

**REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA
DE HISTORIA DE LA MEDICINA**

Órgano de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Fundada en Agosto de 1945

Director Fundador: Dr. JOAQUÍN DÍAZ GONZÁLEZ

CONTENIDO

Editorial: Aniversario de la SVHM. ¿Llegaremos a los 75 años?	3
Una institución nacida para servir: SERSALUD. Olivia Zurita Ponce	5
Vida después de la vida: Muerte, momificación y entierros en el Egipto antiguo. Aixa Müller de Soyano.	14
Otro ilustre desconocido de la historia de la Medicina. Roger Escalona.	31
Ética y Bioética en la Educación Médica. María Elena González-Inciarte.	40
Patología mamaria en el Arte. Leopoldo Moreno Brandt.	54
Arte rupestre prehistórico en Portugal: Valle del Côa. Lilia Cruz.	68
Historia de la Especialización en Medicina Crítica del Hospital Universitario de Maracaibo. González-Inciarte ME, Wilhem Maritza.	87
Pioneros de la cirugía cardíaca valvular internacional, con referencia a la experiencia venezolana. Claudia Blandenier, Gastón Silva C.	98
Manuel Palacio Fajardo. Rafael Romero Reverón	121
José María Vargas, Juez de Hecho en Venezuela. José Manuel Rodríguez	126
Médicos, corsarios, piratas y otros. Leopoldo Briceño-Iragorry	134
Salud, aproximación a una polisémica inconclusión, desde la Antigüedad a la Postmodernidad. Ludwig Schmidt.	147
Cartas del lector: Lic. Inaut Laidera Collín sobre biografía del Dr. Knoche	157
Índice Acumulado del Volumen 66, Año 2017	158

CARACAS, VENEZUELA, ENERO – DICIEMBRE 2017. VOLUMEN 66, N° 1 y 2

Serie Histórica 111 - 112

Depósito Legal versión digital ppi 200502 DC4280 ISSN 2343 5550

INDIZADA EN BASES DE DATOS LILACS/ LIVECS/ LATINDEX /

**JOURNAL OF VENEZUELAN
SOCIETY OF HISTORY OF MEDICINE**

Published by Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Founded in August 1945

First Director Dr. Joaquín Díaz González

CONTENT

Editorial: Anniversary of the SVHM. Will we reach 75 years?	3
An institution born to serve: SerSalud. Olivia Zurita Ponce	5
Life after life: Death, mummification and burials in ancient Egypt. Aixa Müller de Soyano.	14
Another illustrious stranger in the history of medicine. Roger Escalona.	31
Ethics and Bioethics in Medical Education. María Elena González Inciarte.	40
Mammary Pathology in Art. Leopoldo Moreno Brandt.	54
Prehistoric rock art in Portugal: Côa Valley. Lilia Cruz.	68
History of Specialization in Critical Medicine of the University Hospital of Maracaibo. González Inciarte María E, Wilhem Maritza.	87
Pioneers of international valvular heart surgery, with reference to the Venezuelan experience. Claudia Blandenier, Gastón Silva C.	98
Manuel Palacio Fajardo. Rafael Romero Reverón	121
José María Vargas, Judge in Venezuela. José Manuel Rodríguez	126
Physician, corsairs, pirates and others. Leopoldo Briceño-Iragorry	134
Health, approach to a polysemic inconclusion, from Antiquity to Postmodernity. Ludwig Schmidt.	147
Reader's Letters: Lic. Inaut Laidera Collín about the biography of Dr. Knoche	157
Cumulative Index of Volume 66, Year 2017	158

CARACAS, VENEZUELA, ENERO - DICIEMBRE 2017 VOLUMEN 66, N° 1 y 2
Serie Histórica 111 - 112

EDITORIAL

ANIVERSARIO DE LA SVHM. ¿LLEGAREMOS A LOS 75 AÑOS?

Luis Herrera García *

El pasado 28 de julio de 2017, nuestra querida Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, cumplió setenta y tres años de fundada. Fue en la noche de aquel día, cuando concurren entusiasmados, los doce ilustres promotores, al Instituto de Ciencias Experimentales, dirigido entonces por el Dr. Jesús Rafael Rísquez. Hemos destacado muchas veces, la determinación con la cual abordó su tarea ese pequeño, pero talentoso grupo, así como la visión que tuvieron al concebir dos importantísimos instrumentos para llevar adelante los objetivos y la misión de la SVHM, como son la Revista, ya con 66 volúmenes publicados y la Biblioteca, contentiva de más de 2.400 obras, de indudable valor en su mayoría. Al parecer, la iniciativa fue impulsada por el Dr. José Rojas Contreras, entonces el “benjamín” quien llegó a ser el más longevo de nuestros consocios (falleció en 2011, a los 104 años). Sin embargo -desde el comienzo- se otorgó especial preeminencia al Dr. Santos Anibal Dominici, hasta junio de 1952, cuando es designado Director Honorario. En cada oportunidad los doce Miembros Fundadores son enumerados siguiendo una misma pauta, (Dominici, Carbonell, Díaz González, Romero Sierra, Rojas Contreras, Sanabria, Rísquez, Iturbe, Dávila, Perera, Rodríguez y Ovalles. Dicha secuencia no corresponde al orden alfabético, ni al rango de edades o de las posiciones que ocuparon en la primera Directiva. Me ha sorprendido además que en todos estos años no se haya escrito una historia documentada del proceso fundacional y que se desconoce el paradero de las 14 copias caligrafiadas del Acta de instalación. Al respecto, sería muy conveniente iniciar una cruzada para recuperar al menos una de dichas copias. También considero pertinente que se convoque un certamen para premiar el mejor ensayo que se escriba sobre la gesta de 1944.

GENERACIONES y SUS LOGROS

Contemplamos preocupados la prolongada merma de asistencia de los Miembros a las actividades de la Sociedad. Estamos conscientes de que la Patria languidece, bajo un sistema negador de justicia, democracia y libertad. Vivimos una etapa de grave oscuridad, de aniquilamiento de las instituciones fundamentales. Otra vez las labores importantes son postergadas en aras de lo más urgente. Se hace indispensable promover el dinamismo de nuestra institución, contando con el aporte de todos los apreciados consocios. Sólo superando esta coyuntura, podremos disponernos con renovada vitalidad a celebrar las Bodas de Diamante de la SVHM, el 28 de julio de 2019. Sería lamentable que perdamos, indolentemente, el legado que, en buena hora recibimos y que hemos prometido enriquecer.

Siguiendo el esquema de muchos de los informes presentados por diferentes directivas; sometemos a consideración de los lectores un resumido análisis de los logros alcanzados hasta la fecha, en diferentes áreas. Las concretaremos en número de Miembros incorporados, de Directivas, de Publicaciones y de Congresos. Al efecto, decidimos conformar arbitrariamente tres lapsos: el fundacional, comprendido entre 1944 y 1974; el intermedio, que abarca desde 1975 al año 1999 y el actual, del 2000 al 2017.

* Médico Anestesiólogo. Profesor Titular UCV. Numerario de la SVHM. Sillón XXVII

SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA. 1944-2017

	MIEMBROS NUEVOS	EMÉRITOS/ HONORARIOS	CORRESP. EXTRANJ.	DIRECTIVAS	REVISTAS	CONGRESOS
1944 – 1974	46	8 / 0	37	12	23	2
1975 – 1999	39	15 / 16	20	13	25	5
2000 – 2017	31	9 / 0	0	9	18	3
TOTAL	116	32 / 16	57	34	66	10

La fecha de 1974 la definimos con base en que las dos generaciones que concurren en la fundación de la Sociedad, han desaparecido (los pocos que sobreviven, ya no participan en el accionar de la institución). Es cierto que el último lapso es menos extenso, pero se equilibrará hacia el final de esta década, fecha del 75 Aniversario. Pese al detalle, percibimos que ha declinado el ritmo fulgurante alcanzado hace 20 años: menor incorporación de Numerarios (para la fecha tenemos once Sillones vacantes), merma en designación de Miembros Eméritos, supresión (inadvertida?) de Miembros Honorarios y de Correspondientes Extranjeros.

EL RETO QUE ENFRENTAMOS

Esta valoración debería llamar a la reflexión y rectificación a los actuales Miembros Numerarios y Correspondientes. Si no trabajamos con acierto y perseverancia, nuestra institución podría languidecer y aún desaparecer, en tiempo relativamente breve, sin que nos demos cuenta. Algunos pensarán que es una visión pesimista, pero si nos vence la inercia, si diferimos permanente asuntos esenciales; cuando intentemos reaccionar, será tarde. La comunidad nacional y nuestra sociedad misma, parece esperar un adalid de excepcionales cualidades. No hemos entendido que es preferible errar, a dejar de actuar, como afirmó Simón Rodríguez. Más efectiva será una cohorte de personas comprometidas y diligentes, que el solo accionar de un dirigente extraordinario. Esperamos que este conmovido requerimiento, resuene como clarinada de alerta, que active nuestra demostrada capacidad para superar escollos. Esa actitud puede alcanzar un notable efecto multiplicador. La SVHM, tanto por los méritos de su pasado, como por las exigencias que nos plantea su futuro; bien merece el esfuerzo que proponemos.

BREVE VIDA DE UNA INSTITUCIÓN QUE NACIÓ PARA SERVIR: SERSALUD

Olivia Zurita Ponce *

RESUMEN

Historia de una institución desconocida por muchos, de breve duración, pero recordada por sus actores principales y por los beneficiados en razón de la actividad humanista realizada en momentos difíciles, tanto en lo político como administrativo, que afectó y benefició a la sociedad caraqueña. Se dedicó esta noble institución a dar atención a los caraqueños de menos recursos, penetrando zonas populares y organizaciones sociales, con el fin superior de satisfacer necesidades de Educación, Promoción y prevención de los habitantes del Area Metropolitana. Se logró un impacto social superior a lo esperado, por los personajes que actuaron en la creación de la institución, quienes con denuedo y profesionalismo activaron el naciente proyecto. Se destacan personajes de Política, Ciencias de la salud y Administrativas, que con esmero y dedicación entregaron su talento y esfuerzo físico en pro de mejorar la salud de los caraqueños, en todos los puntos cardinales de la geografía del Area Metropolitana. Considero de singular importancia resaltar brevemente la actuación de los integrantes del equipo de SERSALUD, una familia unida donde pruvo la hermandad y la vocación de servir al prójimo, siendo nuestro objetivo dar inicio a una Caracas para la vida.

Palabras Clave: SerSalud. Alcaldía Caracas. Atención médica

ABSTRACT

History of an institution of short duration, unknown by many, but remembered by its main actors and by the beneficiaries because of the humanistic activity carried out in difficult times, both politically and administratively, that affected Caracas society. This noble institution was dedicated to giving attention to the lesser resources of Caracas by penetrating popular areas and social organizations with the sole and superior purpose of meeting the needs of Education, promotion and prevention of the inhabitants of the metropolitan area, where a higher social impact was achieved. As expected by the characters who acted in the creation of the institution, who with boldness and professionalism activated the nascent health institution. It will highlight in this work people from Politics, Health Sciences and Administration, who with dedication and dedication gave their talent and physical effort in order to improve the health of Caracas, in all the cardinal points of the geography of the metropolitan area. I consider it of singular importance to spell out and briefly highlight the prodigious life of the members of the SERSALUD team, as a united family where I deprive the brotherhood and the vocation, with love for our neighbor, our goal being to start a Caracas for life.

Key words. SerSalud. Municipality of Caracas. Medical attention.

INTRODUCCIÓN

En los momentos que vive Venezuela es una necesidad informar y resaltar hechos históricos sucedidos que pasaron desapercibidos para algunos. Con este trabajo se demostrará la inequidad en salud de algunos sectores políticos que rigen los destinos del país, que por el solo hecho de querer controlar y centralizar la sociedad no escatiman en sus acciones perversas aun cuando estén haciendo daño a la comunidad como parte del grupo social que pretenden controlar.

* Enfermera /Abogada. Trabajo de Incorporación como Miembro Correspondiente de la SVHM.
Recibido Marzo 4, 2017. Correo gabyman_ve@hotmail.com

Es el relato de como la política mal utilizada para la salud arrebató a una institución unas competencias que a través de la historia le han sido propias. Es el caso específico de las competencias en salud de la Alcaldía Metropolitana, específicamente en el Municipio Libertador, mediante Decreto Presidencial 6201 publicado en Gaceta oficial número 38.976 de fecha 18 de Julio del año 2008. La entrada en vigencia de la Ley Especial del Régimen Municipal a dos niveles del área metropolitana con la asignación de nuevas competencias, trajo como consecuencia la urgencia en la creación del “Servicio Autónomo Desconcentrado Corporación Metropolitana de los Servicios de Salud” (SERSALUD), que nace jurídicamente el 3 de Febrero del año 2009 para concluir su vida en el año 2010, igualmente por emboscadas políticas, no sin dejar un vacío en la sociedad caraqueña y a quienes tuvimos la fortuna de aplicar nuestros conocimientos a los más desasistidos en nuestra amada capital. Deseo con esta breve historia ilustrar en cuanto a una organización que nació para servir.

Personajes que hicieron factible la materialización de un imperativo social

Alcalde Metropolitano Dr. Antonio José Ledezma Díaz (Fig 1) Nace en San Juan de los Morros Capital del Estado Guárico, abogado y político padre de cuatro hijos, provinciano que hizo de Caracas su terruño amado sin olvidarse de los compromisos con sus electores regionales, desde su curul como Diputado y Senador por el Estado Guárico, para realizar obras de impacto social que marcaron a los habitantes del Distrito Federal como Gobernador del Distrito Federal, como Alcalde del Municipio Libertador y Alcalde Metropolitano.



Fig 1. Dr. Antonio Ledezma y su esposa Mitzy Capriles

Hablar de este personaje es reunir sentimientos de afecto conjugados con admiración, respeto, nostalgia y agradecimiento. Se destaca como trabajador incansable interpretando con agudeza las necesidades más sentidas de su país. Como compañero de trabajo es humilde, exigente, organizado. En mi manera de evaluarlo como persona afirmo que tiene algo que le falta a muchos políticos que es sensibilidad social que lo convierte en un individuo de primera. Lo que hace que unos lo admiremos, pero como es normal en la vida política social, tiene sus adversarios. Pero lo que si debemos reconocer es su constancia, perseverancia y osadía propia de seres inteligentes.

En este tránsito de su vida el Arquitecto del universo le da un premio y es estar casado con una excelente mujer que con una tenacidad increíble ha defendido el honor e inocencia del hombre con quien comparte su vida, esa dama, Mitzzy Capriles de Ledezma, igual acompañada de su tenacidad ha demostrado al mundo el secuestro político de su esposo por parte de este régimen. En momentos de análisis del compartir con el Alcalde me atrevo a afirmar que es abogado, pero su interés por los asuntos de salud creo que en su fuero interno tiene algo de Médico o Enfermero por su pasión por los asuntos de salud demostrado en todos los cargos que ha desempeñado.

La Directiva de la Corporación fue concebida como órgano colegiado, Integrado por profesionales de la salud de diferentes instituciones para diseñar y ejecutar programas de salud en el Distrito Metropolitano de Caracas, crear establecimientos acordes para la prestación de servicios de salud e igualmente planificar y poner en práctica planes de prevención y tratamiento de la salud y verificar su efectividad. Para el bienio 2009-2010 fueron designados los siguientes integrantes: Dr. Nelson Ortiz Vásquez, Presidente; José Félix Oletta, Adjunto; Mirta Riera Castellano, José Antonio Luis, Director de Servicios Médicos, Héctor Rodríguez, Director de Administración y Julia Heredia. Directora de Secretaria

Dr. Nelson Ortiz Vásquez, Presidente (Fig 2) Médico Pediatra con varias especialidades en lo que a Pediatría se refiere, casado con una colega pediatra Xiomara Guevara López, padre de cinco hijos y querido abuelo de seis nietos; quien ha ocupado cargos de importancia en los cuales ha demostrado su capacidad e idoneidad en las grandes responsabilidades que le ha correspondido asumir dejando huellas en el tiempo que no serán fácil olvidar. Gremialista, administrador, líder preocupado e incansable servidor público en esta organización, se desempeñó como su Presidente, siendo en los actuales momentos Secretario Privado de la Alcaldía del Distrito Metropolitano de Caracas.



Fig 2. Dirección Médica de SerSalud

Dr. José Félix Oletta López (Fig 2) Caraqueño destacado médico, que entre otros cargos de brillante ejercicio y amplio currículum fue Ministro de Sanidad y Asistencia Social donde se le recuerda con afecto por su capacidad para resolver asuntos difíciles que el mismo cargo exige. Casado con su colega Josefina Mercedes Pimentel de Oletta, profesora universitaria de la Escuela de Medicina José María Vargas (jubilada), matrimonio en el cual procrearon tres hijos, entre ellos un médico José Félix Oletta Pimentel. El Dr. Oletta, por su condición personal de ser un Profesional de la medicina dispuesto siempre a demostrar su principal característica que es la sensibilidad social y amor a su ciudad natal, no titubeo al aceptar el reto de asumir la responsabilidad en la naciente institución que fue un órgano colegiado, se distingue por ser un docente nato que hace recordarlo con frecuencia con el afecto ganado y ser un personaje de referencia nacional como un libro abierto para explicar con humildad cuando transmite sus conocimientos.

Dra. Mirta María Riera Castellano (Fig 3) Distinguida médico nacida en el Estado Zulia, que egresa como profesional de la Medicina de la Universidad de Salamanca (España) para revalidar su Título como Médico Cirujano en el año 1972. Desde ese momento comienza su brillante carrera profesional que le hizo meritoria de destacados cargos administrativos en el sector público y privado, identificada con los problemas de los adolescentes se dedicó a la investigación de esta etapa de la vida humana. La virtuosa médico, no solo se dedica al ejercicio de las Ciencias Médicas destacándose como defensora de la democracia venezolana, pudiendo en lo personal dar fe que fue de esas personas inolvidables por su conducta ética, dejando estela de bien por donde la vida le permitió transitar. Hoy se encuentra al lado de Dios pero se siente su ausencia en grandes debates públicos sobre la salud y las expectativas de los venezolanos. Así son los pasos de la vida, pero estoy segura que quienes creemos en Dios pensamos que está cumpliendo con alguna misión desde el paraíso celestial.



Fig 3. Dra. Mirta Riera Castellanos

Drs. Huniades Urbina y José Antonio Luis (Fig 4) **El primero**, médico Pediatra de origen zuliano, quien egresa de la Universidad del Zulia en el año 1984 destacándose como eminente pediatra egresado del post grado de Pediatría y puericultura en el año 1987, su interés por la medicina lo inspira a profundizar sus estudios graduándose como Doctor en Ciencias Médicas en el año 2005. Se destaca por su cordialidad y solidaridad, demostrando el carácter humanístico como ha concebido el ejercicio de su profesión.

El Dr. José Antonio Luis es Ginecólogo y Obstetra, aparte de ser especialista en Emergencias y Desastres, que lo hace merecer importantes reconocimientos. Cumplía funciones de Medico Director de Servicios Médicos de Protección Civil.

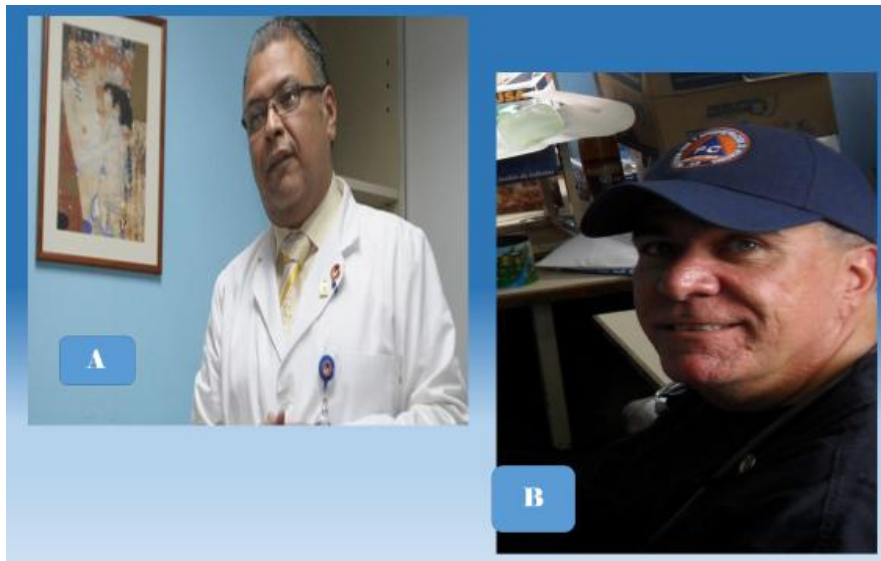


Fig 4. A. Huniades Urbina B. José Antonio Luis

G.B (R) Héctor Rodríguez. Director de Administración: supo conjugar sus estudios y principios castrenses, con sus conocimientos como Licenciado en Administración, con altos estudios en finanzas públicas en el IESA, al servicio de SERSALUD. convirtiendo los escasos recursos financieros de la corporación, manejándolos y administrándolos como diligente padre de familia (Fig 5)



Fig 5. Héctor Rodríguez, Administración y Olivia Zurita, Directora de Promoción

Dr. Fausto Scrimem y Dr. Juan Requesens Gruber: El Dr. Scrimem es Medico Ginecólogo y para entonces prestaba servicios en la Cruz Roja Venezolana, en los Valles del Tuy. El Dr. Requesens es Médico Militar, egresado de la UCV. Realizó Post Grado de Traumatología y Ortopedia en el Hospital Militar Carlos Arvelo y estudios sobre cadera y rodilla en Inglaterra. Ejerció su carrera en el ya nombrado hospital, desde 1985 hasta 2002 y se retira con grado de Teniente Coronel. Actualmente, se dedica al ejercicio privado de la profesión.

En nuestra corporación prestó sus conocimientos en condición de voluntario, siendo considerado por el equipo como un médico de altos valores éticos.

Sra. Julia Heredia. Directora de Secretaria: Distinguida dama, secretaria por excelencia, quien con su personalidad y en razón a su experiencia en el sector salud, internalizo de inmediato nuestro interés en servir entregando sus vastos conocimientos a loable institución recién nacida a la cual entrego horas extras de su vida personal para cumplir con las actividades encomendadas como visión de vida (Fig 6) Abandona el plano terrenal el 5 de julio del año 2016, conmocionando a todos.



Fig 6. Sra. Julia Heredia

Voluntariado

En nuestro afán por cumplir con las metas propuestas no escatimamos esfuerzos para realizar alianzas estratégicas, logrando un conglomerado de personas y organizaciones calificadas, que colaboraron con entrega y talento. Fueron ~~realizados~~ ~~realizados~~ profesionales de la salud especializados en diferentes áreas y estudiantes universitarios del sector Salud, como Enfermería, Medicina, Odontología, Trabajo Social, Psicología, Farmacia y Ciencias Políticas; así como Laboratorios, Defensa Civil y Bomberos, quienes resaltaron con su comportamiento el concepto de Voluntariado. (Fig 7) Esta figura fue una necesidad, por no contar la corporación con suficientes recursos para cancelar los altos salarios que merecían. Sirvieron a la comunidad con vocación inextinguible, convirtiéndose en músculo de la organización, desinteresadamente. Se alistaron en nuestra causa voluntarios que penetraron el corazón de los atendidos y a quienes tuvimos la oportunidad de conocer. Destacamos a la Licenciada en Enfermería Chiquinquirá Díaz de Irausquin.

MISIÓN, VISION y OBJETIVO

Misión: Ser una corporación con capacidad de garantizar la promoción, educación y prevención en salud para promover parroquias saludables, barriadas populares y urbanizaciones sanas a través de programas que satisfagan las necesidades de estas comunidades.

Visión: Ser una institución que promueva conjuntamente con los ciudadanos alcanzar “Calidad de Vida” con actividades que produzcan servicios que protejan la salud de los habitantes, involucrándonos, comprometidos con toda la comunidad metropolitana integrada por técnicos con alto profesionalismo y calidad humana, resaltando los valores morales y principios éticos que a su vez estén identificados con la situación de salud metropolitana.



Fig 7. Parte del Voluntariado que brindó valiosos servicios en SerSalud.

Objetivo: El Servicio Autónomo Desconcentrado Corporación Metropolitana de servicios de salud SERSALUD, tiene como objetivo la preservación, defensa y restitución de la salud de los habitantes del Distrito Metropolitano de Caracas; garantizándoles el derecho a la salud en todo el territorio de sus Municipios, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población, desarrollar la atención primaria y saneamiento ambiental, como fundamento básico de la protección de la salud.

El Plan Operativo se realizó con un enfoque integral en su acción y se cumplieron las siguientes actividades. Se implementó el programa Parroquia Saludable a través de ambulatorios móviles de atención médica, mediante el sistema médico familiar siendo organizados y dotados adecuadamente en áreas de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía, Odontología y Farmacia. La aplicación del Programa del Médico Familiar fue operativa, con subprogramas.

Participación de la Comunidad: Se realizó la gestión de salud como un derecho social, donde se conformaron comisiones parroquiales, voluntariado y mancomunidades de salud, así como la firma (establecimiento) de convenios con diversas instituciones: universidades, tecnológicos, estudiantes de carreras de salud, Educación, Cultura, Deportes, Gremios, Fundaciones, ONGs.

Se estableció un Sistema Permanente de Vacunación, de acuerdo al esquema del Ministerio de de Salud, agregando vacunas sugeridas por la Sociedad Venezolana de Pediatría (Neumococo, Hepatitis A, Lechía y Antigripal) y dando énfasis a la vacunación contra el Neumococo, debido a que el Ministerio, en ese entonces, no brindaba esta importante protección.

Se instituyó un programa de Vigilancia Epidemiológica, en áreas de prevención de daño o enfermedad y un sistema de información, para mantener actualizados los indicadores de salud.

Se educó para la salud, a través de charlas sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, violencia familiar, prevención del cáncer de mamas y de cuello uterino.



Se proyectó la creación de Casas de Salud, siendo la ilusión realizar el Plan Piloto que consistía en construir veinte (20) casas, 10 en la parroquia Sucre y 10 en el Municipio Sucre, en espacios cercanos a la población, en la cual un habitante de la comunidad debidamente capacitado, prestara el servicio de salud en el marco de lo que se conoció como Medicina Simplificada. Siendo esta la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptados, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, con la idea central de acercar las políticas de salud a las comunidades, mediante estrategias de articulación directa y fomento del sentido de corresponsabilidad y autogestión. Este (tipo) programa de Casas de Salud, solo se logró materializar en la zona de Tacagua vieja, en la Parroquia Sucre. El Programa fue abortado por acciones de orden político, emanadas directamente de la Presidencia de la Republica. ~~Es importante destacar que~~ La mayoría de las actividades se realizaban en fines de semana, para contar con ayuda de voluntarios y de colaboradores dentro del horario laborable, con el escaso personal que tenía la Corporación. Se cumplió con uno de los objetivos y misión de la organización, siendo nuestro principal aliado la comunidad organizada: asociaciones de vecinos, ONGs y autoridades locales, las cuales nos dieron apoyo, para ~~seguir~~ cumplir nuestras metas, dentro de las cuales se destacan actividades en los Municipios Libertador, Baruta y Sucre.

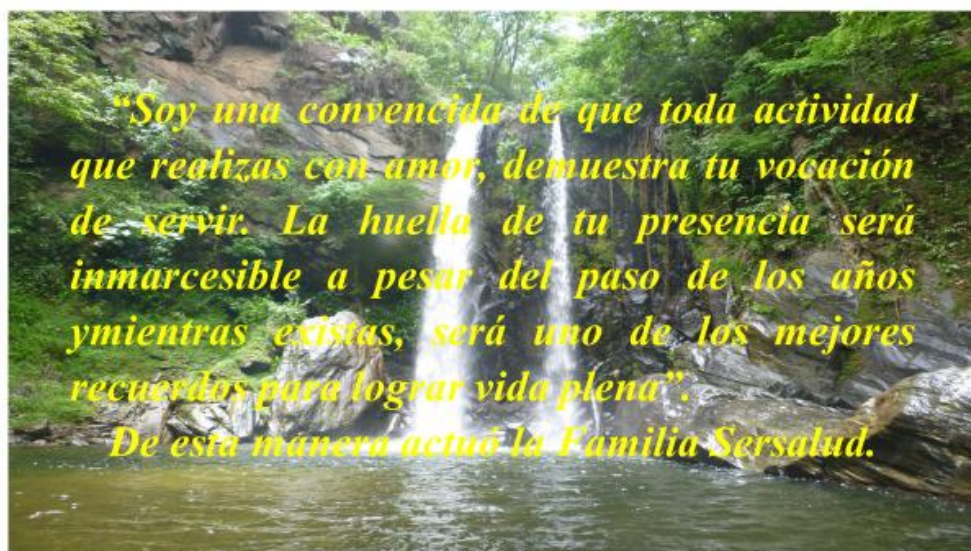
Municipio Libertador: Se realizaron 24 actividades en las Parroquias: Caricuao, La Candelaria, El Valle, Coche, El Recreo, San Pedro, Sucre, San José y Paraíso. Dentro de este conjunto de acciones es importante destacar la realizada en la Unidad Educativa Matías Núñez, ubicada en Vista Alegre, donde se instaló una Unidad Móvil de Salud, totalmente equipada para la atención primaria, prestándole a los niños de la comunidad escolar las especialidades de Pediatría y Odontología; de igual manera se impartieron charlas a madres y maestros, fundamentadas en Educación para la Salud para la prevención y detección a tiempo de algunas patologías en infantes y adolescentes. En este Municipio logramos beneficiar a Seis mil seiscientos ochenta y cuatro niños con vacuna Neumococcica conjugada Heptavalente.

Municipio Baruta: Se realizaron 12 actividades en las parroquias Minas de Baruta, ~~Minas de~~ Santa Cruz, Las Mercedes y Colinas de Bello Monte; beneficiando a muchas personas entre niños y adultos y se aplicó vacuna Neumococcica, Hepatitis B, Antigripal y Fiebre Amarilla. Dentro de las actividades preventivas se marcó énfasis en enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y métodos anticonceptivos, siendo receptores unas 80 personas de manera directa. Se firmó un contrato de comodato con la Asociación de vecinos de la Urbanización Santa Paula, Parroquia El Cafetal (ASOPAULA) donde se realizaron consultas de Odontología, Medicina ~~en diferentes~~ y especialidades, siendo un aporte trascendente para nuestra corporación, en lo referente a dotación de equipos, materiales, personal médico y de salud, en general. Para el momento del cierre forzoso de SERSALUD, en esta localidad se había beneficiado a 975 personas.

Municipio Sucre: Se desarrolló atención médica ambulatoria y vacunación en diez y seis (16) oportunidades, donde la comunidad prestó colaboración muy especial en barriadas populares como Petare, La Planada, El Chorríto, San Blas, La Virgen, Mirador del Este y Macaracuay. Allí fueron atendidas 967 personas, de diferentes edades, con énfasis en grupos vulnerables de esa población. De manera expedita cerramos el paso a la epidemia AH1N1 en los municipios, Las acciones se centraron en educar y divulgar a través de trípticos, todo lo relacionado con esta pandemia e igualmente la extensa distribución de gel antiséptico.

Escuelas Saludables. En nuestro plan de atención se atendieron 24 escuelas Distritales Metropolitanas, seleccionadas por la Dirección de Educación siendo atendidas 4501 alumnos de la población infantil, quedando por atender 4000 estudiantes para el momento del arrebato de las competencias. Me atreví a hacer una breve historia de esta fructífera labor por estar segura que muchos de los asistentes desconocen la existencia efímera de esta corporación.

Concluyo esta rememoración resaltando dos valores que hicieron posible el corto desarrollo de esta obra, de interés social: el amor a nuestros semejantes, expresado como voluntad de servicio:



*Vida después de la vida: muerte, momificación y entierros
en el Antiguo Egipto*

Dra. Aixa Müller de Soyano *

RESUMEN

La creencia en una vida permanente a continuación de la temporal o terrenal llevó a los antiguos egipcios a desarrollar la momificación para preservar la integridad del individuo para esa vida futura. El inframundo donde transcurriría esa nueva vida estaba dominado por el dios Osiris; la transición a ese mundo dependía del juicio de Anubis, encargado de pesar y evaluar el corazón del difunto. La momificación era un proceso largo, complejo y costoso, realizado en varias etapas por sacerdotes especializados: 1. Extracción del cerebro. 2. Evisceración de abdomen y tórax, lavado con vino de palma y llenado de las cavidades con mirra, canela y perfumes. 3. Aplicación de natrón para deshidratar. 4. Cubrimiento del cuerpo con vendas de lino mojadas en aceite y esencias aromáticas, colocación de amuletos y máscara mortuoria. El proceso -en su forma más elaborada- duraba 70 días; luego, la momia era llevada a su tumba, donde se realizaba la ceremonia de abrir la boca. Finalmente era colocada en su ataúd y este introducido en un sarcófago de piedra. En la tumba se colocaban objetos del difunto y se abastecía con alimentos (carnes, frutas, pan, vino, etc.) necesarios para su existencia futura.

Palabras clave: Antiguo Egipto. Momificación. Inhumación. Libro de los muertos.

ABSTRACT.

Life after life: death, mummification and burials in Ancient Egypt

Belief in a permanent life following the temporal or earthly life led the ancient Egyptians to develop mummification to preserve the integrity of the individual for that future life. The underworld for this new life was dominated by the god Osiris; the transition to that world depended on the judgment of Anubis, after weighing and evaluating the heart of the deceased. Mummification was a long, complex and expensive process, performed in several stages by specialized priests: 1. Brain extraction. 2. Evisceration of the abdomen and thorax, washing with palm wine, and filling the cavities with myrrh, cinnamon and perfumes. 3. Application of natron to dehydrate. 4. Covering the body with linen bands dipped in oil and aromatic essences, placing amulets and a mortuary mask. The process, in its most elaborate form, lasted 70 days; then the mummy was taken to its grave, where the Open Mouth Ceremony was held. It was finally placed in its coffin and introduced in a stone sarcophagus. Objects of the deceased were placed in the tomb, which was also supplied with food (meats, fruits, bread, wine, etc.) necessary for the existence in the new life.

Key words: Ancient Egypt. Mummification. Burial. Book of the Dead

1. Introducción

El Antiguo Egipto fue una civilización que nació a lo largo del río Nilo, en el África nororiental y teniendo como vecinos el mar Rojo y el mar Mediterráneo. La historia del Antiguo Egipto ha sido dividida por los historiadores en Dinastías y Reinados, tomando en cuenta el trabajo del sacerdote Manetón, historiador y sacerdote que vivió hacia el año 280 a.C. y escribió la historia de Egipto comisionado por los primeros reyes Ptolemaicos. Hacia el 3050 a.C. Egipto no era un país unificado, estando dividido en ciudades-estados con gobernantes locales. Esta era se denomina Período Predinástico, seguido por la aparición de las Dinastías del Egipto unificado que gobernarán por 3000 años, aunque la región del norte (Bajo Egipto) y la del sur (Alto Egipto) mantenían diferencias culturales (1) (Fig. 1).

