J, Zheng, Ashbaugh PC, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398 (2021), pp. 1700-1712. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
[| Medline](#)
13. Prado Y, Vizcaíno M, Abeledo C, Prado E, Leiva O. (2011). Intoxicaciones agudas en pediatría. *Rev. Cubana Pediatra*; 83(4):356-364.
14. Molina J. (2015). Intoxicaciones agudas. En: Casado J, Serrano A. *Urgencias y tratamiento del niño grave*. 3ª ed. Madrid: Ergon; p. 959-64.
15. Romero A, Rojas J, Córdova F. Estudio Retrospectivo: Intoxicaciones en Pacientes Pediátricos del Hospital Vicente Corral Moscoso, Enero a Diciembre 2015. *Revista Médica HJCA*. 2019;11(1):53-56.
16. Vélez P, Paredes P, Fuenmayor F. Diagnóstico diferencial de cetoacidosis hiperglicémica: Intoxicación por plaguicidas. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114(2):e91-e94.
17. Morocho I, Bohórquez W. Intoxicación por organofosforados. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. 2015;33(1):79-85.
18. Dorta M, Godo M, Castellón C, González A, Portal M, Rosell I. (2013).

- Morbilidad por accidentes en menores de cinco años. *Medisur*.2013;11(2):1-10.
19. Cardero A, Mojena G, Porto Y, Del Río L, Calas G. Caracterización clínico-terapéutica de niños y adolescentes con cuerpos extraños aerodigestivos. *Medisan*.2018; 22(4):384-93.
 20. Molina J. Taller de intoxicaciones. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0. 2020;559-567. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/559-Taller%20de%20568Taller%20de%20intoxicaciones.pdf>
 21. González C, Rodríguez A. (2012). Descontaminación gastrointestinal: carbón activado. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de intoxicaciones en Pediatría. 3.^a ed. Madrid: Ergon; 2012: 9-14.
 22. MPPS. Protocolo Nacional Para El Manejo y Actuación Inmediata Ante Intoxicación Con Afectación Masiva De Personas. Nov, 2024. Disponible en: <https://mpps.gob.ve/wp-content/uploads/2026/04/Protocolo-de-Vigilancia-y-Manejo-Inmediato-de-Intoxicaciones.pdf>
 23. Casco M, Vásquez N, Álvarez R y López F. (2019). Evaluación demográfica-etaria y clínica de las intoxicaciones agudas pediátricas. Portugal. Universidad, Ciencia y Tecnología; Número Especial N° 01, pp. 46-52.
 24. Pérez Rivadulla CM, Sáez Yumar L, Casado Díaz S. Intoxicaciones graves pediátricas en unidad de cuidados intensivos. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Enero -febrero, 2018; vol. 22(1)5-13.
 25. Campos J. Perfil clínico y epidemiológico de las intoxicaciones presentadas en la unidad de emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, periodo enero 2018 a Julio 2019. Tesis para optar al título de Medicina Pediátrica. Universidad de El Salvador.2020. El Salvador disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1127648/17-11106283.pdf>.

Entre la enfermedad y la penumbra en la beneficencia (1886) de Antonio Herrera Toro: metodología académica e iconografía epidemiológica de finales del siglo XIX

Dr. Aderito De Sousa F.¹ y Lic. Leonor Colmenares R.²

RESUMEN

En el marco de las artes plásticas venezolanas de finales del siglo XIX, la producción de Antonio Herrera Toro representa uno de los momentos cumbres del academicismo y del realismo social. Su lienzo *La Beneficencia* —conocido también en la historiografía como *La Caridad*— se erige como una pieza fundamental para comprender el diálogo entre las bellas artes, el auxilio espiritual y las condiciones epidemiológicas de la época. Concebida y ejecutada entre 1891 y 1893, esta obra no solo constituye un testimonio de las transformaciones sociodemográficas provocadas por las epidemias decimonónicas, sino que expone magistralmente la influencia académica de filiación francesa asimilada por los maestros de la época. La presente investigación historiográfica analiza la génesis de una de las composiciones más complejas del realismo médico-social venezolano, examinando su mensaje ético, místico y social, así como su contenido epidemiológico, el cual transforma la penuria y el trance de un enfermo desahuciado en una declaración artística de fe, asistencia y piedad.

Palabras clave: Beneficencia, Caridad, Realismo médico-social, Iconografía epidemiológica, Arte y enfermedad

-
1. Otorrinolaringólogo. Doctor en Ciencias Médicas Universidad Central de Venezuela (UCV). Director de la Unidad de Otorrinolaringología Endoscópica del Instituto Urológico San Román. Profesor del postgrado de Otorrinolaringología y Curso de Perfeccionamiento profesional en Otorrinolaringoendoscopia. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Miembro Correspondiente (Caracas) de la Academia Nacional de Medicina, puesto # 46. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0272-7655>
 2. Licenciatura en Historia del Arte. Facultad de Humanidades. Escuela de Arte. Universidad Central de Venezuela. <https://orcid.org/0009-0008-2752-3465>

ABSTRACT

Within the framework of late 19th-century Venezuelan fine arts, the oeuvre of Antonio Herrera Toro represents one of the crowning moments of academicism and social realism. His canvas *La Beneficencia* (Charity) —also known in historiography as *La Caridad*— stands as a fundamental piece for understanding the dialogue between the fine arts, spiritual relief, and the epidemiological conditions of the era. Conceived and executed between 1891 and 1893, this artwork not only serves as a testimony to the sociodemographic transformations brought about by 19th-century epidemics, but also masterfully displays the French-influenced academic style assimilated by the masters of the period. This historiographical investigation analyzes the genesis of one of the most complex compositions of Venezuelan medical-social realism, examining its ethical, mystical, and social message; as well as its epidemiological content, which transforms the hardship and ordeal of a terminally ill patient into an artistic declaration of faith, assistance, and compassion.

Keywords: Charity, Beneficiality, Medical-social realism, Epidemiological iconography, Art and disease

I. INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX, la pintura académica venezolana experimentó una notable maduración técnica e intelectual. Tras los importantes trabajos artísticos de exaltación heroica e historia patria impulsadas en las décadas previas, los artistas de la época comenzaron a dirigir su mirada hacia temas de mayor introspección moral, espiritual y social. En este horizonte destaca la figura de Antonio Herrera Toro (1857-1914), cuya producción artística no solo dominó el retrato institucional y la pintura religiosa monumental, sino que también penetró en la sensibilidad del realismo social.

En el marco de la Exposición Mundial Colombina (*World's Columbian Exposition* de Chicago) celebrada en 1893, la obra presentada bajo el título de “Charity” —conocida en la historiografía nacional como *La Beneficencia* o *La Caridad*— se erige como una pieza fundamental de la plástica venezolana decimonónica. En ella, Herrera Toro sintetizó el rigor formal de la academia con una honda reflexión sobre la precariedad humana, la enfermedad y la trascendencia. El objetivo de este ensayo es analizar cómo la obra, mediante un virtuoso manejo del claroscuro que dota a la escena de volumen, profundidad y dramatismo, articula una narrativa visual sobre la agonía frente a la enfermedad incurable, el desamparo social y la

devastación emocional. Asimismo, se examina el impacto que tuvo la exhibición de este lienzo en la proyección internacional de la pintura venezolana.

II. Contexto histórico del evento y proyección internacional de los artistas plásticos venezolanos.

La *World's Columbian Exposition* —conocida en el ámbito hispano como la Exposición Mundial Colombina de Chicago— fue un magno certamen internacional celebrado entre el 1 de mayo y el 30 de octubre de 1893 para conmemorar el IV Centenario de la llegada de Cristóbal Colón a América. [1]

Venezuela participó con un pabellón de corte neoclásico comisionado por el presidente general Joaquín Crespo y proyectado por el arquitecto francés J. B. Mora, egresado de la Escuela de Bellas Artes de París. La estructura lucía en sus fachadas laterales estatuas en bronce de Simón Bolívar y del Almirante Cristóbal Colón. En su interior, las galerías temáticas albergaban un ambicioso muestrario nacional distribuido en secciones de Bellas Artes, Patrimonio e Historia Patria, Agricultura, Agroindustria, Minería, Manufacturas, Etnografía e Historia Natural. [1] (Figura 1).



Figura 1. Pabellón de Venezuela en la Feria Mundial de Chicago de 189, ubicado en Jackson Park. Chicago. Fuente: *World's Columbian Exposition at Chicago. The United States of Venezuela in 1893*, Published by order of The Government of Venezuela, Official Documents, The Caxton press. MacDougal Street. New York

La delegación venezolana, designada por el Ministro de Relaciones Exteriores, Dr. Pedro Ezequiel Rojas, estuvo conformada por una ilustre representación de médicos e intelectuales: el Dr. Arístides Rojas en la coordinación general; el Dr. Adolfo Ernst como comisionado especial del gobierno; el Dr. Manuel Vicente Toledo como presidente de la Comisión de Venezuela ante el certamen; el Dr. David Lobo como secretario de la delegación; el Dr. Francisco Eugenio Bustamante, embajador en los Estados Unidos, y el Dr. Hermógenes Rivero Saldivia, cónsul general en Nueva York. [2]

Para solemnizar su presencia en la magna cita, el gobierno venezolano mandó a acuñar medallas conmemorativas en bronce y plata, las cuales exhibían en el anverso la efigie de Cristóbal Colón, influenciada en los bocetos de la pintura “Alegoría de Venezuela rindiendo homenaje a Cristóbal Colón” de Arturo Michelena y en el reverso el escudo nacional junto a las estrellas de la bandera. [2, 3] (Figuras 2 y 3).

La Figura de Colón para esa medalla, se inspiró en uno de los dos bocetos realizados por Arturo Michelena

Entre julio y octubre de 1893, el Pabellón de Venezuela registró un promedio diario de entre 1.500 y 2.000 visitantes. Entre sus principales atracciones destacaron la Espada del Libertador -piezas de orfebrería en oro engastada con 1.380 diamantes y gemas preciosas, elogiada por el jurado como una de las joyas de mejor factura en su estilo- y el Pendón de la Conquista del Perú. Esta histórica insignia, empuñada por Francisco Pizarro en el siglo XVI, fue entregada en 1824 por la Municipalidad del Cusco al Mariscal Antonio José de Sucre, quien la remitió al Libertador Simón Bolívar para que este, finalmente, la obsequiara a la ciudad de Caracas. [4]

La participación de Venezuela en la Exposición Mundial Colombina de Chicago de 1893 constituyó uno de los momentos cumbre para la difusión del arte venezolano en el exterior. Bajo la curaduría y gestión de intelectuales como el Dr. Arístides Rojas, el Pabellón de Venezuela y sus salas temáticas de Bellas Artes, mostraron obras de artistas consagrados como Arturo Michelena, Antonio Herrera Toro, Cristóbal Rojas, Emilio Mauri y de otros artistas poco conocidos como Jacinto Inciarte y M. M. Ravelo. La muestra pictórica de la delegación venezolana estuvo conformada por un total de 27 lienzos atribuidos de la siguiente manera: 9 de Arturo Michelena, 7 de Cristóbal Rojas, 4 de Antonio Herrera Toro, 2 de Emilio Mauri, 2 de M. M. Ravelo y 1 de Jacinto Inciarte. [1] (Figura 4).



Figura 2. Medalla acuñada por orden del gobierno de Venezuela para conmemorar el aniversario cuatrocientos del descubrimiento de América y la participación de la República en la Exposición Mundial Colombina.

Fuente: World's Columbian Exposition at Chicago. The United States of Venezuela in 1893, Published by order of The Government of Venezuela, Official Documents, The Caxton press. MacDougal Street. New York.



Figura 3. Bocetos preliminares de la obra “Alegoría de Venezuela rindiendo homenaje a Cristóbal Colón”.

Fuente: Colección Arístides Rojas, sala 4 del Museo Fundación John Boulton (a la izquierda). Colección de la Galería de Arte Nacional (a la derecha)

Las obras artísticas de Michelena, Rojas y Herrera Toro fueron las más elogiadas por la crítica especializada de la época y fueron galardonadas por el jurado oficial con Medalla y Mención de Honor. No en vano han sido considerados figuras prominentes de la pintura académica venezolana del siglo XIX junto a eminentes maestros como Martín Tovar y Tovar, Carlos Rivero Sanabria y Antonio Esteban Frías, entre otros. [2, 3] (Cuadro 1).

Entre las obras de Arturo Michelena exhibidas en este certamen, la Alegoría de Venezuela rindiendo homenaje a Cristóbal Colón sirvió de preámbulo referencial de la sección de Bellas Artes del pabellón de Venezuela. Esta magistral pieza garantizó que el virtuosismo exhibido en los otros 26 lienzos fuera percibido por la crítica internacional no como una suma de talentos aislados, sino como la prueba tangible de la solvencia técnica y la madurez académica alcanzadas por los artistas venezolanos. Con ello, la delegación proyectó la imagen de una nación culta y plenamente alineada con los ideales de progreso y modernidad que demandaba la conmemoración del IV Centenario. [5] (Figura 5)

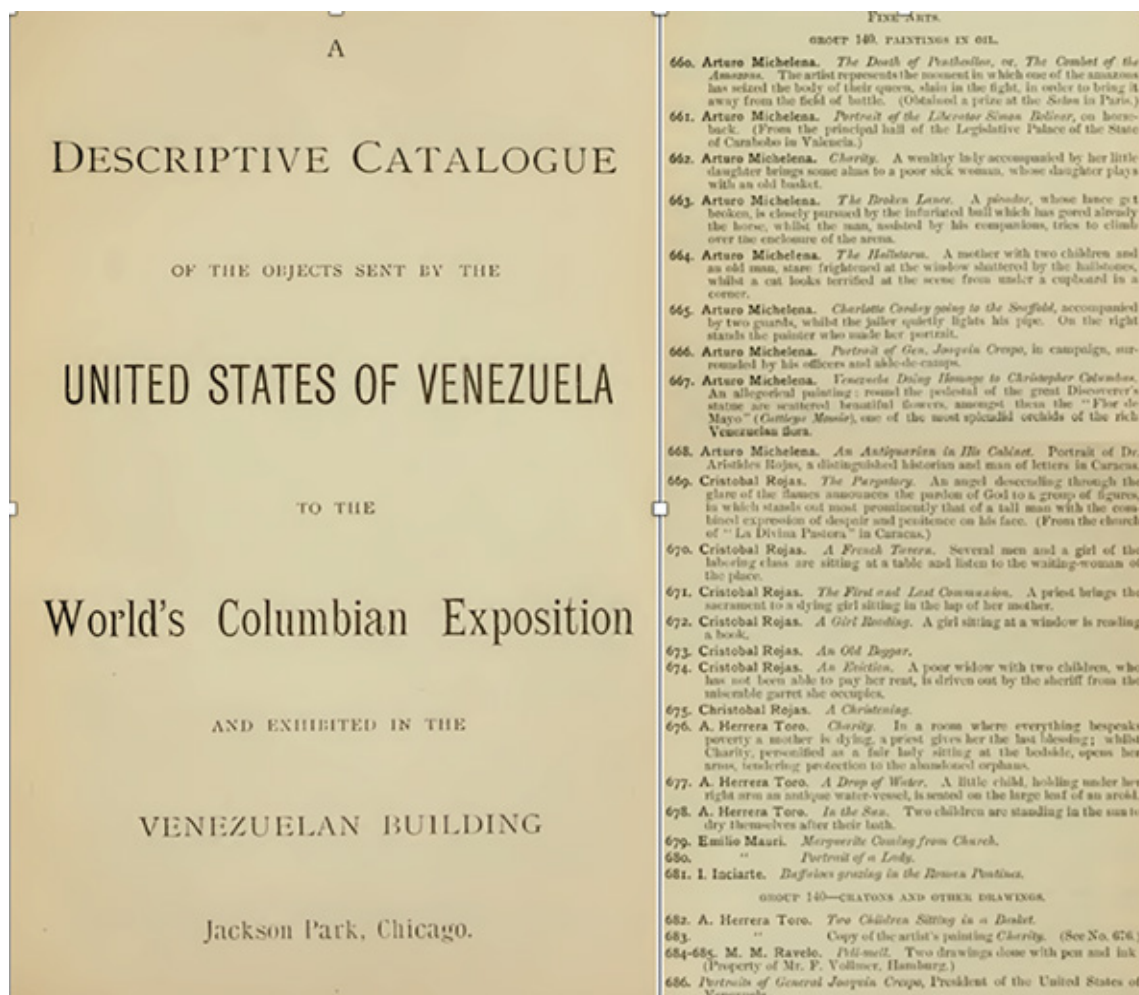


Figura 4. Portadilla y ensamblaje de las páginas 69 y 70 con el listado de los artistas venezolanos y los títulos de las correspondientes obras que se exhibieron en la Exposición Mundial Colombina de Chicago de 1893

Fuente: World's Columbian Exposition at Chicago. The United States of Venezuela in 1893, Published by order of The Government of Venezuela, Official Documents, The Caxton press. MacDougal Street. New York

Cuadro 1

Argumentación comparativa de distinciones otorgadas a Arturo Michelena, Antonio Herrera Toro y Cristóbal Rojas en la Exposición Mundial Colombina de Chicago en 1893

Artista	Obras Galardonadas (Medalla / Mención de Honor)	Naturaleza del Reconocimiento Oficial
Arturo Michelena (1863–1898)	• <i>Alegoría de Venezuela rindiendo homenaje a Cristóbal Colón</i>, 337 cm × 498 cm (1893) • <i>Pentesilea</i>, 487,5 cm × 653 cm (1891)	Reconocimiento oficial a la maestría en pintura de historia, composición alegórica y dominio del dibujo académico.
Antonio Herrera Toro (1857–1914)	• <i>Charity / La Beneficencia</i> (Lienzo de gran formato, 200 x 250 cms) • <i>Charity / La Beneficencia</i> (Boceto final, 87 x 58 cms)	Doble distinción otorgada tanto a la obra definitiva como al estudio preparatorio, valorando la metodología formal y el rigor compositivo.
Cristóbal Rojas (1858–1890)	• Selección póstuma de obras enviadas al certamen internacional	Homenaje y reconocimiento póstumo concedido a tres años de su prematuro fallecimiento (8 de noviembre de 1890), consagrando su aporte al arte latinoamericano.

III. La Beneficencia de Antonio Herrera Toro en la exhibición de Chicago (1893).

Un aspecto de particular relevancia documentado en el catálogo oficial de la sección de Bellas Artes del Pabellón de Venezuela es la presencia duplicada de la obra de Herrera Toro, figurando bajo el título de Charity. El catálogo registra con el número 676 la composición ejecutada en lienzo de gran formato (200 x 250 cm) y bajo el número 683, el boceto final al óleo sobre lienzo de dimensiones menores (87 x 58 cm.). [1] (Figuras 4, 6 y 7).



Figura 5. Alegoría de Venezuela rindiendo homenaje a Cristóbal Colón. 1893
Arturo Michelena (1863–1898) óleo sobre tela, 337 cm. × 498 cm. Colección Palacio de las Academias. Sala Capitulár de la Academia de la Historia



Figura 6. La Beneficencia, 1893. Antonio Herrera Toro (1857-1914).
Óleo sobre tela, 200 x 250 cm. Colección Catedral de Caracas



Figura 7. La Beneficencia, 1892. Antonio Herrera Toro (1857-1914). Boceto final en óleo sobre tela, 87 x 58 cm. Firmado abajo a la derecha, con inscripción: "Al Exmo. Sr. D. P. Ezequiel Rojas". Colección privada.

Esta doble exhibición no fue fortuita. Dentro de la metodología de la pintura académica del siglo XIX, exponer el estudio preparatorio definitivo junto a la tela monumental permitía al jurado internacional ponderar el impulso conceptual y la solvencia gráfica del artista a la par de su destreza técnica para trasponer dicha idea a gran escala.

Dentro de la praxis artística académica, un boceto constituye una herramienta fundamental para materializar un proyecto artístico, al vincular el impulso intelectual del artista con la materialización definitiva de una obra. [3, 7].

En el caso particular de la *Beneficencia*, existe una absoluta correspondencia formal, sintáctica y luminosa entre el boceto final al óleo sobre tela de 1892 y la versión definitiva de gran formato finalizada en 1893 y esto constituye un testimonio de primer orden sobre la metodología académica del siglo XIX. Lejos de responder a la noción moderna del boceto como un bosquejo sin detalles exhaustivos, el boceto final de 1892 de esta obra no resultó ser un modelo reducido autónomo, porque la totalidad de las decisiones compositivas, formas anatómicas y contrastes de luz y sombras quedaron resueltas en su forma definitiva en el trabajo final de gran formato. [5, 6].

La perfecta identidad de las formas, personajes, actitudes y relaciones de escala entre el boceto final y la obra monumental, evidencian el uso de un riguroso sistema de transferencia y ampliación de los personajes y objetos representados. Herrera Toro no buscó reinterpretar la composición ni alterar la gestualidad de las figuras en el lienzo definitivo de 1893; por el contrario, la versión monumental opera como la traslación a gran formato de las soluciones volumétricas y espaciales que ya habían alcanzado su grado máximo de nitidez en la tela de 1892. Cada personaje conserva su eje corporal, su carga psicológica y su ubicación precisa en el espacio tridimensional. [6, 7].

La dirección de la luz, el contraste entre las zonas de penumbra y los focos de iluminación focalizada sobre los personajes centrales, así como el modelado de los paños y la utilería, fueron fijados con tal nivel de definición en el óleo de 1892 que la obra de 1893 no requirió ajustes de última hora. La atmósfera espiritual y la sobriedad dramática del conjunto se transfieren intactas de una versión a otra, demostrando que la búsqueda cromática y tonal había quedado plenamente concluida en la etapa preparatoria. [7].

El boceto final de la *Beneficencia* realizada un año antes de la pintura de gran formato, representa la meticulosa creatividad y la perfección técnica donde Herrera Toro consolidó el acabado (finito) a escala reducida. La tela monumental de 1893 respondió seguramente al deseo de proyectar el mensaje plástico y el sello personal o forma particular del dominio y ejecución artística académica, ante el público

y los jurados internacionales de un evento de envergadura como la Exposición Universal de Chicago de 1893). Esta identidad absoluta entre la prueba final y la obra definitiva no disminuye el valor del boceto; por el contrario, lo consagra como una pieza maestra en sí misma, reflejo del compromiso del artista con el rigor técnico y la coherencia del ideario académico. [5, 8].

Existe un primer boceto a lápiz difundido mediante fotograbado en la edición N.º 17 de *El Cojo Ilustrado* (1.º de septiembre de 1892). La publicación de este estudio preparatorio permitió a la intelectualidad y al público caraqueño apreciar la rigurosa metodología de taller heredada de las academias francesas, fundada en el primado del dibujo, la definición anatómica y la planificación del espacio antes de abordar la superficie pictórica definitiva. En este dibujo a lápiz, Herrera Toro esbozó el armazón lineal, la distribución geométrica de los personajes y los acentos dramáticos preliminares, que intenta transmitir un mensaje de contenido ético y social, cuya narrativa evoluciona desde el dramatismo de la enfermedad y la indefensión para convertirse en una apología de la caridad y el consuelo. En esta obra, la actuación espiritual de la Iglesia y el auxilio compasivo de la figura maternal se articulan como una red de contención humana frente a la vulnerabilidad y la desprotección. [7] (Figura 8).

IV. Epidemiología iconográfica en la Beneficencia de Herrera Toro.

Formado bajo la sólida tutela de Martín Tovar y Tovar y perfeccionado en los centros artísticos de Roma y París, Antonio Herrera Toro asimiló con maestría los preceptos del clasicismo y el academicismo. Sin embargo, su estadía europea coincidió con el auge del Realismo, corriente que cuestionaba la idealización neoclásica para volcarse hacia la representación directa de la realidad social, la pobreza, la marginación, las enfermedades y la asistencia hospitalaria. [9, 10]

En la *Beneficencia* o la *Caridad* (1886), Herrera Toro no adoptó un realismo puramente laico o científico, sino que reprodujo una síntesis singular entre el realismo social del siglo XIX y la iconografía cristiana tradicional. A diferencia del realismo crudo o puramente positivista que se afianzaba en Europa en obras de temática médica o asistencial, Herrera Toro impregnó la escena de un aliento místico donde el alivio a la miseria humana no proviene únicamente de la medicina o la filantropía civil, sino de la conjunción entre la gracia divina y la piedad institucional. [5, 12]

Para comprender el impacto visual y ético de la *Beneficencia*, es preciso situar la composición en el convulso escenario epidemiológico de la Venezuela de finales del siglo XIX. El país enfrentaba una severa precariedad sanitaria, dominada por



Figura 8. Boceto a lápiz de La Beneficencia de Herrera Toro, publicado en la revista El Cojo Ilustrado (N.º 17, 1.º de septiembre de 1892), en el que resalta el valor del dibujo preparatorio como método propio del arte académico francés, en el proceso de ejecución de la obra definitiva

brotes endémicos de tuberculosis, fiebre amarilla, cólera y una alarmante tasa de mortalidad infantil. En medio de esta desolación, la enfermedad operaba como un factor de desintegración familiar y condenaba a las clases trabajadoras a la indigencia absoluta. Herrera Toro vuelca su agudo sentido de la observación hacia este escenario de vulnerabilidad. La obra funciona como un testimonio de las duras condiciones de vida de los desvalidos, donde la tuberculosis y la peste irrumpen en el hogar humilde trayendo consigo la agonía física y la devastación emocional. [11, 13]

Para generar atención y la empatía en el espectador, el artista recurrió a un riguroso repertorio de evidencias patológicas y posturales dentro de la escena. Los estragos físicos de la patología representados en la palidez demacrada y la delgadez extrema del enfermo postrado en el lecho exponen la crudeza de la tuberculosis, conocida también en aquel entonces como tisis y peste blanca. Herrera Toro aprovechó estos marcadores visibles de una enfermedad desoladora no por morbo, sino como un instrumento de denuncia visual sobre las condiciones de insalubridad y desprotección de los desamparados. La gestualidad de la composición despliega una intensa carga psicológica: la fragilidad del niño que agoniza en su lecho y el desconsuelo de los pequeños que lo acompañan, contrastan con la actitud protectora de la madre y el amparo espiritual del sacerdote. De este modo, la obra se adscribe a la «pintura de beneficencia o caridad», un subgénero europeo de las décadas de 1880 y 1890 caracterizado por retratar la asistencia a enfermos en entornos humildes por parte de órdenes religiosas y personal de salud. [6].

Herrera Toro plasma este escenario de vulnerabilidad capturando los signos clínicos del enfermo postrado: palidez demacrada, emaciación y facies de agonía, marcadores característicos de la tisis o “peste blanca”. [14].

El lienzo responde a una sincronía historiográfica decisiva: el hito de 1886, cuando la tríada fundamental de la Generación del Centenario -Cristóbal Rojas, Arturo Michelena y Antonio Herrera Toro- desplazan la narrativa épica e histórica para orientar sus miradas hacia el sufrimiento de los indefensos, las secuelas de la enfermedad y el drama socio-sanitario de la época. [15, 16].

V. CONCLUSIONES

La presente investigación evidencia que la obra *La Beneficencia / Caridad* de Antonio Herrera Toro no solo representa un logro culminante de la pintura académica venezolana de finales del siglo XIX, sino que se erige como un tesoro artístico donde convergen la maestría técnica, la fe y la sensibilidad social y la historia médica nacional.

El año 1886 constituyó un hito de ruptura historiográfica: los maestros de la Generación del Centenario desplazaron de manera simultánea el eje temático de la exaltación heroica y la historia patria hacia la vulnerabilidad del cuerpo exánime, el desamparo social y el drama de la salud pública. En este contexto, signado por la severa crisis epidemiológica de la Venezuela de esa época, marcada por el azote de varias epidemias, la vulnerabilidad social y el empobrecimiento, la elevada mortalidad infantil y la precariedad de la asistencia sanitaria; la obra de Herrera

Toro captura con agudeza la atmósfera de desolación física y angustia existencial que atravesaban los estratos más desfavorecidos.

Desde la dimensión creativa y artística, la Beneficencia destaca por su notable síntesis entre el rigor formal del clasicismo y la sensibilidad narrativa del realismo social. Mediante un virtuoso manejo del claroscuro y un denso catálogo de lenguaje no verbal donde dialogan en silencio sin caer en el sensacionalismo: el sufrimiento humano de un niño enfermo, la desolación maternal y familiar, el abandono social y la contención espiritual de un sacerdote que, con su presencia, intenta conceder trascendencia y dignidad a la agonía humana.

El reconocimiento con Medalla / Mención de Honor otorgado por el jurado oficial de la Exposición Mundial Colombina celebrada en Chicago en 1893, a la obra de gran formato de la Beneficencia ejecutada en 1893 y al boceto final realizado un año antes, ratificó que las Bellas Artes nacionales habían alcanzado una madurez técnica y una densidad intelectual a la par de las corrientes de vanguardia y los grandes centros de enseñanza europeos. Estas distinciones también fueron otorgadas a Arturo Michelena y Cristóbal Rojas (post mortem).

V. REFERENCIAS

1. World's Columbian Exposition at Chicago. The United States of Venezuela in 1893, Published by order of The Government of Venezuela, Official Documents, The Caxton press. MacDougal Street. New York.
2. El libro amarillo de los Estados Unidos de Venezuela: presentado al Congreso Nacional en sus sesiones de constitucionales de 1893 por el Ministro de Relaciones Exteriores. 1893;30,49-51. Caracas: Tipografía Americana. <https://archive.org/details/libroamarillode02extegoog/page/n5/mode/2up>
3. El libro amarillo de los Estados Unidos de Venezuela: presentado al Congreso Nacional en sus sesiones de constitucionales de 1894 por el Ministro de Relaciones Exteriores. 1894:84-285. Caracas: Tipografía Americana. <https://archive.org/details/libroamarillode04extegoog/page/n4/mode/2up>
4. Rojas Arístides. Objetos históricos de Venezuela en la Exposición de Chicago; estudios acerca de ellos. Caracas, Imprenta y litografía Nacional. <https://archive.org/details/objeteshistorico00roja/page/n5/mode/2up>
5. Boulton, A. Historia de la Pintura en Venezuela. Tomo II: Época Nacional. 1987; 148-55. Editorial Armitano. Caracas.
6. Calcaño Julio. Antonio Herrera Toro El Cojo Ilustrado. 1893;35:198,99. <http://sisbiv.bnv.gob.ve/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=213839>

7. El Cojo Ilustrado. 1892;17: 275,286. <https://archivo.redhistoriave.org/pieza/el-cojo-ilustrado-n17>
8. Planchart E. Tres Siglos de Pintura Venezolana. 1948;70,85. Ediciones Museo de Bellas Artes. Caracas.
9. De La Plaza R. Ensayos sobre el arte en Venezuela. Imprenta / Editorial: Imprenta al vapor de La Opinión Nacional. Caracas. 1883
10. Salvador JM. La enseñanza artística en Venezuela bajo la égida de Guzmán Blanco (1870-1887), Ponencia presentada en I Congreso Internacional de Educación y X Jornadas de Investigación Educativa: "De los espacios para el conocimiento y la cultura", Universidad Central de Venezuela, Caracas, Escuela de Educación, 26-28 mayo 2004. https://ia600106.us.archive.org/14/items/la-ensenanza-artistica-en-venezuela-bajo/La_ensenanza_artistica_en_Venezuela_bajo.pdf?utm_source=arepita.beehiiv.com&utm_medium=referral&utm_campaign=aparecio-la-cartera-azul-una-imitacion
11. Da Antonio F, Caballero M, Gradowka A. Antonio Herrera Toro, 1857-1914. Final de un siglo. 1995;29,30,93. Galería de Arte Nacional, Caracas. Editorial Armitano. ISBN: 980 6030 91 5.
12. Weber A. La pintura venezolana en la segunda mitad del siglo XIX. Mañongo (Universidad de Carabobo) 2011;36(19):199-224 https://www.academia.edu/34885756/LA_PINTURA_VENEZOLANA_EN_LA_SEGUNDA_MITAD_DEL_SIGLO_XIX_VENEZUELAN_PAINTING_IN_THE_SECOND_HALF_OF_XIX_CENTURY
13. Calzadilla J. 150 pinturas Antológicas. Fundación Museos Nacionales, Galería de Arte Nacional, Caracas, 2012;17-19,65,71 http://vereda.ula.ve/gan/wp-content/uploads/2012/03/GAN_LIBROS_290312/GAN_150PinturasOntologicas_JuanCalzadilla_2012/GAN_150PinturasOntologicas_JuanCalzadilla_Caracas2012.pdf
14. Calzadilla J, Track C, Casado A, Balza C, Aguilar R, Niño E, Michelena C, Aranguren R, Hernández F. El Círculo de Bellas Artes. A cien años de su fundación. 2013;5,7,18. Fundación Museos Nacionales, Galería de Arte Nacional, Caracas. Impresos Publigráfica66 C.A. ISBN 980-6420-49-7 http://vereda.ula.ve/gan/wp-content/uploads/2012/09/GAN_Catalogo_CBA100Fundacion-WEB_sep2012-feb2013.pdf
15. Planchart, E. La pintura en Venezuela. 1979;295-97. Segunda edición, Caracas: Editorial Equinoccio.
16. Picón Salas, M. Las Formas y las Visiones. Ensayos sobre Arte. 1985;37-39,40-42,46-48. Ediciones Galería de Arte Nacional. Caracas.

Emergencia humanitaria compleja educativa en especialidades médicas: eje transversal de la reforma curricular

*Dres. Esteban Eduardo Rojas Venta¹, Yamileth Carolina Arias Arciniegas²,
Carmen del Valle Sarmiento Guzmán³, Iván de Jesús Gómez⁴, Jeiv Vicente Gómez Marín⁵,
Carlos Ramón Cabrera Lozada⁶*

RESUMEN

Venezuela padece desde el año 2013 una emergencia humanitaria compleja (EHC) con repercusión en el ámbito educativo, con declive cognitivo generacional. La transformación/reforma curricular de los programas de especialidades médicas por competencias en curso en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela actualmente, debe incluir dicha EHC educativa como eje transversal incluyendo además de los elementos propios de la educación basada en competencias para especialidades médicas, aquéllos relacionados con los aprendizajes significativos, “Aprender a Aprender” y “Enseñar a Pensar”, docente como formador de formadores, principios metodológicos, psicopedagógicos y didácticos en docencia, planificación docente, unidad didáctica/curricular,

-
1. *Curso de ampliación en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0009-0009-3729-6136.*
 2. *Curso de ampliación en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0009-0002-9582-2287.*
 3. *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.*
 4. *Especialista en obstetricia y ginecología, administración sanitaria. ORCID: 0009-0003-9811-518X.*
 5. *Ph.D. en ciencias de la salud, 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.*
 6. *Ph.D en ciencias de la salud, 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.*

docente como mediador de aprendizaje, tutoría, tecnologías de información y/o comunicación en docencia, eficacia y experticia en un formador, evaluación y el seguimiento de un formato de transformación/reforma curricular de programas de especialidades médicas por competencias, para su correspondiente rediseño por los comités académicos de los distintos programas.

Palabras clave: emergencia humanitaria compleja, especialidades médicas, reforma curricular.

ABSTRACT

Venezuela suffers a complex humanitarian emergency (CHE) since 2013, with repercussion in the educational scope, with a generational cognitive decline. The current curricular transformation/reform in medical specialties programs at Medicine Faculty of Central University of Venezuela, should include such educational CHE as a transversal axis, including besides the proper considerations of competency-based education for medical specialties, those related to meaningful learning, "Learning to Learn" and "Teach to Think", teacher as trainer of trainers, methodological, psycho-educational and didactic principles, teaching planning, curricular/didactic unit, teacher as training mediator, tutorial, information and/or communication technologies in teaching, effectiveness and expertise in a trainer, assessment and a transformation/reform curricular format follow-up of medical specialties programs, for its proper redesign by academic committees.

Keywords: complex humanitarian emergency, medical specialties, curricular reform.

INTRODUCCION

Dentro del paso histórico de la ética a la bioética en la formación profesional en Venezuela, 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*/Inteligencia Artificial (IA), las redes sociales y la sociedad del conocimiento y la información, la actualización en las profesiones asociadas al cuidado de la salud y las ciencias de la vida, 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/o comunicación (TIC) o académica, con subsecuente repercusión ético-legal, 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 (1-6).

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 Coordinación de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (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 morbilidad materno infantil (2-35).

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”* (7-11, 20, 22, 24). Según la Enciclopedia Británica (36), 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 (7-11, 20, 22, 24, 36).

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 morbilidad materno infantil, que están por encima de las metas, con aumento de hasta 3-6 veces de las mismas, establecidas 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 (2, 3, 7-11, 20-24, 37).

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* (8), la Encuesta Nacional de Hospitales (ENH) (33), la

Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (ENCOVI) (34), y los informes de seguimiento de la EHC de HumVenezuela (35).

Entre los grupos de investigación más destacados en el seguimiento de los indicadores de morbilidad materna infantil relacionada a la repercusión de la EHC venezolana, está el grupo conformado por el programa de especialización en medicina materno fetal (MMF), con sede en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), en Caracas, Distrito Capital, destacando la labor del comité académico de dicho programa de especialización, conformado en el último quinquenio por Alexandra Alejandra Rivero Fraute, Marvina Del Carmen Romero Izaguirre, Carmen Del Valle Sarmiento Guzmán, Yanine Jazmín Palacios Level y Pedro José Escudero Graterol, así como el esfuerzo investigativo del director fundador emérito de dicho programa de especialización, Carlos Ramón Cabrera Lozada, en compañía de Jeiv Vicente Gómez Marín y Freddy Antonio Bello Rodríguez (2, 3, 9-20, 22-32).