* Médico Cirujano. Doctor en Medicina. Trabajo de Incorporación como Miembro Correspondiente SVHM, Puesto N° 10. Correo asoyano@gmail.com Recibido abril 23, 2016

Para escribir la historia del Egipto Antiguo, Manetón usó fuentes encontradas en los templos y otros recaudos y dividió la historia del Egipto Antiguo en treinta Dinastías, la última de las cuales terminó el 332 a.C. con la conquista de Egipto por Alejandro El Grande (1).



Fig 1. Ubicación geográfica del Antiguo Egipto.

A. CRONOLOGÍA DEL ANTIGUO EGIPTO

PERÍODO	AÑOS	DINASTÍA
Paleolítico o Predinástico	7000 a.C. a 300 a.C.	0
Temprano	3100 - 2686 a. C.	I y II
Imperio Antiguo *	2686 - 2181 a. C.	III a VI
<i>Primer Intermedio **</i>	2181 - 2130 a. C.	VII a X
<i>Imperio Medio</i>	2125 - 1650 a.C.	XI a XIII
<i>Segundo Intermedio</i>	1750 - 1550 a.C.	XIV a XVII
Imperio Nuevo	1550 - 1069 a.C.	XVIII a XX
<i>Tercer Intermedio</i>	1069 - 656 a.C.	XXI a XXX
Imperio Tardío	656 - 343 a.C.	
Período Ptolemaico	332 aC - 30 aC.	Macedonia Ptolemaica
Período Romano	30 a.C. - 395 dC.	Augusto Valentiniano

* Era de las Pirámides

** Dinastías sin autoridad central, con guerras dentro de las ciudades estados

El último gobernante de la II Dinastía unió Egipto después de un periodo turbulento y sentó las bases del Imperio Antiguo o Era de las Pirámides que comenzó con su hijo Zoser (2-6).

Periodo del Imperio Antiguo: 2686 a 2181 aC. Era de las Pirámides

Dinastías III, IV, V y VI. De los cinco faraones de la III Dinastía solo se conoce a Zoser (también conocido como Necherjet o Dyeser) quien estableció en Menfis, capital del Antiguo Egipto, al sur del Nilo, una necrópolis como el sitio de entierro de los nobles y construyó los escalones de la pirámide de Saqqara, la primera gran construcción de piedra. La erección de las pirámides fue posible por la excelente organización burocrática del Estado y por el crecimiento económico estimulado por la producción agrícola. Fue un período estable y extremadamente próspero (Fig. 2).



Fig 2. Pirámide de Zoser.

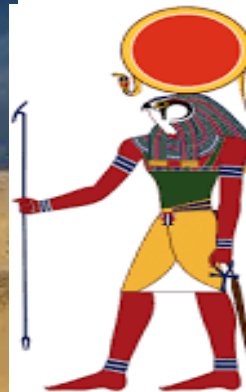


Fig 3. Dios Horus

Primera gran construcción funeraria que se conserva del Antiguo Egipto (2700 aC) emplazada en Saqqara, necrópolis de los faraones de las primeras dinastías.

El poder estuvo concentrado en manos del Faraón, considerado manifestación del Dios Horus sobre la tierra. Horus era un Dios de la mitología egipcia, iniciador de su civilización y representado con cabeza de halcón y doble corona (Fig. 3) Durante este período Egipto no solo creció dentro del valle del Nilo, sino que también controló los oasis, el comercio y fomentó guerras con sus vecinos de Libia, Nubia y el Cercano Oriente. La pirámide escalonada de Zoser fue diseñada por Imhotep, médico, astrónomo, primer ingeniero y arquitecto conocido en la historia (aprox. 2690-2610 a. C.).

La IV Dinastía, que comenzó con Seneferu (también conocido como Esnefru, Snofru o Sneferut; 2613-2589 a.C.) Vió el poder de los Faraones alcanzar su clímax. Esto se reflejó en el tamaño de los monumentos. Seneferu construyó tres pirámides en Meidum y Dashur y su hijo y sucesor Keops (conocido también con el nombre de Jufu (2589-2566 a.C.) construyó la Gran Pirámide de Giza, con más de 2 millones de bloques de piedra de caliza de 2,5 toneladas, cuya construcción tardó alrededor de 23 años. Existen documentos que relatan la expedición de Seneferu al Líbano, de donde trajo madera de cedro para la construcción de barcos y palacios, y la campaña de Nubia que le produjo grandes cantidades de esclavos. No se conoce con exactitud el método de construcción de las pirámides de Giza. Los especialistas estiman que aproximadamente 100.000 hombres trabajaron durante 3 a 4 meses. El material utilizado fue piedra caliza, extraída de regiones cercanas y transportado por acción de palanca.

Para que las estructuras fuesen visibles en el inmenso desierto del Sahara tenían que ser construidas a gran escala. Las pirámides eran producto de la voluntad del Faraón para alcanzar la inmortalidad y fueron levantadas con monumentalidad, porque sería su vivienda para la eternidad. Keops fue considerado en Egipto un gran sabio y un buen Rey; fortificó el Imperio

fundado por sus predecesores y aumentó el poder del Estado que había sido establecido cuidadosamente. Una administración organizada aseguró que las órdenes reales fueran cumplidas y que los recursos del Estado fueran bien utilizados. Países vecinos contribuyeron a la prosperidad de Egipto. La madera para la construcción provenía del Líbano, el cobre y las turquesas del Sinaí y el oro de Nubia. *Khefrén* (también conocido como Jafra en egipcio o Jefrén en griego, 2547-2521 a.C.) construyó en Giza la tercera pirámide y la Gran Esfinge.

Menkaura o Micerino (2532-2503 a. C.) construyó la tercera pirámide en Giza por construcciones de pirámides pequeñas y templos del sol por la influencia creciente del culto al Dios Sol conocido con el nombre de Ra. En la pirámide del último gobernante de la Dinastía VII *Unas* (2375-2345 a. C.) aparecen los primeros textos en las pirámides.

La VI Dinastía fue un reinado largo, estable, de crecimiento económico y expansión colonial pero esta edad de prosperidad fue el último florecimiento del Imperio Antiguo. Las pirámides y tumbas de la VI Dinastía fueron fundadas por *Teti* (2345-2323 a.C.), el fundador de la VI Dinastía que construyó muchas edificaciones. Teti murió en 2323 a.C. y Egipto fue gobernado por más de un año por Userkara, un regente o usurpador.

Pepy I (2321-2287 a. C.) fue un gobernante activo que envió expediciones militares y de negocios a Nubia y al Oriente Medio y promovió la construcción de muchos monumentos, incluyendo templos en Abydos, Bubastis, Dendera, y Elephantine. La economía del país comenzó a crecer como resultado del florecimiento de los negocios con Biblos (Líbano moderno) en el norte y Punt en el sur. El cobre y la turquesa fueron traídos del Sinaí, el oro de Nubia, y la calcita de las canteras de Atnub y Wadi Hammamat. Pepy I se casó con dos hermanas hijas de Keops, un gobernador importante de un Centro en Abydos. A pesar de este florecimiento de Egipto, Pepy I tuvo problemas políticos internos y conspiraciones que llevaron a atentar contra su vida, posiblemente instigados por su primera esposa, lo cual fue evidentemente una pérdida de la autoridad de Pepy I. A él le sucedieron los hijos que tuvo con las hijas de Keops, primero *Merenra* (2278-2184 a.C.) que gobernó por unos pocos años y luego *Pepy II* (2278 -2184 a.C.) que gobernó por más de 90 años y presidió el colapso y el fin del Imperio Antiguo.

El conocimiento de la historia de este periodo se amplía más que con los reyes anteriores, por las numerosas inscripciones biográficas encontradas en las tumbas de los nobles. Estas inscripciones son un ejemplo del poder, cada vez mayor de estos, que más adelante se enfrentaron al poder absoluto del rey. Se cree que a la muerte del longevo Pepy II sus vasallos eran ya bastante fuertes para resistirse a la autoridad de sus sucesores, provocando el rápido final del absolutista Imperio Antiguo. Posteriormente surgieron dos poderes principales, en el norte Heraklópolis y Tebas en el sur, los cuales se enfrentaron en guerra ganando los gobernantes de Tebas que unificaron el país.

El Periodo de las Pirámides terminó ~~en su mayor parte~~ con la muerte del rey Menkaura. Nuevas pirámides fueron construidas por subsiguientes Faraones, pero eran más pequeñas y menos complejas, posiblemente porque no podían permitirse el enorme costo de una construcción monumental (7 – 17) (Fig. 4) Más preocupante aún, los ladrones de tumbas aprendieron rápidamente cómo introducirse en las pirámides y robar los bienes enterrados con los Faraones. El final del Imperio Antiguo, por tanto, marcó el final de la gran era de la construcción de las pirámides (9-13).

B. Creencia en la vida después de la muerte: La creencia en la inmortalidad de los faraones, posteriormente extendida al resto de los egipcios, contribuyó a que se practicara la momificación, para preservar la integridad del individuo en la vida futura, según los textos de la mitología egipcia. Los egipcios antiguos creían que la muerte era simplemente una

interrupción y no el fin de la vida y que existía otra vida que consistía de lo mejor que era disponible y agradable en la existencia de la vida terrenal. Los egipcios concebían el Más Allá como un reino situado al Este de Egipto, gobernado por el dios Osiris. Se trataba de una región paradisíaca a la que llamaban Aaru, con campos eternamente fértiles, abundante comida e ideal para diversas recreaciones de las que gustaban los egipcios como la caza y la pesca.

Fig 4. Cronología de construcción de las pirámides de mayor tamaño

Los egipcios veían a su país como la tierra mas perfecta del mundo y el centro del universo; el ambiente y el orden natural y social habían sido establecidos por los dioses. Creían que ellos eran la mejor gente, y vivir y morir en Egipto era su aspiración. Si un egipcio moría fuera de Egipto, se hacía todo el esfuerzo necesario para traerlo, ya que en esa situación la vida después de la vida no estaba garantizada. Se creía que después de la vida terrenal transitoria, la persona se movía a otra mas permanente, en un lugar mejor, una región subterránea llamado *Campo de Larus o Campo Reds*, regido por Osiris.

Aquí el difunto vivía eternamente junto a los dioses, pero el cuerpo físico era indispensable para pasar a esa vida. El deseo de proteger y preservar el cuerpo es lo que probablemente dio lugar a la momificación. En el Antiguo Egipto el cuerpo fue preservado en tal forma que era una imagen de si mismo, pero en periodos posteriores fue colocado en urnas para producir el mismo efecto, de tal modo que el cuerpo viviente fue llamado **KHET** mientras que el cuerpo difunto fue llamado **KHAT** y la momia fue llamada **SAH**.



Fig 5. Juicio del fallecido ante Osiris.

Ceremonia de pesar el corazón del fallecido: Los antiguos egipcios esperaban renacer en la otra vida, y ser admitido al reino de Osiris; pero antes de que esto ocurriera el difunto debía aparecer ante un *Tribunal Divino*, el cual examinaría su conducta terrenal. El fallecido era escoltado por el dios Anubis, con cabeza de chacal, quien conducía al difunto hasta el Tribunal, donde tenía lugar la ceremonia de pesar el corazón. El fallecido era ubicado frente a Osiris y a un jurado de 42 dioses. En el centro del cuarto estaba la balanza donde el corazón sería pesado. El fallecido tenía que asegurar que no había cometido actos reprobables, ni actos o pensamientos maléficos, o haber desafiado a Maat, diosa de la Verdad y la Justicia. Esta confesión debía repetirse ante cada miembro del Tribunal (Fig. 5).

El corazón, identificación de la esencia del individuo, era pesado en una balanza contra una pluma de Maat, símbolo de la Verdad, la Justicia y la Armonía cósmica, también representada como diosa. El dios Tot o Thoth, Dios de la Sabiduría, la Escritura, la Música, los

Conjuros, Hechizos mágicos y Símbolo de la Luna, con cabeza de Ibis, anotaba los resultados del acto. Si el corazón y la pluma estaban balanceados, significaba que la persona tuvo una vida buena y justa, y podía comenzar su vida en la eternidad. Pero si era más pesado que la pluma, entonces el difunto sería consumido por Ammyt, el Devorador de los muertos.

El juicio de Osiris fue representado en el papiro de Hunefer, un oficial de alto rango (ca. 1275 a. C.), donde se observa como Anubis o Dios de la Muerte, con cabeza de chacal, pesa el corazón del escriba Hunefer contra la pluma de la verdad en la balanza de Maat. Tot anota el resultado. Si su corazón es más ligero que la pluma, Hunefer pasará a la otra vida. Si no es así, será devorado por la expectante criatura quimérica Ammyt, compuesta por partes de cocodrilo, león e hipopótamo. Viñetas como esta eran comunes en libros de los muertos. El corazón de la persona era considerado la parte más importante de su cuerpo físico; allí residía el espíritu, la personalidad y la esencia del individuo, de tal modo que el corazón permanecía en el cuerpo, después de la momificación protegido por amuletos importantes como el escarabajo de corazón.

Importancia del nombre del individuo: el nombre era la parte más importante de la persona en la vida terrenal y en la siguiente; las tumbas tenían los nombres y títulos del difunto inscritos en varios lugares. Los que visitaban la capilla mortuoria debían leer en voz alta el nombre inscrito, para que así fuera recordado y floreciera en la otra vida.

Los objetos que le pertenecían al muerto eran inscritos con su nombre. También en las tumbas había estatuas y pinturas del difunto con inscripciones de su nombre para preservarlos en la eternidad. Borrar el nombre del individuo significaba que no había existido. De hecho, borrando el nombre de todos los monumentos y negando su existencia fue una práctica juzgada como efectiva para remover para siempre la existencia de cualquier individuo indeseable.

En los períodos tempranos del antiguo Egipto, en la otra vida los reyes tenían una vida diferente a la del resto de los mortales. Por su divinidad, los reyes se unían a otros dioses y viajaban al cielo y otros lugares con Ra, dios del Sol. En el periodo Greco-Romano se realizaban con frecuencia los entierros en tumbas comunitarias y las momias se marcaban con el nombre y el título y así mismo se identificaban el perro del muerto; si el nombre era mutilado o se desvanecía entonces peligraba la existencia eterna del individuo, por lo cual se ponía gran atención a que el nombre estuviese bien asegurado al cadáver (18-23).

C. Dioses en Egipto: en el Egipto Antiguo existían un gran número de dioses que jugaban diferentes papeles o funciones. Sus dioses principales eran:

Ra era el dios del Sol y se representaba frecuentemente como un halcón coronado con un disco solar y sobre este una serpiente; es el más importante de los dioses del panteón egipcio, que daba la vida, y era el garante de la resurrección.

Osiris preside el tribunal que juzga a las personas tras su defunción; es el dios de la Resurrección, del Nilo y la fertilidad.

Isis, esposa y hermana de Osiris y diosa de la Magia, era representada con figura humana coronada por un trono.

Horus, hijo de Isis y Osiris, representada como halcón. Su manifestación terrena era el Faraón.

Seth era el dios de los pastores nómadas. Se representaba con cabeza de galgo; personificaba el mal y el desierto.

Anubis era responsable de conducir a los muertos hasta el Tribunal Divino. Era el Dios del embalsamamiento y se le representaba con cabeza de chacal o perro.

Tot era el Dios de la Escritura, la Música y el Conocimiento y se le representaba con cabeza de ibis o como babuino.

Maat era diosa de la justicia, representada coronada por una pluma de avestruz (24- 27)

El mito del dios Osiris: en la mitología egipcia se relata que en la Edad de Oro del imperio, los dioses gobernaban la tierra. El gobernante era Osiris, junto a Isis su esposa y hermana. Osiris fue un rey bueno y justo, que despertó los celos de su hermano Seth. Este logró obtener las medidas del cuerpo de su hermano e hizo una armadura, en la cual con artimañas logró que Osiris se la probara, tras lo cual la selló con Osiris dentro y la lanzó al mar. Isis, esposa de Osiris, recuperó la armadura con el cadáver y se mantuvo de luto en Biblos. Seth, establecido como gobernante, abrió la caja, tomó el cadáver y lo cortó en piezas que esparció por todo Egipto. Isis junto con su hermana Nephis, esposa de Seth, recuperaron los pedazos y los juntaron nuevamente. Isis y Nephis se transformaron en papagayos negros, actuando como protectores de los muertos. Isis tuvo un hijo que llamó Horus, que al crecer estuvo en varias batallas contra su tío Seth. Horus resultó victorioso y se coronó Rey de Egipto, mientras que Osiris, su padre, se transformó en dios de los Muertos, en el inframundo. A Seth se le dio el control de los desiertos y las tormentas de lluvia y estuvo asociado al caos y al desorden. Osiris, en el inframundo era el responsable de juzgar a la persona muerta, y determinar su destino. Anubis era responsable de la momificación y de conducir al cadáver debajo de la tierra para ser juzgado por Osiris (28, 29).

D. Textos funerarios del Antiguo Egipto

La bibliografía que conforma los **Textos funerarios** es una recopilación de documentos religiosos que se utilizaron en el Antiguo Egipto; en general, se consideraba que su uso contribuía a preservar el espíritu del fallecido en el más allá.

Estos textos evolucionaron a lo largo del tiempo, comenzando con los Textos de las Pirámides de los entierros reales en el Imperio Antiguo, hasta los Textos de los Sarcófagos del Imperio Medio, los diversos libros del Imperio Nuevo y de épocas posteriores. Con el paso del tiempo, su uso se extendió a las clases nobles y posteriormente a la población general (al menos a aquellos que podían costear los rituales de enterramiento). En un principio, los textos funerarios del Imperio Antiguo se reservaban exclusivamente para el rey, pero hacia el final del período se comenzaron a utilizar en las tumbas de las esposas reales.

Varios libros funerarios del Egipto Antiguo se han preservados. Ellos eran guías para que el muerto entrara salvo en la otra vida; proveían conjuros que contrarrestaban las amenazas y ayudaban a superar los obstáculos en la ruta a la otra vida. Los primeros textos fueron usados exclusivamente por la realeza y por primera vez fueron encontrados inscritos en la cámara funeraria de la pirámide de Unas (2350 a. C.), el último rey de la V Dinastía. Han sido denominados Textos de las Pirámides, porque aparecen en las pirámides de reyes y reinas. Los textos de las pirámides eran inscritos en columnas verticales; eran pintados en verde o verde azulado, aludiendo al color de Osiris, del renacer, así como a los cielos a los cuales ascendían los reyes, quienes entraban al reino eterno y se identificaban con Osiris. Los conjuros ayudaban al rey en su ascenso al cielo y a su recepción dentro del reino divino; algunos conjuros protegían de los escorpiones, culebras y otras criaturas peligrosas, y había frases que el difunto podía usar en diferentes situaciones. Los textos de las pirámides fueron una prerrogativa de la realeza pero más tarde fueron usados por miembros menores de la corte en el Periodo Tardío del Egipto Antiguo, así como por oficiales de los Periodos del Imperio Medio e Imperio Nuevo.

Los textos de los sarcófagos fueron escritos dentro de entierros que no pertenecían a miembros de la realeza, durante el Primer Periodo Intermedio y el Período del Imperio Medio. Esto es una manifestación de las muchas usurpaciones de privilegios reales. Los textos ofrecían una garantía de la vida después de la vida asociado con Osiris para cada uno que podía pagarlo,

y representan una recopilación de conjuros a partir del Primer Periodo Intermedio. En parte, los textos derivan de los textos de las pirámides, pero incorporan una gran cantidad de elementos relacionados con deseos cotidianos, lo cual refleja su uso popular en esta época. Los faraones perdieron el derecho exclusivo de la vida en el más allá cuando los egipcios que no pertenecían a la realeza pudieron costear la adquisición de un sarcófago y acceder a los conjuros funerarios. Estaban también en las máscaras de las momias, en las paredes de las tumbas, y algunas veces en papiros, teniendo el mismo objetivo de facilitar el paso de las pruebas y obstáculos que marcan el sendero de la vida después de la vida. Estos textos, que consistían de unos 1185 conjuros estaban escritos en lengua hierática, una forma cursiva de la escritura jeroglífica, y al contrario del de las pirámides podían ser ilustrados con viñetas. Cuando se comparan con los textos de las pirámides contienen otras novedades tales como el deseo de reunirse con los amados en la otra vida. Los egipcios creían que las imágenes también vivían y eran poderosas por ellas mismas, por lo cual los jeroglíficos con animales peligrosos se presentaban mutilados para que no fueran a molestar al difunto. Así las serpientes las cortaban en mitad, los pájaros eran privados de piernas o picos, los leones solo parcialmente dibujados (30-32).

El Libro de los Muertos era una serie de 190 fórmulas mágicas, adaptadas a las circunstancias particulares de cada individuo. Este texto consistía en una serie de sortilegios para ayudar a los difuntos a superar el juicio de Osiris, asistirlos en su viaje a través de la Duat, el inframundo, y viajar al Aaru, en la otra vida. Los textos, que eran depositados junto al difunto, o grabados en los muros de la tumba, también contenían las palabras adecuadas para utilizar en el juicio.

El libro más famoso fue encontrado en el sarcófago de la Reina Mentuhotep de la Dinastía XVII. El libro no tiene una composición canónica, sino que abarca un amplio repertorio de oraciones y “hechizos” de los que cada papiro presenta una propia selección. Esos consejos se reprodujeron primero en los sarcófagos de las momias y luego en el muro de las tumbas, pero entre 1600 a. C. y 100 d. C. se compilaron en papiros, con escenas brillantemente ilustradas. De ellos, algunos de los más conocidos, como los de Ani, Anhai y Hunefer, están en posesión del Museo Británico, en Londres. El papiro de Greenfield tiene una secuencia de segmentos que miden 37 metros de longitud.

Era parte de una tradición de textos funerarios que comenzó en los textos de las pirámides y de los sarcófagos *más antiguos*, que se inscribían principalmente sobre los muros de tumbas o en los ataúdes. Algunos de los sortilegios del *Libro de los Muertos* fueron extraídos de estos textos antiguos y datan del III milenio a. C., mientras que otras fórmulas mágicas fueron compuestas más tarde en la historia egipcia y datan del III Período Intermedio (Dinastías XI-VII). Algunos de los capítulos que componían el libro se siguieron inscribiendo en paredes de tumbas y sarcófagos, tal y como habían sido los sortilegios desde su origen. El *Libro de los Muertos* se introducía en el sarcófago o en la cámara sepulcral del fallecido. Aquí se enfatiza el juicio del difunto, de tal forma que pueda ser regenerado (33-35)

El Ka, el Ba y el Akh. Para los egipcios una persona estaba compuesta de 5 partes que incluían dos características físicas, su nombre y su sombra y tres elementos invisibles, el Ka (la fuerza de la vida), el Ba (la personalidad) y el Akh (el espíritu). El Ka existía desde el preciso momento en que el humano nacía y continuaba como un doble del individuo, a través de la vida. Después de la muerte el Ka continuaba viviendo y por tanto requería alimentos y bebidas. Los alimentos ofrecidos o pintados en viñetas, en las paredes de la tumba, sostenían al Ka y aunque realmente no los ingería, absorbía las fuerzas de la vida. Las estatuas funerarias eran imágenes del Ka del fallecido y algunas veces se usó el signo de Ka como un par de brazos elevados

El Ba, representando la personalidad, hacía al individuo único, pero también representaba el poder y podía ser extendido a dioses y objetos inanimados; en consecuencia fue la forma física de ciertos dioses, por ejemplo, el toro de Apis fue el Ba de Osiris. Para que el cuerpo del difunto sobreviviera en la otra vida el Ka tenía que reunirse con el Ba cada noche; como el cuerpo físico era incapaz de hacer esto, era tarea del Ba hacer este viaje.

El Akh era la forma como el muerto vivió en el inframundo y fue la unión del Ka y el Ba. Una vez que el Akh ha sido creado por esta unión el sobrevive como un espíritu de luz que no cambiaba en la eternidad (36).

E. La momificación

Una momia es el cuerpo preservado, por lo general artificialmente, de un humano o animal. Fueron producidas en el Antiguo Egipto desde la antigüedad hasta la era cristiana, en un esfuerzo de preservar el cuerpo para usarlo en la otra vida (Fig. 6) La palabra egipcia para momia era Sah; la palabra moderna momia proviene de las palabras persas y arábricas “muum” y “mumia”, que significan cera o bitumen, una sustancia negra oleosa que se encuentra en forma natural en Persia y en el área del Mar Muerto y el Mar Rojo. La momificación fue practicada por diferentes civilizaciones, pero su mayor difusión y perfeccionamiento ocurrió en Egipto. Fue una necesidad de tipo religioso, porque los egipcios creían en la existencia de otra vida después del tránsito terrenal. La primera evidencia de momificación artificial data del 3500 aC.



Fig 6. Momias egipcias

En la época predinástica, hace unos 6000 años, los cuerpos eran enterrados, envueltos en pieles de animales o esteras, en fosas cavadas en el desierto, de tal manera que la arena seca y caliente absorbía el agua de los tejidos corporales, produciendo una buena conservación del cuerpo por desecación natural o espontánea. Los egipcios idearon el método de momificación con el objeto de preservar el cadáver en su tumba; muchas tumbas eran violadas por ladrones para obtener los objetos valiosos inhumados junto con el cadáver. Existen papiros que describen juicios por robo y violación de tumbas reales, cuyo castigo era la muerte. Esta tradición de robar tumbas ha continuado hasta la actualidad, principalmente para obtener amuletos y otros objetos de valor, para la venta en el comercio turístico y para exhibición en Museos.

En el siglo XII en Persia se consideraba que el bitumen de las momias mezclado con agua producía un aroma que curaba ciertas enfermedades. Esta creencia se mantuvo en el siglo XIX, de tal forma que el Rey de Persia envió a la Reina Victoria pequeñas cantidades de bitumen para su salud. En el año 5 d. C. se menciona el polvo de momias en las listas médicas usadas en prescripciones de oriente y occidente. Polvo de momia se usó para tratar todo tipo de dolencias incluyendo abcesos, erupciones, fracturas, parálisis, epilepsia, vértigo, hemoptisis,

dolores de garganta, tos, náusea, úlceras, envenenamientos, hepatopatías, etc. Esos usos contribuyeron a la destrucción sistemáticas de las momias.

ORIGEN: Los egiptólogos tradicionales piensan que la idea de la momificación se originó en el período Predinástico cuando los cadáveres eran enterrados en las arenas del desierto, lo que facilitaba su desecación y conservación. El descubrimiento accidental de estos cuerpos preservados, posiblemente estimuló la idea de preservar artificialmente los cadáveres para que pudieran ser usados en la otra vida. Durante el Período del Antiguo Imperio el Faraón vivía en Menfis; a su muerte era enterrado en la necrópolis de Saqqara. Las primeras tumbas estaban construídas con materiales locales no costosos, especialmente madera y ladrillos de barro, de duración limitada. Posteriormente, para preservar el sitio del enterramiento, se construyó encima una estructura tipo banco, creándose así la llamada mastaba; este término deriva del nombre de los podios que se encontraban en el frente de las casas tradicionales egipcias. La mastaba se parece a un gran banco de ladrillos, de unos 10 metros de altura, con techo plano y paredes inclinadas. Las primeras mastabas fueron decoradas con motivos pintados en colores brillantes. Su estructura se componía de tres espacios: una cámara funeraria subterránea y una planta por encima con la recámara de serdad o casa de la estatua, y capilla.

La cámara funeraria se encontraba en el nivel inferior y era el lugar indicado para colocar el sarcófago; a ese plano se accedía a través de largos pozos verticales, que se cerraban después de depositar la momia. En el nivel superior estaba la capilla, y una imitación de la casa del difunto, donde se depositaban las ofrendas. Este nivel tenía una o varias "falsas puertas" decoradas con relieves, situadas en la parte oriental, que servían para indicar al espíritu (al *doble* del difunto llamado *Ba*), el lugar por donde debía salir o entrar al edificio. Las más suntuosas disponían de varias salas ricamente decoradas y el serdab, es decir, un cuarto donde se conservaba la estatua del difunto (*Ka*). Esta actuaba como un sustituto para el cuerpo en caso de su destrucción y era también el foco de adoración para los familiares.

Con el paso del tiempo, esta construcción se fue haciendo más compleja y se añadieron más salas, escaleras, trampas antisaqueadores, etc., llegando algunas a medir 50 metros de largo y 6 ó 7 de altura. Las más monumentales sirvieron de sepultura para la nobleza, clase dirigente y personas de alta posición social, incluso de algunos faraones. Había mastabas rodeadas de vallas de seguridad o muros, y algunas incluso tenían cámaras para el entierro de los servicios sacrificados o los animales domésticos del fallecido. La mastaba fue el embrión arquitectónico de las pirámides. La momificación posiblemente comenzó en el período dinástico, aunque tumbas del período Naqada II (cultura del período predinástico egipcio que se desarrollo del 3500-3200 a.C) han mostrado señales de preservación artificial con el uso de resinas y vendajes. Estas tumbas han sido descubiertas en excavaciones recientes en los sitios de Hierakónpolis y Adaimaen al sur de Egipto. También es posible que la evisceración se practicara en algunos cuerpos. En estas tumbas se han encontrado cuerpos con vendas y la cabeza separada deliberadamente y colocada en el tórax y sostenida por las manos levantadas. Marcas de cortes sobre las vértebras de varias momias refuerzan la idea de cuerpos mutilados deliberadamente en lugar de preservarlos intactos. Es posible que esta práctica tuvo su origen en rituales religiosos ya que se han encontrado descripciones de esto en los textos de pirámides. Se ha encontrado descarnación en las primeras momias en Giza, Meidum y Deshashech y en algunos cementerios predinásticos. Aquí se han encontrado momias con los vendajes arriba de los huesos y en algunos casos el esqueleto no fue propiamente articulado. La desarticulación del esqueleto y la

ausencia de carne han conducido a los excavadores a pensar en un ritual de descarnación.

Etapas: la momificación se realizaba cerca del Nilo en una casa destinada para ese fin, donde se entregaba el cadáver, después del periodo de duelo, al sacerdote responsable del proceso, previa negociación de las tarifas del servicio. Herodoto de Halicarnaso, historiador y bibliógrafo griego que vivió entre el 484 y el 425 a.C. escribió: *“Después del duelo, llevan el muerto a embalsamar. Hay gentes establecidas a este efecto y ejercen estas artes como propiedad transmisible por herencia... Los embalsamadores muestran los modelos de cadáveres en madera, imitados mediante pintura, y aconsejan el más digno de atención, que fue el dios, cuyo nombre no puedo decir aquí. Enseñan un segundo, con precio más bajo y finalmente, un tercero, más barato”*.

Se colocaba el cuerpo del difunto sobre una mesa de piedra, madera o alabastro, cuyas patas y decoración tenían forma de león. Se empleaban también otras más pequeñas para depositar los órganos extraídos. Uno de los sacerdotes se colocaba una máscara de chacal, representando a Anubis, dios protector de la momificación y los embalsamadores. La momificación se efectuaba en todas las capas de la sociedad, pues cada egipcio debía ser capaz de alcanzar la vida después de la vida terrenal, aunque el grado de técnica, minuciosidad y ritual, fuese altamente variable. Durante todo el proceso estaba presente un Sacerdote Lector, de alto rango que recitaba constantemente oraciones y conjuros.

La momificación se realizaba en las siguientes etapas:

1. Limpieza y aromatización externa del cadáver.

2. Extracción del cerebro y evisceración. En una primera etapase extraía parte del cerebro por los orificios de la nariz, mediante unos ganchos de bronce, y la cavidad craneal se llenaba con un líquido, formado por resina de coníferas, cera de abejas y aceites vegetales perfumados; posteriormente, el material cerebral remanente mezclado con la resina se extraía y en la cavidad se vertía natrón. En una segunda etapa, un escriba marcaba en el lado izquierdo del abdomen el lugar donde se debía abrir la cavidad abdominal para extraer los órganos. Sólo el corazón, asiento del alma y los riñones quedaban dentro del cadáver o eran puestos en su lugar después de la momificación. La cavidad abdominal era lavada con vino de palma y esencias aromáticas y llenada con mirra y otras sustancias antes de cerrar la incisión en el flanco izquierdo. En ocasiones, el corazón era sustituido por un escarabeo, equivalente de un corazón mágico de repuesto. El **escarabeo** fue un amuleto de vida y poder, con forma de escarabajo (*Scarabaeus sacer*), que representaba al Sol naciente, y era símbolo de resurrección. En vida proporcionaba protección contra el mal, dando diariamente fuerza y poder. En la muerte, quien lo portaba adquiriría la posibilidad de resucitar y alcanzar la vida eterna.

Jarras canópicas. Los órganos extraídos se limpiaban, se secaban y se untaban con aceites aromáticos y se colocaban por separado y envueltos en paño de lino en los cuatro vasos o jarras canópicas. Las jarras eran colocadas bajo la protección de cuatro dioses menores llamados Hijos de Horus. La jarra con cabeza humana Imsety contenía el hígado, la de cabeza de chacal Duarmutef contenía el estómago, la de cabeza de mono Hapy contenía los pulmones y la de cabeza de halcón Qebhsenuf contenía los intestinos. Las jarras se colocaban detrás del sarcófago en el funeral. Se creía que todas las partes del cuerpo serían reunidas mágicamente en la otra vida y que el cuerpo sería de nuevo un todo como pasó con el cuerpo de Osiris. Las jarras canópicas eran colocadas dentro de cofres de madera decoradas con jeroglíficos. El cuerpo eviscerado se secaba al sol y se cubría con varias capas de aceites vegetales (resina de coníferas, aceites aromáticos y ungüentos) y animales, especialmente cera de abejas, con propiedades hidrofóbicas y antibacterianas.

3. El cuerpo era tratado con natrón, un mineral formado por carbonato y bicarbonato de sodio y sulfato y cloruro de sodio que actuaba como deshidratante y desgrasante. El natrón se encuentra en forma natural en Egipto, mas comúnmente en Wadi Natrum a 64 Km al noroeste de El Cairo. El interior del cadáver se llenaba con telas y sal de natrón y sustancias aromáticas. El natrón tenía que ser cambiado regularmente, ya que una vez que se saturaba cesaba su acción. Los cadáveres eran colocados en tablas de madera inclinadas que permitían el drenaje de los fluídos, y luego el cuerpo cubierto con natrón se dejaba secar varias semanas. Durante este tiempo la piel se encogía, se arrugaba y se ponía parecida a un cuero. El cadáver era también expuesto al sol. Este tratamiento duraba unos 70 días.

4. Después de sacar las telas del cadáver, se lavaba con vino de palma y agua y se untaba con aceites y resinas, para lograr que la piel se volviese suave y flexible. Esta cuarta etapa tenía por objeto preservar la carne y evitar la desintegración del cuerpo. Se colocaban piedras preciosas pequeñas bajo los párpados para restablecer la apariencia que tuvo en vida. Muchas momias tenían los brazos cruzados sobre el pecho para imitar la postura de Osiris, dios de la muerte. Hecho esto, se cubría con lazos en el cuello, anillos y brazaletes de oro y piedras preciosas. También se colocaban papiros en el cuerpo del difunto, después de haber llenado las cavidades abdominales y la caja torácica con telas de lino impregnadas con resina, aserrín y líquenes aromáticos. Una placa con una lámina de oro con jeroglíficos era colocada en la incisión abdominal para sanar la herida en la otra vida y alejar la mala suerte.