Entre los especialistas que han formado parte de la Unidad de MMF y el Servicio de MMF de la MCP, como personal de base o en las guardias y participado activamente en las labores docentes y asistenciales, así como de publicación e investigación, del curso de ampliación, la residencia asistencial programada en MMF, el programa de especialización en MMF y el curso de perfeccionamiento profesional en medicina perinatal están Carlos Cabrera, Luis Cadena, Julio Brito, Luannys Rivera, Felipe Espinoza, Rosemary Sánchez, Wladimir Moreira, Alexandra Rivero, Marvina Romero, Pedro Escudero, Yenithza Herrera, Yulia Mendoza, Alexa Domínguez, Carmen Sarmiento, Carla Vallejo, Jeiv Gómez, Ricardo Escalante, María Rojas, Nelson Mendoza, Riyana Riera, Rosalynn Pacheco, Yanine Palacios, Luisauri Noguera, Luis Mendoza Lara, Gerson Salas, Jonnathan Neuta, Adahil Figuera, Yeivic Fernández, Ginna Velasco, Ana Suárez, Zulaimy Manzo, Mayelis Rengifo, Arianna Rodríguez, Dicxander Lara, Alejandra Díaz, Mercedes Marchena, Keilyn Sierra, Daniela Galiffa, Andreína Chirinos, Jenny Reina, Rosa Navas, César Uret (+), Marielys Colmenares, Rocnell Amundaray, Albani Aular, Yeyderli Robayo, Armelid Mora, Néstor Ferrer, Rosaura Alfonzo, Luis López, Douglas Romero, Magdalena Suleimán, Arturo Saunero, Junny Figueroa, Alexander Seco, Germailyn Flores, María Croes, Carlos Armijo y Yordy Rodríguez (2-4, 25-26).

Los frutos de su trabajo se evidencian en el hecho que el programa de especialización en MMF, con sede en la MCP, es el postgrado clínico de la CEPGFM-UCV con mayor número de publicaciones biomédicas en la última década incluyendo publicaciones en docencia superior, en medio de la EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional (2-4, 25, 26, 30).

Con data obtenida del rendimiento académico universitario actual en la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y en la UCV, con declive cognitivo generacional (38-41), se ha destacado como el investigador nacional en educación

superior más connotado con respecto al tema de la EHC venezolana educativa, Tulio Alfonso Ramírez Cuicas, Director del Doctorado de Educación de la UCV y la UCAB, así como Director del Postdoctorado en Educación de la UCAB (39-41). En el Sistema de Evaluación de Conocimientos en Línea (SECEL) de la UCAB para diciembre de 2025 (38), destaca que los colegios privados mantienen mejores resultados en el puntaje en una escala de 0 a 20 puntos, en matemáticas y habilidad verbal (7,56 puntos en matemáticas y 10,26 puntos en verbal) frente a las instituciones públicas (6,55 puntos en matemáticas y 9,00 puntos en verbal).

El SECEL de la UCAB para diciembre de 2025 (38), que evaluó más de 11 000 pruebas, con identificó debilidad crítica en comprensión lectora. Siete de cada diez estudiantes fallan al intentar identificar ideas implícitas o elaborar opiniones críticas sobre lo que leen. Geometría y estadística se mantienen como los bloques con mayores carencias en matemáticas. Los estudiantes muestran habilidades en aritmética básica, pero fallan al representar condiciones en lenguaje matemático o interpretar soluciones.

En marzo de 2024, solicitaron cupo de ingreso a la UCV 2.200 bachilleres y solo aprobaron su ingreso 573 nuevos inscritos en las diferentes escuelas de la Facultad de Ciencias. Al finalizar el primer semestre, posterior a un semestre de nivelación, 461 cursantes no lograron aprobar ni una asignatura. Un 80,25% de los nuevos inscritos no fue capaz de superar las exigencias del primer semestre (40).

En concordancia con los datos situacionales nacionales del *Venezuelan Health Profile* (8), la ENH (33), la ENCOVI (34), y el informe de seguimiento de la EHC de HumVenezuela (35), el trabajo de Ruiz y col. (31), sobre la base de conceptos que ya habían trabajado Gómez y col. (20, 23, 25) y Cabrera (24), en la MCP, es el primer trabajo que relaciona directamente la EHC educativa venezolana en las especialidades médicas y su impacto directo en indicadores de salud, en este caso indicadores de salud perinatal. Dichos hallazgos concuerdan con lo planteado en el sistema de educación preuniversitario y universitario nacional por el SECEL de la UCAB (38), y Ramírez (39-41), quien plantea la necesidad de una profunda reforma de todo el sistema educativo, incluyendo reforma curricular, del análisis crítico-dialéctico con comprensión hermenéutica de su trabajo, bajo instancias de reflexión-acción-reflexión, para la búsqueda de cambio de una realidad comunicativa, se desprende que la EHC educativa venezolana debe ser eje transversal de la reforma curricular (2-4, 20-25, 39-41).

No ha permanecido ajena la CEPGFM-UCV a los cambios que han sucedido en lo político, económico, social, así como de infraestructura nacional, a consecuencia de los hechos acaecidos los días 03 de enero de 2026 y 24 de junio de 2026, que han afectado a la Nación y a la actividad de la UCV (42). La CEPGFM-UCV, siguiendo las pautas del Consejo de Estudios de Postgrado (CEP-UCV) del Vicerrectorado Académico y el Sistema de Actualización Docente de Profesorado (SADPRO-

UCV), ha promovido en los últimos 2 años una reforma/transformación curricular por competencias de los postgrados clínicos médicos, principalmente cursos de ampliación, perfeccionamiento y programas de especialización como reflejan las publicaciones en las redes sociales de la Facultad de Medicina de la UCV (42).

Llama la atención que durante este proceso de transformación/reforma curricular por competencias de las especialidades médicas, no se ha establecido como eje transversal la EHC educativa nacional (2-4, 20-25).

En un entorno universitario que promueve el respeto de las normas disciplinarias universitarias y médicas, la paz, la cordialidad en las relaciones docente-estudiante con docencia inclusiva y enfoques pedagógicos que promuevan el aprendizaje significativo con énfasis en la formación de formadores con calidad e integridad en las áreas de actividad asistencial, docente, investigativa, gremial-administrativa, ético-legal, informática, divulgativa y académica, de las diversas especialidades médicas, son aspectos que deben ser consolidados en la reforma curricular de las especialidades médicas (2-4, 20-25, 43-74).

Elementos como las brechas de acceso/inequidad digital, el uso de *Big Data*/IA y otras TIC, la integridad académica y prevención del fraude académico, la actualización e innovación continua dentro de los aspectos éticos y clínicos de las profesiones asociadas al cuidado de la salud y las ciencias de la vida, los aspectos bioéticos en redes sociales del profesionalismo en la era digital, las funciones informativa, educativa, motivacional, consensual y psicoterapéutica de la relación médico-paciente, la simulación de situaciones clínicas de emergencia/consulta/teleconsulta (quirúrgicas o médicas) como estrategia de aprendizaje, combate al acoso/*bullying*, así como evitar la aparición del Síndrome de Hubris/Hibris y la Broncemia, además de la situación de los programas de postgrado, deben formar parte del debate de la transformación/reforma curricular de las especialidades médicas (2-4, 20-25, 43-75).

Destacan dentro de este debate académico, que ha incluido hasta a miembros de la Academia Nacional de Medicina (ANM), que en tiempo reciente se ha convertido en prioridad cuyo abordaje es impostergable tanto en pregrado como en postgrado en la Facultad de Medicina de la UCV, las publicaciones realizadas por la Revista Ética e Integridad Académica de la UCV, conformada en gran parte por miembros del Centro Nacional de Bioética (CENABI), así como investigadores pertenecientes al personal docente de pregrado y postgrado de la Facultad de Medicina de la UCV, arte y parte de la transformación/reforma curricular de los programas por competencias en sus diversas cátedras y departamentos de las distintas escuelas de la facultad, así como en los programas de postgrado de la CEPFM-UCV (2-4, 20-25, 43-75) .

Por ello, se realizó la presente revisión narrativa con la finalidad de analizar a la EHC educativa nacional como eje transversal de la reforma curricular de las

especialidades médicas por competencias bajo un paradigma crítico-dialéctico.

Se procedió a realizar un muestreo no probabilístico, opinático y de representatividad cualitativa a juicio de los autores, de los documentos y publicaciones en revistas biomédicas y/o libros relacionados con el tema. Se realizó una búsqueda en los motores de búsqueda de las plataformas en línea y/o bases de datos PubMed, Scielo, LILACS, Google Scholar, SaberUCV, Research Gate, Scopus y Elsevier, así como los repositorios de bioética latinoamericana y normativas universitarias y legales relacionadas con el ejercicio de las especialidades médicas, durante el período 1912-2026 (43-109). Los términos utilizados fueron: “Emergencia Humanitaria Compleja Venezuela”, “Educación Médica por Competencias”, “Especialidades Médicas”, “Reforma Curricular”, “Transformación Curricular” y “Ética Médica y Educación”.

DESARROLLO

Docencia en las especialidades médicas en EHC educativa venezolana

El programa de especialización en MMF de la MCP, aprobado en el año 2013 por el Consejo Nacional de Universidades (CNU) (2-4, 23, 25, 26, 30), es un programa de avanzada dentro de la CEPGFM-UCV, además de ser el programa de especialización con el mayor número de publicaciones en la última década de los postgrados clínicos de la CEPGFM-UCV (23, 25, 26, 30), por ser un programa de especialización aprobado con asignaturas de metodología de investigación I y II en su estructura curricular, teniendo como evaluación de dichas asignaturas, la presentación del proyecto del Trabajo Especial de Grado (TEG) y el informe final para defensa del TEG, tener en su cuerpo regular de docentes asistenciales a su director fundador emérito Carlos Ramón Cabrera Lozada (Individuo de Número, Sillón VII de la ANM) y Carla Elizabeth Lozada Sánchez (Miembro Correspondiente Nacional, Puesto 16 de la ANM), quien en conjunto con el coordinador de investigación del programa Jeiv Vicente Gómez Marín, tienen título de doctor en ciencias de la salud (2-4, 23, 25, 26, 30).

Si bien para el momento de su aprobación no se había promovido la transformación/reforma curricular de los programas por competencias (que sigue en desarrollo en el programa de MMF con correcciones más de forma que de fondo, realizado por la dirección y coordinación docente del mismo), dicho programa ya incluía las competencias dentro de su estructura curricular (2-4, 23, 25, 30).

Desde el año 2024, la coordinación de investigación del programa de especialización en MMF de la MCP, en conjunto con el director fundador emérito, combinando su formación profesional del Curso de Formador de Formadores, Nivel

Avanzado de la Universidad Antonio de Nebrija de España, con la especialización en docencia en educación superior en la Facultad de Humanidades y Educación de la UCV, ha realizado un análisis reflexivo con comprensión hermenéutica de la literatura, bajo el paradigma crítico-dialéctico, bajo instancias de reflexión-acción-reflexión en la búsqueda de cambios en la realidad comunicativa, con respecto la relación docente-estudiante entendiendo las especialidades médicas como una formación androgógica, determinando una serie de aspectos indispensables para un desarrollo apropiado de los programas de especialidades médicas en la CEPGFM-UCV (43-109). Entre dichos aspectos están:

Educación basada en competencias para especialidades médicas

Los siete saberes para la educación del futuro se consideran como las cegueras del conocimiento (el error y la ilusión), los principios de un conocimiento pertinente, enseñar la condición humana, enseñar la identidad terrenal, enfrentar las incertidumbres, enseñar la comprensión y la ética del género humano (76). La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por su acrónimo en inglés) (77), ha declarado la importancia de una educación universitaria que cumpliera un rol profesional y social a la comunidad, permitiendo además la movilidad de personal calificado con características comunes que asegurara la inserción en el medio laboral nacional o internacional.

Entre los diferentes perfiles de competencia descritos, se consideran los siguientes aspectos como necesarios para un adecuado ejercicio profesional: capacidad de comunicación, capacidad de razonamiento y juicio clínico, aptitud para el trabajo en equipo, mantenimiento de conductas y actitudes éticas, capacidad de generar autoevaluación, capacidad de mantener un aprendizaje continuo autodirigido. Los conocimientos científicos y las habilidades clínicas, herramientas clásicas de la medicina, también fueron descritas como competencias fundamentales para un adecuado ejercicio profesional. De forma práctica podemos decir que la descripción del perfil de competencia debe incluir tres dimensiones: ética y de valores, académica y profesional (42-105).

Actualmente, se define el perfil de competencia profesional como el conjunto de funciones y tareas que deben ser realizadas por el profesional. En las especialidades médicas, corresponden a aquellas competencias, definidas por las sociedades correspondientes de las distintas especialidades, que deben ser cumplidas por el profesional que permitan llevar a cabo la práctica profesional en diferentes ambientes, acorde a sus necesidades y en relación al modelo sanitario nacional. Realizar una transformación/reforma curricular con perfil por competencias para los egresados de los distintos programas de especialización, se considera como una herramienta para el incremento de las condiciones de eficiencia, pertinencia y

calidad de la educación. En la Facultad de Medicina de la UCV, la definición más aceptada del perfil de competencia profesional es la que la conceptúa como *“un listado o panel de habilidades/destrezas y actitudes consideradas como esenciales para el ejercicio de la profesión”* (2-4, 25, 26, 30, 78-105).

La educación médica basada en competencias concibe al ser humano de forma holística, superando el paradigma de una educación basada en *“aprender para la escuela y no para la vida”*. Bajo esta visión el desarrollo de la competencia profesional se entiende como un *“constructo que representa la integración en un individuo de capacidades (habilidades- destrezas) y valores (actitudes), que requieren conocimientos generales y específicos, de una manera tal, que le permite a ese individuo desempeñar adecuadamente labores profesionales de acuerdo a los patrones de actuación vigentes para esa profesión en determinado momento”* (79, 80, 82, 91). Por ende, el diseño e implementación de cualquier nuevo programa de postgrado clínico dirigido tanto a residentes de postgrado como a especialistas, debiera realizarse bajo dicha metodología (2-4, 25, 26, 30, 78-105).

Las competencias en especialidades médicas, son una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes, que conducen a desempeño adecuado y oportuno de una tarea en el campo propio de una determinada especialidad. Las cuatro características principales son integración coordinada de saberes (conocimientos, procedimientos/habilidades y actitudes), desempeño (movilización del saber a la acción, *“saber hacer”*), calidad del desempeño (eficiente, oportuno y tener bondad) y contexto (población a atender, el sistema de salud y la normativa que rige el ejercicio de la especialidad) (2-4, 25, 26, 30, 78-105).

De forma sintética, las competencias se clasifican en genéricas (compartidas por la mayoría de las profesiones) y las específicas (propias de cada disciplina). También se han clasificado en básicas (desarrollo de saberes necesarios para cualquier tipo de actividad intelectual), genéricas o transversales (movilización de conocimientos, habilidades y actitudes y recursos del ambiente a los fines perseguidos) que se discriminan en instrumentales, interpersonales y sistémicas, y en profesionales específicas (propias de cada disciplina) (2-4, 25, 26, 30, 78-105).

Para que la educación médica por especialidades, siga los lineamientos de la educación basada en competencias, debe existir un equilibrio entre las ciencias básicas y clínicas relacionadas con la especialidad y las cuestiones éticas asociadas con la práctica clínica de la misma, donde se deben desarrollar capacidades indispensables para poder alcanzar la competencia profesional apropiada y completar exitosamente la formación de la especialidad; en un proceso educativo centrado en el estudiante y en un proceso de aprendizaje basado en la solución de problemas que se presentan en las áreas asistencial, investigativa, docente, valores ético-legal-gremial y administrativa de los postgrados clínicos (2-4, 25, 26, 30, 78-105).

En un modelo de educación enfocada en resultados, se definen tres dimensiones o círculos de la competencia según una asignatura determinada: primer círculo o competencia técnica (lo que el médico hace), segundo círculo o competencia académica (como lo hace); y tercer círculo o competencia de desarrollo personal (quien lo hace). A su vez, existen doce dominios (habilidades, destrezas, actitudes y conocimientos), cada uno relacionado con una de las tres dimensiones o círculos. Al definir la competencia, se establece aquello que se debe aprender y aquello que se debe evaluar (2-4, 25, 26, 30, 53, 91).

El modelo socio-cognitivo en la educación médica, es un modelo de enseñanza-aprendizaje, que pretende desarrollar capacidades-destrezas como herramientas mentales y valores-actitudes como tonalidades afectivas, por medio de contenidos y métodos. Más que saber contenidos, en este modelo resulta imprescindible manejar las herramientas para aprender como capacidades y destrezas. El profesor en la formación androgógica de programas de especialidades médicas, constituye un mediador del aprendizaje, además los valores también son entendidos como metas o fines fundamentales del proceso educativo (2-4, 25, 26, 30, 53, 91).

Aprendizajes significativos en especialidades médicas

El aprendizaje significativo es un tipo de aprendizaje en el que el estudiante utiliza sus conocimientos previos para adquirir conocimientos nuevos. Por lo tanto, se trata de un proceso en el que el estudiante mediante una participación activa consigue adquirir y retener conocimientos de una manera más efectiva, dichos conocimientos se incorporan a la estructura cognitiva del alumno, debe existir un verdadero interés por lo que se le está mostrando. Éste proceso da al alumnado mayor autonomía y juicio crítico. Es el eje de “aprender a aprender”. Sus principales características son que produce una retención más duradera de la información, facilita la adquisición de nuevos conocimientos y su “transferibilidad”, la información es guardada en la memoria a largo plazo, es activo (depende de actividades de asimilación por parte del alumno), es personal (la significación del aprendizaje depende de los recursos cognitivos del alumno). Los tipos de aprendizaje significativo son por representaciones, conceptos o proposiciones (asimilación de conceptos nuevos por diferenciación progresiva, conciliación integradora o combinación) Entre los requisitos para que se produzca en el aula están (53, 78-105):

1. Significatividad lógica del material: el material que presenta el docente al alumno debe estar organizado, para que se favorezca una transmisión de conocimientos.
2. Significatividad psicológica del material: el alumno debe conectar el conocimiento nuevo con los previos para llegar a comprenderlo. También

debe poseer y ejercitar la memoria a largo plazo y así retener de manera duradera lo aprendido.

3. Actitud favorable del alumno: el aprendizaje no puede darse si el alumno no quiere. Éste es un componente de disposiciones, emociones y actitudes, en donde el docente puede influir a través de la motivación.

“Aprender a Aprender” y “Enseñar a Pensar” en especialidades médicas

Dentro de las prácticas educativas apropiadas, que son aquellas que propician las condiciones más favorables para el aprendizaje de todo tipo de alumnado, llevándolo a una concienciación más amplia, convirtiéndolos en seres autónomos y críticos, protagonistas de su propia evolución personal e intelectual, en dicha contextualización, enseñar (diferente a como se ha concebido tradicionalmente) no es una mera transmisión de conocimientos hacia los alumnos (sin tomar en cuenta la dimensión personal e intelectual del alumno, así como la posibilidad de participación activa del mismo) aislada de los fenómenos que suceden en nuestra sociedad y que influyen en la realidad del alumnado, y, por ende, de su formación. Se debe considerar que no existe una metodología capaz de hacer frente a todos y cada uno de los estilos y tipos de aprendizaje de los alumnos (53, 78-105).

Enseñar (dentro del marco de la formación con un diseño adecuado de plan de integración/enseñanza) es servir de guía al alumno mediante la oferta de diversos instrumentos o recursos educativos, para que, mediante su propio esfuerzo y participación, llegue al verdadero conocimiento, donde consigue formarse desde el punto de vista personal (valores) y educativo (conocimientos correspondientes a las distintas áreas del conocimiento) con comprensión de su propia realidad a partir de la asociación de ésta con su propio proceso de aprendizaje. Enseñar es el proceso mediante el cual se configuran las condiciones necesarias para que el alumnado pueda experimentar las situaciones educativas (diseñadas, organizadas y puestas en práctica), para conseguir que el alumnado pueda aprender (53, 78-105).

También dentro de dicha contextualización, el aprendizaje (dentro del marco de la formación), se define como las capacidades, habilidades, destrezas y competencias que el alumno adquiere como resultado de las experiencias educativas que se le ofrecen por el formador y/o la entidad formadora. Aprender (dentro del marco de la formación) pasando de una concepción conductista a una con incorporación de componentes cognitivos, se define como una secuencia integrada de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, el almacenaje y/o la utilización de información o conocimiento (53, 78-105).

Bajo esta definición, el alumnado al dominar las estrategias de aprendizaje puede planificar u organizar sus propias actividades de aprendizaje. Dicha acción de aprender, se lleva a cabo cuando el alumno participa activamente, siendo capaz de adaptar e integrar a su propia estructura cognitiva los conocimientos trabajados y adquiridos tanto en el aula como fuera de ella, empleando para ello distintos procesos de reflexión, comprensión y crítica, asimilando dichos conocimientos y relacionándolos con los que poseía previamente, tomando en cuenta además su propia realidad (*aprender significativamente*). Mediante este proceso, los alumnos se convierten en seres autónomos y críticos, capaces de ir renovando continuamente sus propias estructuras con nueva información adquirida y sobre una base sólida, que es el conocimiento previo), siendo capaces de adaptarse a los cambios, y por lo tanto formar parte activa de la vida y la interacción en sociedad (53, 78-105).

“Aprender a Aprender” por ende, es el procedimiento personal más adecuado para adquirir un conocimiento, lo que es sumamente importante dado que en la nueva sociedad del conocimiento y la información, estamos constantemente bombardeados de información. “Aprender a Aprender” impulsado como forma de acercamiento a los hechos, principios y conceptos, implica, ante las diversas realidades encontradas en nuestra propia experiencia personal-formativa, que se debe aprender las diferentes estrategias cognitivas y metacognitivas (entendiendo la metacognición como el conocimiento de uno mismo) así como de modelos conceptuales, así como el uso adecuado de cada una de ellos (53, 78-105).

El “Aprender a Aprender” es dotar al individuo de herramientas de aprendizaje y desarrollar su potencial de aprendizaje (posibilidades de aprendizaje que posee el alumno). Dentro de ésta perspectiva la metacognición, como consciencia del individuo sobre lo que se está haciendo y la capacidad de controlar sus propios procesos mentales, implica que amén de la necesidad de enseñarle al alumnado técnicas de estudio, es necesario darle conocimiento sobre sus propios procesos de aprendizaje (metaconocimiento), cuya vía fundamental de adquisición es la reflexión de la propia práctica desarrollada en el aula (53, 78-105).

“Enseñar a Pensar”, es, por tanto, el objetivo último de las estrategias de aprendizaje, educando al alumno para lograr autonomía, independencia y juicio crítico, por medio de un gran sentido de la reflexión, Es por ello, que el docente debe desarrollar en el alumnado la capacidad de reflexión crítica sobre sus propios hechos, es decir, sobre su propio aprendizaje (Enseñar a Pensar), mejorando su práctica en el aprendizaje diario, convirtiéndola en una aventura en la que logra desarrollar su dimensión personal e intelectual, en la que a la par que descubre y asimila nuevos saberes (independientemente del área del conocimiento a la que pertenezcan), profundiza en la exploración y conocimiento de su propia personalidad, dentro de la realidad en la que vive el alumnado como residentes

de postgrado en medio de la EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional (53, 78-105).

Docente en especialidades médicas como formador de formadores

El docente en las especialidades médicas tiene un rol de formador de formadores, bien sea en un nivel básico o avanzado de la respectiva especialidad, dependiendo de la estructura curricular y los períodos académicos, entendiendo la necesidad de establecer como eje transversal en el proceso de enseñanza-aprendizaje la EHC educativa venezolana, con declive cognitivo generacional. Todos los formadores en las especialidades médicas cumplen una serie de funciones, asumiendo un rol que conlleva una serie de acciones (Tabla 1) (53, 78-105).

Tabla 1. Roles y acciones del docente/formador en especialidades médicas

Rol	Acciones
Experto en instrucción	Decisiones sobre fines a alcanzar propios de la especialidad. Metodología y recursos. Actividades para el desarrollo de la acción formativa propia de la especialidad. Evaluación.
Motivador	Procedimientos a utilizar propios de la especialidad. Conocimiento del alumno.
Organizador	Organización de la clase. Interacción con los alumnos. Planificación/supervisión de tareas. Preparación de pruebas de evaluación que evalúen la adquisición de competencias. Reuniones con otros docentes.

Líder	Atención a las necesidades de todos y cada uno de los alumnos en entorno de EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional. Técnicas de manejo de grupos.
Orientador	Ayuda en resolución de problemas al alumno. Guía en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
Arquitecto	Modelador y facilitador del aprendizaje significativo. Adecuación de metodología y recursos propios de la especialidad en entorno EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional.
Modelo	Actitudes. Entusiasmo. Ética.

Principios metodológicos, psicopedagógicos y didácticos en docencia en especialidades médicas

1. Principio de no sustitución: El formador no debe realizar tareas que el alumno pueda hacer por sí mismo, protegiendo así su autonomía y autoestima.
2. Principio de actividad selectiva: se debe priorizar el razonamiento, la síntesis y la creación crítica sobre procesos inferiores como la simple memorización.
3. Principio de anticipación: se debe conocer el nivel previo del alumno para provocar que avance, en lugar de adaptarse pasivamente a su estado actual.
4. Principio de motivación: crucial, nadie aprende si no lo mueve alguna razón, bien sea por contenido terminal del aprendizaje, por mediación instrumental, por método didáctico, por el profesor, por co-decisión

curricular, por experiencia de éxito o por efecto sinérgico Zeigarnik-Hawthorne (tareas inconclusas-desafío).

5. Principio de individualización: personalización de la oferta educativa en la planificación y puesta en práctica de la metodología docente (diálogo con los alumnos sobre la metodología didáctica), durante el desarrollo de las clases (formulación de preguntas y exposición de respuestas), fomentando la utilización de tutorías y organización de seminarios o encuentros especiales, comentar los exámenes o trabajos académicos y animar sus revisiones, así como alabanzas o informe personalizado de resultados.
6. Principio de adecuación epistemológica: metodología didáctica adaptada al contenido a transmitir.
7. Principio de secuencia alternativa: Elección de adecuada secuencia de momentos metodológicos.
8. Principio de sistemicidad didáctica: Gestión conjunta de los distintos elementos del proceso enseñanza-aprendizaje. Contenidos coherentes con objetivos, metodología didáctica y modalidad de evaluación.

Adicionalmente se debe tomar en cuenta:

- A. Asegurar la relación de las actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje con la vida real del alumno: La realidad que viven los alumnos (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional) debe ser el punto de partida de la construcción de la actividad educativa.
- B. Facilitar la construcción de aprendizajes significativos: “que aprendan a aprender”. Diseño de actividades de enseñanza-aprendizaje que permitan establecer relaciones sustantivas entre experiencias y conocimientos previos con los nuevos aprendizajes.
- C. Enfoque globalizador: organización de contenidos dentro de un contexto determinado y en su globalidad.
- D. *Currículum* abierto, flexible y común para todos: tomar en cuenta las peculiaridades de cada alumno y sus ritmos de aprendizaje, así como su nivel de formación en entorno de EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional.
- E. Llevar a cabo el aprendizaje del alumno en la interacción alumno-docente:

promoción de interacciones docente-alumno para que se produzca intercambio de información y experiencias.

- F. Proporcionar continuamente información al alumno sobre el momento del aprendizaje en que se encuentra: construcción de experiencias de aprendizaje motivadoras a partir de objetivos por conseguir, dando conciencia a los alumnos de las dificultades por superar y de sus posibilidades.
- G. Trabajo cooperativo: elaboración de programaciones y diseño de actividades favoreciendo cooperación, solidaridad, igualdad de trato.
- H. Evaluación global, formativa y continua: realizada durante proceso enseñanza-aprendizaje, diseñada para saber los conocimientos adquiridos por el alumno y los errores cometidos, mejorando el proceso educativo.

Otros factores a tomar en cuenta son el perfil y calidad de interacciones del Formador, su dominio de la materia, capacidad de gestionar el proceso de enseñanza, habilidades de comunicación, empatía y trabajo en equipo, curaduría crítica de contenidos, resiliencia y flexibilidad cognitiva. También se debe tomar en cuenta entorno físico, interacción con otras personas durante el proceso enseñanza-aprendizaje, recursos didácticos empleados, uso de tecnologías de información y/o comunicación, así como capacidades de procesamiento de la información, concepciones del aprendizaje y aplicación del conocimiento por parte del alumnado que pueden influir tanto en el mismo proceso-enseñanza aprendizaje como en su evaluación (53, 78-105).

Planificación Docente en especialidades médicas

La planificación docente, que implica un esquema de trabajo redactado con anterioridad a la iniciación del proceso formativo, se concreta en un documento escrito o plan formativo de acción, que supone la elaboración de un programa. El programa formativo es el conjunto de especificaciones y estrategias que realiza el formador/es con respecto al proceso de aprendizaje y mejora de actitudes de los alumnos en el ámbito específico de una acción formativa (53, 78-105).

El proceso de planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje presenta las características de flexibilidad (abierto para adaptarse a las circunstancias y se puedan proponer alternativas de acción), realista (adecuada a los recursos temporales, materiales, capacidades de los alumnos y condiciones en las que se desarrolle la formación) y concreto (presentarse de forma detallada con secuenciación lógica de acciones). Es imprescindible para la planificación que el docente conozca y domine un número amplio de metodologías para poder abarcar las necesidades,

características e interés de sus alumnos y garantice el éxito de su aprendizaje. La planificación docente, consiste en un proceso sistemático de carácter secuencial (53, 78-105).

Unidad Didáctica/Curricular en especialidades médicas

La Unidad Didáctica/Curricular es la unidad básica de programación de una determinada estructura curricular. Es toda unidad de trabajo de duración variable, que organiza un conjunto de actividades de enseñanza y aprendizaje y que responde en su máximo nivel de concreción a todos los niveles del currículo: qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar. Es articulada y completa, porque contiene la planificación de un proceso de enseñanza y aprendizaje, y, por lo tanto, todos los elementos curriculares: objetivos-contenidos (independientemente que estén formulados o no por competencias), actividades de aprendizaje y actividades de evaluación. Sirven como una forma de planificar el proceso de enseñanza-aprendizaje alrededor de un elemento de contenido que se convierte en eje integrador del proceso, con una coherencia metodológica interna por un período de tiempo determinado, aportándole consistencia y significatividad (53, 78-105).

Además de añadir los datos previos (que se tienen que considerar antes de programar en el contexto de la EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional) de cómo son las condiciones en las que se tendría que llevar a cabo una programación, medios de que se disponen, los alumnos y sus características, espacialidad y temporalidad, etc., la unidad didáctica debe contener sus elementos los objetivos, la selección de contenidos y su organización en distintos periodos temporales, la organización de actividades (temporalización, tipos, criterios metodológicos, formas de agrupamiento de alumnos y espacios a utilizar) y los criterios y estrategias de evaluación (53, 78-105).

Entendiendo previamente los niveles de concreción curricular donde el diseño curricular base es de carácter normativo y elaborado por las administraciones educativas y que determina las experiencias educativas que se han de garantizar a todos los alumnos de una determinada etapa, ciclo o nivel educativo. El proyecto curricular de centro por su parte, es el recurso pedagógico-didáctico, que define y determina el conjunto de actuaciones del grupo docente de un determinado centro educativo, contemplando como finalidad prioritaria alcanzar las capacidades previstas en los objetivos en cada una de las etapas, en coherencias con las finalidades educativas del mismo (53, 78-105).

Las programaciones curriculares de aula (unidades didácticas) son el conjunto de estrategias de enseñanza-aprendizaje que cada formador diseña y realiza con su alumnado. debiendo estar de acuerdo con el proyecto curricular de centro y el diseño curricular de base, siendo una unidad de trabajo de aula relativa, articulada

a un proceso de enseñanza-aprendizaje articulado, completo y coherente (53, 78-105).

Por último, las adaptaciones curriculares individualizadas, son todos aquellos ajustes/modificaciones (considerando la diversidad del alumnado y sus necesidades educativas especiales) que se efectúan en los diferentes elementos de la propuesta educativa desarrollada para un determinado alumno (proceso de enseñanza-aprendizaje más individualizado) lo cual es clave tomar en cuenta en un entorno de EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional. Entendiendo que el aula en las especialidades médicas no se limita a salón físico de clases o al aula virtual, sino incluye las actividades clínicas específicas médicas o quirúrgicas, de consulta externa o atención de urgencias/emergencias (53, 78-105).

Docente como mediador de aprendizaje en especialidades médicas

El docente/formador como mediador del aprendizaje de los alumnos en especialidades médicas, como experto que domina los contenidos, establece metas, regula los aprendizajes (favorece y evalúa los progresos), fomenta el logro de aprendizajes significativos y la búsqueda de la novedad, potencia el sentimiento de capacidad, ayuda a controlar la impulsividad (enseña qué hacer, cómo, cuándo y por qué), comparte las experiencias de aprendizaje con los alumnos, atiende las diferencias individuales y desarrolla en los alumnos actitudes positivas, son de destacar las siguientes funciones que desarrolla o debe desarrollar a la hora de enfrentarse a cualquier proyecto o plan formativo en su aula (53, 78-105):

1) Detección de necesidades (conocimiento del alumnado/diagnóstico de necesidades): conocimiento de características individuales y grupales de los estudiantes en los que centra su práctica docente. Entre las características individuales están los conocimientos, el desarrollo cognitivo y emocional, los intereses y la experiencia, entre otras. Entre las características grupales están la coherencia, las relaciones, las afinidades, la experiencia de trabajo colectivo, entre otras.

2) Preparación de las clases: organización y gestión de situaciones mediadas de aprendizaje con estrategias didácticas que consideren actividades de aprendizaje (individuales y colectivas) de gran potencial didáctico y que tengan en cuenta las características del alumnado. Esto se logra mediante:

2.1. Planificación de cursos: diseño del plan formativo (objetivos, contenidos, actividades, recursos, evaluación, etc.).

2.2. Diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje: se realiza mediante:

2.2.1. Preparación de estrategias didácticas (series de actividades) que promuevan

los aprendizajes pretendidos y que contribuyan al desarrollo personal y social de los alumnos.

2.2.2. Encaminamiento de los estudiantes hacia el aprendizaje autónomo y promoción de la utilización autónoma de los conocimientos adquiridos (aumentando su motivación al descubrir su funcionalidad).

2.2.3. Diseño de contextos de aprendizaje que consideren la utilización de TIC aprovechando su valor informativo, comunicativo y motivador (favorece distintas oportunidades de aprendizaje).

2.2.4. Aprovechamiento de múltiples recursos educativos y sus aportaciones didácticas.

2.2.5. Consideración de ofrecer diversas actividades que puedan conducir al logro de objetivos (tratamiento de la diversidad).

3) Búsqueda y preparación de materiales didácticos para los alumnos: elección de los materiales a emplear, el momento de hacerlo y la forma de utilización, evitando un uso descontextualizado de los materiales didácticos, mediante:

3.1. Búsqueda y preparación de recursos y materiales didácticos.

3.1.1. Búsqueda y preparación de recursos relacionados con la temática.

3.1.2. Diseño y preparación de materiales didácticos (convencionales/TIC) que faciliten las actividades planeadas.

3.1.3. Trabajo con el alumnado de análisis crítico de los mensajes que transmiten los diferentes medios.

3.1.4. Selección de los recursos más adecuados en cada momento.

3.2. Utilización de los diversos lenguajes disponibles.

3.2.1. Incorporación a los contenidos de la temática objeto de estudio las aportaciones de los lenguajes icónicos, la multimedialidad, la estructuración hipertextual de la información, etc.

3.2.2. Consideración de estos lenguajes al encargar actividades a los estudiantes, para que aprendan a utilizarlos, facilitando luego su interacción en la sociedad.

4) Motivación al alumnado: se motiva mediante:

4.1. Despertar y mantener el deseo de aprender de los objetivos y contenidos de la temática.

4.2. Motivación en el desarrollo de las actividades.

4.3. Apoyo y motivación continuada sin excederse (modalidad on-line / a distancia).

4.4. Establecimiento de un buen clima relacional-afectivo.

5) Docencia centrada en el alumno, considerando la diversidad:

5.1. Gestión del desarrollo de las clases manteniendo el orden mediante:

5.1.1. Ajuste de las intenciones del proyecto formativo a partir de los resultados de la evaluación inicial de los estudiantes.

5.1.2. Información al alumnado de los objetivos y contenidos, actividades y sistema de evaluación.

5.1.3. Impartición de las clases gestionando las estrategias previstas y adaptando las actividades de aprendizaje a las circunstancias del momento.

5.1.4. Mantenimiento de la disciplina y el orden en la clase.

5.2 Provisión de información: no constituir la única fuente de información.

5.2.1. Provisión de información básica sobre los contenidos.

5.2.2. Indicación de otras fuentes de información, materiales didácticos y recursos distintos a los empleados en el aula.