5. La cabeza y el cuerpo se cubrían con hierbas y aserrín luego se envolvían con vendas de lino mojadas en aceites para que el cuerpo ganara otra vez su tamaño. El vendaje era un trabajo complicado que tomaba casi una semana y requería unos 900 metros de lino de 5 a 20 cm de ancho. Se realizaban patrones intrincados con el vendaje sobre todo en la cara y el cráneo. Los familiares solían traer sus propios paños y vendas de lino, recuperados normalmente de ropas viejas o vestidos, cortados en tiras, con las que se confeccionaban los indispensables vendajes para embalsamar. Los dedos, manos y pies eran vendados en primer lugar, luego el resto del cuerpo. Los vendajes eran sellados con jeroglíficos e imágenes de dioses (Fig. 7).

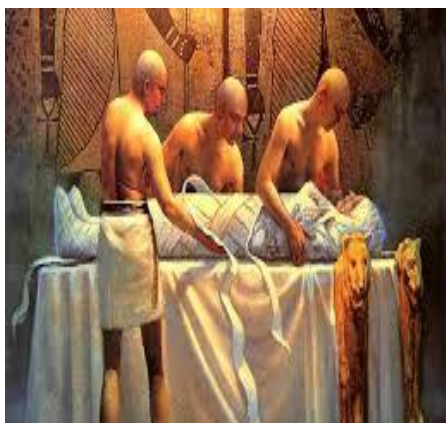


Fig 7. Vendaje de la momia



Fig 8. Máscara mortuoria de Tutankhamón

A medida que la momia era envuelta se colocaban pequeños amuletos entre las capas de lino para proteger con sus mágicos poderes al espíritu, en su camino hacia la otra vida y facilitar la resurrección. Uno de los amuletos más comunes fue el **ojo de Horus**. Cada capa añadida se cubría con resina para mantener la envoltura como un sello a prueba de agua.

La máscara mortuoria. Terminado el vendaje, la cabeza era cubierta con una máscara con el retrato del difunto, para asegurar que el Ka pudiera reconocer el cuerpo en la otra vida.

La máscara era de cartón, con finas capas de lino, moldeadas con yeso y decoradas con pintura dorada. En el caso de los faraones, se hacía la máscara en oro, para reflejar su aspecto idealizado. Muchas momias eran cubiertas con escudos que tenían cabezas de halcón (Fig. 8) La de Tuthankamón fue hecha de oro, lapislázuli, turquesa y pasta vítrea. En la momificación se usó mirra, otras resinas, especias y aceites. Muchas de estas resinas eran importadas del Líbano, Siria, Sur de Arabia y este de África. Las resinas, por sus propiedades antiputrefactivas y desodorizantes se usaron para llenar el cráneo y las cavidades del cadáver y para cubrir las urnas. También se usaron aceites de varias fuentes incluyendo aceites importados como enebro y cedro, y también locales tales como aceite de lechuga y de castor. Mucho de estos materiales de momificación han sido encontrados en envases en cementerios a lo largo de Egipto.

Para las clases menos afluentes, el proceso de momificación era diferente, en función de abaratar el costo; no abrían las cavidades, sino que los aceites eran inyectados por el ano que luego era tapado para que no se escapara el aceite y se permitiera que las vísceras se licuaran, material que luego era retirado. El cuerpo era cubierto con natrón por unos cuantos días y al final, del cuerpo solo quedaba piel y huesos. Otro método económico de embalsamar era simplemente lavar los intestinos y dejar el cuerpo 70 días cubierto de natrón (37-49).

Terminado el proceso, la momia con su máscara era colocada en ataúdes dorados de madera, los cuales eran colocados en sarcófagos de piedra, una práctica que data desde finales del Período del Imperio Medio. Los primeros ataúdes fueron simplemente construidos como un tablón, pero con el tiempo fueron más elaborados y para el Período de la Dinastía XII (1985 a 1785 a. C.) fueron construidos con forma humana y decorados por dentro y por fuera con una variedad de dibujos e inscripciones. Las momias de los Faraones solían estar protegidas por siete ataúdes anidados uno dentro del otro como las muñecas rusas, estando el interior hecho de oro. Finalmente, los ataúdes eran colocados en sarcófagos de piedra, diseñados para proteger la momia no solo de los elementos, sino también de ladrones (50-52).

Los egipcios acostumbraban a rodear a los muertos con ofrendas de alimentos y bebidas que lo ayudarían a mantenerse en la otra vida. Los libros funerarios del Egipto Antiguo reseñan la importancia fundamental de la nutrición del difunto, donde se manifiesta gran temor de morir una segunda vez por falta de alimentos. Esta costumbre data de la era pre faraónica cuando enterraban vasijas llenas de grano cerca del ataúd para la manutención del difunto. Las tumbas reales del Antiguo Egipto (2686-2181 a.C.) tenían varios cuartos para almacén de alimentos. El difunto solía dejar instrucciones a su hijo mayor o empleaba un sacerdote para que tomara la responsabilidad de esta tarea. La parte importante del culto era llevar diariamente ofrendas de alimentos y bebidas a la capilla. Esto proveía un sustento para el Ka (el espíritu doble del muerto), que absorbía la fuerza vital de las ofrendas.

La pata izquierda delantera del buey, considerada como carne mágica, fue una parte importante de la ofrenda de alimentos. Cortes de carne reales y simbólicos eran ofrecidos en los ritos a los dioses en sus templos y a los muertos en las capillas funerarias. El pan fue el alimento básico de los egipcios y así mismo formó parte importante de las ofrendas. Al Rey le solían ofrecer miles de rodajas de pan, hecho de trigo en una gran variedad de formas. Mas de 30 formas distintas han sido reconocidas en relieves y jeroglíficos y recuperadas de tumbas de 3000 a 4000 años después que fueron enterradas con el difunto. Tablas con el nombre del difunto a los lados tenían alimentos esculpidos como pata de buey, pan, etc. Vasos altos con picos estaban llenos de agua para verterla en los rituales de ofrendas. El difunto sentado era dibujado en la

tabla de ofrendas, en losas y puertas falsas de las tumbas. Diferentes tipos de bebidas tales como vino, cerveza y leche eran ofrecidas en contenedores como jarras y ánforas. Estas vasijas fueron muy elaboradas. Se usaron vasijas de oro y plata en el culto a los dioses y en ofrendas para el Rey. Al comienzo las tablas de ofrendas de alimentos eran colocadas fuera de la tumba pero posteriormente se ubicaban entre la recámara y la capilla (53, 54).

Cortejo funerario: los funerales egipcios eran ceremonias que ayudaban al difunto en su viaje a la otra vida. Las procesiones de los funerales fueron con frecuencia dibujadas en las paredes de las tumbas particularmente en el Imperio Nuevo (1550-1069 a. C.) Una vez terminado el embalsamamiento, la momia era colocada en una tabla santuario y transportada a la orilla oeste del Nilo en un barco con forma de ataúd con un dibujo de un trineo de bueyes. Personal de servicio, sacerdotes y familiares acompañaban el cortejo. De particular importancia fueron las dolientes profesionales, mujeres vestidas de azul pálido con el cabello suelto, que tiraban de él, alzaban y agitaban los brazos, se lamentaban y golpeaban sus pechos y cabezas contra el suelo como muestra de pesar (una tradición que persiste aun hoy en África del norte). Los nobles y cortesanos usaban en el cortejo bandas blancas atadas en la frente y sandalias blancas como signo de duelo. Los hombres mostraban su pesar absteniéndose de cortarse el cabello o la barba durante cierto período.

Fig 9. Funeral en el Antiguo Egipto.

La separación final. Ceremonia de abrir la boca del difunto: una vez que la momia era colocada en su ataúd, era llevada a la cámara funeraria. Luego era llevada a su tumba, donde sacerdotes de Osiris realizaban la ceremonia de abrirle la boca, que comprendía una serie de actos elaborados y encantamientos que reanimaban las facultades del muerto y aseguraban su sobrevivencia en el otro mundo (Fig. 9) La ceremonia de abrir la boca fue uno de los aspectos más importantes de las costumbres funerarias del antiguo Egipto, un ritual que le permitía al muerto ver, oír, respirar y recibir nutrientes en la otra vida. El sacerdote que dirigía la ceremonia usaba un vestido tradicional de piel de leopardo. Vertía agua y ungüentos sobre el cuerpo y simbólicamente el dios Anubis realizaba el ritual de abrir la boca tocando los ojos, la nariz y la boca de la momia con una herramienta sagrada llamada adze.

Este ritual reactivaba los sentidos en la otra vida. En un papiro de la tumba de Hunefer (Dinastía XIX: 1295-1186 a. C.) se encontró una viñeta que muestra cuerpo momificado parado y sostenido por Anubis mientras que mujeres de la familia lamentan su muerte y los sacerdotes quemaban incienso y realizan el ritual correspondiente. El ataúd era colocado en el sarcófago y las jarras canópicas, los alimentos y muebles del difunto depositados en dicha cámara antes de ser sellada. Después de la inhumación la familia y sus invitados disfrutaban de un festín en honor del difunto, que se efectuaba fuera de la tumba. El sarcófago era colocado en una recámara diseñada especialmente para ello, cuya entrada era también sellada. Previamente los familiares depositaban alimentos, ropas, muebles, platos y otros objetos que el difunto necesitaría en la otra vida. Los antiguos egipcios vieron las viviendas terrenales como temporales, por lo que dieron poco énfasis a su construcción. En cambio, un tremendo esfuerzo se ejerció en la construcción de tumbas. Esto se deriva de la creencia de que la tumba sería su morada permanente, ya que sería utilizado en la totalidad de la vida futura (55, 56).

La momificación en el Antiguo Egipto no sólo se realizó en seres humanos, sino que también se llevó a cabo en animales, aunque por diferentes motivos. Cuando la mascota de una persona moría, podía ser momificada, y también se les podía confeccionar un sarcófago o estela funeraria especial. Se conoce el caso del perro Abutiu, que por orden del Faraón tuvo un entierro ceremonial como si fuese un dignatario real. En otros casos, en animales específicos,

los egipcios veían la encarnación de una deidad, por lo que en los templos se les proporcionaba alimentación, cubriéndolos a veces de joyas y cuando morían, se les daba un funeral especialmente elaborado, como en el caso de los babuinos. Cabe destacar al toro Apis, que fue momificado y enterrado en una tumba, en Saqqara. (Fig 10). Durante el periodo greco romano de Egipto, no sólo algunos animales fueron considerados divinidades, sino que se consideraba sagrada toda su especie, por lo que se procedió a la momificación masiva de gatos, cocodrilos, perros, ibis, halcones, carneros y toros (57-59).

REFERENCIAS

1. César Vidal (Ed.) *Historia de Egipto*. Alianza Editorial. Madrid, 1993
2. Taylor JH (Ed.) *Chronology. Map. Journey through the Afterlife. Ancient Egyptian Book of the Dead*. Cambridge, Mass. USA: Harvard University Press, 2010.
3. Strudwick H. *History. Egypt, gift of the Nile*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 12-15.
4. Baines J Málek. *Atlas of Ancient Egypt*. Oxford: Facts on File. New York, 1980.
5. Strudwick H. *The Old Kingdom*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 28-31.
6. Kemp BJ. (Ed.) *Ancient Egypt: Anatomy of a civilisation*. London: Routledge, 1991.
7. Shaw I. (Ed.) *History of Ancient Egypt*. Oxford University Press. Oxford, 2000.
8. Rigger BG, Kemp BJ, O'Connor D, Lloyd AB. *Ancient Egypt: A Social History*. Cambridge University Press. Cambridge, 1983.
9. Parra Ortiz JM. *Historia de las Pirámides de Egipto*. Edit Complutense. Madrid, 1997.
10. Dodson AM. *After the Pyramids*. Rubicon Co. Londres, 2000.
11. Schulz R, Seidel M, Köneman (Eds.) *Egipto. Dioses, Templos y Faraones*. Edic del Prado. Madrid, 1992.
12. Schulz R, Seidel M, Köneman (Eds.) *Egipto. El mundo de los Faraones*. Edic del Prado. Madrid, 1997.
13. Dodson A.M. *Monarchs of the Nile*. Rubicon Co. Londres, 1995.
14. Strudwick H. *Khufu, builder of the Great Pyramid*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. Sterling Publishing Co. New York, 2006: 32-33.
15. Strudwick H. *The Time of Pepy I*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 34-35.
16. Strudwick H. *The First Intermediate Period*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co., 2006, pp. 36-39.
17. Strudwick H. *The Middle Kingdom*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York. Sterling Publishing Co. 2006: 44-45.
18. Goedicke H. *The egyptian idea of passing from Life to Death*. *Orientalia*. 1955; 24: 225-39
19. Assmann J. *Death and Initiation*. En: *The Funerary Religion of Ancient Egypt. Religion and Philosophy in Ancient Egypt*. Yale University Press. New Haven, 1989: 135-159.
20. Gardiner A. *The Attitude of the Ancient Egyptians to Death and the Dead*. Cambridge: Cambridge University Press, 1935.
21. Hornung E. *Idea into Image. Essays on Ancient Egyptian thought*. New York Timken, 1992
22. Hornung E. *The Ancient Egyptian Books of the Afterlife*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1999.
23. Quirke S. *Ancient Egyptian Religion*. British Museum. Londres, 1992.
24. La Tierra de los Faraones (2014). Disponible en: [http://www. Egiptologia.org](http://www.Egiptologia.org)
25. Wilkinson RH. *The Complete Gods and Goddesses of Ancient Egypt*. Londres: Thames & Hudson, 2003.
26. Traunecker C. *The Gods of Egypt*. New York: Cornell University Press, 2001.
27. Strudwick H. *The Gods of Egypt*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co., 2006, pp. 102-107.

28. Lacovara P, Trope BT. *The Realm of Osiris*. Atlanta, GA: Michael Carlos Museum, 2001.
29. Strudwick H. Osiris, God of the Afterlife. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co., 2006, pp. 116-119.
30. Faulkner R. *The Ancient Egyptian Pyramid Texts*. Oxford: Oxford University Press, 1969.
31. Lesko L.H. *The Ancient Egyptian Book of Two Ways*. Berkeley, CA: University of California Press, 1977.
32. Faulkner R. *The Ancient Egyptian Coffin Texts*. Warminster: Aris and Phillips, 1973 -1978, Vols I a III
33. Munro I. *The Evolution of the Book of the Dead*. En: Taylor J.H. (Ed) *Journey through the Afterlife. Ancient Egyptian Book of the Dead*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, Año?
34. Faulkner R, Goeler O, Andrews C. *The Egyptian Book of the Dead*. El Cairo: American University in Cairo, 1998.
35. Allen TG. *The Book of the Dead, or Going Forth by Day*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1974.
36. Strudwick H. *The Ka, the Ba and the Akh*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 178-179.
37. Aufderheide AC. *The Scientific Study of Mummies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
38. Ikram S. *Death and Burial in Ancient Egypt*. El Cairo: The American University in Cairo Press. 2013.
39. Adams B. *Egyptian Mummies*. Princes Risborough: Shire Publications, 1984.
40. Andrews C. *Egyptian Mummies*. Londres: British Museum, 1984.
41. Brier B. *Egyptian Mummies: Unraveling the Secrets of an Ancient Art*. New York: William Morrow, 1994.
42. Caminos RA. *On ancient Egyptian mummy bandages*. *Orientalia*1992; 6l: 337-53.
43. David AR, Lapp E. (Eds) *Evidence Embalmed*. Manchester University Press, 1984.
44. Edwards IE, Shorter AW. *A Handbook to the Egyptian mummies and coffins exhibited in the British Museum*. Londres: British Museum, 1938.
45. Ikram S, Dodson A. *The Mummy in Ancient Egypt*. Thames & Hudson. Londres, 1998.
46. Taylor JH. *Unwrapping a Mummy*. Londres: British Museum, 1995.
47. Strudwick H. *Embalming the Body*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 180-183.
48. Andrews C. *Amulets of Ancient Egypt*. Londres: British Museum, 1994.
49. Bierbrier M. (Edit) *Portraits and Masks: Burial Customs in Roman Egypt*. Londres: British Museum, 1997.
50. Taylor J. *Egyptian coffins*. Princes Risborough: Shire Publications, 1989.
51. Hayes WC. *Royal Sarcophagi of the XVI Dynasty*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1935.
52. Earon-Krauss M. *The Sarcophagus from the tomb of Tutankhamun*. Oxford: Griffith Institute, 1993.
53. Strudwick H. *Food for the Afterlife*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 186-189.
54. Emery W. B. *A Funerary Repast in an Egyptian Tomb of the Archaic Period*. Leiden: Nederlands Instituut voor her Nabije Oosten, 1962.
55. Strudwick H. *The Opening of the Mouth Ceremony*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 194-197.
56. Strudwick H. *The Funeral cortege*. En: Strudwick H. *The Encyclopedia of Ancient Egypt*. New York: Sterling Publishing Co. 2006: 190-193.
57. Ikram S., Iskander, N. *Catalogue General of Egyptian Antiquities in the Cairo Museum: Non-Human Mummies*. El Cairo: Supreme Council of Antiquities, 2002.
58. Ikram S. *The pet gazelle of one of the ladies of the Pinudjem family*. *KMT: A Modern Journal of Egyptology* 2000; 11(2): 58-61.
59. Marrin GT. *Sacred animal Necropolis at North Saqqara*. Londres: Egypt Exploration Society, 1981

OTRO ILUSTRE DESCONOCIDO DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA.

Roger Escalona Alarcón *

RESUMEN

La Medicina, disciplina eminentemente basada en la deducción, amerita de un proceso intelectual sistematizado y complejo, llegando a niveles superlativos en no pocas ocasiones. Desde hace unos años, nuevas generaciones se impresionan con series médicas televisivas - basadas en obras literarias- cuyos protagonistas apasionan con acrobacias diagnósticas y estrafalarios modos de vida, en que combinan ciencia, arte y debilidades de su personalidad. Podemos nombrar como ejemplos, al padre Brown, Hércules Poirot, anónimo agente de la Continental, Philip Marlowe o al Teniente Columbo. Entre las figuras contemporáneas de fama internacional, el genio amargado, cínico, sociópata y cascarrabias de Gregory House. En una época en que la tecnología orienta los diagnósticos; recursos como la deducción y la inducción aplicadas a la clínica, llaman la atención de novales galenos, olvidando que -hasta hace pocos- procesos mentales erancasi la única herramientadel cual los médicos disponíamos. Grandes figuras han destacado con ese método, llenando la historia nacional y mundial y hasta una sagrada premisa se ha derivado de ella: *"la clínica prevalece"*; ¿Cuántos jóvenes conocen a un protagonista de novelas de finales del siglo XIX, también estrafalario, disoluto, drogadicto, artista y con una capacidad inductiva superior? No era médico, pero se apoyaba en uno. Su nombre, Sherlock Holmes. Su creador, el Dr. Arthur Conan Doyle, médico escocés, que pasó a la historia como creador de todo un género literario. ¿Quién fue el inspirador de esa figura, que alcanzó la cúspide literaria? Esta es solo una pequeña investigación documental, sobre el ilustre desconocido -como muchos en nuestra profesión- el Dr. Joseph Bell.

Palabras Clave: Joseph Bell. Arthur Conan Doyle. Sherlock Holmes. Historia de la Medicina

ABSTRACT

Medicine, a discipline eminently based on deduction, deserves a systematic and complex intellectual process, reaching superlative levels on many occasions. During years, new generations have been impressed by medical television series - based on literary works - whose characters are passionate about diagnostic stunts and quirky ways of life, combining science, art and weaknesses in their personality. We can name as examples, Father Brown, Hercules Poirot, anonymous agent of the Continental, Philip Marlowe or Lieutenant Columbo. Among contemporary figures of international fame, the bitter, cynical, sociopathic and grumpy genius of Gregory House. At a time when technology guides diagnostics; resources such as deduction and induction applied to the clinic, attract the attention of newcomers, forgetting that - until recently - these mental processes were almost the only tool available to phisician. Great figures have highlighted this method, filling national and world history and even a sacred premise has been derived from it: *"the clinic prevails"* How many young people know a fictionary novelist protagonist of the late nineteenth century, also quirky, dissolute, drug addict, artist and with a superior inductive capacity? He was not a doctor, but he relied on one. His name, Sherlock

Holmes. Its creator, Dr. Arthur Conan Doyle, scottish doctor, who went down in history as creator of a whole literary gender genre. Who was the inspirer of that figure, who reached the literary peak? This is only a small documentary research, about the illustrious unknown - like many in our profession - Dr. Joseph Bell. / novice physicians. inspirational character

Key Words: Joseph Bell. Arthur Conan Doyle. Sherlock Holmes. History of Medicine

* Médico Cirujano. Hospital José Gregorio Hernández de Los Magallanes, Caracas. Individuo de Número de la SVHM. Correo rogerescalona@gmail.com. Recibido Nov. 14 - Marzo 5, 2017

Introducción.

Por definición, la deducción es la acción de extraer un juicio a partir de hechos, proposiciones o principios, ya sean generales o particulares. Según la Real Academia de la Lengua, el término deducir comprende sacar una conclusión de algo; o también extraer una verdad particular a partir de un principio general. Por naturaleza, la medicina, al ser una disciplina eminentemente basada en la deducción, amerita de un proceso intelectual sistematizado y complejo, llegando a niveles superlativos en no pocas ocasiones. En este sentido, y desde hace unos años, los médicos que conforman las nuevas generaciones se han impresionado con series televisivas – basadas en obras literarias - cuyos principales actores apasionan con sus acrobacias diagnósticas y sus estrafalarios modos de vida, en los que se combinan la ciencia, el arte y...las debilidades propias de estas personalidades. Entre ellos podemos nombrar, como ejemplo, al padre Brown, Hércules Poirot, el anónimo agente de la Continental, Philip Marlowe o al teniente Colombo. Pero de entre todas estas figuras contemporáneas, la de mayor fama internacional en los albores del tercer milenio es el genio médico, amargado, cínico, sociópata y cascarrabias de Gregory House ⁽¹⁾.



Padre Brown



Hércules Poirot



Philip Marlow



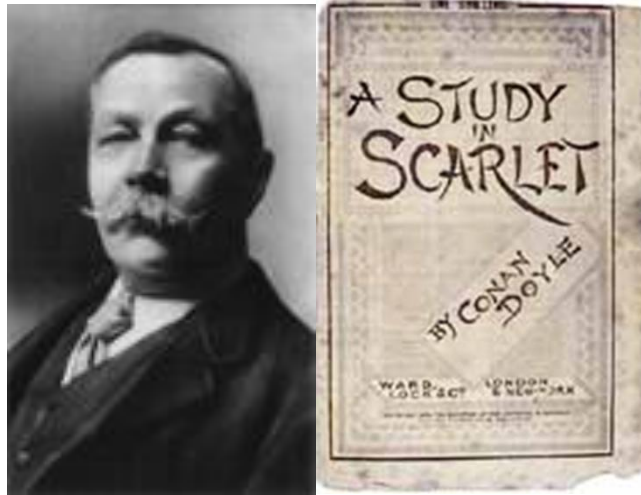
Columbo



Dr. House

Ahora bien, ¿Cuántos de estos jóvenes conocen las aventuras de un protagonista de novelas de finales del siglo XIX, también estrafalario, disoluto, drogadicto, artista y con una capacidad deductiva superior a la del Dr. House? No era médico, pero se apoyaba en uno. Su nombre, Sherlock Holmes. Su creador, el Dr. Arthur Conan Doyle, médico escocés que pasó a la historia como aquel que inició todo un género literario.^(2,3) Nacido en Edimburgo como

Arthur Ignatius Conan Doyle, el 22 de mayo de 1859, además de médico, fue un prolífico autor en distintos ámbitos literarios, tales como la Ciencia-Ficción, la Novela Histórica, el Teatro y la Poesía. Pero también tuvo una llamativa incursión en el espiritismo. ⁽³⁻⁵⁾



Arthur Conan Doyle

Pertenecía a una familia católica irlandesa que había proporcionado varios ilustradores y caricaturistas, entre los que destacaban su abuelo, John Doyle– nacido en Dublin 1797 y fallecido el 02 de enero 1868 en Londres - quien era conocido por el seudónimo HB, gran caricaturista, sobre todo del ambiente político, y que también se desempeñaba como pintor y litógrafo⁽⁶⁾; y su tío, el ilustrador y escritor Richard Doyle.

Su padre, funcionario de obras públicas con gran afición hacia el dibujo, nacido en Inglaterra, había sido destinado a Edimburgo en 1849. Artista y alcoholíco, a lo largo de su vida ameritó ser internado en una institución sanitaria en diversas ocasiones, por sus profundos cuadros depresivos⁽³⁾ Como es de notar, una familia de artistas.



John Doyle



Richard Doyle



Arthur Charles Doyle

Algunas fuentes manifiestan que los hijos de Charles eran nueve; algunas otras mencionan diez, aunque parece que tres murieron pequeños. En 1864 la familia se dispersó, debido al creciente

alcoholismo de Charles, y los niños fueron alojados temporalmente en diversas instituciones de Edimburgo.⁽³⁾

En 1868, Conan Doyle, con el apoyo económico de sus tíos, ingresa en la Escuela Stonyhurst Saint Mary's Hall, de la orden de la Compañía de Jesús, situada en la comarca de Lancashire, que era un centro preparatorio del Stonyhurst College, al que accedería dos años después, en 1870, y hasta 1875. De 1875 a 1876, continuó su educación en Austria, en otra escuela de la Compañía de Jesús, Stella Matutina, en la ciudad de Feldkirch.⁽³⁾

En 1876, comenzó su carrera de medicina en la Universidad de Edimburgo, donde destacó en los deportes, especialmente en rugby, golf y boxeo. A principios de 1880 se embarcó, para ejercer como cirujano - en sustitución de un amigo suyo - en un ballenero denominado *The Hope*, que durante seis meses, navegaría hacia el Ártico. A los 22 años, en 1881, se graduó como médico y recibió el doctorado cuatro años después, en 1885, con un trabajo sobre Tabes dorsal. Fue en estos años cuando hizo una gran amistad con escritores escoceses que alcanzarían renombre, como J. M. Barrie y Robert Louis Stevenson.⁽³⁾



Conan Doyle en su época universitaria

En esta época de En 1876, comenzó su carrera de medicina en la Universidad de Edimburgo, donde destacó en los deportes, especialmente en rugby, golf y boxeo. En 1881, después de terminar su etapa universitaria, volvió a embarcarse como médico naval del buque *SS Mayumba* en su viaje a las costas de África Occidental, y los mares árticos.⁽³⁾ Más tarde, ejerció como médico general en Portsmouth, donde se estableció por su cuenta en junio de 1882, ya con 23 años, con poco éxito inicial, por lo que, mientras no tenía pacientes, comenzó de nuevo a escribir historias como “El Misterio de Cloomber”, no publicada hasta 1888, la inacabada Narrativa de John Smith, El Capitán del Estrella Polar y La Declaración de J Habakuk Jephson, estas últimas inspiradas en las expediciones marinas realizadas por Doyle⁽³⁾

Es su autobiografía -*Memories and adventures*, 1924- Doyle narra que su amigo, Malcom Morris, médico dermatólogo, lo convenció de estar perdiendo el tiempo como médico general de provincia, y que debería ir a Viena para especializarse en oftalmología para, posteriormente, mudarse a Londres, donde, como especialista, podría llevar una vida desahogada y con tiempo libre suficiente para dedicarlo a sus afanes literarios. Siguió al pie de la letra los consejos de Morris: estudió oftalmología en Viena y abrió consultorio en Londres, para cerrarlo poco después, pues participó en la Campaña de Suráfrica. Luego, sus éxitos literarios le permitieron vivir holgadamente de la escritura.^(3,5,6)

En su biografía mencionaba que ningún paciente entró en su clínica, lo que le dio más tiempo para escribir, muy en especial aventuras del personaje que lo haría inmortal, Sherlock Holmes, pero que jamás apreció. Mientras aún ejercía, empezó su periplo por el género detectivesco al escribir novelas policíacas. Para 1887, publicó su primer libro exitoso *Un estudio en escarlata*, lo que le indujo a abandonar por completo la actividad médica para entregarse a la literaria.⁽²⁾ Contrajo matrimonio con Louise Hawkins, más conocida como *Touie*,

en 1885, con quien tuvo dos hijos: Mary Louise (1889-1906) y Alleyne Kingsley (1892-1918). Louise murió de tuberculosis el 4 de julio de 1906, tras la estancia de la familia en Suiza como parte del tratamiento. Un año más tarde, después de 20 años de amor platónico, contrae nupcias con una mujer llamada Jean Leckie, con quien tuvo tres hijos más: Jean Lena Annette, Denis Percy Stewart (1909-1955) y Adrian Malcolm. Jean moriría años después que él, el 27 de junio de 1940⁽³⁾

Ahondando un poco sobre la relación de amor/odio entre Doyle y su célebre personaje, en 1891 le escribió a su madre diciéndole que quería "matar a Sherlock Holmes, ya que estaba gastando su mente", a lo que su madre respondió: "la gente no lo va a tomar de buena manera". Finalmente, cumpliría su deseo en la historia titulada "El problema final". Sucedió, sin embargo, que el público británico se tomó muy mal la muerte del detective, tanto, que inundó a Doyle con cartas que iban de las súplicas a las amenazas pasando por los insultos y en las que se pedía que resucitara a Holmes⁽³⁾Tras diez años de resistirse, Doyle cedió y en la historia titulada "La Casa Vacía" hacía reaparecer a Holmes, aunque antes ya había publicado, con enorme éxito, su famosa novela "Los Sabuesos de Baskerville", también protagonizada por Holmes, pero en la que se había cuidado de fecharla antes de la supuesta "muerte" del detective.⁽³⁾

En 1900 escribió su libro más largo, "*La guerra de los Bóers*". Ese mismo año se presentó como candidato para la Unión Liberal; a pesar de que era muy respetado, no fue elegido. Tras "la Guerra de los Bóers" escribió un artículo, "*La guerra en el sur de África: causas y desarrollo*", justificando la participación del Reino Unido, el que fue ampliamente traducido. En su opinión, fue ésto lo que provocó que le nombraran caballero de la Orden del Imperio Británico en 1902, otorgándole el tratamiento de Sir⁽³⁾.

Al estallar la Primera Guerra Mundial, en 1914, con 55 años, intenta alistarse como simple soldado raso, aduciendo su fuerza y el poseer una voz audible. Lo rechazan, pero ayuda con la propaganda y con el apoyo de voluntarios civiles desde el Reino Unido. La muerte de uno de sus hijos, Kingsley, por una neumonía que contrajo en la guerra, le hace estrechar su vínculo con los círculos del Espiritismo, doctrina fundada por Allan Kardec, seudónimo utilizado por el pedagogo y escritor Hippolyte Léon Denizard Rivail, a la que dedicó mucho tiempo y energías, publicando además, en 1926, "*La Historia del Espiritismo*". Fue su acérrimo defensor en sus numerosas polémicas, en las que incluyó a su propio amigo, Harry Houdini.^(3,4)



Doyle con Harry Houdini

Murió el 7 de julio de 1930, a los 71 años, de un ataque al corazón, en Crowborough, East Sussex (Inglaterra). Una estatua suya se encuentra en esa localidad donde residió durante 23 años. Fue enterrado en el cementerio de la iglesia de Minstead en New Forest, Hampshire^(3,4) Dejemos hasta aquí esta muy breve biografía sobre Conan Doyle, pues no es objetivo de este trabajo. Como mencioné al inicio, el tema a tratar es la inducción en la medicina, la que fue brillantemente expuesta y explicada por este autor a lo largo de su obra. Pero... ¿Quién sirvió de modelo para este héroe literario creado por Doyle? ¿Existió un humano con esa percepción? Pues sí. Alguien que surge de las nieblas del tiempo en que Doyle estudiaba medicina, en su Escocia juvenil. Un profesor de nombre Joseph Bell.



Doyle se lo encontró en 1876, en la Universidad de Edimburgo, donde era profesor y relator. Nacido en 1837, nació en el seno de una familia con precedentes en el campo de la medicina, entre los que destacaba Sir Charles Bell, quien describiría y se convertiría en el epónimo de la parálisis facial. Sus inquietudes científicas venían de otros familiares, pues era bisnieto del Dr. Benjamin Bell, considerado el primer cirujano científico escocés, y reconocido como el padre de la Escuela Quirúrgica de Edimburgo^(6,7) Ambos personajes, bisabuelo y bisnieto, aplicaron la acuciosa observación de los detalles y los relacionaron con los hechos al hacer los diagnósticos.

Joseph fue un reconocido cirujano, investigador y escritor científico, que aplicó esa habilidad a la medicina forense como una importante contribución, hechos que despertaron una combinación de sorpresa y admiración en la comunidad estudiantil, sobre todo en cierto joven de nombre Conan Doyle, quien, 10 años después, usaría como modelo a su excéntrico profesor, para su creación máxima, lo que le deparó su discreta fama. Tan semejantes fueron el modelo y el personaje, que más de un escritor, como Stevenson y Kipling, reconocieron al Dr. Bell al leer el primer libro de Doyle, tanto por su descripción física como por su vestimenta. Incluso, ambos personajes eran deportistas y desarrollaban la observación de las aves, como hobbies⁽⁷⁾



Dr. Joseph Bell

Caracterización de Sherlock Holmes

Tal fue su reputación científica, que el Dr. Bell fue investigador de uno de los más famosos asesinos en serie: Jack El destripador. Luego de siete días de estudiar el archivo policial de este caso, escribió sus conclusiones y hasta dió un sospechoso^(6,7) En el área forense y de la investigación criminal, su influencia fue de tal magnitud, que el Centro de Estadísticas Forenses y Razonamiento Jurídicos (Centre for Forensic Statistics and Legal Reasoning) de Edimburgo, lleva su nombre y difunde sus ideas. El objetivo de esta institución es la correcta evaluación, presentación e interpretación de las pruebas – sobre todo las forenses – como un aspecto crítico de la investigación y persecución de delitos, especialmente aquellos contra las personas, como el asesinato, el asalto grave o aquellos con implicaciones sexuales^(7,8). Para ello, echo mano de las autopsias como parte importante de la investigación criminal, mereciendo ser conocido como el pionero en este terreno⁽⁸⁾ Su incursión en el mundo de investigación criminal fue gracias a su amigo Henry Duncan Littlejohn, cirujano también, quien era consejero de la Real Corona escocesa, y quien solicitó su ayuda para aclarar la causa de muerte de un caso de una mujer que había sido apuñalada y cuya muerte había ocurrida dos semanas después de la agresión.⁽⁹⁾ Podría llamar la atención esta solicitud, a la vista de progresos actuales, pero debemos tomar en cuenta que a finales de 1800 la industrialización había tomado a Europa, y con ello, había aumentado la criminalidad en las grandes ciudades de forma tal, que rebasaba las competencias de la policía, por lo que era difícil comprobar si la causa de una muerte era por homicidio, suicidio o accidente.