5.3. Facilitación de la comprensión de los contenidos básicos y fomento del autoaprendizaje.

5.3.1. Realización de exposiciones que faciliten la comprensión de los contenidos básicos de la temática.

5.3.2. Establecimiento de relaciones constantes entre los conocimientos previos de los estudiantes y la nueva información que es objeto de aprendizaje.

5.3.3. Dosificación de los contenidos y repetición de información cuando sea conveniente.

5.3.4. Presentación de una perspectiva globalizadora e interdisciplinaria de los contenidos.

5.3.5. Enseñanza de aprendizaje autónomo y desarrollo de estrategias de autoaprendizaje permanente.

5.4. Proposición de actividades de aprendizaje y orientación de su realización.

5.4.1. Orientación para planificación realista de su trabajo.

5.4.2. Conducción de los aprendizajes. Seguimiento de aprendizajes, solución de dudas y guía de sus procesos de aprendizaje (orientación oportuna).

5.4.3. Tratamiento de la diversidad. Ofrecimiento de múltiples actividades adecuadas para el logro de los objetivos pretendidos.

5.5 Fomento de la participación de los estudiantes.

5.5.1. Fomento de participación en todas las actividades.

5.5.2. Promoción de interacciones en el desarrollo de las actividades.

5.5.3. Promoción de la colaboración y el trabajo en grupo.

5.5.4. Orientación al desarrollo de habilidades expresivas y comunicativas del alumnado.

5.6. Asesoramiento en el uso de los recursos.

5.6.1. Asesoramiento sobre la oportunidad en el uso de los medios.

5.6.2. Asesoramiento en el uso eficaz de herramientas tecnológicas.

5.6.3. Asesoramiento en el buen uso de los recursos informáticos.

5.6.4. Asesoramiento en el uso de las TIC como medio de comunicación.

5.6.5. Soporte en la resolución de problemas técnicos pequeños relacionados con instrumentos tecnológicos.

5.7. Evaluación.

5.7.1. Evaluación de aprendizajes de los estudiantes (evaluaciones formativas y sumativas).

5.7.2. Evaluación aprovechando posibilidades de las TIC y fomento en el alumnado de la autoevaluación.

5.7.3. Evaluación de las propias intervenciones docentes (introducción de mejoras).

6) Ofrecimiento de tutoría y ejemplo.

6.1. Tutoría.

6.1.1. Seguimiento individualizado de los aprendizajes de los estudiantes y proporcionar los *feedback* adecuados según cada caso.

6.1.2. Soporte a los estudiantes en la selección de las actividades formativas más adecuadas a sus circunstancias.

6.1.3. Uso de las TIC para mejorar y facilitar la acción tutorial.

6.2 Ejemplo de actuación y portador de valores.

6.2.1. Actuación como ejemplo al alumnado (manera de hacer las cosas, actitudes y valores).

6.2.2. Ejemplo en el uso adecuado de recursos tecnológicos 8como instrumento didáctico y como recurso de trabajo).

6.2.3. Ejemplo en la organización de los recursos tecnológicos.

7) Investigación en el aula con los estudiantes, desarrollo profesional continuado.

7.1. Realización de trabajos con el alumnado.

7.1.1. Realización de trabajo colaborativo con el alumnado (uso oportuno de TIC).

7.1.2. Predisposición a la innovación.

7.2. Valoración de resultados obtenidos.

7.2.1. Evaluaciones periódicas de resultados obtenidos (mejoras proceso enseñanza-aprendizaje).

7.3. Formación continua.

7.3.1. Participación en cursos para mantenerse al día.

7.3.2. Contacto con otros colegas,

7.4. Fomento de actitudes necesarias y sus correspondientes habilidades.

7.4.1. Actitud positiva hacia las TIC, desde una perspectiva crítica.

7.4.2. Valoración positiva del pensamiento divergente, creativo, crítico.

7.4.3. Trabajo autónomo, ordenado y responsable.

7.4.4. Trabajo cooperativo.

7.4.5. Adaptación al cambio.

7.4.6. Curiosidad, formación continua, aprendizaje a partir de los errores, autoaprendizaje, construcción de aprendizajes significativos, etc.

MÉTODOS DIDÁCTICOS

Los métodos didácticos son las vías por las cuáles se lleva al alumnado al conocimiento y dominio de los contenidos de aprendizaje. Suelen utilizarse simultáneamente por que no se autoexcluyen (se complementan), la bondad de un método depende de la adecuación de éste a una determinada situación de aprendizaje. Es raro que un solo método sirva para desarrollar satisfactoriamente la acción formativa. Se dividen en (53, 78-105):

Métodos centrados en la transmisión de información

Características:

Se basa en la transmisión de conocimientos del formador al alumno.

Se parte de conocimientos generales que se desarrollan hasta alcanzar lo específico.

El docente es el agente predominante en el proceso de enseñanza-aprendizaje

Objetivos:

Transmitir información y procurar la comprensión de la misma por el grupo-clase.

Promover proceso de integración y globalización de conocimientos.

Aplicaciones pedagógicas:

Es útil para la transmisión de nuevos conocimientos.

Los participantes deben estar motivados y tener un buen dominio de los conocimientos fundamentales.

Tipos:

Lección magistral (el más utilizado): exposición continua como conferenciante, proceso de comunicación casi exclusivamente unidireccional en la transmisión de conocimientos, buscando ofrecer un enfoque crítico que lleve a los alumnos a reflexionar.

Organización lineal descendente: Modelo expositivo puro con planteamiento deductivo de la exposición.

Organización motivacional: se parte de una situación próxima para conectarla con la exposición.

Organización asociativa: el docente va relacionando la información nueva con otras diversas.

Ventajas:

Es de utilidad en la introducción de nuevos conocimientos con enfoque crítico en situaciones que se benefician de exposición/conferencia.

Es el método por excelencia para el aprendizaje de tipo repetitivo/mecánico/memorístico tradicional.

Permite transmitir conocimientos en muy poco tiempo a un amplio grupo de personas.

Inconvenientes:

Predominio total o casi total del docente con pasividad del alumnado en el proceso didáctico.

El docente no tiene la posibilidad de valorar la eficacia de la enseñanza hasta las pruebas evaluativas.

No se fomenta la capacidad de análisis crítico en el alumno.

Genera desinterés y hasta desmotivación en el alumnado (poca efectividad en la transmisión de conocimientos).

Valida de forma universal e inmutable conocimientos, teorías y técnicas, que por el contrario se encuentran en continuo proceso de avance y revisión.

Predomina la actividad informativa, el aprendizaje queda relegado a un segundo plano.

Todo el peso de la enseñanza recae en el docente (necesita poseer unos recursos amplios) para mantener orden/silencio/atención/concentración/interés del alumnado.

Métodos centrados en procesos de aplicación.

Características:

El docente presenta una teoría, a partir de la cual se plantean problemas que debe resolver el alumnado (deducciones, aplicaciones, etc.).

Protagonismo compartido entre el formador y el grupo-clase.

Más motivador que los métodos centrados en la transmisión de conocimientos.

Objetivos:

Pretende que el alumnado sea capaz de aplicar la información recibida o producir una nueva a partir de ella.

Aplicaciones pedagógicas:

Fomentan la creatividad.

Útil para el aprendizaje de habilidades.

Tipos:

Método demostrativo: el formador se convierte en el modelo de acción ante el grupo-clase (ejemplificando actividades acompañadas de explicaciones). Se divide en las fases de preparación del alumnado, explicación de la tarea, realización del trabajo por parte del formador y actuación del alumnado.

Ventajas:

Posibilidad de enfatizar las fases más relevantes del proceso.

Posibilidad de adaptarse al ritmo de secuenciación que requiera el grupo-clase.

Posibilidad de repetir las acciones formativas cuantas veces sea pertinente.

Posibilidad de evaluar y autoevaluar el aprendizaje del alumnado.

Inconvenientes:

Requiere mucho tiempo para su realización.

Es difícil de aplicar con grupos numerosos de alumnos.

Asegurar de que lo aprendido, se generalice a otras situaciones.

Aprendizaje en el puesto de trabajo: desarrollado fundamentalmente en ámbitos profesionales, por las etapas de análisis del puesto de trabajo (tareas), elaboración del programa de formación (qué y cómo enseñar), aplicación del programa. Pretende la transferencia de conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren en un determinado puesto de trabajo (ir más allá del saber hacer aplicando lo aprendido en la labor profesional).

Ventajas:

Aprendizaje llevado a cabo en un contexto natural.

Adaptación rápida al puesto de trabajo.

Feed-back continuo.

Favorece un aprendizaje progresivo.

Inconvenientes:

Aprendizaje muy relacionado con idea de rentabilidad inmediata.

Poca iniciativa del alumnado.

Enseñanza programada: da la posibilidad al alumnado de aprender por sí solos, con el material adecuado.

Ventajas:

Se compone de pequeños pasos fáciles de asimilar.

Alumno comprueba de inmediato su respuesta.

Progresión de cada alumno a su propio ritmo.

El alumno evalúa sus resultados.

Inconvenientes:

Puede ser difícil superar dificultades en el proceso de enseñanza-aprendizaje, sin supervisión apropiada.

Métodos activos centrados en la actividad del alumnado.

Características:

Se parte de un problema, con aportaciones realizadas por el alumnado.

Protagonismo del proceso por parte del alumnado.

Metodología en gran parte basada en la dinámica de grupos.

Objetivos:

Facilitar la participación de los alumnos.

Fomentar la responsabilidad, creatividad y reflexión conjunta.

Aplicaciones pedagógicas:

Recomendable en la formación en adultos.

Útil para la modificación de actitudes.

Favorece el desarrollo de habilidades complejas de tomas decisiones (sobre todo de carácter colectivo).

Desarrollo de capacidades cognitivas de análisis y evaluación.

Tipos.

Método por descubrimiento: aboga por el valor educativo que poseen por sí mismas todas las actividades que se llevan a cabo y los descubrimientos en conocimientos y habilidades realizados por el alumnado. Lo más valorado es el enriquecimiento del alumno, en todas sus dimensiones, adquirido a través de su participación activa a lo largo del proceso. El docente da absoluta confianza a los alumnos para que aprendan por sí mismos, considerándolos capaces y autónomos. Exige un esfuerzo estimable dentro de las capacidades del alumnado.

Ventajas:

Alumno adquiere mayor nivel de participación activa y responsabilidad.

El alumno alcanza logros más significativos, recordables y transferibles.

Inconvenientes:

Si el alumno no consigue el éxito esperado en la actividad a descubrir, puede llevar a desinterés, desmotivación y disminución de autoestima.

El docente en virtud de lo anterior, debe seguir muy detalladamente, todo el proceso.

El debate o la discusión: esta técnica de trabajo en grupos restringidos (de gran capacidad autoformativa en adultos), permite realizar y discutir un trabajo concreto, o encontrar soluciones a un problema determinado, concluyendo con

razonamientos concretos, desarrollando el análisis, la reflexión y el debate/argumentación, llegando al consenso, de forma ordenada, con comunicación de opiniones y sentimientos, respetando las diferencias.

Ventajas:

Permite desarrollar la capacidad crítica autónoma del alumno

El aprendizaje de los valores democráticos por parte del alumnado.

Permite aplicar lo aprendido.

El formador obtiene información continua sobre el desarrollo del aprendizaje.

Desarrollo de las habilidades de expresión oral y escrita.

El alumnado debe participar e implicarse activamente.

Permite desarrollar el trabajo en equipo.

Inconvenientes:

No todos los alumnos son tan autónomos y capaces para llevar de forma óptima esta actividad.

El docente, en virtud de lo anterior, debe ejercer el rol de moderador.

Debe realizarse en grupos restringidos.

Método tutorial: permite dar trato personalizado al alumno con el fin de que pueda llevar a término su aprendizaje.

Ventajas:

Fomenta en el alumno el desarrollo reflexivo y el autoaprendizaje.

Favorece la interacción formador-alumno.

Desarrolla el sentido crítico y la motivación hacia el trabajo.

Desarrolla la integración de conocimientos.

Favorece el interés por el saber, el esfuerzo y la autonomía personal.

Promueve la educación personalizada.

Es un complemento a la enseñanza presencial y/o a distancia/on-line con apoyo escrito, audiovisual, tecnológico, etc.

Inconvenientes:

Si la acción tutorial no es ejercida con los adecuados recursos por parte del

formador, puede llevar a desinterés/desmotivación y disminución de autoestima del alumno.

Método por proyectos: consiste en la realización de un proyecto, que es supervisado por el formador en reuniones periódicas. Los alumnos elaboran el proyecto, deciden los objetivos y se auto responsabilizan de su ejecución.

Ventajas:

Es muy útil en la enseñanza a distancia/on-line.

Fomenta la iniciativa en el alumnado y la auto responsabilidad (proyecto individual).

Fomenta la cooperación (proyecto grupal).

Favorece la adquisición de hábitos de trabajo.

Ayuda a la relación profesorado/alumnado.

Totalmente aplicable a la realidad.

Inconvenientes:

Requiere mucho tiempo.

Supone un mayor esfuerzo del alumnado.

Método por investigación: partiendo de los intereses de los alumnos en un *currículum* abierto, centrarse en un tema determinado de investigación, recogiendo las hipótesis e intentar darles posibles soluciones, recopilando todo el trabajo de investigación realizado (desde donde se ha partido hasta adonde se ha llegado), buscando que el alumno se ejercite en “descubrir y vivir la vida” por sí mismo.

Ventajas:

Permite un verdadero proceso de aprendizaje que lleva al alumno a evolucionar hacia las más altas metas educativas.

Permite crear personas autónomas y críticas.

Totalmente aplicable a la realidad.

El aprendizaje de los valores democráticos por parte del alumnado.

Favorece la participación protagónica del alumno (democracia educativa).

Responsabilidades compartidas entre el formador y el alumnado.

Inconvenientes:

Si el formador no ejerce inicialmente su función orientadora/guía/animadora

de la enseñanza al carecer de los recursos el alumno para llevar a cabo las fases iniciales de la investigación por sí solo, puede llevar a desinterés/desmotivación y disminución de autoestima del alumno.

En función de lo anteriormente descrito, el formador debe tener la capacidad de motivación, coordinación, orientar/guiar al alumnado durante el proceso de investigación.

Tutoría en especialidades médicas

La tutoría se define como una actividad inherente a la función del docente, realizada individual y colectivamente con los alumnos de un grupo-clase, con el fin de facilitar la integración personal en los procesos de aprendizaje. La tutoría es una actividad cooperativa, como elemento mediador del formador, favoreciendo la integración del alumno al grupo, además de actuar sobre los aspectos educativos necesarios para que se produzca un proceso de enseñanza-aprendizaje satisfactorio, ayudando a superar las dificultades y procurando que adquieran hábitos de trabajo y normas de convivencia, cuyo campo de actuación es el alumno y sus momentos más críticos (donde hace falta más orientación y atención), siendo necesaria acción coordinada entre los agentes de la formación. La labor tutorial tiene las siguientes funciones (53, 78-105):

- A. Desarrollar habilidades sociales para que los alumnos sepan relacionarse entre sí. Un ejemplo de esto, son las dinámicas de grupo (incluyendo elementos conversacionales de interrelación) en el sitio de trabajo de centros de salud (médicos, enfermeras, paramédicos, camilleros, personal de seguridad, personal de aseo y limpieza del centro, etc.).
- B. Motivar al alumnado para que participe en las acciones del aula. Un ejemplo de esto, es realizar actividades de grupo, posteriormente en las que se haga un debate o discusión grupal en la que cada alumno exprese su opinión.
- C. Conocer al alumnado para poder orientar su proceso de aprendizaje de manera adecuada. Un ejemplo de esto, es cuando se realizan entrevistas en puestos de trabajo y exámenes diagnósticos de conocimientos, habilidades/destrezas y actitudes en el personal de una empresa previo a realizar una formación determinada.
- D. Orientar al alumnado con el fin de obtener un proceso de aprendizaje satisfactorio, colaborando siempre con el resto del equipo docente en la consecución de los objetivos formativos propuestos. Un ejemplo de esto, es cuando se realiza una consejería al alumnado sobre las fallas posterior a una evaluación en una formación profesional en su puesto de trabajo,

tomando en cuenta las observaciones de otros docentes con respecto a la evaluación, para que el alumno obtenga mejor rendimiento en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

5. Actividades relacionadas con la organización y el empleo de técnicas de aprendizaje. Un ejemplo de esto, es cuando se hace que el alumnado vea vídeos explicativos sobre la simulación de aprendizaje en situaciones de emergencias en salud, para posteriormente realizar prácticas de contenidos procedimentales para desarrollo de destrezas/habilidades en dichas emergencias.

- E. Realizar el seguimiento del proceso formativo de cada uno de los alumnos para detectar posibles dificultades y solicitar los asesoramientos que den respuesta a las dificultades que se presenten. Un ejemplo de esto, es cuando se supervisan las prácticas de una determinada destreza (como realizar suturas y nudos quirúrgicos en laparoscopia) y en aquellos alumnos en que se detecten dificultades para completar la actividad, se soliciten los asesoramientos para atender las dificultades.
- F. Contribuir a que el alumno se conozca mejor, sea capaz de autoevaluarse, valore adecuadamente los contenidos aprendidos y se comprometa en actividades de mejora. Un ejemplo de esto, es cuando se realiza revisión individualizada de un examen oral de actividad profesional, los contenidos del mismo, las respuestas y correcciones (y las propuestas de mejora en el proceso de enseñanza-aprendizaje), así como los procesos de pensamiento en relación al mismo, así como el manejo de sentimientos/emociones durante el examen por el propio alumno.
- G. Contribuir a que los alumnos valoren sus propios aprendizajes. Un ejemplo de esto, es una charla motivacional del docente después de un examen oral, en que el docente enfatice la diferencia entre las competencias del alumno previa a la formación y las que ha adquirido posterior a finalizar la misma.
- H. Realizar actividades individuales y grupales relacionadas con la autoestima, el autoconcepto y con la manera de afrontar las distintas situaciones que se le presenten. Un ejemplo de esto, es la revisión de situaciones difíciles en el ambiente de trabajo por los alumnos (como resolución de accidentes laborales), con valoración de los aspectos positivos en las acciones que se realizaron en dicha situación por los trabajadores.

La labor tutorial presenta una serie de ventajas, entre las que están:

- 1. Sirve de sistema de retroalimentación para el formador. Se adquiere información valiosa sobre lo que se entiende en clase, las dificultades de los alumnos, las motivaciones del alumnado, los temas que más le interesan al alumnado, etc. Un ejemplo de esto, es cuando en una evaluación escrita

en que un alumno obtuvo resultados sobresalientes en unos contenidos y deficientes en otros, durante la revisión y tutoría después de la evaluación, el alumno refiere porque esos contenidos en los que tuvo un rendimiento deficiente se le hicieron menos interesantes y/o más difíciles de comprender.