El caso estimuló a Doyle y realizó la primera autopsia forense, diagnosticando que la causa de muerte se debió a una sepsis de punto de partida de una infección de las heridas por arma blanca. Era su sueño realizado, aplicar la ciencia a la investigación criminal⁽⁸⁾ Tal era la dedicación del Dr. Bell a la ciencia forense, que entre 1874 y 1878, se dedicó a entrenarse en química, toxicología, patología y análisis grafológico, pasos para abrir las puertas al inicio de la Investigación de la Escena del Crimen (CSI), dedicándose a esta actividad hasta los 74 años, en 1911, fecha de su deceso⁽⁹⁾

Bell fue un hombre de gran energía, deportista y aficionado a las aves y a la poesía, que estudió, con precisión, los detalles de las personas que lo consultaban, como el modo de caminar, el acento, las manos y la indumentaria, y con esta información podía llegar a conclusiones determinar. Así, solía animar a sus alumnos a reconocer a sus pacientes como un zapatero zurdo o como un sargento jubilado que había servido en Barbados mediante la observación precisa del individuo y la deducción lógica. A menudo asombraba tanto al propio paciente como a sus alumnos, haciendo afirmaciones de esta índole, incluso antes que el paciente dijera nada. Bell, quien gustaba de mantenerse al margen del reconocimiento y la fama, llegó a considerar que la fama que Conan Doyle le había otorgado, había sido una maldición. Tan era así, que dejó que su amigo, Sir. Duncan Littlejohn, cargara con los laureles de los éxitos obtenidos en las exitosas investigaciones criminales realizadas⁽⁹⁾ Para la historia, es otro ilustre desconocido.

Referencias

- 1) Navarro F: Seis médicos en torno a Sherlock Holmes: Gregory House holmesiano internista televisivo Diciembre 2015 Disponible en:
<http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2009/10/01/gregory-house-holmesiano-internista>
- 2) Navarro, F: Seis médicos en torno a Sherlock Holmes (I): Arthur Conan Doyle, oftalmólogo Diciembre 2015 Disponible en:
<http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/tag/sherlock-holmes/>
- 3) Arthur Conan Doyle. Revisado Diciembre 2015. Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/Arthur_Conan_Doyle
- 4) Conan Doyle Dead from Heart Attack Obituario del New York Times July 8, 1930 Revisado Diciembre 2015. Disponible en:
<http://www.nytimes.com/learning/general/onthisday/bday/0522.html>)
- 5) Navarro, F: Seis médicos en torno a Sherlock Holmes (V): Sir Malcolm Morris, dermatólogo Diciembre 2015 Disponible en:
<http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/tag/sherlock-holmes/>)

- 6) Macintyre MC. Scientific surgeon of the Enlightenment or 'plagiarist in everything': A reappraisal of Benjamin Bell (1749–1806) JR Coll Physicians Edinbourg.2011 Jun; 41(2):174-81. doi: 10.4997/JRCPE.2011.211
- 7) Dr. Joseph Bell. The real Sherlock Holmes. Sherlock Holmes was modelled after Joseph Bell. Rev. octubre 2016. Disponible en: <http://www.sherlockian-sherlock.com/dr-joseph-bell-the-real-sherlock-holmes.php>.
- 8) Centre for Forensic Statistics and Legal Reasoning. Revisado Diciembre 2015. Disponible en:<http://www.aiai.ed.ac.uk/project/cfslr/>
- 9) Norton B. Dr. Joseph Bell: the true story of Sherlock Holmes, history crime Inglaterra. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=YIfghkHsj4o> Biography document.

ÉTICA Y BIOÉTICA EN EDUCACIÓN MÉDICA

Dra. María Elena González-Inciarte

RESUMEN

La Ética viene del griego *ethos*, "conjunto de valores y hábitos admitidos por la tradición cultural de un pueblo". La Bioética se origina en la ética médica. En los '90s, la Bioética se introdujo en todo el continente. En Latinoamérica da sus nacientes pasos en la década de los '80 (Argentina, Colombia, Chile, México, Brasil y Venezuela). La educación médica ha hecho énfasis en los aspectos biológico-técnicos de la medicina a expensas de lo psicosocial, provocando un retroceso en las cualidades humanistas. Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones, diferenciándolas de los oficios, es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos; es característico que sus miembros busquen la virtud. No hay calidad posible sin búsqueda de la excelencia y la promoción de la excelencia es el objetivo propio de la Ética.

Palabras claves: Historia. Bioética. Ética. Educación médica.

ABSTRACT.

Ethics comes from the Greek *ethos*, "a set of values and habits admitted by the cultural tradition of a people". Bioethics originates in medical ethics. In the '90s, Bioethics was introduced throughout the continent. In Latin America, it has its nascent steps in the 80's (Argentina, Colombia, Chile, Mexico, Brazil and Venezuela). Medical education has emphasized the biological-technical aspects of medicine at the expense of the psychosocial, causing a setback in humanistic qualities. One of the elements that have historically defined the professions, differentiating them from the trades, is that their responsibilities have been defined more in moral than legal terms; it is characteristic that its members seek virtue. There is no quality possible without the pursuit of excellence and the promotion of excellence is the proper goal of Ethics.

Key words: History. Bioethical. Ethics. Medical education.

Como introducción a este artículo, quisiera exponer la razón por la cual lo he hecho. Durante la selección del tema para el trabajo de ascenso para Profesora Asociada, pensé que era interesante indagar sobre el conocimiento que tenemos sobre la Ética y la Bioética en nuestro ejercicio como pediatras e intensivistas, eso me llevó a leer sobre la historia y evolución de ambas en relación a la Carrera Médica, lo cual fue bastante interesante, y muchos lo desconocemos, es por ello que comparto el mismo con los lectores y amantes de la Historia de la Medicina. La Ética viene del griego *ethos* que significa costumbres, esto es, el conjunto de valores y hábitos admitidos por la tradición cultural de un pueblo o grupo humano (1). La expresión *bioética* tiene una raíz griega: *bios* (vida) y *éthos* (ética). La acuñación de este término denota su campo de estudio: *la reflexión ética sobre la vida humana*. La definición clásica de bioética se encuentra en la *Encyclopaedia of Bioethics*: estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales" (propuesto por Reich en 1978). La Bioética es una disciplina que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, y de las relaciones del hombre con el resto de los seres vivos (2)

* Médico Pediatra. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Correo: nenagoin@gmail.com Julio 2016, Reenvío mayo 1, 2017

Su origen se remonta al de la ética médica. Los testimonios más antiguos están en Mesopotamia y Egipto, donde se regulan el desarrollo de la primitiva práctica médica. Se tiene el *Código de Hammurabi* (1753 a.C.), que dice “si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha curado a ese señor o (si) ha abierto la cuenca del ojo del señor con la lanza de bronce y ha curado el ojo de ese señor, recibirá diez siclos de plata”. Ahora bien, si le mata o le destruye el ojo, al médico se le amputará la mano. Si es practicada en un hijo de un subalterno, recibirá cinco siclos de plata. Si es un esclavo, su propietario dará al médico dos siclos de plata. Pero si le mata, entregará esclavo por esclavo. La contribución esencial es la del griego *Hipócrates* (460-370 a.C.), al que se le atribuye el *Juramento Hipocrático* (3).

Guillem D cita a José Ramón Amor Pan, quien expresó que el Juramento Hipocrático es “el documento fundamental de la ética médica occidental y el texto canónico del paternalismo médico”. El *Paternalismo* puede entenderse como “el hábito de tratar y gobernar a los demás como el padre trata y gobierna a sus hijos menores de edad”, y citando a Diego Gracia, quien dice que, tradicionalmente, el médico se ha visto a sí mismo como un pequeño patriarca que ejerce su dominio sobre sus pacientes y exigía de éstos, obediencia y sumisión. En el *Antiguo Testamento* (200 a.C.) se puede leer: “hijo, en la enfermedad no te impacientes; pero ruega a Dios, que Él te curará. Aléjate de la falta y la parcialidad, y de todo pecado limpia el corazón. Ofrece el incienso y la oblación con el memorial, y haz sacrificios tan pingües como lo permite tu fortuna. Mas da también lugar al médico y no se aparte de ti, pues también él te es necesario”. En el *Juramento de Asaph* (siglo VI d.C.) se aconseja a los médicos: “tened cuidado de no matar a ningún hombre con la savia de una raíz; no daréis poción a mujer embarazada por adulterio para hacerla abortar (...); y no revelareis secretos que os hayan sido confiados; (...) y no endureceréis vuestros corazones en contra de los pobres y los necesitados, sino que los sanaréis; y no llamaréis al bien mal ni al mal bien (...)”. La Plegaria del Médico (1167 y 1190) fue escrita por Maimónides, la cual describe en algunos de sus fragmentos: Dios todo poderoso (...) no permitas que la sed de ganancias o que la ambición de gloria y admiración, hayan de interferir en la práctica de mi profesión, pues éstas son los enemigos de la verdad y del amor a la humanidad, y pueden descarriar el noble deber de atender al bienestar a tus criaturas (...) que esté siempre dispuesto con ánimo de ayudar y a sostener al rico y al pobre, al bueno y al malo, al enemigo como al amigo. Haz que en el que sufre, yo no vea más que al hombre (...)” (4).

La Escolástica desarrolla la Teología Moral, tratando los temas sobre la Ley Natural, la conservación de la vida, las acciones de doble efecto, el voluntario indirecto, y los aspectos del quinto mandamiento. Es a partir del siglo XVII, cuando aparecen algunos libros que relacionan la medicina y la moral, tal como *Las Cuestiones Médico-Legales*, del romano Zacchia (1584-1659). A finales del siglo XVIII, se afianza el pensamiento cristiano, una elaboración laica de los deberes del médico, que recibe más tarde la denominación de Deontología Médica. En el siglo XIX, se sistematiza la reflexión teológica moral con los manuales de Teología Moral y el desarrollo de los libros de Medicina Pastoral y de Ética Médica (3).

La investigación biomédica en Alemania entre 1900 y 1930 era considerada como la más avanzada del momento, no sólo en relación con los avances en distintos campos, sino también en relación con las normas y reglamentos éticos y legales de protección de los sujetos de investigación. De hecho, el Gobierno del Reich Prusiano promulgó, en 1900, una serie de normas éticas relativas a la experimentación en humanos con nuevas herramientas, denominado *Código Ético de Berlín* (Normas Prusianas). Años después, el Ministerio del Interior del Reich dictó unas “Directrices para nuevas terapias y experimentación en humanos” (1931) que recogían la doctrina legal del consentimiento informado, prohibiéndose la experimentación con moribundos y con necesitados económicos o sociales, respetar la proporcionalidad

riesgo/beneficio y la necesidad de la experimentación previa en animales. La llegada al poder del Partido Nacional Socialista de Adolf Hitler, en 1933, produjo una ruptura con este tipo de disposiciones, invirtiendo completamente los principios básicos del respeto a los sujetos participantes en investigaciones médicas. Puso en marcha una política racista en defensa de una “*raza superior*” en la que se vieron implicados un gran número de profesionales sanitarios (5,6).

En el año 2007 se descubrió que el vocablo “bioética” no es una creación de Van Renssealer Potter, sino un invento del teólogo protestante Fritz Jahr (*de Halle an der Saale*), quien dio tal título a un artículo del año 1927 titulado: “Bio-Ethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants”, publicado en la revista *Kosmos. Handweiser für Naturfreund* (7). Ha sido llamado con razón el “Padre de la Bioética”, y quien desarrolló luego, en publicaciones de menor circulación, su visión de un Imperativo Bioético universal. Resulta llamativo que una revista prestigiosa y reconocida, sólo comparable con la reputación de las actuales “Nature” y “Science”, aceptara un artículo de un ignoto pastor protestante, que nunca había publicado antes, por el solo mérito de haber introducido un concepto innovador que reemplazaba al formal Imperativo Categórico de Kant (8).

En 1946, en la ciudad de Londres, se constituye la *Asociación Médica Mundial* (AMM). Terminada la II Guerra Mundial, los excesos del periodo nazi motivaron la redacción del *Código de Nüremberg* (Normas éticas acerca de la experimentación en seres humanos, 1947) en el que se intentaba conciliar la investigación médica y la ética. Fue producto del “*Juicio de los Médicos*” o el “*Caso Médico*”; tuvo su pronunciamiento el 19 de agosto de 1947, con la imposición de la pena de muerte por horca a siete médicos. Sus autores fueron los médicos Leo Alexander y Andrew Ivy. En el código se insistía en el consentimiento informado y voluntario de las personas sometidas al experimento (sin ningún tipo de coerción), la necesidad de evitar todo sufrimiento físico y mental innecesario, y la evidencia de que el experimento sea necesario y que conllevará un beneficio para toda la humanidad. Los experimentos éticamente reprobables no han sido una exclusiva de la Alemania nazi. Lamentablemente en otros países se siguieron produciendo, a pesar de las normativas internacionales, lo que pone de manifiesto las tensiones entre la necesidad de la “evidencia” y los procedimientos usados para obtenerla (5,7).

A la vista de todos los experimentos, la Iglesia Católica, decidió pronunciarse y definir su visión moral en lo que se refiere a investigación médica. En 1952, en un discurso a los asistentes al I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso, el Papa Pío XII definió 3 criterios al respecto: 1. El investigador no puede abdicar a su responsabilidad ética, 2. Los intereses de la ciencia y de la sociedad, del investigador y del propio sujeto no tienen valor absoluto, sino que han de someterse a normas morales superiores, 3. La ética debe constituir un límite a la ciencia para encauzarla y humanizarla (5). La AMM, en su 8va asamblea general, adoptó la “*Resolución sobre Experimentación Humana: Principios para Aquellos en Experimentación e Investigación*” (4).

En 1957, el papa Pío XII participa en un congreso mundial de anestesiología, en respuesta a las inquietudes de un grupo de profesionales acerca de cuestiones relativas a las técnicas de resucitación y la respiración artificial. Puntualmente, los médicos preguntaron a la máxima autoridad de la Iglesia Católica si los médicos tenían el derecho o la obligación de utilizar la tecnología de respiración artificial en todos los casos, incluidos aquellos sin esperanza de recuperación, si tenían el derecho o la obligación de retirar el respirador en estos casos, aun cuando esto resultara en la muerte inmediata del paciente. Asimismo se le consultaba acerca de cuándo considerar que la persona estaba muerta en los casos en que la función cardiorrespiratoria (criterio que determinaba el diagnóstico de la muerte hasta que fue adaptándose el criterio de muerte cerebral en las décadas siguientes) era sostenida por medio del

respirador. Pío XII eludió pronunciarse sobre esta última cuestión (no era competencia de la Iglesia definir cuáles debían ser los criterios para determinar el momento de la muerte, dado que no podía deducirse de ningún principio religioso), y se abocó a delinear principios éticos que los profesionales deberían atender al momento de sostener o discontinuar la respiración artificial de pacientes que fallecerían sin este recurso. En su intervención, Pío XII retomaría la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, de larga tradición entre los teólogos y moralistas católicos, con las que se reflexionaba acerca del alcance de la obligación moral de preservar la propia vida. Así mismo, dijo en esa ocasión: “si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal alguno directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas (...) y, si por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita”. Este es un documento al que no se le ha otorgado la relevancia y trascendencia que realmente tiene. Evidentemente condena la eutanasia y subraya la dignidad de la vida humana, pero precisamente por ello, rechaza lo que posteriormente se llamará “encarnizamiento terapéutico” y, de alguna manera, anticipa lo que hoy se hace en los llamados cuidados paliativos. Por otro lado, introdujo, oficialmente, “el principio del doble efecto”. El Papa Pío XII fue el gran precursor del Concilio Vaticano II, que se inició bajo la inspiración iluminada de Juan XXIII, y se desarrolló y concluyó bajo la guía firme y orientadora de Pablo VI, continuada y renovada bajo el pontificado de Juan Pablo II (9,10).

Este mismo año, en la sentencia del Tribunal Supremo de Justicia de California, sobre el caso *Salgo vs Leland Stanford Jr*, aparece por primera vez el *Consentimiento Informado* (4,5). La AMM, en 1960, publica en su revista una amplia sección sobre experimentación humana; y en 1961, el Comité de Ética, produce un borrador de un *Código de Ética sobre Experimentación Humana*, que se publica el año siguiente en el *British Medical Journal* (11).

En 1962, Van Rensselaer Potter II, oncólogo, en una conferencia titulada “*Un puente hacia el futuro, el concepto de progreso humano*”, pone en marcha el desarrollo de la Bioética. El 3 de noviembre del mismo año, la revista “*Life*”, publica un artículo titulado “*They decide who lives, who dies*”, por Shana Alexander, donde contaba la historia de un Comité, establecido en Seattle, cuya misión fue seleccionar pacientes a quienes se pudiera ofrecer la hemodiálisis, ya que muchas personas requerían el tratamiento y no todas podían ser atendidas. La solución fue recomendar la selección a un grupo de personas, no médicos, sin entrenamiento en ética, quienes juzgarían sobre la base de antecedentes distintos de los clínicos. El comité hizo lo que pudo, en su discernimiento, pero no llegó a jerarquizar prioridades (4,12).

El *Código de Nüremberg* no tuvo aceptación general sobre los aspectos éticos de la investigación humana, por lo que después de varias reuniones, la AMM, en la 8va asamblea realizada en Helsinki (1964), adopta la versión final de su código de ética de 1962, la *Declaración de Helsinki*. Éste paso a ser la norma internacional sobre ética de la investigación biomédica recogiendo el espíritu del *Código de Nüremberg* y perfeccionándolo. Además de actualizar el código, fue el resultado de la catástrofe generada por la pobre, rápida y poca contralada investigación del medicamento *Talidomida* antes de ser comercializado (4, 5, 11,13).

En 1966, Henry Boecher, profesor de anestesia en la Universidad de Harvard, publicó en la revista *New England Journal of Medicine* un artículo titulado “*Ethics and Clinical Research*”, donde declara no éticos 12 de 100 artículos publicados. Joseph Fletcher, un teólogo protestante, publicó el libro titulado “*Situation Ethics: The New Morality*”, hizo un análisis ético de carácter civil sin reflexión teológica, y viene a decir que una acción así sea hecha con verdadero amor, debe ser juzgada según si contribuye o no al mayor bien para la mayor cantidad de gente (4).

Para el año 1967, Christiaan Barnard realiza el primer *trasplante de corazón*, en el Hospital Groote Schuur, en Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Edward Darvall, dio su consentimiento no solo para el trasplante del corazón de su hija (Denise), sino también para el trasplante de los riñones con la finalidad de que fueran aprovechados por otro paciente. Es el primer ejemplo conocido de una extracción doble de órganos independientes. Este hecho no solo fue importante en la historia de la medicina, sino de la bioética, ya que el trasplante de corazón, además de las connotaciones sentimentales que tiene, exige la muerte del donante, lo cual provoca una serie de cuestiones, desde conocer la intención del muerto de donar un órgano hasta saber el estatus jurídico del “*cadáver viviente*”, que hay que mantener en buen estado hasta concretar la operación (4,14).

En 1968, el comité de la Facultad de Medicina de Harvard, dirigidos por el Dr. Boecher, y constituido por 10 médicos, un abogado, un teólogo y un historiador, formula el primer criterio para la determinación de la muerte basado en un total y permanente daño cerebral, acuñándose el concepto de “*muerte cerebral*”. Este mismo año se publican en la revista JAMA, donde aducían como causas centrales de la propuesta la carga o el peso que los pacientes con coma irreversible significan para el propio paciente y/o para otros (familia, hospitales, falta de camas para pacientes recuperables), y la controversia existente por no saber claramente cuándo era razonable la ablación de órganos para trasplantes; añadieron 2 comentarios: 1. La preocupación por la inexistencia de una norma legal que, para protección de los médicos, declara a la persona muerta antes de la retirada del respirador, y 2. La explícita mención, apoyada en la única cita bibliográfica del trabajo, de la Iglesia Católica, a través del Papa Pío XII, en 1958, con respecto a la prolongación de la vida (4,11,15,16).

Para el año 1970, Potter publica el artículo titulado “*Bioethics, Science of Survival*”, en la revista “*Perspectives in Biology and Medicine*”, donde emplea por primera vez el término Bioética, aunque no fue su creador, y fue considerado el “*Padre de la Bioética*” hasta la aparición del texto de Jahr. Paul Ramsey publica el libro “*The Patient as Person*”, en el que impulsó los derechos de los pacientes. En el año de 1971, Potter escribe el libro “*Bioethics, Bridge to the Future*”, aquí desarrolló su idea original, hay que preservar a la humanidad de su propia destrucción (4,7,8). En junio de este año, el filósofo D Callahan (17) y el psiquiatra W. Gaylin (18) fundan el Institute of Society. En 1972, Fletcher publica el libro “*Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man*”, en el Hastings Center Report 2. Se decide en un tribunal que la decisión de una intervención médica o quirúrgica, es un asunto más del enfermo que del médico (caso Canterbury vs Spence, Consentimiento Informado) (4).

Para el año 1973, la Asociación Americana de Hospitales promulgó la primera *Carta de los Derechos del Paciente*, donde se recoge de forma explícita el *principio de autonomía*, el derecho del enfermo a saber acerca de su enfermedad y a decidir respecto a los posibles tratamientos; influyó en los textos legales posteriores sobre los derechos de los pacientes dentro y fuera de Estados Unidos (4,5).

En 1974, Fletcher publica el libro “*Four Indications of Humanhood*”, en el Hastings Center Report 4, sobre los criterios que indican cuándo se tienen vida humana y cuándo no. El 12 de julio de este año, el Presidente de USA firmó un proyecto de ley llamado “*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*”, conocido por “*National Research Act*”, que surge debido a los casos denunciados en *Tuskegee*, condado de Macon (Alabama), y el de la *Escuela Estatal de Willowbrook* (Staten Island, Nueva York) (4,19,20).

En la 29ª Asamblea de la AMM, en Tokio (1975), la Declaración de Helsinki es revisada, sustituyendo a la de Nüremberg y la anterior (5). En invierno de 1975, la revista “*Baylor Law Review*” publicó un artículo escrito por la pediatra *Karen Teel*, donde proponía un

Comité de Ética integrado por médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos, como instrumento de dialogo para la evaluación de diferentes opciones terapéuticas para un determinado paciente. El mismo fue citado por el juez Richard Hughes el 31 de marzo de 1976, en su sentencia ante el caso de *Karen Ann Quinlan*, y propuso la creación de comités en los hospitales para manejar casos similares (3,4,21).

El Dr. David Roy funda el mismo año el “*Centre de Bioéthique*” en el Institut de Recherches Cliniques de Montreal, Canadá, y publica el libro “*Les Cahiers de Bioéthique*”. El Dr. Howard Brody publica “*Ethical Decisions in Medicine*”, donde propuso un procedimiento de toma de decisiones en ética clínica, inspirado en la teoría de la decisión racional (3,4).

En 1978, tras el escándalo de los experimentos de Tuskegee y basados en el trabajo de la Comisión creada por la “National Research Act”, la Comisión publicó el documento Principios Éticos y Pautas para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación, el cual fue llamado “*Informe Belmont*”, por el Centro de Conferencias de Belmont. Este explica y unifica los principios éticos básicos: respeto, beneficencia y justicia; actualmente continúa siendo una referencia esencial para los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos. Tom L. Beauchamps y James F. Childress fueron miembros de la comisión que elaboró el Informe Belmont, ambos publicaron el libro “*Principios de la Ética Biomédica*” (establecen 4 principios: no-maleficencia, beneficencia, autonomía, justicia), el cual ha sido una guía para enfocar los problemas bioéticos durante años; y fueron los iniciadores de la *Bioética Principalista* (4,5,22).

Este mismo año, 1978, se publica la “*Encyclopedia of Bioethics*”, dirigida por W.T. Reich, en la misma se define la Bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”. Este año ocurre el nacimiento del primer *Bebé Probeta* (Louise Joy Brown) en Stockport, Manchester, Gran Bretaña. A partir de aquí entra en juego la problemática de la reproducción asistida. Dado que el camino de la Bioética se estaba separando del enfoque que le había dado Potter (padre de la Bioética), George Kieffer, escribió y publicó el libro “*Bioethics, a Textbook of Issues*”, cuyo objetivo era la revalorización del aporte de Potter, adoptando el término en concordancia con la visión potteriana (4,5).

Una Comisión que fue creada por el Presidente Jimmy Carter en 1980 y que se denominó “Comisión para el estudio de los problemas éticos en Medicina e Investigación”, desarrolló el Informe “*Deciding to forego Life-Sustaining*”. El 5 de mayo de 1980, la *Congregación para la Doctrina de Fé* criticó severa y acertadamente la *Eutanasia* como derecho del ser humano y se apoyó en: 1. Subraya el valor cristiano del dolor, pero sin imponer como norma general un comportamiento heroico determinado; 2. Condena el encarnizamiento terapéutico; 3. Acepta el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana; 4. Supera la terminología de medios ordinarios y extraordinarios, y utiliza la de medios proporcionados y desproporcionados. Esto significa no centrarse en las características de las terapias médicas usadas, sino tener también muy en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean al propio enfermo y su proceso de muerte; significa, en suma, que para una correcta valoración moral hay que saber conjugar el principalismo con el consecuencialismo; 5. El no recurrir a una terapia desproporcionada o arriesgada no equivale al suicidio (4).

En 1982, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), colaborando con la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó el documento Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Su objetivo principal fue establecer guías para la aplicación en países en desarrollo de los principios establecidos en el Código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki (5,9).

En el mismo año, 1982, nació en Bloomington (Indiana) un niño con el Síndrome de Down (*Baby Doe 1*), agravado por una atresia de esófago, situación no irresoluble, sin embargo, los padres deciden que no sea intervenido, lo cual equivalía a dejarle morir. El hospital denunció a los padres, pero el Tribunal reconoció el derecho de los padres, y el niño muere por deshidratación y hambre (10,17,19).

En 1983, nace una niña con una espina bífida y mielomeningocele (*Baby Doe 2*), y los padres piden no operarla inmediatamente, y un abogado lo denuncia para forzar la intervención del mielomeningocele; los jueces fallan de nuevo a favor de los padres, sin embargo, aceptan colocarle una válvula para reducir la hidrocefalia; a los 6 meses, la niña es dada de alta. Ante la polémica desatada por ambos casos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos saca a la luz una regulación llamada "*Baby Doe Protection Law*", en donde se afirma, entre otras cosas, que es inadmisibles negar alimentos o tratamiento médico a un niño deficiente por razón de su deficiencia. Por otro lado, no impuso la creación de Comités de Ética en Neonatología, pero condicionó a su existencia el recibimiento de subvenciones federales por parte del Gobierno (10,20,22).

En ese mismo año, 1983, se publica el Informe "*Deciding to forego Life-Sustaining*", que recomienda la creación de Comités en los Hospitales para tomar decisiones éticas en caso de pacientes incapaces, inconscientes o recién nacidos gravemente enfermos (10,22,23).

La Declaración de Helsinki es revisada y enmendada en Venecia en 1983. En 1984, Mary Warnock presidió la "Comisión de Investigación sobre Fecundación y Embriología Humana" en cuyo Informe se basó la ley británica sobre reproducción asistida (*Informe Warnock*). En Bioética se conoce como responsable del término jurídico (no biológico ni médico) de "pre-embrión", que ha servido a los legisladores de varios países para permitir la reproducción asistida por el método de fecundación in vitro y transferencia de embriones, que conlleva la creación, manipulación y destrucción de embriones humanos, hasta el día 14 de la fecundación (5,13,23).

En la *Carta Apostólica Salvaci Doloris (Salvifici) de Juan Pablo II*, donde reflexiona sobre el sentido del sufrimiento humano. No se trata de que el hombre tenga necesariamente que sufrir ni de adoptar actitudes heroicas, sino de reconocer que sufre, buscando un sentido a ese sufrimiento para ayudar a responder ante él, afirmando también que la Iglesia está con los que sufren (4,5,13).

Desde 1985, el Dr. Roy dirige la revista "Journal of Palliative Care". En febrero de ese año, Mary Beth Whitehead firmó un contrato de maternidad subrogada (*Ventre en Alquiler*), aceptando ser inseminada artificialmente con el esperma de William Stern y entregar el niño a su nacimiento. A cambio de la entrega del niño recibiría la suma de diez mil dólares. Al mismo tiempo, aceptaba ser sometida a una amniocentesis y, si se detectaban anomalías en el feto, se obligaba a abortar a petición de la pareja que lo había "encargado", bajo pena, en caso de no acceder, de perder el precio convenido (4,24).

En Marzo de 1986, la señora Whitehead dio a luz una niña, (*caso "Baby M"*). Mary conservó la bebé durante cuatro meses, sin intención de entregarla a los Stern, hasta que fue obligada por una decisión judicial. En Marzo de 1987, un Juez declaró extinguidos los derechos maternos de Mary. El 22 de Febrero de 1987, la Congregación para la Doctrina de la Fe publica la Instrucción "*Donum Vitae*", un documento sobre el respeto de la vida humana naciente, la dignidad de la procreación y el cuestionamiento sobre la legitimidad moral de las nuevas técnicas de reproducción asistida. El 3 de Febrero de 1988, el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey le restableció sus derechos y declaró nula la adopción hecha por la Sra. Stern. La niña fue declarada legalmente hija natural de la Sra. Whitehead y del Sr. Stern.

Fundados en el interés superior de la menor, el Tribunal decidió que ella residiría normalmente con el matrimonio Stern y a la madre subrogada -su madre genética- se le reconoció el derecho de visitarla. (4,24) También, en el año 1988, nace el Proyecto Genoma Humano (HUGO, siglas en inglés). Este proyecto consiste en averiguar dónde está cada uno de los genes que constituyen nuestra dotación genética. Potter publica otro libro, titulado “*Ética Global*”, entendiéndola como la reflexión moral acerca de las cuestiones biomédicas, la crisis ecológica y la distribución de los recursos. La Declaración de Helsinki es, nuevamente, enmendada en 1989 en Hong Kong (4,25).

Para 1991, el “*Informe Remmelink*” y el “*Informe Van Der Wal*”, son dos encuestas anónimas entre los médicos holandeses sobre la práctica de eutanasia en dicho país tras un tiempo de vigencia de la despenalización de la eutanasia, con el fin de conocer cómo se había concretado en la práctica esta despenalización (4,26,27) En Estados Unidos, el Dr. Quill publica un artículo en el “*New England Journal of Medicine*” en el que explica cómo facilitó los medios necesarios para acabar con la vida de una paciente diagnosticada de leucemia. Derek Humphry, fundador de la “*Hemlock Society*” (asociación que está a favor de una muerte digna), publicó también en Estados Unidos un libro llamado “*Final Exit*”, en el mismo explica a los enfermos terminales cómo pueden suicidarse (4).

En 1994 aparece la “*Declaración de Amsterdam*”, que hablaba sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, haciendo hincapié en la promoción y los conocimientos sobre salud para inmigrantes y minorías étnicas, dada la sociedad multiétnica en la que se vive, se origina en el grupo llamado Proyecto MFH (Migrant Friendly Hospitals), apoyado por organizaciones europeas (4,28) La Encíclica de Juan Pablo II, con el acertado título de “*Evangelio de la Vida*”, se publicó el 25 de Marzo de 1995 y aclara la postura de la Iglesia sobre los puntos más importantes que trata la Bioética (29). Hyakudai Sakamoto es un profesor de la Nihon University, Japón; en la apertura de la “*East Asian Conference of Bioethics*” de 1995 ofrece una visión oriental de la Bioética, bastante distinta del enfoque europeo y americano, tan antropocéntrico; la naturaleza no es algo a conquistar, sino algo (o incluso alguien) con el que vivir y convivir. No se trata, por tanto, de abanderar los derechos humanos (dignos como la dignidad de los animales o de otros seres), si no de crear armonía entre todo y todos (30).

El nacimiento del primer mamífero clónico, la famosa oveja Dolly, salió a la luz pública el 27 de Febrero de 1997, abriendo todo el debate y la polémica en relación con las investigaciones y experimentos sobre la clonación y el futuro de la misma, especialmente por lo que afecta a los seres humanos. El 11 de Noviembre de 1997 se realiza la *Declaración Universal de la Unesco sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*, donde se dio una especial importancia a la Bioética, promoviendo la creación de Comités de Ética, fomentando la Educación en Bioética, favoreciendo el debate que garantice la libre expresión de las ideas, estimulando la relación internacional entre comités de ética y, finalmente, encargando al Comité Internacional de Bioética de la UNESCO la difusión de los principios de la propia declaración (4,30,31).

En 1998, de nuevo Potter publicó su último libro: “*Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda*”, donde retoma su discurso en el sentido de que la Bioética pretende entender el planeta como grandes sistemas biológicos entrelazados e interdependientes, donde el centro ya no le corresponde al hombre como épocas anteriores, sino a la vida misma (4). La Declaración de Helsinki es, nuevamente, enmendada en el año 2000, en Edimburgo, y se le agregaron otras notas aclaratorias en el año 2004 (5).

En Latinoamérica, la Bioética da sus nacientes pasos, en la década de los años '80, en países como Argentina, Colombia, Chile, México, Brasil y Venezuela, donde diversos profesionales fueron sembrando la semilla de esta disciplina, en primer lugar en las universidades y centros médico-asistenciales. Posteriormente, en centros de investigación y desarrollo, la educación secundaria y en los fondos promotores de la investigación y desarrollo. La influencia tuvo sus más fuertes raíces en personas como José Alberto Mainetti en Argentina, quién en 1972 fundó el Instituto de Humanidades Médicas y a finales de los 80, la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE), quienes han sido los formadores de formadores de muchas de las actuales generaciones de bioeticistas. En segundo lugar a Fernando Sánchez Torres, quien fundó en diciembre de 1985, el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), siendo un centro de reflexión clave del pensamiento bioético del hermano país. En tercer lugar, constitución de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones Bioéticas (FELAIBE) en 1991, si bien tuvo sus altas y bajas, sigue integrando a los representantes de las principales asociaciones bioéticas de la región. En cuarto lugar, el Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) en 1994. En quinto y último lugar, el Programa de Postgrado en Bioética con carácter internacional, a través del convenio entre el Programa Regional de Bioética y la Universidad Complutense de Madrid en convenio con la Universidad de Chile, lanzan el primer Programa de Postgrado de Bioética itinerante en 1996. En este siglo posiblemente harán historia, la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) Seccional Latinoamérica y la Red Latinoamericana de Bioética-UNESCO, quienes están formando las nuevas generaciones de profesionales en éste ámbito (13,32,33).

Es importante también destacar que ya en los años 90, la Bioética se introdujo en todo el continente. Si bien en los años 80 surge con influencia norteamericana, una década después, tiene un giro por la española. Años más tarde, se configura una Bioética con matices más propios, una bioética más global y social. En general, la tradición de la Ética Médica Latinoamericana se definió como naturalista, paternalista, dogmática y autoritaria. En la actualidad, se trata de la tradicional ética médica, fortalecida con la bioética (13,32,33).

En Venezuela, en 1916, se promovió su propio código de ética, según la tradición deontológica que regula las relaciones de médicos entre sí, con el público y el Estado, en el Colegio Médico Luis Razetti. El origen de la Bioética en Venezuela se ubica en los años '80, centrado en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Siendo uno de sus ejes Augusto León Cechini con su libro Ética Médica, su labor docente en la UCV (Universidad Central de Venezuela), la Federación Médica Venezolana y como miembro de número de la Academia de la Medicina. Así mismo, otra serie de estudiosos de la Ética, la Medicina y la Investigación científica, quienes intercambiaban ideas en tertulias o conversaciones informales sobre noticias o artículos internacionales, como por ejemplo, Alfredo Castillo, Isis Nezer de Landaeta y Gabriel D'Empaire en la UCV. A mediados de los '90 se comienza a formalizar en el ámbito de las Ciencias de la Salud, en las Jurídicas y del Ambiente; allí surgen docentes como Daniel Oliva, Ximena Páez y Eliéxer Urdaneta en la ULA (Universidad de Los Andes); Jacinto Robles y Yonis Sosa en la UPEL (Universidad Pedagógica Libertador), Maturín, Eva Briceño en el CONICIT (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica), hoy FONACIT, Rafael Aplitz en el IVIC (Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas), Rafael Bernad, Rafael Muñoz y Ludwig Schmidt en la UCAB (Universidad Católica Andrés Bello). En estos años, una de las primeras necesidades fue la de fortalecer los criterios de argumentación, y racionalizar el uso del derecho y de los métodos de estudio de casos para mejorar la toma de decisiones (13,32,33).

En el 2000, comienza una vorágine en torno a esta nueva interdisciplina en Filosofía, Teología, Antropología, Ciencias Sociales y Psicología. Tanto es así, que llega a convertirse en un tema de moda y hasta llega a perder un poco su rigor científico en algunos estratos de la sociedad, por creer que ésta pueda ser algo pasajero. Hay muchos aventureros y poca seriedad, sin embargo, la Bioética por la empeño de varios especialistas, llega a permearse como un eje transversal en las diferentes disciplinas del conocimiento humano y ante el pulular de situaciones innovadoras, competencias tecnológicas y pensadores libres. En los grandes hospitales, las Sociedades Médicas tenían sus Comités Éticos y algunos incursionaban en algunos tópicos bioéticos, pero era algo ocasional y no frecuente. En los Centros de Investigación, algunos experimentos se evaluaban con algunos criterios más amplios y se invitaban a algunos profesionales de otras disciplinas para deliberar conjuntamente. No se hablaba mucho de Bioética, ya que no era un concepto aún asimilado; el pensar en constituir Comités de Bioética y especificar que tenía que ser interdisciplinario en estos ámbitos, y llegó a ser cuestión difícil, que si bien algunos médicos la aceptaban como un especialista afín, otros se sentían intimidados por terceros evaluadores de su práctica. El principal motor de la Bioética en Venezuela fue la universidad, las que comienza a promoverla en pregrados y postgrados de las Facultades de Ciencias, Ciencias de la salud, Ciencias Políticas y Jurídicas y Humanidades (13,32,33).

Se sabe que hay motivos científicos, médicos y sociales para agrupar, clasificar y etiquetar las cosas como se hace. Además, son motivos de peso, ya que nos sirven para aumentar el conocimiento y para poder actuar con criterios de calidad. No obstante, a la vez es conveniente alertar sobre las clasificaciones cuando no ayudan a mejorar el comportamiento y cuando aprisionan a las personas. Igualmente, conviene protestar cuando estas clasificaciones llegan a etiquetar como enfermedades sociales lo que en realidad son diferencias y especificidades. Hubo un momento en el que la medicina se hizo orgánica. En ese momento, la mirada se volvió penetrante: llegó al órgano dañado, al virus contaminante, al gen mutado. Pero esa mirada, tan eficaz para actuar y curar, para tratar enfermedades, adquirió una presbicia fatal para tratar personas (no en el sentido de *tratamiento*, sino de *trato*). Cuando agrupa, también separa, y cae en una simplificación abusiva: porque las enfermedades y los síndromes se pueden ordenar, cuantificar y clasificar, pero las personas, los ciudadanos, no. Cuando se produce una falta de respeto a la dignidad de una persona, no significa que ésta la pierda. Simplemente significa que el que la ha cometido ha perpetrado un acto indigno. Y cuanto más vulnerable sea el ofendido, más indigno será el acto (33,34).

Cuando se dice de alguien que es Digno, significa que no comete Indignidades. Y todos tienen derecho a no recibir un trato indigno. Es evidente que hay diferencias en lo que se considera o no indignidad, pero exigir que la sociedad valore la importancia de cada vida humana y que esta se respete como distintiva no es una cuestión de convención: es el punto de partida mínimo. Y el que no lo comparte nos ofende a los demás, nos ofende a todos. Cuando se habla de *práctica clínica* no se refiere únicamente a los médicos y las enfermeras de un hospital, sino a todas las personas del entorno del enfermo, hoy en día, de la persona que necesita cuidados o ayuda por motivos de salud o de vulnerabilidad psíquica o física (33,34).

Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones diferenciándolas de los oficios es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos. Es característico de una profesión que sus miembros busquen la virtud. No hay calidad posible sin búsqueda de la excelencia y la promoción de la excelencia es el Objetivo propio de la Ética. La Profesionalidad puede ser entendida como un conjunto de valores, actitudes y conductas que se expresa en el servicio de los intereses de los pacientes y de la sociedad antes que de los de uno mismo.

Para conseguirla, se ha recomendado trabajar en tres campos: el contenido curricular y el proceso de enseñanza, las estructuras internas de las facultades de medicina y la relación entre estas facultades y las organizaciones externas. También se han propuesto cuatro pasos para reafirmar la profesionalidad: crear comunidad en el hospital, alimentar modelos de rol, enseñar profesionalidad médica y evaluar la conducta profesional (35).

Más recientemente se ha hecho un nuevo e importante llamamiento para cambiar tanto el contenido como el contexto de la educación médica para poder satisfacer mejor las necesidades de la sociedad contemporánea y las realidades de la práctica médica y el cuidado importen de verdad, sin olvidar que a veces, los propios médicos de plantilla son las barreras más importantes para el desarrollo moral de los estudiantes, incluso de formas tan sutiles que las hacen parecer inconscientes, y que las presiones del nuevo complejo médico-industrial-político, cuyos principales valores son la eficiencia y la productividad, buscan un cambio de conducta en los profesionales apelando al autointerés ilustrado en vez de al altruismo, lo que añade otra dificultad al proceso de educación en ética. La profesionalidad puede ayudar a los médicos a: *a*) recapturar algún grado de autonomía (al menos de decisión); *b*) romper el ciclo de desconfianza y falta de respeto públicas para con los médicos y la medicina; *c*) ganar el alto nivel moral en su permanente lucha con el empleador, y *d*) contribuir a mejorar el proceso y el resultado de la atención a los pacientes. La profesionalidad es la base del contrato de la medicina con la sociedad y exige colocar los intereses de los pacientes por encima de los del médico, suministrando estándares de competencia e integridad, y proporcionando asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud (35).

Esencial para este contrato es la confianza pública en los médicos que depende de la integridad tanto de los médicos concretos como de toda la profesión. Todo ello se sustenta en unos principios fundamentales: la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente y la justicia social. Y requiere una serie de responsabilidades: compromiso con la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad, el mantenimiento de relaciones apropiadas con los pacientes, la mejora de la calidad de la atención, la mejora del acceso a la atención sanitaria, la justa distribución de los recursos, el compromiso científico, el mantenimiento de la confianza mediante el manejo de los conflictos de intereses y las responsabilidades profesionales. La medicina es una profesión moral. Las virtudes médicas son las características del buen médico (o del médico bueno) e incluyen valores como competencia técnica, compasión, sabiduría práctica, integridad, altruismo, fidelidad, coraje y paciencia. Se cita a James Drane, quien basándose en las distintas dimensiones del acto médico (médica, espiritual, volitiva, afectiva, social y religiosa), especifica a su vez las virtudes del médico que, según él, son la benevolencia, la veracidad, el respeto, la amistad, la justicia y la religiosidad (35).

También Pellegrino y Thomasma, dos de los representantes contemporáneos más importantes de la llamada teoría ética de la virtud han desarrollado por su parte su particular lista de virtudes propias de las profesiones sanitarias, que podríamos concretar en la fidelidad a la promesa, benevolencia, templanza, fortaleza, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia y prudencia. Tal comprensión no es fácil de alcanzar sin la ayuda de los demás o sin alguna experiencia que haga especialmente evidente la incongruencia entre los valores y la conducta. Este proceso de aprendizaje no puede acabar sin producir un cambio de actitudes o una adquisición de actitudes duraderas que lleven a la mejora del ejercicio de la profesión (5,35) Frente a ello, en los últimos 50 años la educación médica ha hecho excesivo énfasis en los aspectos biológico-técnicos de la medicina a expensas de lo psicosocial, provocando un retroceso en las cualidades humanistas. Por lo que parece necesaria la intervención curricular para reforzar los valores humanistas asociados a la profesión, esto es, la profesionalidad, entendida como proceso permanente, autorreflexivo, que implica hábitos de pensamiento,

sentimiento y acción. A pesar de que la individualidad y la subjetividad tienen mucho que ver con la experiencia de la enfermedad, estas cualidades no tienen sitio en la construcción del conocimiento científico que se enseña en las facultades. La inmersión inicial de los estudiantes en la ciencia es tan consumidora y tan extensa que estos comienzan a pensar que lo que están aprendiendo (el conocimiento científico y cómo se construye) es igual al conocimiento médico y cómo es o cómo debiera hacerse. Estas asunciones influyen en las creencias subsecuentes de los estudiantes sobre el valor del conocimiento y sobre (y esto es lo más importante) qué es realmente conocimiento. Los estudiantes miran a la ciencia y sus métodos de creación de conocimiento como si fueran una llave que abre todos los secretos del cuerpo y también los de la relación con los pacientes y con el resto de trabajadores de la salud. Estas creencias son perniciosas porque se deslizan hacia áreas de la medicina para cuya comprensión y apreciación sirven mucho mejor otros métodos de análisis, otras fuentes de entendimiento (35).

Más aún, los estudiantes llegan a ver el lenguaje científico como un medio carente de problemas para transmitir observaciones y teorías, y el lenguaje de los pacientes como inadecuado o inexacto debido a su obvia subjetividad. Cuando a los estudiantes de medicina se les enseña, explícita e implícitamente, que el único conocimiento médico verdadero es fruto del análisis empírico, objetivo, cuantitativo, llegan naturalmente a desconfiar de todo conocimiento obtenido a través de otras vías. Factores tales como el género, la raza, la educación, la clase social, la identidad étnica, el clima político, etc., son vistos a menudo como extraños o secundarios al conocimiento médico adecuado, asumiéndose que tanto el producto como el proceso de la creación del conocimiento médico adecuado existen independientemente de esos factores. El foco central en el desarrollo de la profesionalidad en las facultades de medicina suele comenzar a menudo con la cuestión de cómo transmitir mejor o promover los siguientes elementos de la profesionalidad: altruismo, responsabilidad, excelencia, deber, honor e integridad, y respeto por los demás. Pero hay estudios que afirman que durante el proceso de socialización en las facultades los estudiantes de medicina que llegan a ellas como jóvenes idealistas salen de las mismas como personas frías y distantes y que su desarrollo moral se ve atrofiado o incluso que pueden experimentar una regresión moral (35).

Los estudiantes de medicina reciben a menudo mensajes en conflicto entre lo que aprenden en clase y lo que observan en el medio clínico sobre los valores importantes que defender y sobre las conductas apropiadas que mantener. Parece evidente que mucho de lo que se enseña y la mayor parte de lo que se aprende tienen lugar dentro del *Currículo Oculto*, esto es, en el conjunto de influencias que funcionan en el ámbito de la estructura y de la cultura de la organización. La situación, por lo general, no parece mejorar al finalizar la educación médica motivo por el cual en distintas facultades se ha analizado la cuestión para buscar posibles soluciones. Conviene recordar, de todos modos, que algunos autores no han encontrado relación causal directa entre la observada disminución en el desarrollo moral y la educación médica (35).

Recorriendo la historia, se observa cómo se han hecho cosas impensables en nombre de la Ciencia y el Progreso, tanto así, que muchas han caído en lo que se llamaría inhumano. Se aprecia que en la educación y las prácticas médicas, con la aparición de nuevas tecnologías y opciones terapéuticas, se ha llegado a un punto en que las conductas y aptitudes nos separan cada vez más de la relación médico-paciente ideal y realmente efectiva, que lo aleja de lo afectivo, de lo realmente humano, de lo profesional. A pesar que existe guías de consenso, algunas recomendaciones, los clínicos abordan ciertas decisiones de manera muy variada, sobre todo en el área de cuidados intensivos y urgencias. De lo expuesto aquí por otros autores, se coincide en que para ser un mejor profesional, es necesario ir de la mano con el conocimiento de la Bioética y una vez que se la conozca, aplicarla al entorno cotidiano.

REFERENCIAS

1. Cubero E. La ética médica en Venezuela (1895-1918), *Bitácora-e* 2012; 1: 4-17. ISSN 2244-7008. Fecha de recuperación: 30/04/2013.
2. Zazpe C. Revisión de conocimientos sobre bioética en la atención al paciente crítico, *Enferm Intensiva* 2011; 22(1): 46-9.
3. Alonso J. De medios ordinarios y extraordinarios. La iglesia católica y los debates sobre la “muerte digna” en Argentina. *Relig. soc.* 2014; 34(1): 122-145. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-85872014000100006> Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rs/v34n1/06.pdf>
4. Bernal D. Técnicas De Reproducción Humana Asistida, Maternidad Subrogada y Derecho De Familia, *Revista Republicana* 2009; 6: 15-30. Disponible en: <http://ojs.urepublicana.edu.co/index.php/revistarepublicana/article/viewFile/170/140>
5. Broggi M. ¿Nos puede ayudar la bioética a respetar mejor? *Rev Med Int Sindr Down* 2010; 14(2): 19-24.
6. Callahan D. Curriculum Vitae. 2008 Fecha de recuperación: 07/10/13. Disponible en: http://www.thehastingscenter.org/pdf/cv/cv_daniel_callahan.pdf
7. Garzón F. Fritz Jahr ¿el padre de la bioética? *Rev Latinoamericana Bioética* 2009; 9(2): 6-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020306001>
8. Gaylin W. Curriculum Vitae. 2008 Fecha de recuperación: 07/10/13. Disponible en: <http://www.thehastingscenter.org/About/Board/Detail.aspx?id=1262>
9. González E. Medicina y Nazismo. Aprender de la historia, *Rev Clin Esp* 2011; 211(4): 199-203.
10. Grupo de Estudios sobre Muerte Encefálica, de las Sociedades Chilenas de Nefrología y de Trasplante. Muerte encefálica, Bioética y Trasplante de Órganos, *Rev Méd Chile* 2004; 132: 109-118.
11. Guillem D. Breve historia de la bioética. 2013. Fecha de recuperación: 30/04/2013. Disponible en: <http://observatoriobioetica.com/informes/breve.html>
12. Juan Pablo II. *Evangelium Vitae*. 1995. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
13. Krugman S. The Willowbrook hepatitis studies revisited: ethical aspects. *Reviews of infectious Diseases* 1986; 8(1): 157-62.
14. Martínez K. La Educación en Bioética, camino para la profesionalización, *Rev Calid Asist* 2011; 26(1): 62-66.
15. Mora J. Despenalización de la eutanasia en los Países Bajos. El proyecto de ley Korthals/Borst. *Derechos y Libertades*. Revista del Instituto San Bartolomé de las Casas. 2002. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/moraholanda2002.pdf>
16. Nézer I. Hitos en la historia de la bioética: de la ética a la bioética, *Rev Soc Venez Hist Med* 2006; 55(1-2): 70-7.
17. Northington V. Under the Shadow of Tuskegee: African Americans and Health Care. *Am J Public Health* 1997; 87:1773-1778.
18. Novoa F. Muerte cerebral y su significado, *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (4): 355-362.
19. Organización Mundial de la Salud. Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa. 2009. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf
20. Osorio N. Van Rensselaer Potter: Una visión revolucionaria para la bioética, *Revista Latinoamericana de Bioética* 2005; 8: 1-24. Fecha de recuperación: 28/04/2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020937003>
21. Papa Pio XII. Alocución ante el Congreso Internacional de Anestesiólogos. La prolongación de la Vida. *El Papa habla* 1958; 4(4). Fecha de recuperación: 28/04/2013. Disponible en: <http://www.dmd.org.co/pdf/dtrece.pdf>

22. Perazzo G, Gargiulo L. Informe Warnock: revisión y reflexión bioética a los 25 años de su publicación *Vida y Ética* 2009; 10(1). Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/informe-warnock-revision.pdf>
23. Pfeiffer M. Bioética y derechos humanos: una relación necesaria, *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 2, 2011; 2(4): 74-84.
24. Pulido A. El Proyecto Genoma Humano según la prensa escrita, para el ciudadano medio, *Eikasia* 2012; 73-82. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.com/42-05.pdf>
25. Reynolds J, Cediell J, Payan C. Christiaan Barnard: 40 años del primer trasplante de corazón humano, *Colomb Med* 2007; 38(4): 440-442.
26. Saas H. Pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934. *Aesthethika*. 2011; 6(2): 20-33.
27. Sakamoto H. Towards a New "Global Bioethics", *Bioethics* 1999; 13(3/4). ISSN 0269-9702. Fecha de recuperación 10/10/2013. Disponible en: <https://notendur.hi.is/ssigma/PDF%20files/Sakamoto.pdf>
28. Schmidt L. La Bioética en Venezuela, primeras huellas, *Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo 2007; 1(2): 24-38.
29. Sierra X. Ética e investigación médica en humanos: perspectiva histórica, *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102(6): 395-401.
30. Tealdi J. Ética de la Investigación en seres humanos y políticas de salud pública, Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas. Bogotá, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia 2006, pp.33-62. Fecha de recuperación: 28/04/2013. Disponible en: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo373>
31. The Supreme Court of New Jersey. In the matter of Karen Quinlan, an alleged incompetent. 1976. Fecha de recuperación: 07/10/13. Disponible en: <https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20%281976%29.pdf>
32. UNESCO. Declaración Universal sobre Genoma Humano y Derechos Humanos. 2000. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001229/122990so.pdf>
33. Vega J, Ortega I. La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza». *Cuadernos de Bioética* 2007; 18(1): 71-87. ISSN 1132-1989. Fecha de recuperación: Nov 9, 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506203>
34. Velasco J. Origen y desarrollo de una ciencia: la bioética. *Rev. Int. Estudios vascos* 2009; 54(1): 147-187 www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35555/1/articulo1.pdf

PATOLOGÍA MAMARIA EN EL ARTE

Leopoldo Moreno Brandt *

RESUMEN

Las mamas han sido motivo de inspiración para poetas, pintores y escultores. Han estado siempre presentes en el arte universal. El motivo de este trabajo es presentar algunas obras realizadas por extraordinarios genios de la pintura y de la escultura, quienes durante el Renacimiento italiano y el Barroco europeo, se inclinaron ante sus modelos y copiaron textualmente lo que en estaban viendo, sin darse cuenta que estaban transcribiendo a la vez, lesiones patológicas en las mamas de sus admiradas modelos, que pasarían a la posteridad. Es el caso de Miguel Ángel Buonarroti y de Rafael Sanzio durante el Renacimiento y de Pedro Pablo Rubens y Rembrandt Harmenszoon Van Rijn, durante la etapa del Barroco europeo.

Palabras Clave: Patología mamaria. Historia del Arte. Mamas.

ABSTRACT

The breasts have been inspirational for poets, painters and sculptors. They have always been present in universal art. The reason for this work is to present some works by extraordinary geniuses of painting and sculpture, who during the Italian Renaissance and the European Baroque, bowed to their models and textually copied what they were seeing, without realizing that they were transcribing at the same time, pathological lesions in the breasts of his admired models, which would pass to posterity. This is the case of Michelangelo Buonarroti and Rafael Sanzio during the Renaissance and of Peter Paul Rubens and Rembrandt Harmenszoon Van Rijn, during the European Baroque stage.

Key words: Breast pathology. History of art. Mamas.

INTRODUCCIÓN.

Las mamas han sido motivo de inspiración para los poetas, los pintores, los escultores y han estado siempre presente en el arte, el motivo de este trabajo es presentar algunas obras realizadas por extraordinarios genios de la pintura y de la escultura que durante el Renacimiento Italiano y el Barroco Europeo, se inclinaron humildemente ante sus modelos y copiaron textualmente lo que en ellos veían sin darse cuenta que estaban transcribiendo lesiones patológicas en las mamas que pasarían a la posteridad, este es el caso de Miguel Ángel Buonarroti y de Rafael Sancio durante el Renacimiento y de Pedro Pablo Rubens y Rembrandt Harmenszoon Van Rijn durante la etapa del Barroco Europeo.

Vamos a ubicarnos un poco dentro de éstas etapas del Arte Europeo tan importantes: **El RENACIMIENTO:** movimiento literario, artístico y científico que tuvo lugar en Europa entre los siglos XV y XVI basado en la imitación en gran parte de la Antigüedad Clásica, nació en Florencia cuando las Artes comenzaron a florecer en la primera mitad del “Quattrocento” donde el desnudo en la pintura y la escultura ocupó un lugar primordial.

* Cirujano General. Oncólogo y Mastólogo. Miembro Honorario de la SVC. Individuo de Número de la SVHM. Sillón XXXIV. Correo lmorenbrandt@hotmail.com. Recibido marzo 8, 2017

Este Primer Renacimiento estuvo representado por Brunelleschi, Donatello, Masaccio y Alberti. Luego en 1494 Roma se sumó a este movimiento y fue el Segundo Renacimiento gracias a artistas como Bramante, Miguel Ángel, Rafael Sanzio y Leonardo Da Vinci que fueron verdaderamente los artífices de esta época, de ellos hablaremos por separado, porque algunos incluyeron Patología mamaria.

EL BARROCO fue también un movimiento cultural y artístico que nació en Italia, que se impuso en Europa y luego en Hispano América, desde finales del Siglo XVI hasta principios del Siglo XVIII, cuando dio paso al Neoclasicismo, podríamos decir que el arte Barroco fue el arte que nació después de la Reforma Protestante. Vamos a referirnos a la pintura barroca, que tiene un estilo de grandiosidad, teatralidad, los personajes se desenvuelven dentro de grandes escenarios, con gestos grandilocuentes y audaces escorzos, es decir con una perspectiva de abajo hacia arriba o viceversa que alarga o acorta a la figura en una forma increíble, realmente un tipo de pintura y dibujo extremadamente difícil por lo complejo de la técnica. Se traslada a lienzos de los Santos, de los Reyes, figuras mitológicas, con una habilidad y técnica casi sobre humana. En su comienzo son frescos (pintura sobre paredes recién tratadas), en techos de iglesias, grandes palacios de los reyes y de personas pudientes.

Como hemos apuntado anteriormente el Barroco nació en Italia y principalmente de un solo artista el italiano Michelangelo Merisi, llamado Caravaggio, por el nombre del pueblo donde nació. No hay duda que marcó el inicio de una nueva época, aquí lo más importante no es lo que se representa sino como se representa, el cuadro no se ilumina en una forma uniforme, entrando la luz de derecha a izquierda o de arriba hacia abajo, sino en forma de manchas, hay zonas iluminadas con una luz muy intensa y zonas con sombras muy marcadas. Es una pintura hermosa, dramática, violenta acorde con una época de grandes contrastes como es El Barroco, había nacido el claro-oscuro y su creador era Michelangelo Merisi, Il Caravaggio.

Sin embargo tuvo poco desarrollo en Italia y la herencia de Caravaggio fue recogida por España y sobre todo Europa septentrional, Flandes y los Países Bajos. Esa etapa está representada por dos grandes artistas de personalidades distintas Rubens y Rembrandt, que pintaron Patología Mamaria sin saberlo. La pintura de Rubens es vigorosa, llena de vida, sensual, decorativa, teatral, de gran formato, expresaba hermosamente el cuerpo humano con colores rosados, sus figuras sobre todo las femeninas son exuberantes y se mueven dentro de un gran escenario. Rembrandt es el Pintor más grande que ha dado Holanda al mundo, recogió la herencia de Caravaggio y su pintura es dramática, sentimental, introvertida y a veces triste.

MIGUEL ÁNGEL BUONARROTI

Vamos a escribir una síntesis biográfica de este personaje tan importante, genial y controversial del Renacimiento Italiano, nació el 6 de Marzo de 1476 en Caprese, cerca de Arezzo, su padre Ludovico Buonarroti Simoni era Alcalde de Caprese y su madre Francesca di Neri de Buonarroti, era el segundo hijo del matrimonio, cuando tenía 12 años y corría el año de 1488 venciendo la oposición de su padre Ludovico, Miguel Ángel entra como aprendiz en el taller de Doménico Ghirlandaio, uno de los pintores más celebres de Florencia donde permanece durante un año. Pero fascinado por la Escultura en 1489 se retira del taller de Ghirlandaio y empieza a visitar el Jardín de San Marcos, donde Lorenzo de Medicis, tenía una espectacular y formidable colección de estatuas, invitando a Miguel Ángel a convivir con la familia de los Medici y convirtiéndose en su primer mecenas, que en ese momento tenía 13 años. Durante su estadía allí realizó una escultura Cabeza de un fauno, que impresionó gratamente a su protector. En 1492 muere Lorenzo De Medici, Miguel Ángel quien tiene 16 años, tiene que abandonar el Palacio de los Medici y regresar a su casa natal. Durante este tiempo esculpió La batalla de los Centauros. Cuatro años más tarde viaja a Roma por primera vez y en ese período realiza una estatua de Baco. Tenía en ese momento 20 años.

En 1501 la República Florentina le entrega a Miguel Ángel un gran bloque de mármol con el cual el artista esculpirá la estatua del David que terminará tres años más tarde. Tras una breve estancia en Florencia, vuelve a Roma en abril de 1508 y se compromete con el Papa Julio II a pintar los frescos de la bóveda de la Capilla Sixtina, convirtiéndose este Papa en el segundo mecenas de Miguel Ángel, después de Lorenzo “el Magnífico”. El extraordinario fresco de la bóveda de la Capilla Sixtina ocupó a Miguel Ángel durante cuatro años (1508 a 1512) El trabajo en los andamios era sumamente difícil y duro, porque tenía que pintar acostado, a gran altura y con la cabeza levantada, lo que le ocasionó problemas físicos y psíquicos, con una profunda depresión,

Terminado el fresco de la Capilla Sixtina a finales de octubre de 1512, Miguel Ángel vuelve a Florencia, pero aquí habían sucedido grandes acontecimientos políticos. La República había sido derribada y la familia de los Medici habían vuelto a adueñarse del poder y del control de la ciudad. Cuando Miguel Ángel tiene 40 años el nuevo Papa de Florencia, en el año de 1516 León X (Giovanni de Medicis), hijo de Lorenzo el Magnífico le encarga a Miguel Ángel el proyecto de la fachada de la Iglesia de San Lorenzo, la que debería ser de Mármol, Miguel Ángel realizó la maqueta en madera, pero el proyecto nunca se realizó, tres años más tarde el Papa León X De Medicis nuevamente habla con Miguel Ángel para iniciar el proyecto de La Sacristía Nueva, en la Iglesia de San Lorenzo que deberá guardar las tumbas de la familia Medicis, la Capilla Vieja había sido realizada por Brunelleschi. El 15 de Marzo de 1520 el Papa dio la orden de comenzar en la Iglesia de San Lorenzo, que quedaba frente al Palacio de los Medicis la obra para instalar dentro la Sepultura del Duque Giuliano De Medicis su hermano y del Duque Lorenzo, su sobrino. El artista iba a trabajar en su tema favorito “la muerte terrenal y la vida espiritual más allá de la muerte”, Miguel Ángel acude a una simbología que hace alusión al breve paso terrenal del hombre en su recorrido hacia la eternidad; por eso hay que imaginar esto en sentido ascendente.

En el nivel inferior se encuentran los Sepulcros, donde están los restos mortales de los Duques, flanqueados por dos parejas de estatuas alegóricas – la Aurora y el Crepúsculo, el Día y la Noche, que simbolizan la brevedad del tiempo terrenal a que los mortales están sometidos, para llegar más arriba, a través de un espacio entre ambas estatuas a donde están los Duques esculpidos en una forma idealizada y no como realmente eran los difuntos, porque están más captados en su aspecto interior psicológico y no físico. Estos trabajos comenzaron en el año de 1520 y se extendieron hasta 1534, es decir 14 años, en virtud de acontecimientos políticos. De tal manera que cuando se inició la obra Miguel Ángel tenía 44 años y cuando la terminó, 58 años. Durante 4 años se dedicó a la arquitectura de la Sacristía y luego al trabajo de los Sepulcros.

Pero, por qué no preguntarnos quiénes eran esos personajes, a los que Miguel Ángel les dio fama eterna con su obra? **Lorenzo II de Medicis (Duque de Urbino)**, no era el famoso “Lorenzo el Magnífico”, sino un nieto suyo, nacido en 1492 y fallecido en 1519, cuando tenía 27 años, quien a pesar de los títulos muy rimbombantes que poseía: Capitán General de Florencia (1513), Capitán General de la Iglesia (1515), y Duque de Urbino (1516), vivió siempre bajo la sombra y protección de su tío el Papa León X, que lo utilizaba como instrumento de poder.

Giuliano II De Medicis (Duque de Nemurs), nació en 1478 y murió en 1516, cuando tenía 38 años, joven también, era hermano del Papa León X (Giuliano De Medicis), vuelto a Florencia con las armas españolas, gobernó solo nominalmente la Ciudad, junto con su hermano Giovanni, cuando éste, era realmente el líder político de la familia, llegó a ser Papa con el nombre de León X, pero prefirió dejar el gobierno de Florencia en manos de su sobrino Lorenzo II De Medicis, antes que en las manos del inepto de su hermano Giuliano II De Medicis a quién no consideraba capacitado para tan importante labor; de tal manera que no fueron realmente importantes los personajes a los que Miguel Ángel inmortalizó con su arte pasándolos a la posteridad.

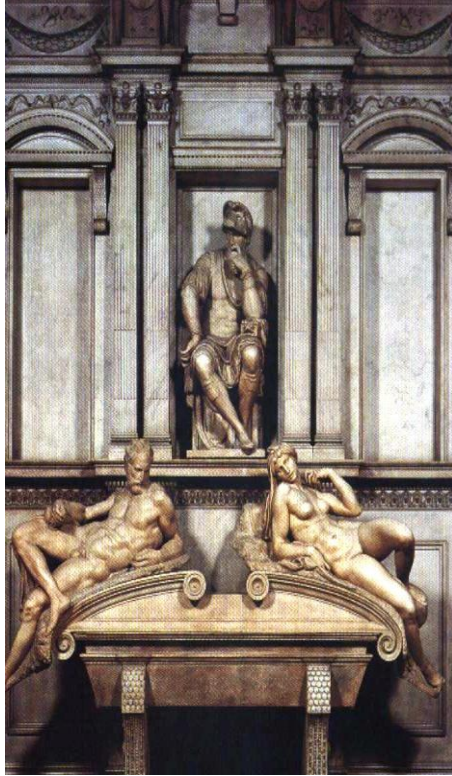


Fig 1.

Fig 1: Tumba de Lorenzo II de Medicis, Duque de Urbino. **La aurora y el crepúsculo.**



Fig 2.

Fig 2: Tumba de Giuliano II de Medicis. **El día y la noche.**

Las Estatuas: en la tumba de Lorenzo de Medicis, Duque de Urbino; **La Aurora**, que está a la derecha representa a una hermosa mujer en la etapa más importante de su Juventud y **El Crepúsculo** a la izquierda representado por un hombre en la etapa de la Senectud. Simbolizan dos momentos breves y contrapuestos de la vida, la Aurora, es ese breve espacio de tiempo que precede a la salida del Sol, es decir el paso de la oscuridad de la noche a la claridad del día y el Crepúsculo el momento en que la claridad del día da paso a la oscuridad de la noche, su brevedad recuerda la de la vida humana terrenal.

En la Tumba de Giuliano De Medicis, Duque de Nemours; la estatua de **El Día**, está representada por un hombre joven, musculoso y la cara deliberadamente no está terminada. A **La Noche** la representó Miguel Ángel por la figura de una mujer cansada, semidormida, con múltiples embarazos previos por las características del abdomen, que ha dado vida con su vida, lleva en su cabeza una diadema con una estrella, símbolo de la noche, el pie descansa sobre un almohadón de Amapolas, símbolo del sueño, y una lechuza que es un animal nocturno, pero lo más importante desde el punto de la Patología Mamaria. Es la presencia de varios nódulos (tumores) en ambas mamas, más evidentes en la izquierda, con retracción de piel, areola y pezón. Un genio como Miguel Ángel también copió la anomalía de las mamas de la modelo que posó para la estatua de La Noche, que tenía un Cáncer de mama bilateral, localmente avanzado.

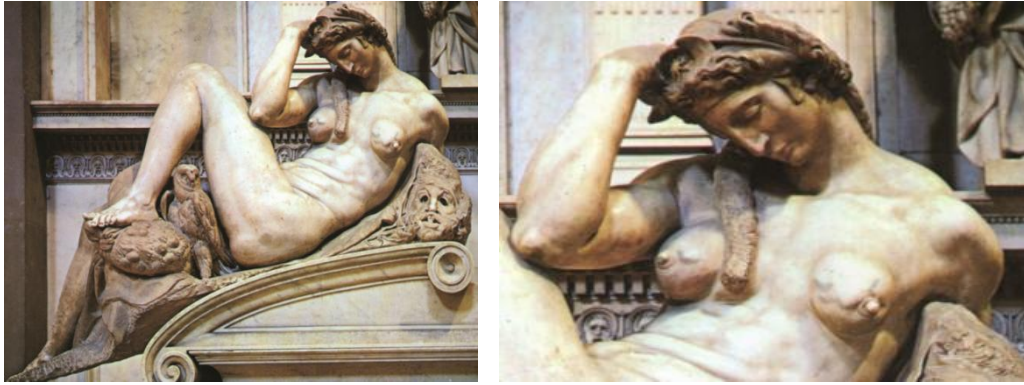


Fig 3 y 4: Estatua de La noche, con las características descritas

Las obras se pusieron en marcha en 1524, año en que Julio De Medicis es elegido Papa bajo el nombre de Clemente VII y finalizan en 1534 con la definitiva partida de Miguel Ángel a Roma. En 1536 bajo el pontificado de Paulo III Farnesio, sucesor de Clemente VII, Miguel Ángel a los 60 años comienza a pintar los frescos del “Juicio Universal” de la Capilla Sixtina, terminando en 1541, cuando tenía ya 65 años. Condivi en 1536 nos ofrece una descripción física y social de Miguel Ángel muy interesante de la que solo copiaré algunos párrafos: ” Tenía una compleja personalidad y un carácter difícil era solitario y retraído, sin embargo llevaba una vida social aceptable, cultivo amistades con Papas como Pablo III, Julio II, personajes importantes como Francisco de Holanda, Tommaso Cavaliere, Urbino su fiel servidor que lo acompañó durante 26 años y lo precedió en la muerte, Vittoria Colona (1490 – 1547), Marquesa de Pescara, viuda de Francisco Fernando de Avalos, desde 1525, Poetisa culta, de 45 años cuando conoce al Maestro en 1536, estaba viuda desde los 25 años.