2. Permite aclarar dudas individuales. Un ejemplo de esto, es cuando un alumno que tiene dificultades respecto a una habilidad/destreza en el manejo de un equipo determinado, individualmente con el tutor/formador solicita asesoría sobre el uso correcto con las especificaciones técnicas específicas de dicho equipo.
3. Permite a los alumnos que quieran profundizar en un tema informarse sobre él y localizar información. Un ejemplo de esto, es cuando un tema innovador interesante para el alumno, pero del que tiene pocos conocimientos previos (por ejemplo, uso de nuevos equipos), es explicado por el tutor/formador en la labor tutorial y orientado sobre las fuentes de información más apropiadas para profundizar el aprendizaje del mismo.
4. Si existe una reunión periódica, permite hacer un seguimiento de los alumnos, lo cual motiva a éstos en gran medida. Un ejemplo de esto, es cuando en un proyecto de investigación, el tutor/formador realiza reuniones para hacer seguimiento de los avances del alumno y resolver dudas o ayudar a encontrar soluciones a dificultades encontradas durante la ejecución del proyecto.
5. Fomenta en el alumnado el proceso reflexivo y el autoaprendizaje. Un ejemplo de esto, es cuando en un proyecto de investigación, el tutor/formador orienta sobre las fuentes de información y técnicas de aprendizaje para dominar determinados contenidos procedimentales requeridos para la ejecución del proyecto, favoreciendo la reflexión y el autoaprendizaje.
6. Favorece la interacción docente-alumno. Un ejemplo de esto, es cuando el alumno al acudir a la labor tutorial expresa dudas y obtiene respuestas del tutor/formador que no se pudieron responder en otras actividades formativas, mejorando la interacción docente-alumno.
7. Desarrolla el sentido crítico y la motivación hacia el trabajo. Un ejemplo de esto, es cuando el alumno al acudir a la labor tutorial y recibir orientación apropiada por el tutor/formador sobre dudas surgidas en su proceso de enseñanza-aprendizaje en el uso de un equipo determinado, mejora su sentido crítico del uso de dicho equipo y tiene mayor motivación al utilizarlo en su puesto de trabajo.

8. Desarrolla la integración de conocimientos. Un ejemplo de esto, es cuando el alumno al acudir a la labor tutorial y recibir orientación apropiada por el tutor/formador sobre relaciones entre contenidos conceptuales que originalmente no había podido relacionar en clase, puede integrarlos y dominarlos con una visión de enfoque global del tema.
9. Favorece el interés por el saber, el esfuerzo y la autonomía personal. Un ejemplo de esto, es cuando el alumno al acudir a la labor tutorial y recibir orientación apropiada por el tutor/formador sobre los avances de su proyecto de investigación con enfoque positivo, aumenta su interés por el saber, el esfuerzo y la autonomía personal que ha alcanzado en la ejecución de su proyecto de investigación.
10. Promueve la educación personalizada. Un ejemplo de esto, es en las formaciones on-line, en que el alumno ante dificultades surgidas en los contenidos on-line logra un enfoque personalizado por el tutor/formador de su proceso de enseñanza-aprendizaje.
11. Es un complemento a la enseñanza presencial y o a distancia/on-line, con apoyo escrito, audiovisual, tecnológico, etc. Un ejemplo de esto, es cuando se utilizan materiales de audios explicativos de un contenido determinado, no comprendido por el alumno en el desarrollo de otras actividades formativas, durante la labor tutorial.

La labor tutorial presenta las siguientes finalidades:

1. Orientación personal: proporciona al alumno, una formación integral, facilitándole su autoconcepto, su adaptación y la toma de decisiones meditada. Un ejemplo de esto, es cuando el alumno al acudir a la labor tutorial y recibir orientación apropiada por el tutor/formador sobre relaciones entre contenidos conceptuales que debe desarrollar en un contenido procedimental en el uso de un equipo que amerita toma de decisiones, que originalmente no había podido relacionar en clase, comprende sus fortalezas y debilidades personales, facilitando el autoconcepto y mejorando su adaptación para poder dominar el contenido procedimental y la toma de decisiones en el uso del equipo.
2. Orientación académica: ayuda al alumno a superar las dificultades en el proceso de enseñanza-aprendizaje y su interacción en el grupo-clase. Un ejemplo de esto, es cuando el alumno al acudir a la labor tutorial y recibir orientación apropiada por el tutor/formador sobre relaciones entre contenidos conceptuales que debe desarrollar en un contenido

procedimental que amerita dinámica de grupos en puesto de trabajo, desarrolla hábitos de trabajo que ayudan a superar dificultades y mejorar su interacción con el grupo en el puesto de trabajo, como en situaciones de protocolos de accidentes laborales.

3. Orientación profesional: proporciona las claves útiles para elaborar un itinerario profesional. Un ejemplo de esto, es cuando en formación docente en el área de la salud, el tutor/formador orienta al alumno sobre la elaboración de un específico itinerario profesional (por ejemplo, actividades de quirófano) permitiendo al alumno elaborarlo de forma satisfactoria.

TIC en docencia en especialidades médicas

Las TIC, incluyendo el uso de *Big Data*/IA actualmente son un eje transversal de toda acción formativa, teniendo tres funciones que son: a) instrumento facilitador de los procesos de aprendizaje (fuente de información, canal de comunicación, recurso didáctico, etc.); b) herramienta para el proceso de la información; c) contenido implícito de aprendizaje (al usar las TIC, se aprende sobre ellas, aumentando competencias digitales). Los formadores necesitan utilizar las TIC en la fase preactiva, activa y posactiva en muchas de sus actividades habituales. Las competencias básicas en TIC para formadores son (25, 53, 78-105):

Técnicas:

Sistemas informáticos (gestión, antivirus, programas básicos de sistemas).

Procesador de texto (editores, correctores).

Navegación en Internet (buscadores).

Correo electrónico (mensajes, adjuntar archivos).

Imagen (creación, captura).

Webs y presentaciones multimedia.

Intranet, plataforma de centro.

Actualización profesional:

Conocimiento de fuentes de información y TIC.

Metodología docente:

Integración de recursos TIC en el plan formativo.

Aplicación de nuevas estrategias didácticas que aprovechen las TIC.

Elaboración de documentos y materiales didácticos multimedia.

Actitudes:

Actitud positiva y receptora frente a las TIC.

Las circunstancias que pueden originar actitudes negativas hacia las TIC por parte del formador/docente son (25, 53, 78-105):

Poco dominio de las TIC.

Influencia de estereotipos sociales.

Reticencias sobre sus efectos formativos.

Prejuicios laborales.

Con el advenimiento de las TIC en la formación, la teleformación ha surgido como un sistema de formación a distancia, apoyado en las TIC, que combina distintos elementos pedagógicos: instrucción clásica, las prácticas, los contactos en tiempo real y los contactos diferidos. La teleformación presenta productos formativos que son interactivos, multimedia, abiertos, sincrónicos y asincrónicos, accesibles, con recursos *on-line*, distribuidos, con un alto seguimiento del trabajo de los alumnos, comunicación horizontal entre los alumnos (25, 53, 78-105).

Ventajas del uso de las TIC en la teleformación (25, 53, 78-105):

Disposición de recursos sofisticados para la interacción (constante y de calidad) y el intercambio de ideas y materiales entre el formador y los alumnos.

Por bidireccionalidad e interactividad, las TIC ayudan a superar deficiencias de la formación no presencial.

Presentan enfoque de aprendizaje cooperativo, implicando a los alumnos en la resolución de problemas y la reflexión conjunta, basado en soportes telemáticos (educación *on-line*), propicio para la formación en adultos.

Facilitan el intercambio de experiencia personal con relación a un determinado contenido, favoreciendo el desarrollo colectivo.

Bien utilizadas, las TIC engloban prácticamente todas las formas de comunicación empleadas en la formación habitual.

Inconvenientes del uso de las TIC en la teleformación (25, 53, 78-105):

Su incorporación *de per se*, no garantiza efectividad de los resultados alcanzados.

La selección y uso de TIC, debe estar sustentada, justificada y delimitada en un determinado proceso de formación.

Su incorporación, además de aumento de costos y requerir actualización profesional del formador/docente en su uso, requiere revisión de los procesos formativos.

Los requisitos para una teleformación apropiada con uso de las TIC son (25, 53, 78-105):

El aprendizaje se construye mediante la experiencia de los que aprenden.

La interpretación es personal.

El aprendizaje es un proceso activo.

El aprendizaje es colaborativo (mejora con múltiples perspectivas).

El conocimiento es situado en la vida real, siendo allí donde debe ocurrir el aprendizaje (aprendizaje significativo).

El cerebro es un procesador paralelo, capaz de tratar con múltiples estímulos, en una combinación de fisiología y emociones que intervienen en el aprendizaje (desafío provoca aprendizaje, miedo lo disminuye).

El aprendizaje tiene lugar tanto de forma consciente como inconsciente.

Las condiciones instruccionales que permiten un curso a distancia, con uso de las TIC son (25, 53, 78-105):

Facilitación del autoaprendizaje.

Énfasis en el desarrollo de destrezas para el acceso a la información.

Ser completo.

Potenciar la interacción alumno-formador y alumno-alumno.

Estar adaptado a los diferentes estilos de aprendizaje del alumnado.

Las condiciones para el diseño de la teleformación son (25, 53, 78-105):

Trabajo de los alumnos en base a problemas reales y resolución en grupo.

Diálogo consistente entre los participantes y el formador.

Implicación de destrezas cognitivas de orden superior (evaluación, análisis, síntesis, etc.) en las cuestiones planteadas.

Planteamiento de cuestiones por formador y alumnos que permitan discusión de hipótesis, y exploración de hipótesis por grupos de alumnos.

Tópicos de discusión variados.

Variedad en los vínculos con fuentes de información pertinentes.

Feedback entre docentes y alumnos.

Implicación de los formadores en el contenido del curso y el material multimedia.

Rompimiento de los límites del contenido mismo.

Previsión de mecanismos para la satisfacción de necesidades sociales y emocionales de los alumnos.

Las recomendaciones para la formación de alumnos a través del uso del ordenador son (25, 53, 78-105):

Desarrollar un sistema basado en los principios de la andragogía (ciencia que facilita el aprendizaje adulto).

Definición precisa de los alumnos potenciales del proceso formativo.

Proporcionar apoyo humano, aunque respetando la tendencia a desarrollar programas lo más intuitivos posibles.

Proporcionar métodos diversos para la auto-evaluación.

Comenzar con objetivos de aprendizaje claramente definidos.

Diseñar experiencias virtuales que puedan tener repercusión en la vida real.

Las características que debe tener un modelo de aprendizaje con materiales interactivos mediante uso de las TIC son (25, 53, 78-105):

Proporcionar un contexto auténtico.

Proporcionar actividades auténticas.

Proporcionar acceso a funciones de expertos y al modelado de procesos.

Proporcionar múltiples roles y perspectivas.

Apoyar la construcción colectiva de conocimiento.

Promover la reflexión (permite que se formen abstracciones).

Promover la articulación (hacer explícito el conocimiento tácito).

Proporcionar instrucción y andamiaje en momentos críticos del proceso de aprendizaje.

Proporcionar una evaluación integrada del aprendizaje dentro de las actividades evaluadas.

Las metas educativas en el diseño de cualquier entorno constructivista, bien sea en entorno virtual con uso de las TIC, o en aula tradicional (25, 53, 78-105):

Proporcionar experiencia con el proceso de construcción del conocimiento.

Proporcionar experiencia y apreciación de múltiples perspectivas.

Insertar el aprendizaje en contextos realistas y relevantes.

Fomentar la propiedad y la voz en el proceso de aprendizaje.

Insertar el aprendizaje en la experiencia social.

Fomentar el uso de múltiples formas de representación.

Fomentar la auto-conciencia del proceso de construcción del aprendizaje.

Condiciones para que se produzca el aprendizaje en la teleformación, con uso de las TIC (25, 53, 78-105):

Utilizar casos para hacer más significativo el contenido.

Utilizar mapas conceptuales para orientar la navegación. Es necesario utilizar ayudas visuales como herramienta para facilitar aprendizajes significativos.

El aprendizaje debe ser activo y cooperativo. Se debe ayudar a los alumnos a superar el aislamiento, trabajando en equipo, colaborando y discutiendo.

El cambio en los métodos de enseñanza debe ir acompañado de un cambio en la forma de evaluación. Si bien la tecnología ha mejorado la eficacia de procedimientos tradicionales, se debe explorar la viabilidad de enfoques alternativos (software para diseño de pruebas).

Siguiendo los postulados del *Center for Curriculum Redesign* (CRD) (25, 106, 107), de Boston, Massachusetts, en los Estados Unidos de América, con un enfoque de ingeniería educativa donde destaca la precisión, plantea que la educación en la formación del estudiante del siglo XXI en especialidades médicas, debe darse en 4 dimensiones (conocimiento, habilidades, actitudes y metaaprendizaje) así como con cuatro “impulsores” (motivación, identidad, agencia y propósito). De esta forma, los médicos residentes en formación en las especialidades médicas, con la dimensión del conocimiento facilitada en la era digital y la emergencia de la sociedad del conocimiento y la información, necesitan apoyo para aprender su respectiva especialidad implementando la IA, sin obsolescencia de la escolaridad previa, pero que tiene la necesidad adaptativa de abarcarla.

Los postgrados clínicos, son islas de estabilidad, que deben otorgar la base fundacional en la que se combina el aprendizaje tradicional con el aprendizaje impulsado por la IA, dentro del modelo de educación basada en adquisición de competencias, para cumplir con el perfil requerido del egresado. Por tanto, deben considerar dentro del modelo de 4 dimensiones del CRD, los atributos a enfatizar por parte del especialista y el residente en formación (Tabla 2) (25, 106, 107).

No se puede dejar de lado en la reforma/transformación curricular de los programas de especialidades médicas que, a medida que los sistemas de IA alcanzan mayor autonomía, capacidades de razonamiento recursivo e interacciones ambientales complejas, comienzan a exhibir anomalías conductuales (conductas mal adaptativas) que por analogía, son similares a psicopatologías observadas en seres humanos que van desde fallas epistémicas, discapacidades cognitivas, divergencias de alineamiento, perturbaciones ontológicas, quiebres de interfaces/herramientas, patologías meméticas y disfunciones de reevaluación, lo que debe iniciar desde pregrado en medicina para disminuir su repercusión en las destrezas/

Tabla 2. Aplicación de atributos a enfatizar en el uso de IA dentro del modelo de 4 dimensiones en especialidades médicas. Modificado del original de Fadel y col (107)

Habilidades	Competencia	Énfasis	Justificación
	Creatividad	Imaginación	Ante el aumento de la creatividad de la IA, el foco del especialista y/o residente en formación pasa a ser la imaginación, especialmente la profundidad emocional y experiencial que alimenta la inspiración y la originalidad en su ejercicio profesional.
	Pensamiento crítico	Toma de decisiones	Aprovechando la IA, el especialista en y/o residente en formación deben ser más hábiles en la toma de decisiones fundamentadas sin dejárselas a la IA.
	Comunicación	Diálogo	Sin dejar de lado la escucha activa y la argumentación convincente en el ejercicio profesional, el diálogo por parte del especialista y/o residente en formación, es más necesario que nunca en un mundo fragmentado.
	Colaboración	Liderazgo	La cooperación y el trabajo en equipo en son esenciales, pero el mundo necesita líderes (y seguidores) para que las iniciativas sean fructíferas, siendo clave el liderazgo en gerenciar diversidad de agentes de IA.
	Curiosidad	Mente abierta	La exploración y la sensación de asombro son intrínsecas a la evolución humana del especialista y/o residente en formación. La mente abierta es de gran importancia dada la polarización en las redes sociales y los extremismos políticos, ideológicos, religiosos, entre otras influencias conflictivas en EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional.

Actitudes	Coraje	Tomar riesgos	La confianza en el especialista y/o residente en formación lleva a tomar riesgos calculados, diferenciando la evolución humana a la de la IA, siendo cada vez más necesaria para oponerse a la mente cerrada.
	Resiliencia	Ingenio	En un entorno de cambios constantes en el ejercicio de la especialidad, la capacidad de crear soluciones innovadoras con sus propios medios se vuelve una necesidad.
	Ética	Justicia	Si bien la integridad es esencial y la “virtud” está mal definida, la justicia sanitaria es el concepto ético más comprendido en las especialidades médicas en EHC educativa venezolana, aún bajo el análisis conductual más elemental.
Metaaprendizaje	Metacognición	Adaptabilidad	La reflexión en el especialista y/o residente en formación debe llevar a una mayor autoconsciencia y empatía al servicio de la adaptabilidad en un mundo en rápida y constante transformación, lo que implica aprender a aprender continuamente. La adaptabilidad es el principal diferencial en la comparación con la IA.
	Metaaprendizaje		

habilidades en el área informática que se debe manejar en medicina en la era digital (108).

Eficacia y experticia en un formador en especialidades médicas

Un formador es eficaz y se califica como “buen docente” cuando presenta las siguientes características (53, 78-105):

1. Prepara las clases.

2. Motiva a los estudiantes.
3. Gestiona las clases considerando la diversidad de los alumnos.
4. Utiliza diversos materiales y métodos para hacer las clases interesantes.
5. Demuestra claridad en la exposición de conceptos.
6. Mantiene la disciplina y el orden en el aula.
7. Gestiona en forma eficiente la comunicación con los alumnos.
8. Trata a los alumnos con respeto.
9. Reconoce cuando comete un error o se equivoca en alguna cuestión.
10. Realiza una buena tutoría y da ejemplo.
11. Proporciona a todos atención frecuente y sistemática.
12. Se interesa por los estudiantes, pregunta sobre lo que hacen e intenta asesorarles/ayudarles.
13. Da orientación ajustada a los alumnos y sus necesidades.
14. Exige a los alumnos a alcanzar niveles superiores de conocimientos (dentro de sus posibilidades).
15. Ayuda a que los estudiantes sean independientes y capaces de organizar su propio aprendizaje.
16. Favorece y orienta los trabajos en grupo.
17. Investiga en el aula y aprende con los alumnos.
18. Domina y actualiza sus conocimientos sobre la temática.
19. Es amistoso con los colegas y colabora con ellos.
20. Colabora en la gestión de la institución organizadora de la formación.