En su Palacio se reunían en tertulia literatos, intelectuales, artistas, pintores, escultores y religiosos profundamente interesados en los problemas de la crisis religiosa por la que en ese momento estaba atravesando la Iglesia Católica en Europa. Miguel Ángel desde que la conoció la frecuentó hasta el momento de su muerte once años más tarde”. En enero de 1564 las autoridades religiosas deciden cubrir partes de las figuras del Juicio Universal consideradas obscenas.

El 18 de febrero de 1564 a los 88 años, muere Miguel Ángel Buonarroti en la ciudad de Roma y luego sus restos mortales fueron trasladados a la Iglesia de la Santa Cruz en Florencia.

RAFFAELLO SANTI o SANZIO

Raffaello Santi o Sanzio, llamado Rafael nació en Urbino (Italia) en plena Semana Santa del año 1483. Su padre, Giovanni Santi di Pietro, era un pintor modesto y fue él quien lo orientó hacia este arte y profesión familiar, haciéndolo colaborar en su taller. Cuando tenía 8 años murió su madre, María di Battista di Nicola Ciarla, y poco después en 1492, su padre contrajo nuevo matrimonio con Bernardina di Piero di Parte, y fruto de este matrimonio nació Elisabetta, que nació después de muerto Don Giovanni, ocurrida el 1º de Agosto de 1494, cuando Rafael tenía 11 años. Es posible que su padre Don Giovanni Santi poco antes de morir envió a su hijo Rafael al Taller de Pietro Cristoforo Vannucci, llamado “Il Perugino;” ahora bien lo cierto es que cuando se dirigió a Perugia, para ingresar en el Taller de Il Perugino, ya llevaba conocimientos básicos sobre dibujo y pintura adquiridos en el taller de su padre.

Estuvo aproximadamente diez años en Perugia, hasta el otoño de 1504, cuando decide establecerse en Florencia, (Cuna del Renacimiento Italiano), donde estaban trabajando Leonardo da Vinci y Miguel Ángel. Ya Rafael era reconocido como Maestro, y en Florencia se dedicó a estudiar el arte de Leonardo da Vinci(quizás más asequible que el temperamental Miguel Ángel), agregándole a su pintura el sfumato, la atmosfera y la composición de Leonardo y más tarde la monumentalidad de Miguel Ángel, sin copiar, sino asimilando los

postulados ajenos y transformándolos en un hacer propio, recordemos que en el estudio de la pintura la influencia del Maestro sobre el alumno es muy importante, también Perugino dejó su marca en Rafael. En 1506 realizó su auto retrato (Óleo sobre tabla, 47 x 35 cm, Galería degli Uffizi), esta imagen del pintor es cuando tenía 23 años, con rostro ovalado, ojos grandes, labios sensuales y un cuello largo, muy característico de Rafael, con un fondo oscuro que pone al relieve las facciones del joven.

En 1508, cuando tenía 25 años, su fama llegó a oídos del Papa Julio II, por comentario de un paisano de Urbino, llamado Bramante. El Pontífice lo llamó a Roma para solicitarle la realización de los frescos de sus dependencias privadas del Palacio del Vaticano. Rafael llegó a la Corte Papal a finales de ese año y más tarde realizaría sus obras monumentales: Las Estancias, los Cartones para los tapices para la Capilla Sixtina, los frescos de La Villa Farnesina de Roma (El triunfo de Galatea, La galería de Psique y muchísimas más) Rafael aunque muy aficionado a las mujeres, nunca se casó.

Cuando tenía alrededor de 34 a 35 años realiza un doble retrato “Rafael y el Maestro de esgrima” (Óleo sobre lienzo, 99x83 cm, París, Museo del Louvre) su rostro ha adquirido la seriedad y la madurez característica del maestro, el pelo y la barba son de color negro y su imagen mira directamente al espectador, porque los autorretratos lo realizaban los pintores en esa época mirándose al espejo. En 1518 comenzó a pintar “La Fornarina” (Óleo sobre tabla, 85 x 60 cm. Roma: Galería Nacional Palazzo Barberini) Esta joven y hermosa mujer Margeritta Lutti, posiblemente la novia y modelo de Rafael que posó para varios de sus cuadros, entre ellos La Donna Velata, (un bello y extraordinario retrato).

En La Fornarina, Rafael se aparta de la tradicional pintura religiosa y de los retratos abordando un desnudo de una hermosa mujer de pelo negro, con un turbante sobre su cabeza del cual pende una perla, sus ojos son grandes y hermosos y en su boca una leve sonrisa que nos recuerda la Gioconda de Leonardo, sus mamas están descubiertas y tímidamente con su dedo índice de la mama derecha toca su mama Izquierda, donde se esboza aparentemente un nódulo en la línea de unión de los cuadrantes externos, con retracción de la piel, por un cáncer de mama.

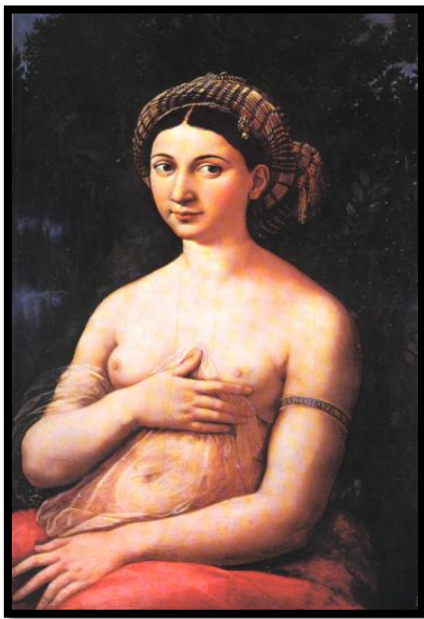


Fig 5: La Fornarina de Raffaello Sanzio.



Fig 6: Detalle, donde se observa la lesión

Su abdomen está cubierto por un tenue velo, está sentada y sobre sus muslos una túnica de color rojo. El pintor firma en la cinta que lleva en su brazo Izquierdo. Tenía entonces 36 años y llevaba una vida desordenada; por eso enfermó, presa de “Fiebres malignas”, falleciendo el Viernes Santo del año 1520, cuando tenía 37 años y dejando sin terminar su última obra maestra, “La Transfiguración”, que presidió su velorio. Fue sepultado en el Panteón de Roma.

PEDRO PABLO RUBENS

Pedro Pablo Rubens nació el 28 de Junio de 1577 en la ciudad de Siegen, perteneciente a Westfalia, cerca de Colonia. Sus padres se establecen en Colonia, entre los años de 1577 y 1586, para huir de la persecución española que los calvinistas sufrieron en Amberes. En esta ciudad, Jan Rubens, padre de Pedro Pablo y Abogado de profesión, se convierte en Consejero y amante de Ana de Sajonia, que era esposa del Príncipe Guillermo I de Orange, en virtud de esto es juzgado y condenado a muerte, pero salva la vida gracias a la constancia de su esposa María Pypelinckx, luego se exilian en Siegen y en esa ciudad nace su hijo Pedro Pablo y su hermano Philip. En total tuvo cuatro hijos.

Entre los años de 1587 y 1599, después de la muerte del Padre de la familia, su viuda, María Pypelinckx vuelve a Amberes, donde sus dos hijos Philip y Peter Paul se educan en la escuela Rombant Verdonck. Se casa su hermana Blaudina a los pocos meses de estar en la ciudad. Desde temprana edad afloran las intenciones, habilidad y capacidad para la pintura en Pedro Pablo y comienza a trabajar como aprendiz en el taller de Tobías Verchaecht, paisajista, luego en el de Adam Van Noort y finalmente en el Taller de Otto Van Veen. En 1599 adquiere el rango de Maestro Pintor, en la Guilda de San Lucas, en ese momento tenía 22 años. Luego se marcha a Italia entre los años de 1600 -1602, con la intención de aprender con maestros italianos. En Venecia admira las obras de tres grandes colosos de la pintura Tiziano, Tintoretto y el Veronés. Pensó que sus maestros eran mediocres, al admirar los cuadros de estos genios de la pintura.

Conoce a Vincenzo Gonzaga, Duque de Mantua, quien lo introduce en la corte y lo emplea como pintor, realizando para él tres obras maestras: La familia Gonzaga adorando a la Santísima Trinidad, La Transfiguración y el Bautismo de Cristo. Luego se marcha a Roma donde se encuentra con su hermano Philip, que estudia su carrera de Bibliotecario. Por los años de 1608 a 1611 su madre enferma, Pedro Pablo sale apresuradamente de Italia, donde ha vivido 8 años, pero al llegar María Pypelinckx ya había muerto. Cuando tiene 32 años Pedro Pablo Rubens conoce en la casa de su hermano Philip, a la sobrina de este, Isabella Brandt, de 18 años con quien contrae matrimonio en octubre de 1609. Para celebrar su enlace, pinta el Autorretrato con Isabella Brandt, en el que aparece tomándola cariñosamente de la mano. El Maestro era 14 años mayor que ella.



Fig 7. Matrimonio de Pedro Pablo Rubens e Isabella Brandt.

Fig 8. Retrato de Clara Serena Rubens, hija del matrimonio

Fruto del matrimonio nacieron tres hijos dos varones (Albert y Nicolás) y una niña Clara Serena. Pedro Pablo Rubens hizo amistad con los notables de la ciudad de Amberes, adquiere una casa en el en el Barrio Wapper y la transforma en una mansión al estilo italiano, donde guarda su extraordinaria colección de obras de arte. En su taller cuenta con la ayuda de numerosos alumnos, entre ellos Snyders, Fyt, Van Thulden, Van Dyck, quienes a partir de los esbozos del Maestro realizan partes del cuadro, que luego Rubens retoca y corrige. En esta época en Amberes los temas Religiosos y Profanos son los de su predilección. La Reina María de Medicis, entre los años de 1622 a 1625, le encarga decorar con episodios de su vida una de las grandes galerías del Palacio de Luxemburgo, en París. En 1625 comienza a pintar el cuadro de “Las Tres Gracias,” donde pinta a su esposa Isabella Brandt rubia y hermosa, que inmortaliza en este cuadro y en muchos otros, para los cuales poso la gentil dama.

Clara Serena la hija del matrimonio Rubens-Brandt muere a los 12 años, en 1623, lo que produjo en el pintor y su esposa un sentimiento de profundo pesar. Tres años más tarde en 1626 muere Isabella Brandt, joven y bella, cuando tenía apenas 34 años y el maestro cae en profunda depresión. Pasa varios meses alejado de la pintura, cuando frisaba en los 48 años. Para olvidar la pena que lo aturde se dedica a la carrera diplomática. En 1628, en España, conoce al Rey Felipe IV y al Duque De Olivares, quienes tenían algunas dudas sobre el Embajador, pero al conocerlo quedan gratamente sorprendidos por la cultura y las características del Maestro. Rubens entre los años de 1629 y 1630 es conocido en Europa como diplomático, obteniendo un extraordinario éxito en la negociación de paz entre España e Inglaterra. Por tal razón, el Rey Carlos I lo nombra Caballero. Pedro Pablo Rubens era un humanista cristiano, un genio de la pintura y un hombre de negocios, que fundó y dirigió talleres de pintura celebres en varios sitios de Europa, donde se formaban asistentes y colaboradores que lo ayudaban a realizar numerosos y extraordinarios lienzos, calculados en mil setecientos.

Rubens admiró, asimilo y desarrollo en gran forma la herencia de Caravaggio, Tintoretto, Tiziano y el Veronés agregándole su propio talento y formando junto con Rembrandt parte de los grandes pintores del Barroco Europeo como lo fueron Miguel Ángel, Leonardo Da Vinci y Rafael del Renacimiento Italiano. Rubens en su época representó al pintor de la sensualidad, por lo exuberante y atractivo de sus desnudos, por las contorsiones de los cuerpos, los escorzos, la teatralidad de sus personajes en la composición pictórica, la magnitud de sus cuadros y los colores de su paleta, sin duda fue la gran figura del Barroco.

Cuando regreso a Amberes en 1630, conoció a la encantadora Elena Forment, con quien contrajo matrimonio, el 6 de diciembre del mismo año. Contaba ella apenas 16 años, en tanto que el Maestro tenía ya 53 (es decir era 37 años mayor) Con ella se retrata en el cuadro El Jardín del Amor (1632 – 1633) Tendrán 5 hijos y -al igual que a su anterior esposa- la immortalizo en muchos lienzos. Entre los años de 1631 y 1640 Rubens reside en su mansión de Wapper, rodeado de su esposa y sus cuatro hijos que tuvo en vida, (su hija más pequeña vino al mundo 8 meses después de su muerte) Rubens se aparta de la vida política y se dedica a la pintura, realiza grandes obras entre ellos varios retratos de Elena Fourment, La alegoría de la Guerra, Retrato de Elena con dos de sus hijos etc. El mismo año de 1639 realiza su cuadro testamento, en el que Elena le sirve de modelo para pintar las tres diosas de “El juicio de Paris”, así como Las tres Gracias, su obra preferida, que mantendrá a su lado hasta la muerte y que regalará a su esposa.

LAS TRES GRACIAS.

Quiero referirme ahora a una de las obras de Arte más hermosas de la pintura universal “Las Tres Gracias”, que se encuentra en el Museo del Prado de Madrid, (Óleo sobre Tabla de 221 x 181 cm), firmado en 1639, en el que immortalizó a sus dos esposas Isabella Brandt, la primera esposa del Pintor, rubia y hermosa, es la Gracia de la derecha, Elena Fourment , la segunda esposa de Rubens, es la Gracia de la Izquierda, la Gracia del centro no está identificada, pero paso también a la posteridad sin nombre, ahora bien, evidentemente el cuadro fue comenzado antes de 1626, fecha de la muerte de Isabella, y terminado en 1639.



Fig 9 y 10: Las tres Gracias, de Rubens. Obsérvense el cuadrante supero externo de la mama

La obra fue conservada por el pintor hasta el momento de su muerte, pero después de la desaparición física del Maestro, Elena Fourment quiso destruirla por considerarla pecaminosa. Afortunadamente no lo logró y hoy podemos admirar este cuadro tan extraordinario. ¿Qué podemos ver en el cuadro de Las Tres Gracias, de Pedro Pablo Rubens? En la mama izquierda de Elena Fourment, hay un evidente tumor en el cuadrante superior externo, con retracción de piel y pezón, signos evidentes de un cáncer de mama localmente avanzado, en ese momento tenía aproximadamente 25 a 26 años. El Maestro Rubens en 1638 presenta una crisis grave de Gota, pero en 1640 su estado físico empeora, el 27 de Mayo hace su testamento y fallece tres días más tarde el 30 de Mayo de ese mismo año, cuando tenía 63 años, como consecuencia de un “ataque al corazón”, en la ciudad de Amberes (Holanda)

OTROS CUADROS DE RUBENS RELACIONADOS CON MASTOLOGÍA

El Origen de la Vía Láctea, 1636-1638. (Lienzo, 181x244 cm. Colección Felipe IV. N° catalogo 1688) En la Mitología los dioses y en segundo lugar los héroes son los personajes más famosos, Hércules (sinónimo de la mayor fuerza física y moral), es hijo de Júpiter (Zeus) y de una mortal Alcmena quien era esposa de Anfitrón. Indiscutiblemente Júpiter abusó del nombre del esposo y de su esposa también, y esta salió embarazada de un niño, al que llamarán Hércules, pero los hijos de Júpiter solo podían llegar al Olimpo, si mamaban leche de la diosa Juno, esposa de Júpiter (Hera, en la Mitología Griega) El niño es protegido de Mercurio y de Minerva, que estaban en conocimiento de ese secreto y aprovechan el sueño de Juno para poner al niño en su pecho. El niño succiona con tal fuerza, que la leche se esparce fuera de su boca y sus gotas dan lugar a la senda estrellada, conocida como Vía Láctea. La diosa se despierta en ese preciso momento y rechaza al niño, pero ya le había otorgado la inmortalidad. Ese instante - como sucede también en pinturas de Rembrandt y de Caravaggio; los tres grandes representantes del barroco- es el que captó Rubens (Fig 11) En el cuadro, Juno está al pie con el niño en sus brazos y ve la leche que forman las estrellas; en tanto que el dios Júpiter, mira complacido la hermosa escena. Si sabemos que Galactorrea es la secreción láctea abundante por el pezón, pues la Vía Láctea es la galactorrea más grande del universo.



Fig 11: El origen de la Vía Láctea

La Naturaleza Decorando Las Tres Gracias, 1615. (Óleo sobre tabla, 106,7 x 72,4 cm. Glasgow, Art Gallery and Museum, Kelvin grove) Obra conjunta

Los cuerpos fueron pintados por Pedro Pablo Rubens, mientras que las flores y las frutas son obra de Jan Brueghel, llamado el Viejo, gran especialista en estos temas. Pero vamos a observar detenidamente la pintura de la estatua del centro y sin lugar a dudas podemos apreciar múltiples mamas en el torax, es decir una polimastia y otras fuera de la línea mamaria, es decir mamas aberrantes (Fig 12)

Baco (1638-1640. Óleo sobre tabla, traspasado a lienzo 191x 161,3 cm) San Petersburgo, Museo de L'Ermitage. Dionisio o Baco era el dios de las viñas y del delirio místico o báquico, delicado eufemismo para expresar de manera discreta los efectos de la embriaguez en la que incurrián sus adoradores y sus sacerdotisas (Ménades o Bacantes o Tiiades) a fuerza de “empinar el codo” (Fig 13) Las fiestas de Baco donde iba con sus sacerdotisas llamadas Bacantes se llamaban Bacanales nombre que se conserva aún.



Fig 12. La Naturaleza



Fig 13. Baco

REMBRANDT HARMENZOON VON RIJN

Nació el 15 de Julio de 1606 en Leiden (Holanda), siendo el octavo de los nueve (9) hijos de Neeltje van Suijtbróeck y su marido Harmen Gerritz van Rijn, un molinero acomodado y solvente económicamente. En esa época de 1622 a 1624 tenía Rembrandt entre 16 y 18 años, había abandonado los estudios de Filosofía y Letras, en la Universidad de Lenguas antiguas de Leyden, donde había estudiado previamente latín, luego comienza a estudiar pintura durante tres años con el pintor Jacob Izaacs van Swanemburgh, los 6 meses siguientes estudia con el pintor de temas históricos Pieter Lastman, de Ámsterdam, ambos formados en Italia. Rembrandt hace de la pintura su profesión y su pasión por el resto de su vida. Pinta su primera obra, “El martirio de San Esteban,” primer mártir cristiano. Entre los años de 1625 y 1628, cuando tenía 22 años, regresa a Leyden e inaugura un taller propio con Jans Lievens amigo y compañero de estudio realizando cuadros históricos, orientándose con los modelos de Lasmant, pero igualmente se dedica al mismo tiempo a los estudios fisonómicos de los rostros, trayendo esto como consecuencia numerosos autorretratos. Jan Lievens había sido alumno del maestro Lastman, al igual que Rembrandt.

En 1631, ya había muerto su padre un año antes y su hermano Gerrit, Rembrandt tenía 25 años. Inspirado por los primeros éxitos, se dirige a Ámsterdam (Holanda), a la casa del

Marchante de Arte Uylemburgh, donde se instala y comienza a darse a conocer como pintor y sobre todo como Retratista de personas pudientes de la ciudad.

En 1632 pinta La lección de Anatomía del Dr. Tulp. A los 28 años (1634) Rembrandt, decide casarse con Saskia van Uylemburgh de 21 años, (1612 – 1642), el 02 de Julio de ese mismo año, a quien conocía desde hace varios meses y era sobrina del Marchante de Arte Uylemburgh, amigo y protector del pintor. Se asocia a la “Corporación de San Lucas”, como Maestro de Pintura para dar clases a los estudiantes, entre ellos a Ferdinan Bol, Gober Flinck y Jacob Backer entre otros, que comenzaron a trabajar en su Taller. En 1636 pinta una serie de retratos de Saskia, que se ha convertido en su esposa y modelo inmortalizándola en varios cuadros, entre ellos el retrato de ambos en “El hijo prodigo en el prostíbulo.” Tito, su cuarto hijo nace en el año de 1641, a quien bautizaron el 22 de Septiembre de ese mismo año, previamente la pareja había tenido tres hijos, que habían muerto estando recién nacidos, Rombertus (1635), Cornelia (1638) la segunda y la tercera hija bautizada con el mismo nombre que fallece dos semanas después de nacer en el año de 1640.

Rembrandt en el año de 1642 tiene 36 años. Poco después de terminar el cuadro La Ronda nocturna, un retrato colectivo; muere Saskia, el 14 de junio de ese mismo año, cuando tenía apenas 29 años, lo que provoca una crisis tremenda en la vida del Maestro. Seis años más tarde conoce a Hendrickje Stoffels (1625-1663), quien se convierte en la modelo y compañera de vida del pintor, tenía 22 años de edad en ese momento y convive con el Maestro desde 1648 aproximadamente hasta la fecha de su muerte en 1663, cuando tenía 38 años inmortalizándola en muchos cuadros.

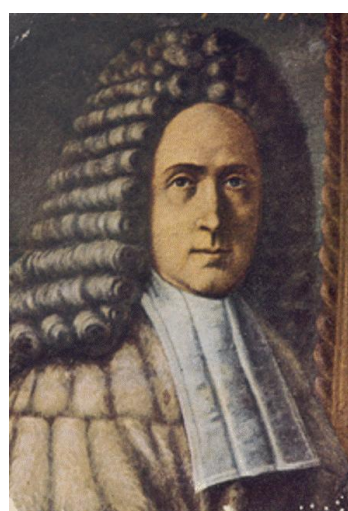
Corría el año de 1654, cuando citan a Hendrickje ante el Consejo Eclesiástico para reprenderla por estar llevando vida marital con Rembrandt al no estar casados, ella estaba embarazada de su primera hija, a quién bautiza con el nombre de Cornelia el 30 de octubre de esos mismo año; durante ese tiempo pinta su célebre cuadro **“Betsabe con la carta del Rey David”**. La modelo fue Hendrickje y el Maestro captó en ella una expresión de inocencia, de abandono, de sumisión al destino que le esperaba, ante el acoso sexual del Rey David y la orden de que se presentara en su palacio. El cuadro nos muestra a Betsabe, la esposa de Urías, que sostiene en la mano la carta que le ordena presentarse ante el Rey, mientras una criada le perfuma los pies.



Rembrandt pintó algo más que una hermosa mujer: primero, la imagen conmovedora de un conflicto íntimo y un sufrimiento humano (Historia del Arte. 2000. Salvat Edit. Barcelona, España. Tomo 20: 75) y en el cuadrante supero externo de la mama izquierda de Hendrickje, hay un tumor que ocupa casi la totalidad del mismo, con retracción de piel, que indiscutiblemente es un Carcinoma de mama, localmente avanzado. En aquel momento la modelo tenía 29 años. En 1663 murió Hendrickje a sus 38 años, Rembrandt tenía 57 años cae en una nueva crisis melancólica, ante la pérdida de la mujer que casi 15 años lo había acompañado. Tito Van Rijn, único hijo vivo de Rembrandt cumple su mayoría de edad, mientras su padre trabaja en el cuadro “La novia judía”, donde los modelos fueron Tito y su novia Magdalena Van Loo, con quién se casa el 10 de febrero de 1668. Seis meses más tarde muere Tito, siendo enterrado el 7 de septiembre, tenía 27 años. En 1699 Rembrandt vive en la casa de su nuera, y el 22 de marzo nace su única nieta que es bautizada con el nombre de Titia. Rembrandt Von Rijn muere el 4 de octubre de ese mismo año, cuando tenía 63 años y 17 días más tarde muere su nuera Magdalena Van Loo.

A TÍTULO DE CONCLUSIÓN

Al finalizar este trabajo debo confesarles que no tengo el resultado de Anatomía Patológica de ninguno de los tumores que he mostrado y descrito con anterioridad y que algunos de ustedes podrían estar esperando. Pero todos estos cuadros y estatuas los he visto personalmente, muchas veces, en sus sitios de origen; detenidamente, con atención y espíritu de Médico Mastólogo. Pienso que estos genios de la pintura o la escultura, se inclinaban humildemente delante de sus modelos y copiaban textualmente lo que veían; sin darse cuenta que estaban copiando patologías mamarias benignas o malignas, que podrían acaso ser interpretadas en la posteridad. Lo más importante es advertir que en el año de 1632 nació en Holanda el inventor del Microscopio, Profesor Van Loewenhoek (Fig 16 y 17) y en 1715, nace en Italia Giovanni Battista Morgagni, fundador de la Anatomía Patológica, quién describió las glándulas areolares que llevan su nombre: Tubérculos de Morgagni (Fig 18) Es decir, que para la época en que fueron creadas estas notables obras de arte; no existían los procedimientos para hacer esos diagnosticos.



REFERENCIAS

1/ Fernández Cid A; Fernández Cid M. Historia de la Mastología. En Fernández Cid Fenollera A. Mastología. 2ª Edición. Barcelona, España, Masson. 2000: 3 -16

2/ Prats Esteve M. Cuando la mama se humaniza. Apasionante evolución de una glándula. Rev Senología y Patología Mamaria. 2004; 18 (2): 74 -78.

3/ Protagonistas de la civilización. Miguel Ángel. Edic Internacionales Futuro, Edit Debate; Madrid (España) 1983.

4/ Di Cagno G. (Texto); Simone B, Galante RL, Ricciardi A (Ilustraciones) Los Maestros del Arte. Miguel Ángel. Los desafíos del genio. Ediciones Serres. Barcelona (España) 1997.

5/ Buck S; Hohenstatt P. Grandes Maestros del Arte italiano. Raffaello Santi, llamado Rafael. Tanden Verlag GmbH. 2007.

6/ Gilles Néret. Rubens. (Traducción del francés) Santolaria Malo. Barcelona (España) 2004.

7/ Pescio C (Texto), Holguín P Sergio; Ricciardi A; Trojer T (Ilustraciones) Maestros del Arte. Rembrandt y la pintura holandesa del siglo XVII. Editor Service SRL. 1996.

8/ Bockemuhl M. Rembrandt. Taschen c/ Víctor Hugo. Madrid (España) 2005.

Arte Rupestre Prehistórico: Valle del Côa, Patrimonio de la humanidad

Lilia Cruz de Montbrun *

RESUMEN

Con fotografías tomadas durante mi visita al Museo y Parque Arqueológico del Valle del Coa, en junio de 2016; se narra el descubrimiento y la significación de un complejo de arte rupestre al aire libre, que data de 25 a 12 mil años y está ubicado al noreste de Portugal. Es la mayor colección de arte rupestre prehistórico conocida. Petroglifos del Paleolítico superior, son conservados en este complejo arqueológico y en su Museo. Está incluido en Lista del Patrimonio Mundial de la UNESCO, al igual que la vecina zona arqueológica de Siega Verde, en España, agregada en 2010, como extensión del Valle del Côa. Los dibujos fueron realizados sobre superficies verticales de esquisto, mediante técnicas de percusión, incisión y raspado y corresponde a grandes herbívoros del Paleolítico superior, de Europa occidental. Equidos, cápridos, cérvidos y bóvidos, parecen flotar en un espacio idealizado. Escasas figuras antropomorfas. No aparecen animales de clima frío, ni plantas. Frecuente superposición de figuras. Muestro ejemplos encontrados en otras regiones, como las cuevas Auditorio, India; Blombos, Sudáfrica; isla Sulawesi, Indonesia; región Cantábrica y Francia. Se incluye único grabado atribuido a un Neanderthal, encontrado en cueva de Gibraltar, España. Se concluye que posiblemente el *Homo sapiens*, al salir de África tenía ya capacidad intelectual y social, que le permitieron desarrollar formas de arte bastante sofisticadas. (217 vs. 393 palabras)

Palabras clave: Arte rupestre. Petroglifos. Paleolítico Superior. Valle del Coa. Portugal

ABSTRACT

With photos taken during my visit to the Museum and Archaeological Park of the Coa Valley, in June 2016; it is described the discovery and significance of an outdoor rock art complex, dating from 25 to 12 thousand years and located in the northeast of Portugal. It is the largest collection of prehistoric rock art known. Petroglyphs of the Upper Paleolithic, are preserved in this archaeological complex and in its Museum. It is included in UNESCO's World Heritage List, as is the neighboring archaeological site of Siega Verde, in Spain, added in 2010 as an extension of the Côa Valley. The drawings were made on vertical shale surfaces, using percussion, incision and scraping techniques and correspond to large herbivores of the Upper Paleolithic, OF Western Europe. Equidae, catfish, cervids, and bovids appear to float in an idealized space. Rare anthropomorphic figures. There are no cold weather animals or plants. Frequent overlapping of figures. I show examples found in other regions, such as the Caves Auditorium, India; Blombos, South Africa; Sulawesi Island, Indonesia; Cantabrian region and France. It includes unique engraving attributed to a Neanderthal, found in cave of Gibraltar, Spain. It is concluded that possibly *Homo sapiens*, when leaving Africa, had already intellectual and social capacity, that allowed him to develop quite sophisticated art forms.

Key words: Rock art. Upper Paleolithic. Côa Valley. Portugal

* Medico. Profesora Universitaria. Individuo de Numero de la Academia Nacional de Medicina y Miembro Correspondiente de la SVHM. Enviado para publicación: marzo 28, 2017.