Un formador es experto, variables entre las que se toma en cuenta el número de años que lleva desempeñando la labor formativa (el criterio de la edad del docente sin tanta validez), cuando presenta las siguientes características (53, 78-105):

1. Tiende a formular inferencias sobre los objetos o situaciones, en lugar de obtener perspectivas literales.
2. Posee niveles de categorización más altos de los problemas que deben resolver (inexpertos/no expertos tienden a hacerlo en relación a sus características más superficiales).
3. Poseen destrezas rápidas y exactas de reconocimientos de modelos (inexpertos/no expertos tienen menor destreza y tienen dificultades para hacer inferencias oportunas).
4. Tiene sensibilidad a la información perceptual y la utilizan para comprender, interpretar y evaluar los acontecimientos ocurridos en el aula.
5. Son más lentos en los estadios iniciales de la resolución de problemas y se muestran sensibles a la estructura social y las características de la situación de trabajo.
6. Muestran estrategias autorreguladoras y metacognitivas, por ejemplo, utilización y planificación del tiempo.
7. No muestran gran interés por obtener información previa de sus alumnos (intuición del tipo de alumnos al que enseñarán basadas en experiencias formativas previas).
8. Comienzan proceso instruccional estableciendo reglas y rutinas al comienzo del curso.
9. Poseen imágenes selectivas de cómo deben ser y funcionar las cosas en sus aulas (valor funcional que dirige la atención a acontecimientos que merecen la pena).
10. Orientación hacia la tarea, el trabajo de clase y las actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje que permiten lograr los objetivos propuestos.

Evaluación en especialidades médicas

La evaluación es la actividad sistemática integrada en el proceso formativo, cuya finalidad es el mejoramiento del mismo mediante un conocimiento, lo más exacto posible, del alumnado en todos los aspectos de su personalidad, y una información ajustada sobre el proceso formativo y sobre factores personales y ambientales, que en éste inciden. Es distinto este concepto a considerarla como calificación (resultado de un examen para apreciar el rendimiento de un alumno en algún aspecto de la actividad formativa) y medida (comparar algo con una

unidad que utilizamos como patrón, la calificación implica una medición), ya que restringe la evaluación a valoración de los resultados (53, 78-105).

Las principales funciones de la evaluación son (53, 78-105):

Diagnóstica: es propia fundamentalmente de la evaluación inicial (aunque no exclusivamente), el diagnóstico de los distintos elementos y la estructura, proceso y producto educativo, es la base de la adaptación de la enseñanza a las características y exigencias concretas de cada situación de aprendizaje y a través de dicha función, se puede realizar la toma de decisiones correctivas y de recuperación necesarias.

Predictiva o de pronóstico: el conocimiento de la situación de partida del alumnado, así como el rendimiento previo demostrado, y de sus posibilidades y aptitudes, sirve de base para que el docente/formador intente predecir o pronosticar rendimientos y posibilidades futuras del mismo. Dichas estimaciones predictivas podrá realizarlas intuitiva o técnicamente, debiendo utilizarlas como base para su orientación personal, académica y profesional.

Orientadora: la función orientadora se comprende mejor en contraposición al tradicional valor selectivo de la evaluación (discriminación del alumnado entre los que valen y los que no valen). La evaluación orientadora permite que cada persona descubra sus propias posibilidades, estimulando su propio desarrollo, partiendo de la base de que cada persona vale, algo y para algo.

Control: función inherente a la evaluación, si bien debe ésta función ir unida a las funciones descritas previamente, se asegura el control permanente del proceso educativo del alumnado. La función del control de la evaluación, parte de la necesidad formativa de conocer en qué medida se consiguen o no los objetivos educativos previstos, al programar los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Es fundamental que la evaluación en programas por competencias, utilicen herramientas de evaluación apropiadas de forma objetiva (89, 90). Las evaluaciones de competencias técnicas son conocidas como *Procedure-Based Assessment* (PBA por su acrónimo en inglés), la más difundida el *Objective Structured Assessment of Technical Skills* (OSATS por su acrónimo en inglés) utilizada para medir la competencia en especialidades quirúrgicas. Las competencias no técnicas (NTS por su acrónimo en inglés), son evaluadas por herramientas para evaluar cualidades genéricas interpersonales (trabajo en equipo, liderazgo y comunicación) y cognitivas (toma de decisiones, conciencia situacional y manejo de tareas) con destrezas complementarias (Tabla 3).

Tabla 3. Herramientas de evaluación de trabajo en equipo utilizadas en programas de especialidades médicas por competencias (84)

Nombre de la herramienta	Competencias evaluadas	Sistema de puntaje
<i>Observational Teamwork Assessment for Surgery</i> (OSATS por su acrónimo en inglés).	Comunicación, cooperación, coordinación, liderazgo compartido, monitoreo de equipo y conciencia situacional.	Escala de Likert de 7 puntos y lista de chequeo genérica.
<i>Nontechnical Skills for Surgeons</i> (NOTSS por su acrónimo en inglés).	Manejo de tareas, trabajo en equipo, conciencia situacional y toma de decisiones.	Escala numérica de 4 puntos.
<i>Nontechnical Skills</i> (NOTECHS por su acrónimo en inglés).	Liderazgo y manejo, trabajo en equipo y cooperación, resolución de problemas y toma de decisiones, y conciencia situacional.	Escala numérica de 4 puntos.
<i>Anaesthetists' Nontechnical Skills</i> (ANTS por su acrónimo en inglés).	Manejo de tareas, trabajo en equipo, conciencia situacional y toma de decisiones.	Escala numérica de 5 puntos.
<i>Multisource Feedback</i> (MSF por su acrónimo en inglés).	Atención clínica, buena práctica médica, docencia y enseñanza, y trabajo en equipo y comunicación.	Escala de Likert de 3 puntos y puntaje sumatorio global de 5 puntos.

<i>Case-Based Discussion</i> (CbD por su acrónimo en inglés).	Mantener registros médicos, evaluación clínica, habilidades diagnósticas, manejo de paciente, liderazgo, juicio clínico, habilidades de comunicación y trabajo en equipo, y reflexión.	Escala de Likert de 3 puntos y puntaje sumatorio global de 5 puntos.
<i>Edinburgh Basic Surgical Training Assessment Form</i> (EBSTAF por su acrónimo en inglés).	Comunicación, conocimiento, habilidades clínicas, trabajo en equipo y habilidades técnicas.	Escala de Likert de 3 puntos.
<i>Scrub Practitioners' List of Nontechnical Skills</i> (SPLINTS por su acrónimo en inglés).	Comunicación y trabajo en equipo, conciencia situacional, manejo de tareas.	Escala de Likert de 4 puntos.

La sede hospitalaria más afectada en su infraestructura física y académica para el desenvolvimiento de los programas de la CEPGFM-UCV, tanto por remodelaciones internas y reparación de daños posteriores al doble evento sísmico del 24 de junio de 2026, como por la EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional, es la MCP. Para el 20 de agosto de 2026, los servicios de choque de los programas de especialización, obstetricia y ginecología, MMF y neonatología de la UCV, a saber, el Servicio de Sala de Partos, el Servicio de MMF y la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, operan simultáneamente en el sótano de la institución donde originalmente se ubicaba el Servicio de Admisión (que se mantiene en dicha área), permaneciendo cerrado para sus actividades habituales el edificio Anexo de Negra Matea, donde se realizan las consultas externas del centro hospitalario, lo cual es un obstáculo enorme para la transformación/reforma curricular en progreso de los tres programas de la CEPGFM-UCV, de dicha sede hospitalaria, que ameritan

considerar con seriedad una reprogramación del período académico actual, ante tal situación (30).

Sin embargo, a la par de deber seguir como modelo el programa de especialización en obstetricia y ginecología de la MCP, el rediseño curricular a cuatro años que ya presentó ante la CEPFM-UCV el programa de obstetricia y ginecología con sede en el Hospital General Nacional “Dr. Miguel Pérez Carreño” (100), para su aprobación por las autoridades universitarias correspondientes, entre las que están el CEP-UCV del Vicerrectorado Académico, el Consejo Universitario de la UCV y el CNU, destacan las propuestas de transformación/diseño de la pasantía por el Servicio de Sala de Partos de Veroes y col. (101-105), que tienen instrumentos de evaluación utilizados en programas de especialidades médicas por competencias basados en herramientas de PBA, como el OSATS para habilidades técnicas y el NOTSS para las NTS, por lo que su inclusión en el rediseño curricular impostergable a cuatro años según los lineamientos del CNU, es no sólo necesario, sino debe ser una prioridad absoluta en un programa que afronta un diseño curricular a cuatro años, con un diseño previo a tres años (30).

Los programas de MMF y neonatología, también se beneficiarían de incluir elementos de las propuestas de Veroes y col. (101-105), dentro de su proceso propio de transformación/reforma curricular por competencias (30).

Formato de transformación/reforma curricular de programas de especialidades médicas por competencias

A partir de la revisión de diversos programas por competencias de la CEPGFM-UCV (2-4, 25, 30, 78-87, 90-105), los autores consideran que el formato de transformación/reforma curricular (también conocido como rediseño) de programas de especialidades médicas por competencias debiera llevar un formato que claramente estructure el contenido del rediseño del programa, dejando de manera explícita que la EHC educativa venezolana es eje transversal de dicho rediseño.

La estructura base de dicho formato, desarrollada por los comités académicos de cada programa de especialización, debe contener (2-4, 25, 30, 78-87, 90-105):

Introducción; 2) Antecedentes del programa; 3) Marco sociodemográfico (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 4) Marco sociodemográfico (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 5) Marco académico (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 6) Marco metodológico (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 7) Justificación, pertinencia social y factibilidad del programa (EHC educativa venezolana con declive cognitivo

generacional como eje transversal explícito); 8) Sede (s) hospitalaria (s) (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 9) Objetivos; 10) Perfil del egresado (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 11) Requisitos de ingreso; 12) Normas de permanencia; 13) Requisitos de egreso; 14) Estructura académica del programa; 15) Sinopsis del plan de estudios propuesto (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 16) Estrategias de evaluación de la enseñanza y aprendizaje (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 17) Pasantías intra y extra hospitalarias (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 18) Récord asistencial/quirúrgico mínimo; 19) TEG; 20) Personal docente; 21) Infraestructura académica (EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal explícito); 22) Referencias (incluir aquéllas que hacen análisis situacional EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional).

Además, dicho rediseño de programa de especialidad médica por competencias debe contener un índice de cuadros y tablas (Tabla 4) (2-4, 25, 30, 78-87, 90-105).

Tabla 4. Formato propuesto para el contenido de cuadros y tablas utilizados en el rediseño de los programas de especialidades médicas para su aprobación por el CNU, previa aprobación de los organismos universitarios correspondientes

Cuadro 1. Integración de los ejes de formación
Cuadro 2. Descripción sinóptica del programa de la especialidad médica respectiva
Cuadro 3. Resumen de sede hospitalaria, cupo de estudiantes por año y dirección del centro.
Cuadro 4. Resumen de las competencias de egreso por áreas de competencia de la especialidad médica respectiva
Cuadro 5. Áreas o componentes de formación de la estructura curricular del plan de estudios del programa de la especialidad médica respectiva.
Cuadro 6. Distribución de horas y unidades crédito por componente de formación
Cuadro 7. Estructura curricular del componente formación general
Cuadro 8. Estructura curricular del componente formación profesional
Cuadro 9. Estructura curricular del componente práctica profesional y pasantías
Cuadro 10. Estructura curricular del componente investigación
Cuadro 11. Distribución de unidades curriculares

Cuadro 12. Características de la evaluación de los aprendizajes
Figura 1. Componentes de la evaluación socioformativa.
Cuadro 13. Técnicas de evaluación de las competencias.
Tabla 1. Conversión de la escala cualitativa a escala cuantitativa.
Cuadro 14. Récord mínimo

Como dijo Pellegrino (109), la medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades, siguiendo este camino bajo la presente revisión narrativa, se ha evidenciado que la labor conjunta para la educación superior del siglo XXI en nuestro país en medio de una EHC educativa (con elevación de 3-6 veces las metas de los ODS de la Agenda 2016-2030 de la ONU) con declive cognitivo generacional, para transformación/diseño curricular en especialidades médicas por competencias ha abarcado desde organismos como la UNESCO, OMS/OPS, ONU, IGME de la ONU, conformado por UNICEF, OMS/OPS, BM, UNFPA, así como la DESA-UN, además del *Venezuelan Health Profile*, ENH, ENCOVI y los informes de seguimiento de la EHC de HumVenezuela, SECEL de la UCAB y destacados investigadores nacionales (2-4, 7-11, 20-26, 34-41).

Entre los esfuerzos evidenciados en publicaciones biomédicas sobre la transformación/reforma curricular por competencias, destacan aquéllas realizadas en la Revista Ética e Integridad Académica de la UCV (conformada en gran parte por miembros del CENABI), así como investigadores pertenecientes al personal docente de pregrado y postgrado de la Facultad de Medicina de la UCV, arte y parte de la transformación/reforma curricular de los programas por competencias en sus diversas cátedras y departamentos de las distintas escuelas de la facultad, y en los programas de postgrado de la CEPGFM-UCV (2-4, 7-11, 20-26, 34-37, 43-74, 78-105).

CONCLUSIONES

Desde la comprensión hermenéutica con análisis reflexivo, bajo el paradigma crítico-dialéctico, bajo instancias de reflexión-acción-reflexión, en búsqueda de un cambio en la realidad comunicativa, durante la presente revisión narrativa de la literatura nacional e internacional, en relación a la EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional, se concluye que debe ser eje transversal de la transformación/reforma curricular de los programas de especialidades médicas de la CEPFM-UCV.

Es indispensable la integración de los lineamientos desde organismos como la UNESCO, OMS/OPS, ONU, IGME de la ONU, conformado por UNICEF, OMS/OPS, BM, UNFPA, así como la DESA-UN, además del *Venezuelan Health Profile*,

ENH, ENCOVI y los informes de seguimiento de la EHC de HumVenezuela, SECEL de la UCAB y destacados investigadores nacionales de la Revista Ética e Integridad Académica de la UCV y el CENABI, e investigadores pertenecientes al personal docente de pregrado y postgrado de la Facultad de Medicina de la UCV, arte y parte del tema, en la transformación/reforma curricular de los programas por competencias en sus diversas cátedras y departamentos de las distintas escuelas de la facultad, y en los programas de postgrado de la CEPGFM-UCV.

Para avanzar significativamente dentro de la docencia superior en especialidades médicas en el siglo XXI, es menester comprender y actuar en consecuencia a lo comprendido, que dicha transformación/reforma curricular de los programas de especialidades médicas por competencias debe incluir además de la EHC educativa venezolana con declive cognitivo generacional como eje transversal y los elementos propios de la educación basada en competencias para especialidades médicas, aquéllos relacionados con los aprendizajes significativos en especialidades médicas, “Aprender a Aprender” y “Enseñar a Pensar” en especialidades médicas, docente en especialidades médicas como formador de formadores, principios metodológicos, psicopedagógicos y didácticos en docencia en especialidades médicas y planificación docente en especialidades médicas.

Debe también incluir los elementos propios de unidad didáctica/curricular en especialidades médicas, docente como mediador de aprendizaje en especialidades médicas, tutoría en especialidades médicas, TIC en docencia en especialidades médicas, eficacia y experticia en un formador en especialidades médicas, evaluación en especialidades médicas y el seguimiento de un formato de transformación/reforma curricular de programas de especialidades médicas por competencias, para su correspondiente diseño por los comités académicos de los distintos programas de la CEPGFM-UCV, siguiendo las pautas de SADPRO-UCV y el CEP-UCV del Vicerrectorado Académico.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a Yenny Ruth Marín Quintero, sin cuya asesoría metodológica para la presente revisión narrativa y sugerencias para la elaboración de tablas, incluyendo revisión de la redacción de las mismas, podría haberse llevado a cabo el presente trabajo. De igual forma, expresan su agradecimiento a Alexandra Rivero, Marvina Romero, Yanine Palacios, Pedro Escudero, Marna Hernández y Fanny Vallenilla por su colaboración para disponer del acceso requerido a los registros del Servicio de MMF de MCP y Archivo del programa de especialización en MMF. 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 a la Jefatura

y Secretaría del Servicio de MMF de MCP para la captación de datos sobre la situación institucional utilizados durante la presente investigación.

Declaración de Ausencia de Conflictos de Intereses

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

REFERENCIAS

1. Velázquez G, Padrón M, Piña E, Nézer I, Lizarraga P, Silva S, Lombardi MA. Caso Venezuela: reflexiones desde la bioética. *Rev. Latinoam. Bioet.* 2019 ;19(37-2):75-92. DOI: 10.18359/rlbi.4705.
2. 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 19 de enero de 2025]. 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/>.
3. Cabrera-Lozada C. Medicina Materno Fetal: Aportes. Trabajo de incorporación como Individuo de Número, Sillón VII. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2024 [consultado 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=-5NL1HzWMzg>.
4. Martín-Piñate F. Juicio crítico de la investigación: “programa de especialización en medicina materno fetal: aportes”. Autor: Dr. Carlos Cabrera Lozada. 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 28 de febrero de 2025]. p. 77-80. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1SjviabVanwOE338vtel7kq7Vue9gUdQ9/view?usp=sharing>.
5. 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.
6. 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, editores. Colección Razetti. Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2026. p.85-100. DOI: 10.59542/CRANM.2026.XXXV.8.
7. 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.
 8. 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>.
 9. Gómez-Marín JV. Bioética en salud pública: propuesta metodológica para afrontar la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela [Trabajo de Grado]. Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela; 2022.
 10. 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.
 11. 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.
 12. 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.
 13. 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.
 14. 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.
 15. Díaz D, Orfila J, Gómez-Marín J, Cabrera-Lozada C. Trascendencia del algoritmo marcador materno de alerta temprana como indicador confiable en la morbilidad materna extrema. *Rev. Latin. Perinat*. 2024; 27(1): 19-32.
 16. Díaz A, Lara D, Cabrera C, Gómez J, Faneite P. Morbilidad materna extrema: algoritmo de conducta. *Gac. Méd. Caracas*. 2022; 130(2): 290-303. DOI: 10.47307/GMC.2022.130.2.8.

17. Cabrera C. Morbilidad maternal extrema, en el umbral de la muerte. En: López-Loyo E, Urbina H, editores. Colección Razetti. Volumen XXVI. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2022 [consultado 16 de agosto de 2026]. p. 43-93. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/cr-volumen-xxvi/>.
18. Cabrera-Lozada C, Gómez-Marín J, De Abreu JM, Faneite-Antique P. Gestantes en desastres: propuesta de modelo de atención. En: Urbina-Medina H, Soyano A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXI. Caracas: Editorial Ateproca; 2024. p. 182-216. DOI: 10.59542/CRANM.2024.XXXI.8.
19. Mena R, Sarmiento C, Rivero A, Romero M, González-Blanco M. Malformaciones congénitas diagnosticadas en el servicio de medicina materno fetal de la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024; 84 (3): 235-249. DOI: 10.51288/00840305.
20. Gómez-Marín JV, Gómez IDJ, Romero D, Escalona C, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique P. Mortalidad perinatal: revisión. Gac. Méd. Caracas. 2024;132(3): 785-800. DOI: 10.47307/GMC.2024.132.3.20.
21. Villar-Liste V. En Venezuela persiste la emergencia humanitaria compleja; Dr. Huniades Urbina-Medina. Caracas: La Web de la Salud [Internet]; 2024 [actualizado 26 de diciembre de 2024; consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://lawebdelasalud.com/en-venezuela-persiste-la-emergencia-humanitaria-compleja-dr-huniades-urbina-medina/>.
22. Cabrera-Lozada CR. Mortalidad perinatal: análisis crítico-dialéctico. Caracas: ANM [Internet]; 2025 [actualizado 12 de abril de 2025; consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1HIMMrFww14>.
23. 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.
24. Cabrera-Lozada CR. Mortalidad perinatal: análisis situacional. Gac. Méd. Caracas. 2025; 133(4):1054-1074. DOI: 10.47307/GMC.2025.133.4.6.
25. Gómez-Marín JV, Palacios Y, Sarmiento C, Romero M, Rivero-Fraute A, Cabrera-Lozada CR. Medicina Materno Fetal e Inteligencia Artificial: Consideraciones Docentes y Bioéticas. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p.88-121. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.8.
26. 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.
27. 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.
 28. 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.
 29. 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.
 30. Archivo del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Estadísticas de salud perinatal en MCP. Período 2013-2026. Caracas: MMF; 2026.
 31. Ruiz C, Sosa A, Gómez J, Gómez I, Cabrera-Figallo C, Cabrera-Lozada C. Mortalidad perinatal en gestantes con preeclampsia grave. 2026; 29(2): 133-50.
 32. 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.
 33. 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.
 34. 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/>.
 35. 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>.

36. 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>.
37. 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/>
38. Salas JJ, Martínez L. Informe Sistema de Evaluación de Conocimientos en Línea SECEL. Diciembre 2025. Caracas: Educación UCAB [Internet]; 2026 [actualizado 27 de abril de 2026; consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://educacion.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/17/2026/05/InformeDiciembre2025-VF.pdf>.
39. Ramírez T. Un problema sin resolver: la generación de relevo docente. Caracas: Política UCAB [Internet]; 2024 [actualizado 07 de noviembre de 2024; consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://postgrado.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/6/2024/11/Un-problema-sin-resolver_-la-generacion-de-relevo-docente-%E2%80%93-PolitiKa-UCAB-.pdf.
40. Ramírez T. Educación mito y olvido. Caracas: Dígalo Ahí [Internet]; 2025 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://digaloahidigital.com/art%C3%ADculo/educaci%C3%B3n-mito-olvido>.
41. Ramírez T, Salcedo A. La falta de generación de relevo docente, un daño colateral de la crisis venezolana. EPSIR, 2026; 11 (1): 1-16. DOI: 10.31637/epsir-2026-1974.
42. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Noticias Medicina UCV. Menlo Park (CA): Instagram [Internet]; 2025 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.instagram.com/noticias.medicinaucv/?hl=es>.
43. Alemán I, Herrera G. Recopilación de Reglamentos, Normas y Resoluciones de la Universidad Central de Venezuela. Andrés Gerardi. Versión digital 2025. Caracas (DC): UCV [Internet]; 2025 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://medicinaucv.com/compilacion.html>.
44. Coordinación de Estudios de Postgrado, Facultad de Medicina. Normas para la Dirección y Coordinación de los Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Caracas (DC): UCV [Internet]; 2026 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.medicinaucv.com/documentos/5_NORMAS_PARA_LA%20DIRECCION_Y_CEP_DE_POSTGRADO_DE_LA_FM.pdf.

45. Consejo Universitario, Universidad Central de Venezuela. Protocolo de actuación en casos de violencia y discriminación en la UCV. Caracas (DC): UCV [Internet]; 2024 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://noticiencias.ucv.ve/protocolo-de-actuacion-en-casos-de-discriminacion-y-violencia-en-la-ucv/>.
46. Reforma de la Ley de ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 41.984 (13 de octubre de 2020). Caracas: Asamblea Nacional de Venezuela [Internet]; 2020 [consultado 04 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2020/12/41984.pdf>.
47. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial No 36860 (30 de diciembre 1999). Caracas: Asamblea Nacional de Venezuela [Internet]; 1999 [consultado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/botones/constitucion-nacional-20191205135853.PDF>.
48. Decreto Constituyente de Reforma de la Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 41984 (13 de octubre de 2020). Caracas: Asamblea Nacional Constituyente [Internet]; 2020 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/estatales/miranda/leyes/ley-de-ejercicio-de-la-medicina-1982.pdf>.
49. Código de Deontología Médica. LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana (20 de marzo de 1985). Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2026 [consultado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/libros/codigo-de-deontologia-medica-venezolano/>.
50. Código de Deontología Médica. CXXXIX reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas: FMV [Internet]; 2003 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/federales/codigos/codigo-de-deontologia-medica.pdf>.
51. Federación Médica Venezolana. Proyecto de Reforma del Código de Deontología Médica. Caracas: FMV; 2026.
52. Gómez J, Cabrera C, Faneite P. Docencia inclusiva de Medicina Materno Fetal: Propuesta para la aplicación de las inteligencias múltiples. En: López-Loyo ES, Urbina Medina H, editores. Colección Razetti. Volumen XXV. Caracas: Editorial Ateproca [Internet]; 2021 [consultado 16 de agosto de 2026]. p. 297-316. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1TAyN1-pfW5qE0jNuR-eRXWsGdddNI6dB/view>.

53. Carpe Diem, Universidad de Nebrija. Formador de formadores, nivel avanzado. San Fernando, España: Carpe Diem [Internet]; 2026 [consultado 16 de agosto de 2026]. <https://www.formacioncarpediem.com/curso/645/curso-de-formador-de-formadores>.
54. Rojas-Loyola G. Cumplimiento del deber profesional. ¿Qué significa para el médico de estos tiempos? Una reflexión bioética. Gac Méd Caracas 2021;129(1):1-8. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.1.20.
55. Rojas-Loyola G. Deliberando sobre el Cyberbullying. Gac Méd Caracas. 2021;129(3): 685-95. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.16.
56. Rojas/Loyola G. La historia clínica: una mirada desde la bioética. Gac Méd Caracas 2021;129(3):707-716. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.18.
57. Aburto-Deguedre M. ¿Por qué es importante hablar de integridad académica?. Ética e Integridad Académica [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]; 1(1): 7-9. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n1.pdf.
58. Casbarro-Arriaga R. El plagio como principal forma de fraude académico. Ética e Integridad Académica [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]; 1(1): 10-1. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n1.pdf.
59. Trujillo I. Entrevista Dra. Isis Nézer de Landaeta. Apelar a las reservas morales de la universidad para reconstruirla. Ética e Integridad Académica [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]; 1(1): 13-4. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n1.pdf.
60. Rojas-Loyola G. Una bioética para dos modelos de desarrollo. CientMed [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]. 2(36): 1-12. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1AMcPDaTPOnBOY0VKNb1qiPGq9bOo8jtr/view>.
61. Bello-Rodríguez FA. Intrusismo médico y ejercicio ilegal de la medicina. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(4): 478-86. DOI: 10.51288/00820412.
62. Rodríguez J. Ética e integridad académica según José María Vargas. 2022; 2(2): 7-10 Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n2.pdf.
63. Ferreiro MC. Acoso: una forma de interacción social. Ética e Integridad Académica [Internet]. 2023 [consultado 28 de marzo de 2026]; 3(6): 5-9. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n6.pdf.

64. Gotera-González GJ. Fraude en la investigación médica. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2022 [consultado 16 de agosto de 2026]; 34(3): 165-70. Disponible en: <https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rvo/article/view/32333>.
65. Rojas-Loyola G. Unidades de consultoría de ética clínica en la red de atención hospitalaria: una salida óptima. *Gac Méd Caracas*. 2022;130(1):165-9. DOI: 10.47307/GMC.2022.130.1.18.
66. Rojas-Loyola G. Hablemos de honorarios médicos en la publicidad de las redes sociales. *Gac Méd Caracas*. 2023; 131(3):722-32. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.3.24.
67. Rísquez-Parra A, Aurenty-Font L, Padrón-Nieves M. Prevención del fraude académico: un compromiso ético en la Facultad de Medicina de la UCV. *Ética e Integridad Académica* [Internet]; 2025 [consultado 28 de marzo de 2026]; 4(13): 16-23. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n13.pdf.
68. 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 16 de agosto de 2026]; 80 (Sup1): S56 - S69. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2020_vol80_num1_8.pdf.
69. Hernández JG. Elementos de Filosofía. Caracas: Tip. Emp. El Cojo [Internet]; 1912 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://albaciudad.org/wp-content/uploads/2021/04/Elementos-de-Filosofia-Dr-Jose-Gregorio-Hernandez.pdf>.
70. Gil C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Caracas: Editorial Médica Venezolana; 1977.
71. 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.
72. 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.
73. Patiño-Torres MP. Broncemia e Hibris en el Profesional de la Salud: visión desde la pedagogía. *Med Interna (Caracas)* [Internet]. 2020 [consultado 16 de agosto de 2026]; 36 (3): 111–14. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129746/556-1075-1-sm.pdf>.

74. Gotera-González GJ. ¿Conoces Algún Hubris? Rev Venez Oncol [Internet]. 2025 [consultado 16 de agosto de 2026]; 37(3): 226-33. Disponible en: <https://saber.al.ucv.ve/ojs/index.php/rvo/article/view/3208>.
75. Reyes AE. Enfoque curricular basado en competencias en la educación médica. Comunidad y Salud [Internet]. 2010 [consultado 16 de agosto de 2026]; 8(1): 58-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740246008.pdf>.
76. Morín E; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. París, Francia: UNESCO [Internet]; 1999 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.uv.mx/orizaba/cosustenta/files/2014/03/Morin_E_Los_Siete_Saberes_necesarios_a_la_Educacion_del_futuro.pdf.
77. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Documento de Política para el Cambio y Desarrollo en la Educación Superior. París, Francia: UNESCO [Internet]; 1995 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.uv.mx/meif/files/2015/03/Documento-de-politica-para-el-cambio-y-desarrollo-de-la-ES.pdf>.
78. Orfila J. Las competencias del tutor y la actividad tutorial en el proceso docente de los cursos. Rev Digit. Postgrado [Internet]. 2013 [consultado 16 de agosto de 2026]; 1(2):49-60. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/4176.
79. Patiño-Torres MJ. Lineamientos generales para la educación médica basada en la competencia profesional. Rev. Docencia Universitaria [Internet]. 2014 [consultado 16 de agosto de 2026]; XV(1): 3-22. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_docu/article/view/8459/8351.
80. Patiño-Torres MJ, Troccoli M, Suárez L, Tarazona C, López de Ayala C, Hernández E, et al. Actualización 2016. Perfil de competencia profesional del médico internista venezolano. Referente para guiar el desarrollo del currículo por competencia profesional. Actualización 2016. Caracas: SVMi [Internet]; 2016 [consultado 16 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://svmi.web.ve/wp-content/uploads/2022/05/Perfil-de-Competencia-profesional-Med-Interna-SVMi.pdf>.
81. Muñoz CO, Orfila J, Sequera L. Líneas de investigación en los programas de especialización. Escuela de Salud Pública. Rev. Digit. Postgrado [Internet]. 2018 [consultado 16 de agosto de 2026]; 6(2): 11-7. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/14911.
82. Velázquez G. ¿Por qué un currículo por competencias en la educación médica?. Arch Venez Pueric Pediatr [Internet]. 2018 [consultado 16 de agosto de 2026]; 81 (3): 64-5. Disponible en: <https://share.google/Gq0i6oINhzuls7Pid>.

83. Aburto-Deguelldre MDP. Bioética para Estudiantes de Medicina: Programa Basado en Competencias. Caracas: SaberUCV [Internet]; 2020 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://saber.ucv.ve/handle/10872/24349>.
84. Alemán-Bermúdez IJ. Capacitación en Bioética de estudiantes de medicina desde la extensión universitaria. Caracas: SaberUCV [Internet]; 2020 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://saber.ucv.ve/jspui/handle/10872/24326>.
85. García J. Situación de los estudios de postgrado de la Facultad de Medicina-UCV. Rev. Digit. Postgrado. 2022; 11(2): e343. DOI: 10.37910/RDP.2022.11.2.e343.
86. Piñango S, Cantele H, Balda E, Patiño M, Level L, Guerra O, et al. Perfil de competencia del cirujano general en Venezuela. Estudio Delphi. Rev. Venez. Cir. 2022; 75(1): 10-23. DOI: 10.48104/rvc.2022.75.1.4.
87. González-Inciarte ME. Certificación o recertificación de competencias en medicina intensiva. Gac. Méd. Caracas. 2022; 130(1): 170-7. DOI: 10.47307/GMC.2022.130.1.19.
88. Rojas-Galvis MA, López-Ríos AA. Implementación de las escalas de evaluación formativa (OSATS) en habilidades técnicas aplicadas en el laboratorio de microcirugía. Rev. Colomb. Cir. 2022; 37(1): 251-8. DOI: 10.30944/20117582.1070.
89. Whittaker G, Abboudi H, Shamim-Khan M, Dasgupta P, Ahmed K. Teamwork Assesment Tools in Modern Surgical Practice: A Systematic Review. Surg Res Pract. 2015; 2015(1): 494827. DOI: 10.1155/2015/494827.
90. De Sousa-Fontes A, Cabrera-Lozada C. Especialidades médico-quirúrgicas. Aspectos bioéticos en la curva de aprendizaje. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi M, editores. Colección Razetti. Volumen XXIX. Caracas: Editorial Ateproca; 2023. p.61-86. DOI: 10.59542/CRANM.2023.XXIX.8.
91. Hernández A. Impacto educativo de un programa de formación por competencia profesional en cirugía mínima invasiva para residentes y especialistas en cirugía pediátrica [Tesis doctoral]. Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela [Internet]; 2024 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://saber.ucv.ve/handle/10872/23421>.
92. Piñango S. Transformación curricular por competencia para posgrados de cirugía general. Caracas: SOS Telemedicina [Internet]; 2024 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=AAi3uG0Q8cQ&list=PLVaxn89tWvJUtrPElpnvpqSjjfEO5je&index=4>.

93. Piñango S. Construcción del plan de estudios. Caracas: SOS Telemedicina [Internet]; 2025 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=_ZOjfw1gh8Y&list=PLVaxn89tWvJUtrPE_lpnvpqSjjfEO5je&index=3.
94. Piñango S. Conceptos básicos para la transformación curricular basada en la competencia. Caracas: SOS Telemedicina [Internet]; 2025 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=GGmzGAvG5gQ&list=PLVaxn89tWvJUtrPE_lpnvpqSjjfEO5je&index=2.
95. Piñango S. Construcción del perfil de competencia de la especialidad. Caracas: SOS Telemedicina [Internet]; 2025 [consultado 16 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=jTWgVDE-jkU&list=PLVaxn89tWvJUtrPE_lpnvpqSjjfEO5je&index=1.
96. Fung L, López T, Patiño M, Paoli M, Gómez R, Huérfano T. Perfil de Competencia profesional del endocrinólogo en Venezuela. Estudio Delphi. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2025; 23(2): 63-75. DOI: 10.53766/RVEM/2025.23.2.04.
97. Alemán I, Patiño Torres M, Vera León E. Rediseño del programa de Bioquímica por competencias para la carrera de Medicina de la Escuela de Medicina José María Vargas. Rev Digit. Postgrado [Internet]. 2025 [consultado 16 de agosto de 2026];14(1):e416. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/30545.
98. Hernández-Maurice E, Tarazona C, Ayala J, López C, Indriago J, Patiño-Torres MJ, et al. Actualización 2026. Perfil de competencia profesional del médico internista venezolano. Referente para guiar el desarrollo del currículo por competencia profesional. Comité Nacional de Educación Médica. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Med Interna Venezuela 2026; 42 (2): 66-77. DOI: 10.71035/RSVMI.2026.42.2.3
99. Da Silva M. Análisis reflexivo del proceso de enseñanza-aprendizaje en especialidades quirúrgicas: enfoque desde la educación basada en competencias. Rev.Digit.Postgrado. 2025; 14(1): e418. DOI: 10.37910/RDP.2025.14.1.e418.
100. Comité Académico del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología, Hospital General Nacional "Dr. Miguel Pérez Carreño". Rediseño del Programa del Postgrado de Obstetricia y Ginecología a Cuatro (4) Años. Caracas: CEPGFM-UCV; 2025.
101. Veroes J, Carrillo H, Valera R, Mujica F, Castellano O, Azcárate K, et al. Programa de modernización de la evaluación docente del Servicio de Sala

- de Partos, Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas: Servicio de Sala de Partos; 2026.
102. Veroes J, Carrillo H, Valera R, Mujica F, Castellano O, Azcárate K, et al. Instrumento de evaluación de destrezas quirúrgicas (OSATS adaptado) del Servicio de Sala de Partos, Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas: Servicio de Sala de Partos; 2026.
 103. Veroes J, Carrillo H, Valera R, Mujica F, Castellano O, Azcárate K, et al. Instrumento curricular y de evaluación. Manejo de emergencias críticas en Sala de Partos y Unidad de Cuidados Obstétricos del Servicio de Sala de Partos, Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas: Servicio de Sala de Partos; 2026.
 104. Veroes J, Carrillo H, Valera R, Mujica F, Castellano O, Azcárate K, et al. Manual del expositor para seminarios. Guía metodológica detallada tema por tema: Urgencias en Sala de Partos del Servicio de Sala de Partos, Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas: Servicio de Sala de Partos; 2026.
 105. Veroes J, Carrillo H, Valera R, Mujica F, Castellano O, Azcárate K, et al. Matriz de perfil de competencias y registro de evaluación diaria en Sala de Partos del Servicio de Sala de Partos, Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas: Servicio de Sala de Partos; 2026.
 106. Fadel C, Black A, Taylor R, Slesinski J, Dunn K. Educación para la era de la inteligencia artificial. Sao Paulo, Brasil: Fundación Santillana [Internet]; 2025 [actualizado 17 de abril de 2025; consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.fundacionsantillana.com/publicacao/educacion-para-la-era-de-la-inteligencia-artificial/>.
 107. Fadel C, Bialik M, Trilling B. Educación en 4 dimensiones. Boston (MA): Center for Curriculum Redesign [Internet]; 2016 [consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://curriculumredesign.org/wp-content/uploads/Educacion-en-cuatro-dimensiones-Spanish.pdf>.
 108. Watson N, Hessami A. Psychopathia Machinalis: A Nosological Framework for Understanding Pathologies in Advanced Artificial Intelligence. *Electronics*. 2025; 14(16): 3162. DOI: 10.3390/electronics14163162.
 109. Fins JJ. Dr. Edmund D. Pellegrino. Asociación Trans Am Clin Climatol [Internet]. 2015 [consultado 16 de agosto de 2026]. 126:cii–cix. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4530700/>.