INTRODUCCIÓN

El arte rupestre. Definiciones

El arte rupestre está constituido por imágenes que han sido grabadas o pintadas sobre superficies rocosas (latín *rupe*: roca). Petroglifo es una imagen grabada sobre una piedra (griego *petros*: piedra y *griphein*: grabar) sustrayendo material de la superficie rocosa con instrumentos de una dureza superior; son grabados rupestres. Las pictografías son grafismos realizados sobre las rocas mediante la aplicación de pigmentos (latín *pictum*: relativo a pintar, y griego *grapho*: trazar) (1) El arte rupestre es una manifestación cultural común a toda la humanidad. Es posible encontrarlo en prácticamente todas las regiones del planeta. Las manifestaciones rupestres más antiguas evidencian el inicio del proceso de apropiación intelectual del mundo a través de las artes y constituyen un valioso archivo de las conductas simbólicas en épocas tempranas de la existencia de la especie humana. Dentro de las artes plásticas se les considera como objetos artísticos, ya que su carácter gráfico y visual los enmarcan dentro del quehacer estético propio del ser humano, una síntesis plástica de la realidad. Han sido fuente de inspiración para muchos artistas contemporáneos (1)

La Prehistoria. Etapas. Origen del género *Homo* y del *H. sapiens*

La Prehistoria abarca el tiempo transcurrido desde la aparición del género *Homo* hasta la aparición de fuentes escritas coherentes autónomas. Su inicio y duración varían en cada continente. Se subdivide en etapas: La Edad de Piedra, que incluye el Paleolítico Inferior, Paleolítico Medio, Paleolítico Superior, Mesolítico y Neolítico, y la Edad de los Metales: Cobre, Bronce y Hierro (2) El género *Homo* surgió y evolucionó en África (3). La tribu de los homíninos (tribu *Hominini*, familia *Hominidae*, orden *Primates*), integrada por los géneros *Ardipithecus*, *Orrorin*, *Kenyanthropus*, *Australopithecus*, *Paran-thropus* y *Homo*, comparte un ancestro común con los chimpancés y bonobos (*Pan troglodites* y *Pan paniscus*) el cual vivió hace 7,5 millones de años, y otro, más antiguo aún, con los gorilas (tribu *Gorilini*) La Fig 1 ilustra el surgimiento del género *Homo* por evolución de australopitecos, hace 2,5 Millones de años (Ma) y su coexistencia con especies de australopitecos durante miles de años. También muestra la cronología de diversas tecnologías y adaptaciones culturales (4)

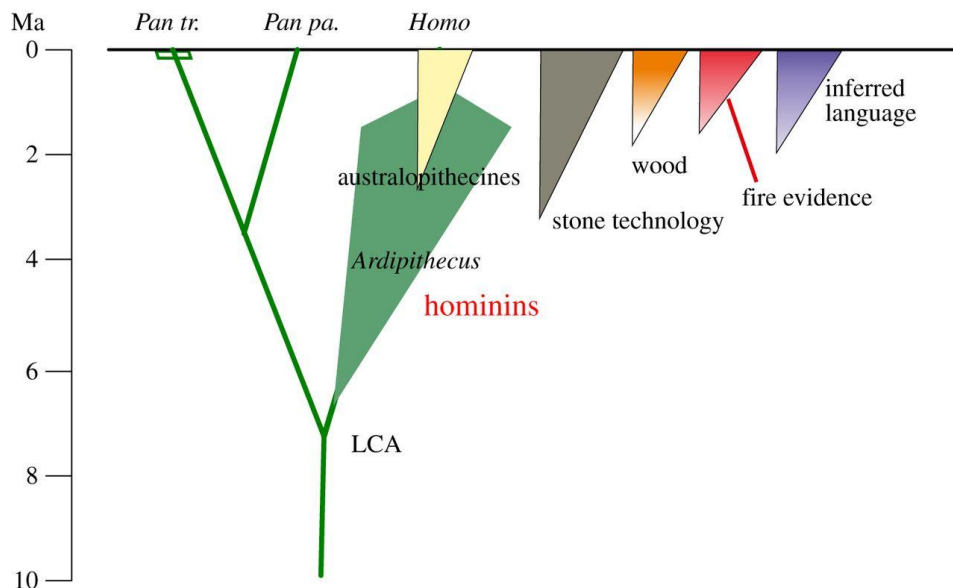


Fig 1. Surgimiento de homíninos a partir de un ancestro común (LCA) con el género *Pan* (chimpancés y bonobos) Aparición del género *Homo* y de adaptaciones culturales humanas (4)

Las herramientas de piedra más antiguas y primitivas se han encontrado en Kenia incrustadas en rocas de 3,3 Ma (5). Evidencias sobre el uso de herramientas provienen de Dikika, Etiopía, donde fueron encontrados fragmentos de huesos fósiles de mamíferos que tienen cortaduras, raspaduras y rupturas producidas antes de que se fosilizaran, hace 3,4 (3,42 – 3,24) Ma, por instrumentos de piedra de bordes afilados, utilizados para separar la carne de los huesos y extraer la médula ósea (6). Su localización geográfica coincide con la distribución de *Australopitecus afarensis*, la especie a la cual pertenecen Lucy y Selam, dos famosos fósiles de esta especie ancestral de los humanos, a la cual se le atribuye ahora el uso de herramientas y el consumo de carne (6)

La fecha asignada al origen del género *Homo* se ha ido modificando con nuevos descubrimientos de fósiles. Se cree que las especies *H. hábiles* y *H. rudolfensis* se originaron hace 2,4 millones de años (4). Recientemente se descubrió en Ledi-Geraru, Afar, Etiopía, una mandíbula de hace 2,8 millones de años, la cual se atribuye al género *Homo* (7). Tomando esta información, se puede decir que la prehistoria en África comenzó hace 2,8 millones. Durante el Paleolítico Inferior coexistieron allí varias especies del género *Homo* (Fig 2). En Europa se inició hace un millón de años, con la llegada del *Homo erectus* (7,8)

El Paleolítico Medio se inicia hace 200.000 años con la aparición del *Homo sapiens* (Humano anatómicamente moderno: HAM) en África. El Paleolítico Superior, para Europa, se inicia con la llegada del *Homo sapiens* (50.000 - 40.000 aa). El período Mesolítico comienza hace 10.000 años y el Neolítico hace 7.000 años. El fin de la prehistoria y comienzo de la historia está marcado por el uso de la escritura hace aproximadamente 5.500 años en Sumeria, 5.200 años en Egipto; 4.000 años en India; 3.500 años en China; 2.100 años en Fenicia. (9). En América los Mayas disponían de un sistema de escritura desde hace 2.300 años (10)

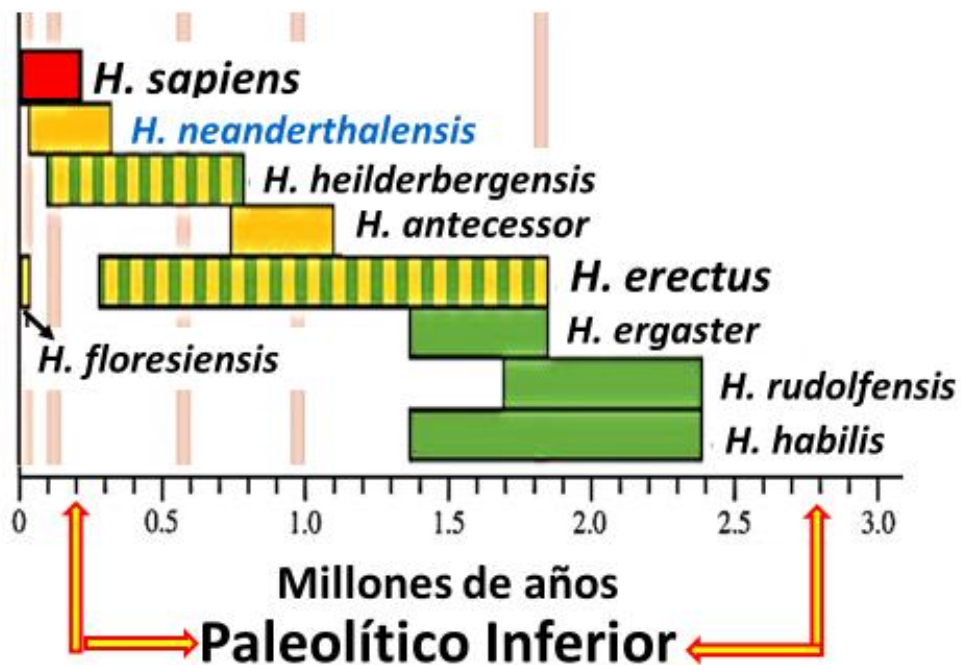


Fig 2. Coexistencia de especies del género *Homo* (11) Duración del Paleolítico inferior: 2,6 Mill. de años El Paleolítico medio comienza hace 200 mil años y el Superior, unos 45 Mil años. Se extiende durante 35.000 años (Lámina modificada para señalar lapsos del Paleolítico)

Llegada del *Homo sapiens* a Europa. Paleolítico Superior

En la Figura 3 se puede observar algunas de las rutas migratorias seguidas por los HAM desde su origen en África. En particular se muestra con una de las flechas rojas el avance desde el medio-oriente hacia Europa entre los años 52.000 y 45.000 antes del presente (AP), aprovechando condiciones climáticas favorables en la porción meridional del continente europeo, donde predominaba el bosque lluvioso. Con posterioridad se produjo la llegada a España, Portugal y otras regiones del planeta (12,13). Si bien continúan los debates sobre la localización precisa del origen del HAM, las rutas de dispersión y su datación (14), parece estar clara su presencia en el este de Europa entre 43.000 y 45.000 años atrás (15,16)

Fig 3. Posibles rutas migratorias de humanos modernos, ancestros de la población actual, desde su origen en África oriental. Porción roja de las flechas se refiere al lapso entre 52.000 y 45.000 años. El color de las áreas del mapa indica el tipo de paisaje (12)

ARTE RUPESTRE AL AIRE LIBRE EN VALLE DEL RIO CÔA, PORTUGAL

Numerosos núcleos de roca con representaciones gráficas que datan desde el Paleolítico Superior hasta nuestros días se encuentran al noreste de Portugal, en un hermoso valle rodeado de suaves colinas sembradas de viñedos y olivares (Fig. 4), donde el río Côa fluye de sur a norte para desembocar en el río Duero. Están repartidos a lo largo de 17 km, a ambos márgenes del río Côa y de varios riachuelos y torrenteras que son sus afluentes, así como en la margen izquierda del río Duero. De gran importancia, por su valor científico y cultural, es la extraordinaria concentración de petroglifos del Paleolítico Superior que datan desde 25.000 a 12.000 años antes del presente, la cual es única en su género en el mundo, porque se encuentra a cielo abierto y por su abundancia. Constituye uno de los ejemplos más notables de las primeras creaciones artísticas del ser humano (17,18, 19).

Los primeros grabados fueron descubiertos en 1991 por el arqueólogo Nelson Rabanda. Su existencia no fue revelada públicamente sino hasta 1994. Cientos de grabados pertenecientes al Paleolítico Superior fueron descubiertos gracias a un estudio intensivo realizado en 1995, con la participación de numerosos arqueólogos portugueses y delegaciones de la UNESCO. Surgió una controversia nacional porque una gran represa que la Electricidad de Portugal estaba construyendo en el río Côa ocasionaría que los petroglifos quedaran sumergidos al acumularse el agua en el valle. Afortunadamente, la demostración por expertos arqueólogos de la antigüedad, calidad y valor científico de los grabados, el hecho de ser reconocido como el mayor complejo de arte rupestre Paleolítico del mundo y la intervención de grupos conservacionistas, la prensa y movimientos de ciudadanos dentro y fuera del país, indujeron al gobierno portugués recién electo en 1995, cuyo Primer Ministro era Antonio Guterres (20), actual Secretario General de la ONU, a ordenar que se suspendiera la construcción de la represa (Figura 4 E). Aquella decisión tuvo un alto costo para el erario público al compensar a los contratistas de la represa, y grandes beneficios: salvó de la destrucción un tesoro artístico e impulsó el avance de la arqueología portuguesa.

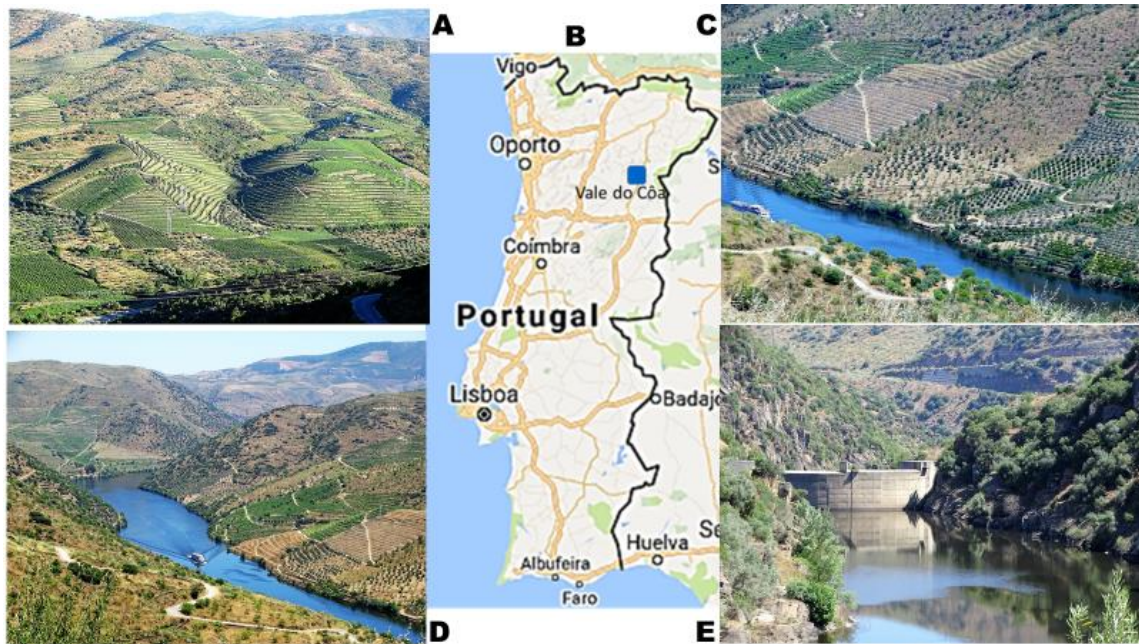


Fig 4. Mapa de Portugal y fotografías del valle del río Côa. A: Paisaje de colinas con viñedos y olivares. B. Localización del valle del Côa, en mapa de Portugal. C y D: río Duero, cerca de la desembocadura del Côa. E: Represa inconclusa en el río Côa.

En mayo de 1997 fue creado dentro del Ministerio de Cultura el Instituto Portugués de Arqueología, el Centro Nacional de Arte Rupestre y el Parque Arqueológico del Valle del Côa (18, 19, 20, 21). Es posible que las aguas de las represas del río Duero escondan otras obras de arte que pudieran ser recuperadas (18,19). En el sitio web Arte-Côa (22) se muestran 40 sitios del Paleolítico Superior, una del Mesolítico, 22 de la Prehistoria tardía, 41 de la Edad de Hierro y 34 modernos. En los trabajos de Aubry y García Díez se puede leer sobre los procesos de datación que han sido empleados (23,24)

Inclusión en la Lista de Patrimonio Mundial de la UNESCO

El 2 de diciembre de 1998 fue inscrito en la Lista del Patrimonio Mundial de la UNESCO por los siguientes criterios de sobresaliente valor y significación universal: “I. El arte rupestre del Valle del Côa, que data desde 22.000 hasta 8.000 años antes de la era actual, es una ilustración excepcional de la rápida expansión del genio creador, en el alba del desarrollo cultural del hombre. Constituye una fuente sin rival para entender al arte paleolítico y un ejemplo de las primeras manifestaciones de la creación simbólica humana y de su desarrollo cultural. III. El arte rupestre del Valle del Côa saca a la luz, de manera totalmente excepcional, la vida social, económica y espiritual de nuestros ancestros remotos.” (25)

En el año 2010 la UNESCO agregó como extensión del Valle del Côa la zona arqueológica de Siega Verde, en el valle del río Águeda, comunidad de Castilla y León, España. Los dos sitios de arte rupestre al aire libre forman un área común, con características similares y algunas diferencias, que era recorrida por los cazadores-recolectores del Paleolítico Superior. Son complementarios. Actualmente se mencionan conjuntamente en la lista del Patrimonio Mundial como “Sitios de arte rupestre prehistórico del Valle del Côa y de Siega Verde” (25).

La zona arqueológica de Siega Verde fue descubierta en 1988. Su centro de interpretación dista 85 km del Museo de Côa, por una carretera actual.

Parque Arqueológico del Valle del Côa, Monumento Nacional

Fue creado en 1996 con la finalidad de proteger y exponer el arte rupestre. Abarca 20.000 hectáreas. Procura lograr el equilibrio entre la mejor utilización del espacio y la preservación de los grabados milenarios y del paisaje que los alberga. Su principal centro de recepción e interpretación es el Museo del Côa, abierto en 2010, el cual contiene reproducciones de petroglifos, presentaciones audiovisuales sobre el arte rupestre y su historia en el mundo y una colección de herramientas de piedra. Es administrado por la Fundación Parque Côa desde 2011 (22). Ofrecen visitas públicas guiadas a 3 núcleos: Canada do Inferno, Ribeira de Piscos/Fariseu y Penascosa. (Fig. 5). Este último también puede ser visitado por la noche. Los recorridos se hacen en vehículos todo terreno y a pie (17, 18, 20, 21). En junio de 2016 visité Portugal con el propósito de conocer varios lugares inscritos en la lista de Patrimonio Mundial de la Unesco. Tomé fotografías en el Parque Arqueológico del Valle del Côa y en el Museo, algunas de las cuales se muestran en este trabajo (Fig 4 a 13)

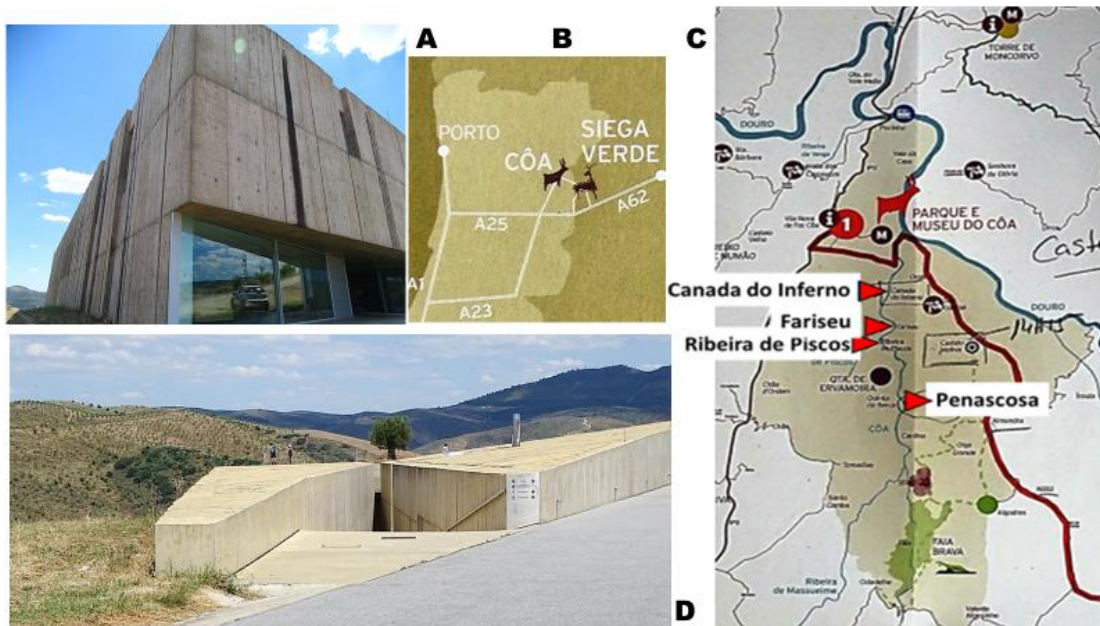


Fig 5. A y D: Museo de Côa. B. Mapa de Portugal y España muestra ubicación de valle de Côa y de Siega Verde, indicadas por figuras de animales. La autopista A62 lleva a Salamanca. C: Mapa del Parque Arqueológico del Valle del Côa.

Los grabados del Paleolítico Superior

Principalmente se observan representaciones zoomórficas: Uros (bóvidos de la especie *Bos taurus primigenius*, ya extintos, de mayor tamaño que los actuales toros y vacas) (26), cabras montesas (cápridos), caballos (équidos) (Fig. 6) y ciervos (cérvidos). Hay algunas imágenes de peces. Cerca del 20 % de las figuras, apenas esbozadas, no se pueden identificar. No existen representaciones de animales de climas fríos, ni de plantas (18). La arqueofauna representada en Côa, los grandes herbívoros, es la que caracteriza el Paleolítico superior en la Meseta occidental de Europa, con un clima similar. Hay más de 5.000 figuras de animales en el Valle del Côa. Los antropomorfos y las representaciones lineales y geométricas (tradicionalmente referidos como ideomorfos, elementos abstractos, signos, etc.) son poco numerosas (19, 24). Los animales parecen flotar en un espacio idealizado; la parte final de las extremidades casi nunca se muestra; cada par de miembros es representado frecuentemente por uno solo; las cabezas y los cuernos, cuando existen, son más detallados (18). Los motivos cuaternarios son similares a los que se

observan en el arte parietal subterráneo de la Península Ibérica y la región Franco-Cantábrica, aunque están ausentes renos, mamuts, bisontes y rinocerontes lanudos, los cuales no existían para la época, al sur del Ebro. Hay características originales, como la yuxtaposición sobre el mismo cuerpo de 2 o 3 cabezas, lo cual puede interpretarse como representación de movimiento (Fig 7B, 8B, 8E). Lo más frecuente es el movimiento descendente de la cabeza, aplicado sobre todo en caballos (Fig. 8E) y algunas veces en uros (Fig. 7A y B) Otras veces el movimiento de la cabeza es hacia atrás, sobre todo en cabras monteses, ciervos y uros (Fig 8B) (21)

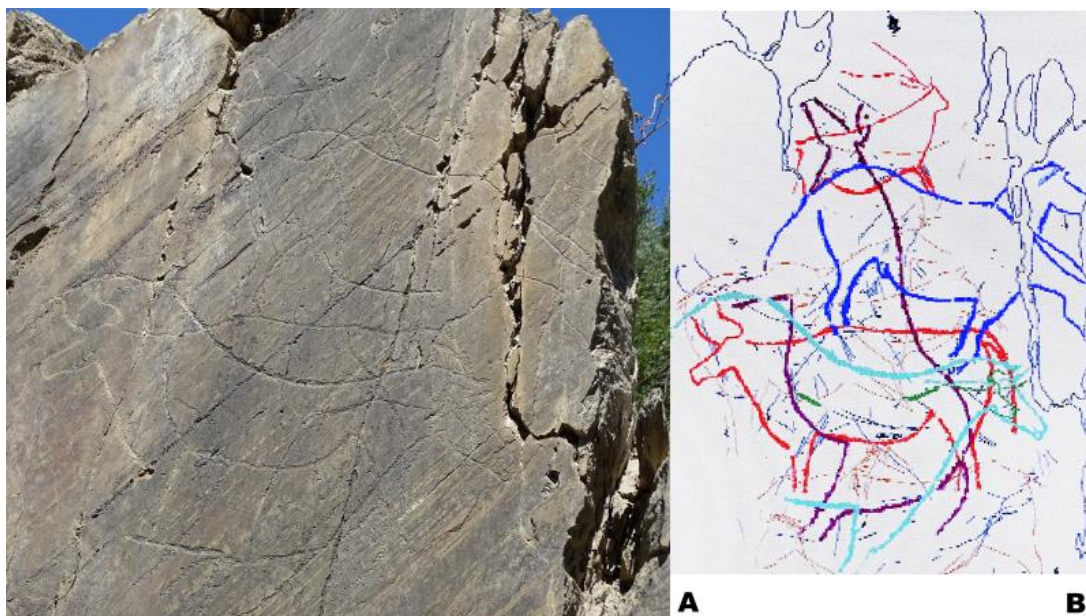


Fig 6. Grabados en roca 1 de Canada do Inferno. A. Fotografía de la roca. B. Dibujos en distintos colores, reproducen petroglifos de roca 1, para facilitar su identificación, pues hay varias figuras superpuestas. Cada color representa una etapa de creación (estratigrafía) (18)

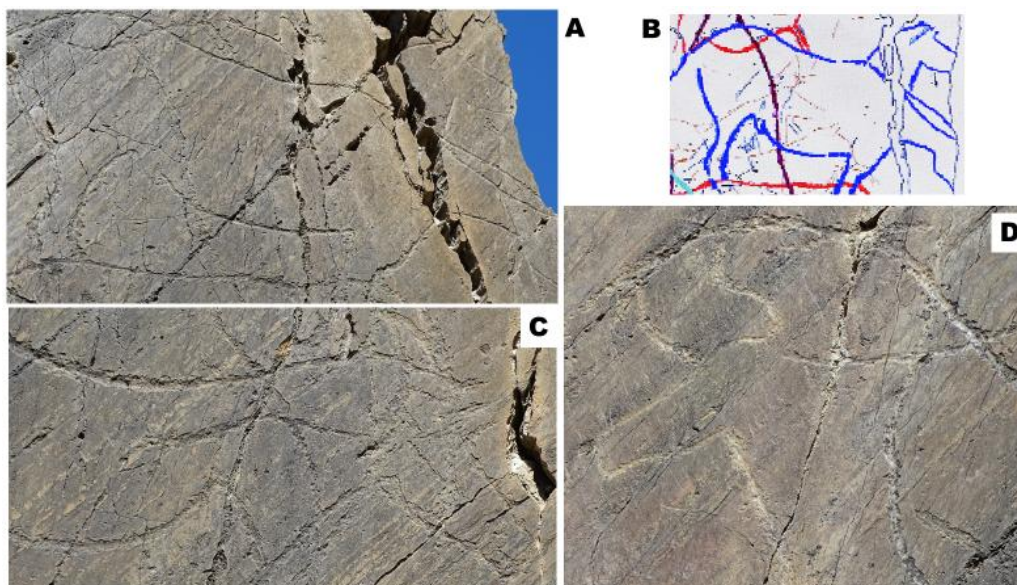


Fig 7. Detalles de roca 1 de Canada do Inferno (25.000 a 20.000 años) A. Uro incidido, con dos cabezas. B. Dibujo del uro fotografiado en A. C y D Uros, técnica de percusión o piqueteado

Técnicas de grabado. Las manifestaciones gráficas atribuidas al Paleolítico fueron realizadas principalmente sobre superficies de esquisto naturalmente planas y lisas, dispuestas vertical o

sub-verticalmente, cuya génesis está relacionada con fracturas de origen tectónico (18,19). Excepcionalmente, se encuentran también superficies graníticas, con pocas figuraciones (ej: estación de Faia) (24). Fueron empleadas varias modalidades de técnicas de grabado: percusión directa e indirecta (Fig. 7, 8, 9, 10) incisión fina, filiforme, con sus variantes de contornos sencillo o múltiples e interiores (Fig. 8ª, 9A y D) con o sin estriado e incisión profunda; abrasión y raspado. A veces aparecen dos o más técnicas juntas en el mismo motivo (21,24). La incisión fina fue utilizada, sobre todo, para figuras de pequeño tamaño (hasta 15-20 cm). La gran mayoría de las figuras de tamaño mediano o grande (entre 50 cm y 2 m) tienen contornos piqueteados o raspados (21). Son las más antiguas.

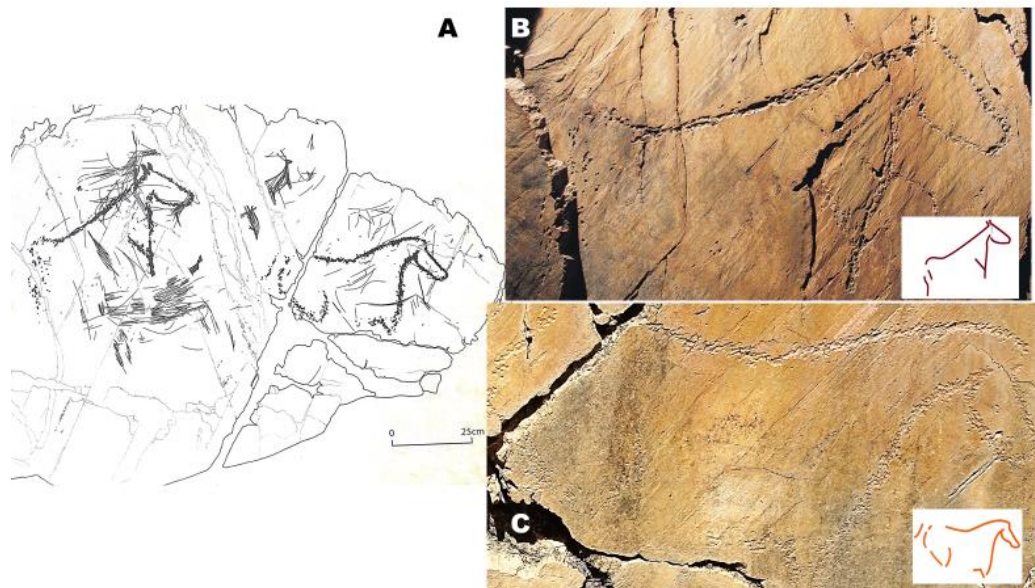


Fig 8. Roca 14 de Canada do Inferno A Dibujos muestran superposición de motivos y técnicas: Caballos grabados por percusión y cabras por incisión múltiple.

B y C. Fotografías de caballos grabados por percusión, sobre esquisto.

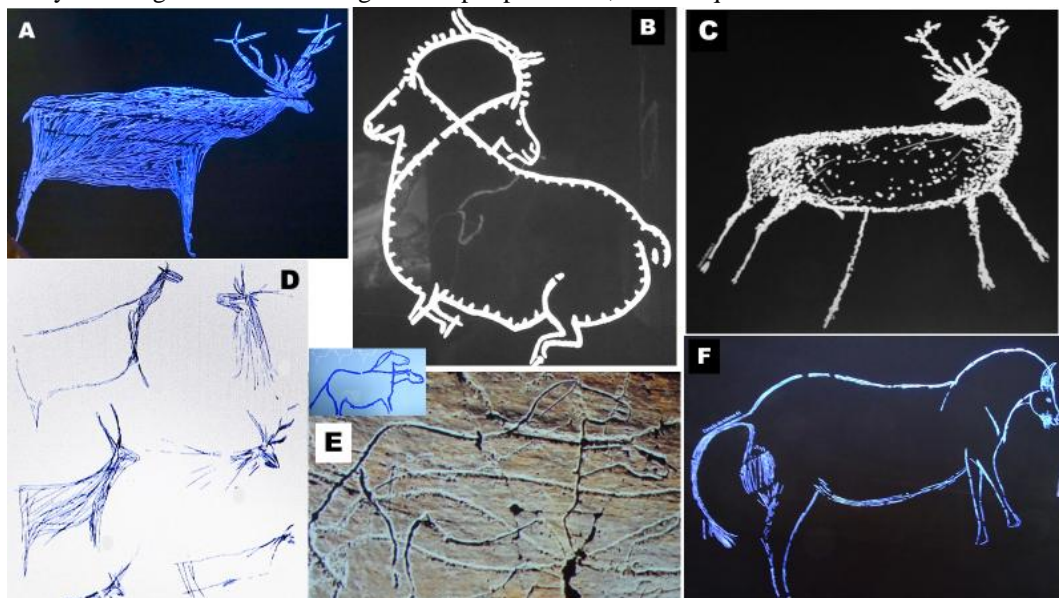


Fig 9. A Ciervo, grabado con incisión múltiple B Cabra montesa con cabeza en 2 posiciones: mirando hacia el frente y hacia atrás C. Ciervo piqueteado D. Cabras y ciervos por incisión E. Caballo con cabeza en 2 posiciones (roca 1 de Fariseu) F. Caballo en Canada do Inferno.

(Fotografías tomadas por la autora en Museo de Cõa)



Fig 10. Grabados por técnica de percusión sobre esquisto, en Canada do Inferno (Portugal)

Pintura de color rojo en las líneas del grabado (Fig. 11) se ha encontrado solo en un refugio en las rocas de la estación de Faia (18). Su escasez, posiblemente se debe a la dificultad para la preservación de los pigmentos expuestos a la lluvia y demás elementos naturales

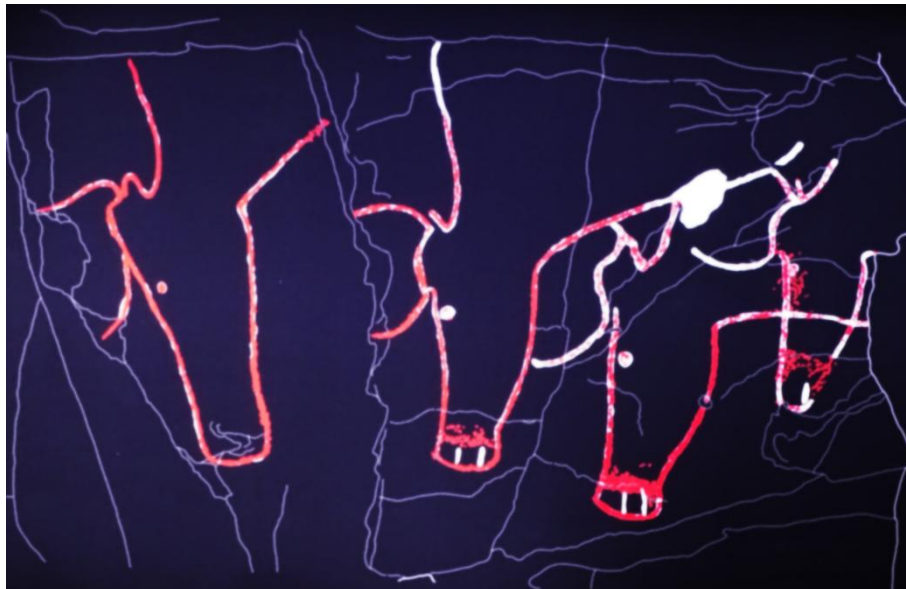


Fig 11. Roca N° 6 de Faia: uros grabados por percusión y abrasión y pintados con ocre (18)
(Foto tomada por la autora, en el Museo de Côa)

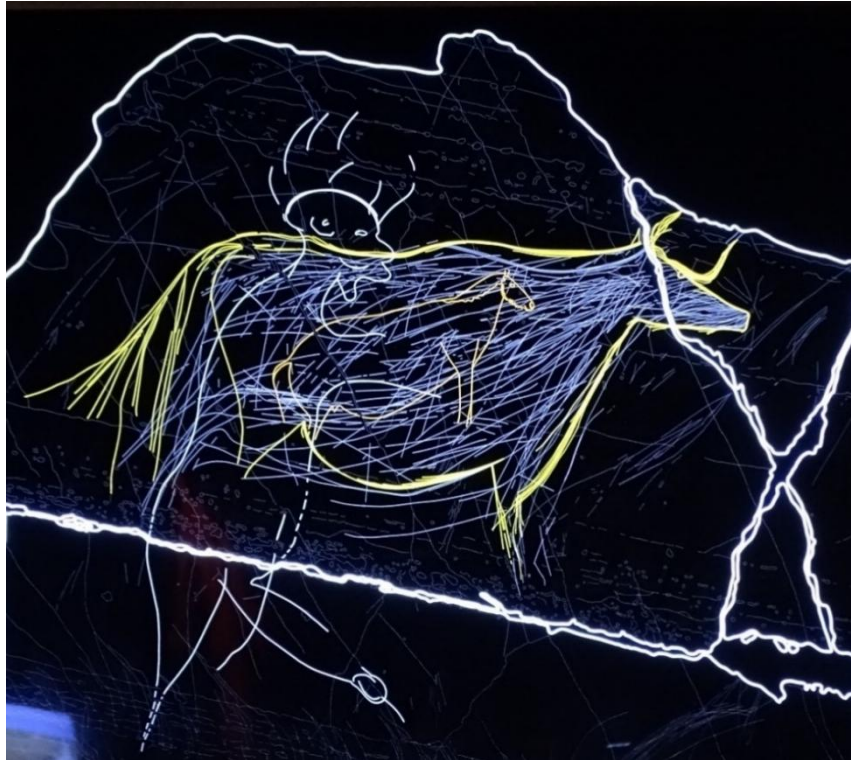


Fig 12. Estratigrafía de parte superior de roca N° 2, en Ribeira de Piscos. La figura humana, con un gran falo y sin pies, es más reciente (15.000-10.000 años) que los uros superpuestos, grabados por incisión lineal múltiple. También se aprecia un caballo (18) (Museo de Côa)

Significado

Es desconocido y sujeto a interpretaciones. En muchos casos los grabados posiblemente decoraban áreas de habitación, en otros quizás tenían el propósito de informar, comunicar, señalar, demarcar territorios de caza y recolección o realizar rituales. Los grabados en el Valle del Côa y Siega Verde, por su extensión y riqueza iconográfica, hacen pensar que el arte rupestre paleolítico al aire libre no es una excepción, como se pensaba cuando se conocía sólo el arte que se había conservado en las cuevas, bajo abrigo, sino que su ausencia en otros lugares puede estar relacionada con la geología, el clima y la tafonomía, factores que impidieron su preservación (21), por eso el Valle del Côa es un importante testigo del desarrollo cultural del hombre.

Superposición de figuras

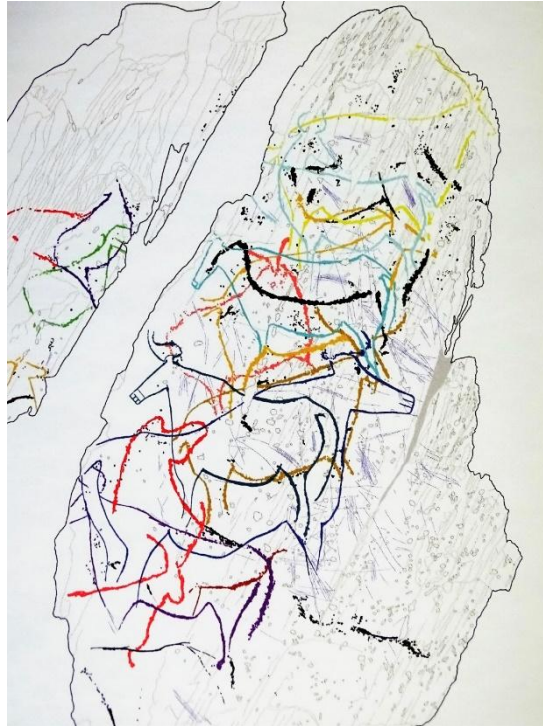


Fig 13 Estratigrafía de grabados de roca 3 de Penascosa (25.000- 20.000 años)
Cada color representa una época (18)

No se conoce bien el significado de la superposición de las imágenes (Fig. 6B, 8,12, 13) pero se ha llegado a la conclusión de que era intencional, no por falta de espacio, ya que en la cercanía de rocas muy ricas en motivos hay otras aptas para ser grabadas, pero no lo están. Los artistas parecen haber escogido las rocas por alguna razón: En Canada do Inferno, por ejemplo, hay mayor superposición de grandes figuras en las rocas situadas a mayor altitud, las cuales pueden verse de lejos. La separación en el tiempo entre motivos en una misma roca abarca pocos miles de años o pocos cientos de años o pueden ser contemporáneas. Parece haber una asociación particular, intencional, entre las figuras, la cual se repite en diferentes lugares, Algunas figuras fueron recreadas y reusadas. Un mayor grado de superposición se observa en las rocas con grabados pertenecientes al periodo Gravetiense (25,000 a 20.000 aa) como las de Canada do Inferno, Penascosa y Fariseu en las márgenes del Côa. En periodos más recientes dentro del Paleolítico superior, en localidades cercanas a pequeños arroyos, las superposiciones son menos frecuentes (18).

Perspectiva temporal del arte rupestre del Paleolítico

Paleolítico Inferior

El arte más antiguo del mundo está constituido por petroglifos producidos hace 290.000 a 700.000 años en forma de cúpulas y meandros (Fig. 14A) sin fin utilitario, como los que se encuentran en la Cueva Auditorio en Bhimbetka, Madhya Pradesh, India, grabados sobre rocas muy duras como cuarcita, granito y cuarzo cristalino. Creadas posiblemente por *H erectus*, cuyos instrumentos de piedra eran cantos tallados (Cultura Olduvayense). En Daraki-Chattan, Madhya Pradesh, India, se encuentran 500 cúpulas parecidas a ésta (Fig. 14A) y de la misma época (27,28).

Paleolítico Medio

Las cuevas de Blombos, a 300 km de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, estuvieron habitadas por el *H sapiens* durante 3 fases: la primera hace 140.000-100.000 años, la segunda iniciada hace

80.000 años y la tercera 73.000 años atrás. Allí se encontró en el año 2011 (29) un grabado geométrico sobre una piedra de mineral de hierro ocre de 70.000 años de antigüedad (Fig 14B.) y conjuntos de elementos de hace 100.000 años considerados como talleres de pintura:

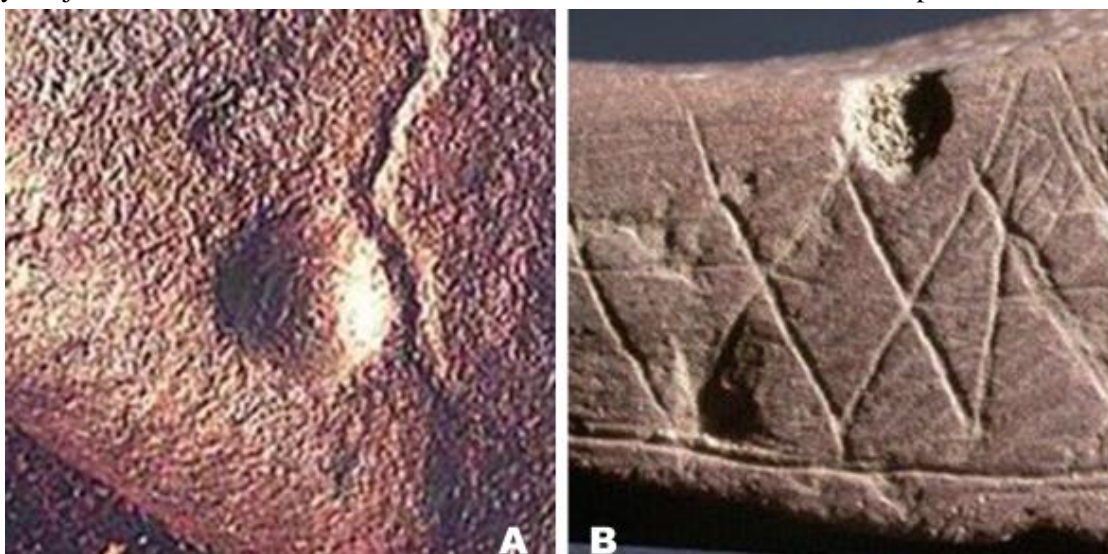


Fig 14. A. Cúpulas y meandros en cueva Auditorio, Bhimbetka, Madhya Pradesh, India (28)
B. Grabado geométrico sobre mineral de hierro ocre. Cueva Blombos, Sudáfrica

Equipos para procesar ocre y elaborar pigmentos tales como piedras para moler, masas y espátulas para trabajar la pasta, conchas de moluscos para contener la pintura, huesos, carbón, pigmentos rojos y amarillos. Es posible que la pintura fuera empleada para pintar cuerpos o piel humana. También podría haberse usado para pintar cuero, paredes u otros objetos. No se encontraron pictografías. Lamentablemente, la superficie de las cuevas africanas no es ideal para que las pinturas se preserven. Los autores consideran esos hallazgos como evidencias de pensamiento complejo, pues el hecho de compilar todos los elementos para pintar requería un grado importante de planificación. La habilidad conceptual para planificar, conseguir, procesar y almacenar recursos que mejoran la tecnología o las prácticas sociales representa un punto de referencia en la evolución de la cognición compleja humana. La creación de obras de arte evidencia pensamientos simbólicos (29)

En Europa se han encontrado cúpulas como las mencionadas en la sección precedente. Las más antiguas están en el complejo de cuevas La Ferrassie (región de Dordoña, Francia). Hay 18 cúpulas en una piedra de calcita que cubre la tumba donde está enterrado un niño Neanderthal hace 60.000 años (70.000 – 40.000) (30) Al lado del esqueleto de un adulto se encontró un fragmento de hueso cilíndrico con grabados geométricos, en forma de 4 grupos de líneas paralelas (31)

Paleolítico superior

Europa: En España y Francia, se han registrado a partir del siglo XIX más de 400 cuevas, algunas de ellas muy profundas, con representaciones, principalmente pictóricas, de animales ya extintos, o migrados a otras regiones, como mamuts, bisontes, renos, pingüinos, leones y rinocerontes. La cronología ha sido difícil de establecer a pesar de más de cien años de estudios. Recientemente, con una técnica de datación que utiliza series de uranio en muestras de calcita que están por encima y por debajo de los pigmentos, Pike y col. estudiaron 11 cuevas en la región cantábrica de España (32). Las más antiguas pinturas se encontraron en la cueva de El Castillo: un disco rojo con edad mínima de 41.400 años y una plantilla de mano de 37.600 años; en la cueva de Tito Bustillo una figura de 36.200 aa y en la cueva de Altamira un símbolo claviforme de 36.100 años (Fig. 15). La más reciente de las edades mínimas, 22.100 años, está

en la cueva de Altamira. Se observa que en una misma cueva y en puntos próximos unos de otros hay pinturas cuyas edades mínimas difieren ampliamente, tal como sucede con los grabados del Valle del Còa, los cuales, como ya se dijo, datan de 25.000 a 12.000 AP.

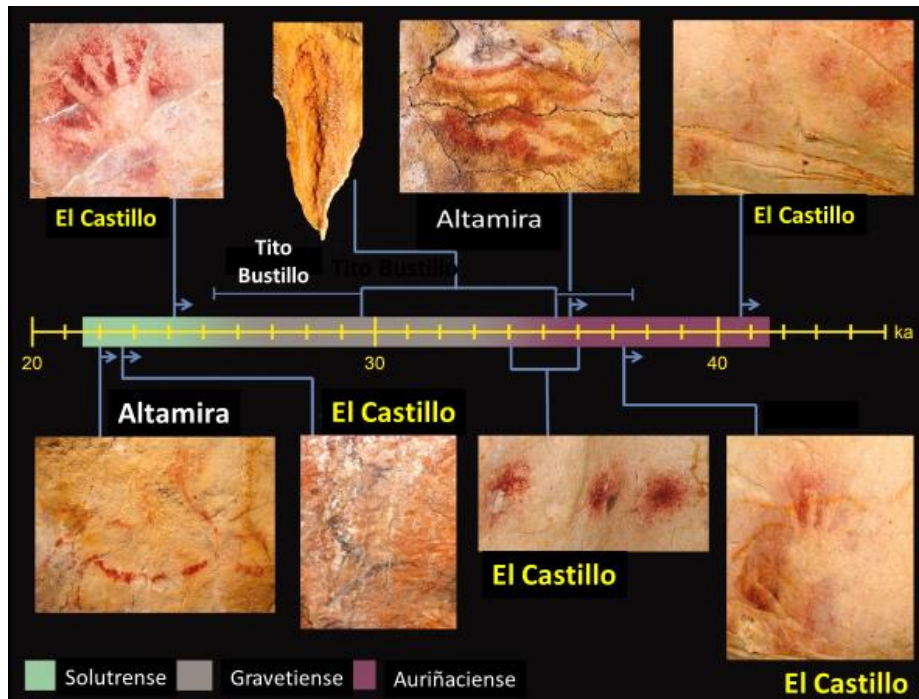


Fig 15. Cronología de algunas pinturas en cuevas de la región cantábrica de España (32)

En el sitio arqueológico Abri Blanchard en el valle del río Vézère, Francia se descubrió recientemente el grabado sobre piedra caliza que data de hace 38.000 años (33,34) (Fig 16 A) y en Cantalouette, Dordoña. Francia, el grabado de un ave (Fig. 16B) de hace 35.000 años, sobre una piedra pequeña, donde se utilizó una técnica muy poco frecuente en esa época, para producir una imagen de gran detalle, belleza y dinamismo sobre una piedra que parece haber sido descartada poco después (arte efímero) (35).

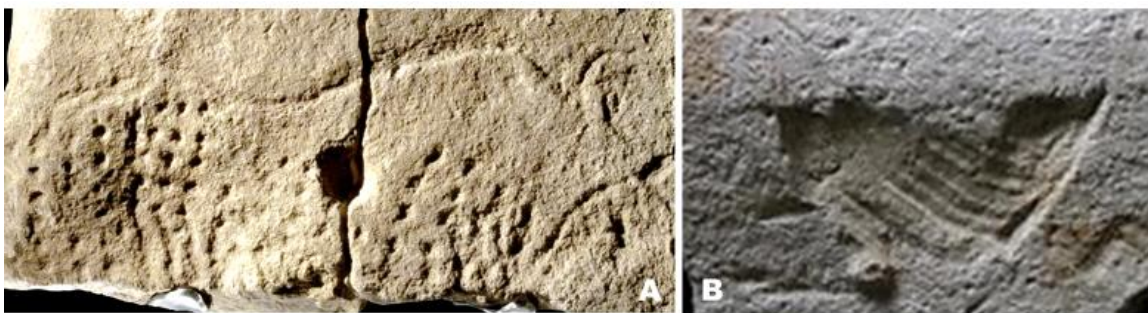


Fig 16. A. Bóvido grabado en piedra caliza, hace 38.000 años. Abri Blanchard, Francia.
B. Pájaro, grabado hace 35.000 años. Cantalouette, Dordoña. Francia



Fig 17. Grabados sobre piedra caliza, 37.000-33.500 años. Cueva Chauvet-Pont d'Arc, Francia. La roca fue raspada, antes de hacerlos. A. Lechuza mirando hacia atrás (cabeza rotada 180°) 45 cm. B. Caballo, mide 1.2 m (36)

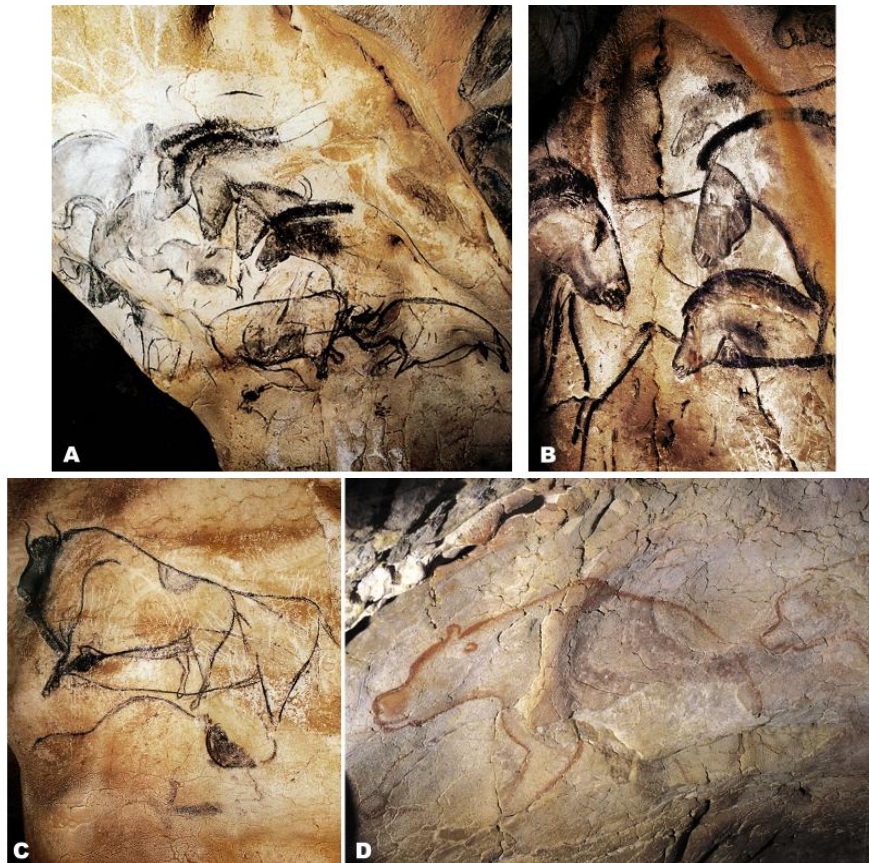


Fig 18. Pinturas rupestres en cueva Chauvet-Pont d'Arc, Francia 37.000 – 33.500 aa. A. Mamut, oso, caballos y rinocerontes lanudos, algunos superpuestos. B. Detalle de cabezas de caballos y cuerpo de león C. Bisontes D. Osos. El pigmento negro es carbón con arcilla.

La cueva de Chauvet-Pont d'Arc, situada en la región de Ardeche, al sur de Francia, uno de los sitios de arte rupestre prehistórico más famosos por su calidad estética, variedad de motivos, antigüedad y excelente conservación (36). Recientes estudios de datación han permitido conocer que la cueva estuvo habitada por humanos durante dos lapsos: 37.000 - 33.500 años y 33.500 -

31.000 años. Desde hace 21.000 años permaneció cerrada por derrumbe, hasta su descubrimiento en 1994 (37). La mayoría de las pinturas y grabados pertenecen al primer periodo de ocupación. Incluyen 14 tipos de animales, incluyendo predadores como panteras, leones, hienas, osos, además de aves, caballos, rinocerontes, bisontes, megaloceros, etc.

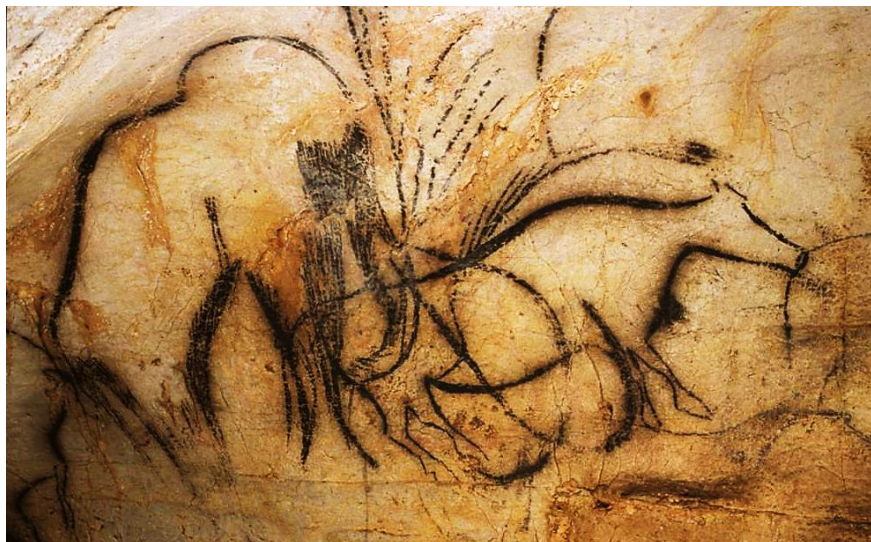


Fig 19. Pinturas rupestres en cueva Pech Merle, Francia. Arriba panel de caballos moteados (25.000 años)
Abajo Mamut y Uro (18.000 años) hechas con dióxido de manganeso

Asia: Sulawesi, Indonesia

Al pie de las mesetas calizas de Maros, en isla de Sulawesi, Indonesia, se encuentran numerosas cuevas con pinturas rupestres. Aubert y col (41) investigaron la edad de 12 plantillas de mano y dos representaciones de animales en siete cuevas, utilizando la técnica de series de uranio de espeleotemas coraloides asociadas a las pinturas, técnica similar a la empleada en las cuevas españolas (32). La edad de las pictografías varió entre 17.000 y 44.000 años. La plantilla de mano que se muestra en la Fig 21 C y D tiene una edad mínima de 39.900 años y es, para la fecha de su datación en 2014, la más antigua conocida en el mundo. La pictografía de una babirusa (pig-deer) de 35.400 aa (Fig 21 A) es también muy antigua y tiene edad comparable con las pinturas figurativas de las cuevas de Chauvet-Pont d'Arc en Francia (36), situadas a 10.000 km de distancia. Lamentablemente su estado de conservación no es bueno, pues la pintura se está exfoliando.

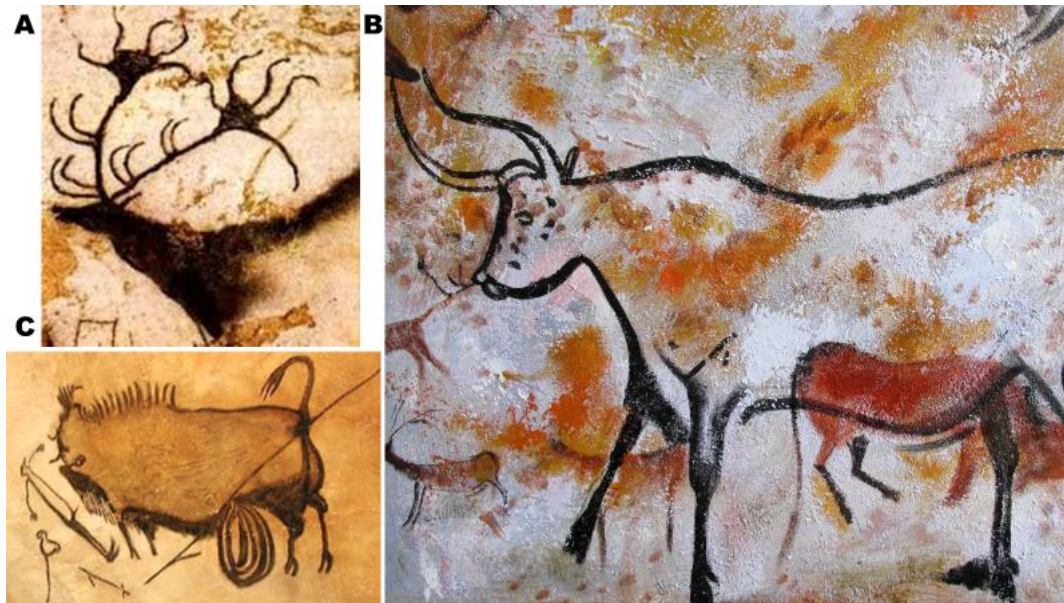


Fig 20. Pinturas rupestres de cueva de Lascaux (17.500 a 15.500 años) A. Megalocero. B Uro y otras figuras superpuestas. C. De izq a der: ave, humano y bisonte

Los autores del trabajo han puesto en evidencia que la idea del origen europeo de la creatividad artística humana, muy ampliamente sostenida, ya no es aceptable. Un interesante video publicado por la revista Nature se puede ver en la referencia 42. Hace énfasis en la importancia de estos descubrimientos.

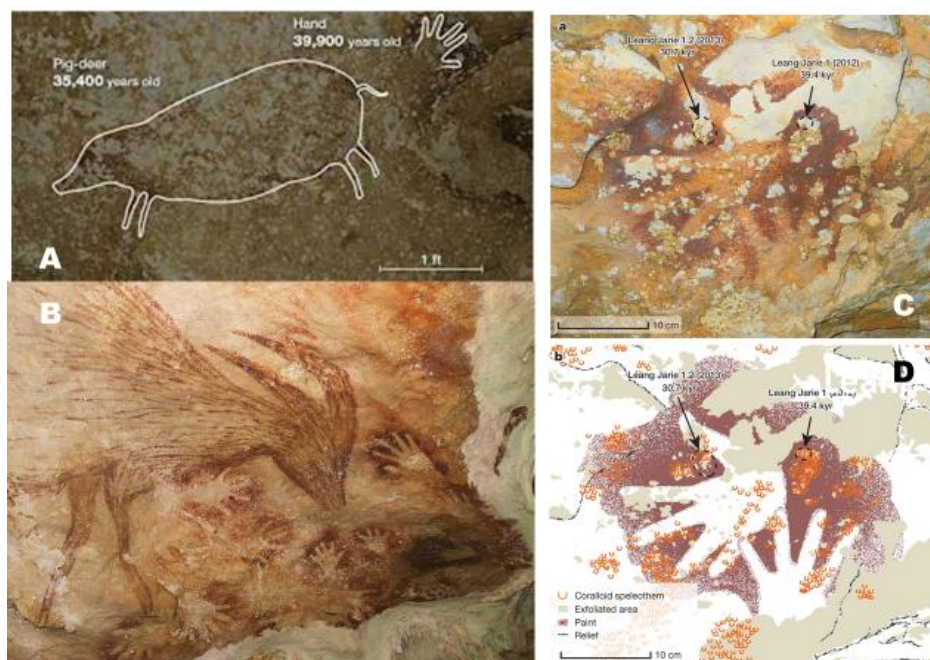


Fig 21. Pinturas rupestres en cuevas de Sulawesi, Indonesia (39) A. Babirusa (35.400 años) y plantilla de mano (39.900 años) en Leang Timpuseng. B. Babirusa y plantillas de mano. C y D. Plantillas de mano encontradas en Leang Jarie (Indonesia).

Un grabado atribuido a *Homo neandethaensis* en Gibraltar, España

La Cueva de Gorham en Gibraltar estuvo habitada por miembros de la especie *Homo neandethaensis*. Rodríguez-Vidal y col. (43) encontraron allí un grabado geométrico que han estudiado en forma exhaustiva (Fig. 22). Está compuesto por 13 líneas entrecruzadas hechas pasando un instrumento lítico puntiagudo en forma repetida y cuidadosa por los surcos, lo cual excluye la posibilidad de un origen utilitario o no intencional. Constituye el primer ejemplo conocido de un grabado abstracto en una pared de roca creado por esa especie del género *Homo*. Demuestra la capacidad de los Neandertales para el pensamiento y la expresión abstracta (43)

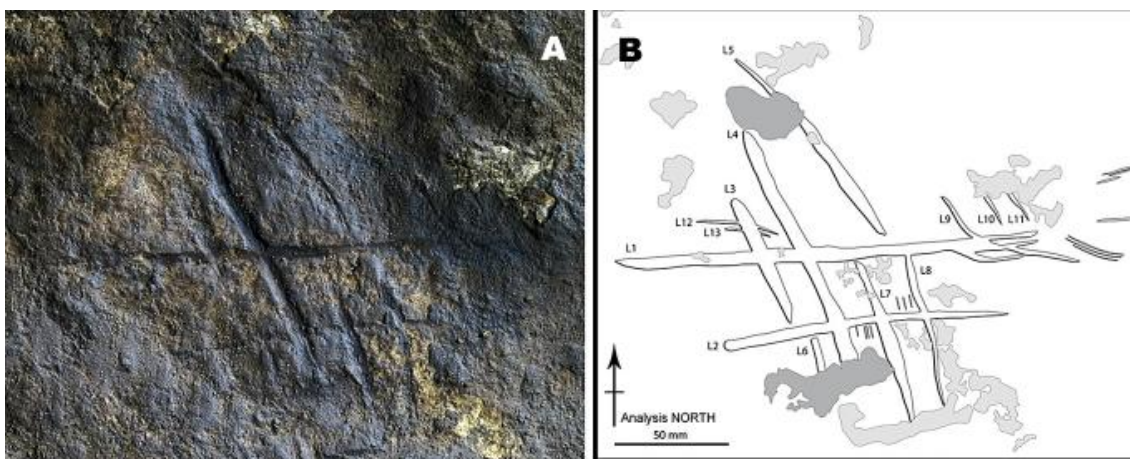


Fig 22. A. Grabado en Cueva de Gorham, Gibraltar. España. Antigüedad 39.000 años. 300 cm².
B. Dibujo del grabado

Evolución del pensamiento simbólico y capacidad para representación de imágenes.

Observando la cronología y la calidad de las imágenes mostradas en el presente trabajo, se puede pensar que el hombre comenzó representando figuras geométricas simples como cúpulas, patrones lineales, discos, puntos rojos y otras formas abstractas. Posteriormente surgieron las plantillas de manos que se observan con gran frecuencia en muchas cuevas en el mundo y luego o simultáneamente aparecieron las representaciones figurativas de animales en forma de grabados y pinturas cada vez más variadas y complejas (32, 41). Las muy bellas y elaboradas pinturas de las cuevas de Chauvet-Pont d'Arc en Francia de hace aproximadamente 37.000 a 33.500, las de El Castillo y otras en España, son contemporáneas de pinturas figurativas en la isla de Sulawesi, situada a más de 10.000 km de distancia. Esto sugiere que el *Homo sapiens* que salió de África y llegó a Asia, Europa y Australia tenía ya la capacidad intelectual y social que le permitió desarrollar formas de arte bastante sofisticadas (41,42). Es necesario continuar realizando exploraciones en busca de expresiones artísticas en África y a lo largo de las rutas migratorias que se supone siguieron los humanos en su dispersión por el mundo.

Como la antigüedad de las imágenes representa edades mínimas, debido a los métodos de datación usados por los investigadores, Pike y col (32) consideran que, en Europa, donde los Neandertales estuvieron, por ejemplo, en la región Cantábrica de España hasta hace 42.000 años, no se puede descartar que algunas de las pinturas más antiguas fueran expresiones simbólicas de dicha especie.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Celis D, Botiva Contreras Á. Introducción al arte rupestre. Rupestreweb, <http://www.rupestreweb.info/introduccion.html>. Consultado: agosto 2016
2. Prehistoria. <http://conceptodefinicion.de/prehistoria/> Consulta: agosto 2016
3. Anton S, Potts R, Aiello LC. Evolution of early Homo: An integrated biological perspective. *Science* 2014, 345:45 DOI: 10.1126/science.1236828
4. Gowlet JAJ. The discovery of fire by humans: a long and convoluted process *Phil Trans R Soc B* 2016: 371 (1696) 20150164)
5. Harmand, S, Lewis JE, Feibel CS, et al. 3.3-million-year-old stone tools from Lomekwi 3, West Turkana, Kenya. *Nature* 2015, 521:310–315 doi:10.1038/nature14464
6. McPherron SP, Alemseged Z, Marean CW, Wynn JG, Reed D, Geraads D, Bobe R, Béarat HA. Evidence for stone-tool-assisted consumption of animal tissues before 3.39 million years ago at Dikika, Ethiopia. *Nature*, 2010, 466:857–860 doi:10.1038/nature09248
7. Villmoare B, Kimbel WH, Seyoum C, et al. Early Homo at 2.8 Ma from Ledi-Geraru, Afar, Ethiopia. *Science*, 2015, 347:1352-1355 DOI: 10.1126/science.aaa1343
8. Paleolithic Period. Enciclopedia Británica. 2016. Disponible en: <https://www.britannica.com/event/Paleolithic-Period#ref54160>.) Consultado 15-8-2016
9. Magalhaes AM, Alcaza I. Vale do Côa. Um lugar mágico. Cromotipo Artes Gráficas Lda. Portugal. 1998
10. Historia de la Escritura ATT https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_escritura#Invenci.C3.B3n_de_la_escritura. Consulta: septiembre 2016
11. Mark A. Maslin MA, Shultz S, Trauth MH. A synthesis of the theories and concepts of early human evolution. 2015.DOI: 10.1098/rstb.2014.0064 <http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/370/1663/20140064.full>
12. Oppenheimer S. Journey of Mankind. The peopling of the world - Humankind's global migration. Interactive trail from the book *Out of Eden*, 2003. Disponible en <http://www.bradshawfoundation.com/journey/>
13. Oppenheimer S. Out-of-Africa, the peopling of continents and islands: tracing uniparental gene trees across the map. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2012;367(1590):770-84. doi: 10.1098/rstb.2011.0306. Review
14. López S, van Dorp, Hellenthal G. Human Dispersal Out of Africa: A Lasting Debate. *Evol Bioinform Online.* 2015; 11(Suppl 2): 57–68. Published online 2016 Apr 21.
15. Lahr MM. The shaping of human diversity: filters, boundaries and transitions. *Phil Trans Roy Soc.* 2016 <http://rstb.royalsocietypublishing.org>
16. Harcourt AH. Human phylogeography and diversity. *PNAS.* 2016;113(29):8072–8078 www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1601068113
17. Parque Arqueológico del Valle del Côa (PAVC) Disponible en: <http://www.dourovalley.eu/ES/poi?id=6883&r=9>. Consultado 19-9-2016.
18. Baptista AM. The Quaternary Rock Art of the Côa Valley (Portugal). *Actes do colloque de la Commission VIII de L'UISPP* 237. 2000:237-252 Disponible en: <http://www.patrimoniocultural.pt/media/uploads/trabalhosdearqueologia/17/19.pdf>
19. Zilhão, J. The rock art of the Côa valley, Portugal. Significance, conservation and management. *Conservation and Management of Archaeological Sites* 1998; 2 (4): 193-206. Disponible en (<http://www.arte-côa.pt/index.php?Language=en&Page=Gravuras&SubPage=ArteRupestre&Sitio=12>
20. Sitios de arte rupestre prehistórico del valle del Côa. https://es.wikipedia.org/wiki/Sitios_de_arte_rupestre_prehist%C3%B3rico_del_valle_del_C
21. Zilhão J. La puesta en valor del arte rupestre del Valle del Côa (Portugal). *Trabajos de prehistoria*, 2.000;57(2):57 a 64. Disponible en <http://revistas.csic.es/index.php/tp/article/viewFile/247/247>. Consultado 15-12-2016
22. Fundación Côa Parque <http://www.arte-côa.pt/>
23. Aubry T, Mangado Llach X, Sampaio JD, Sellami F. Open-air rock-art, territories and modes of exploitation during the Upper Palaeolithic in the Côa Valley (Portugal). *Antiquity* 2002; 76: 62-71?

24. García Diez M, Aubry T. Grafismo mueble en el Valle de Côa (Vila Nova de Foz Côa, Portugal): la estación arqueológica de Fariseu. *Zephyrus*. 2002 55:157-182. Disponible: http://www.academia.edu/1040436/Grafismo_mueble_en_el_Valle_de_C%C3%B4a_Vila_Nova_de_Foz_C%C3%B4a_Portugal_la_estaci%C3%B3n_arqueol%C3%B3gica_de_Fariseu
25. UNESCO. Sitios de arte rupestre prehistórico del Valle del Côa y de Siega Verde <http://whc.unesco.org/es/list/866>
26. Uro ATT. https://es.wikipedia.org/wiki/Bos_primigenius_primigenius#/media/File:Aurochs_liferestoration.jpg Consultado: septiembre 2016
27. Prehistoric Art Timeline (2.5 Million - 500 BCE)
28. <http://www.visual-arts-cork.com/prehistoric/cupules.htm>
29. Henshilwood CS, D'Errico F, van Niekerk KL, Coquinot Y, Jacobs Z, Stein-Erik Lauritzen SE, Menu M, García-Moreno RA. 100,000-Year-Old Ochre-Processing Workshop at Blombos Cave, South Africa. *Science* 2011; 334:219-222 DOI:10.1126/science.1211535
30. <http://www.visual-arts-cork.com/prehistoric/ferrassie-cave-neanderthal-burial.htm>
31. Zilhao J. The Emergence of Ornaments and Art: An Archaeological Perspective on the Origins of Behavioral Modernity. *J Archaeol Res* 2007; 15:1-54
32. Pike AWG, Hoffmann DL, García-Diez, M, Pettitt PB, Alcolea J, De Balbín R, González-Sainz, C, de las Heras C, Lasheras JA, Montes R, Zilhão J. U-Series Dating of Paleolithic Art in 11 Caves in Spain. *Science* 2012; 336: 1409-1413
33. R. Bourrillon, R. White, E. Tartar, L. Chiotti, R. Mensan, A. Clark, J.-C. Castel, C. Cretin, T. Higham, A. Morala, S. Ranlett, M. Sisk, T. Devière, D.J. Comeskey. A new Aurignacian engraving from Abri Blanchard, France: Implications for understanding Aurignacian graphic expression in Western and Central Europe. *Quaternary International*, 2017; DOI: 10.1016/j.quaint.2016.09.063
34. Anthropologists uncover art by (really) old masters—38,000 year-old engravings January 27, 2017. <https://phys.org/news/2017-01-anthropologists-uncover-art-masters38000-year-old.html>
35. Ortega I, Rios-Garaizar J, Maidagan DG, Arizaga J, Bourguignon L - A naturalistic bird representation from the Aurignacian layer at the Cantalouette II open-air site in southwestern France and its relevance to the origins of figurative art in Europe. *Journal of Archaeological Science: Reports*. 2015; 4: 201-209
Disponible <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352409X15301140#st0120>
36. Bradford Foundation. The art of the Chauvet Cave. Ice age Paleolithic cave paintings http://www.bradshawfoundation.com/chaudet/chaudet_cave_paintings.php
37. Quilesa A, Valladas H, Bocherens H, Delqué-Količe E, Kaltnecker E, van der Plicht J, Delannoyh JJ, Feruglio Vi, Fritzi C, Monneyh J, Philippel M, Tosello G, Clottesm J, Genesten JM. A high-precision chronological model for the decorated Upper Paleolithic cave of Chauvet-Pont d'Arc, Ardèche, France. *PNAS* 2016;113 (17) 4670-4675, doi:10.1073/pnas.1523158113
38. La Cueva de Pech Merle. Disponible en: <http://www.tourisme-lot.com/es/las-inevitables/lugares-excepcionales/la-cueva-de-Pech-Merle> Consulta: enero 2017
39. Pech Merle. Disponible en <http://www.ekainberri.com/2015/05/pech-merle-la-cueva-de-los-caballos-moteados/?lang=es> Consulta: enero 2017
40. Lascaux. Cave paintings of Southwestern France. Disponible en: <http://www.bradshawfoundation.com/lascaux/index.php> Consulta: agosto 2016
41. Aubert M, Brumm A, Ramli M, Sutikna T, Saptomo EW, Hakim B, Morwood MJ, Kinsley L, Dosseto A. Pleistocene cave art from Sulawesi, Indonesia. *Nature*; 2014; 514:223-227 doi:10.1038/nature13422
42. Pleistocene cave art from Sulawesi <http://mamul.am/en/news/71373/pleistocene-cave-art-from-sulawesi-indonesia>
43. Rodríguez-Vidal J, d'Errico F, Giles Pacheco F, Blasco R, Rosell J, Jenningsh RP, et al. A rock engraving made by Neanderthals in Gibraltar. *PNAS* 2014; 111:13301-13306

Historia de la Especialización en Medicina Crítica del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo

María Elena González-Inciarte *
Maritza Wilhem **

RESUMEN

La primera referencia a la agrupación de enfermos críticos en un área común dotada de mayores recursos tiene lugar en la Guerra de Crimea. En América Latina las primeras Unidades de Cuidado Intensivo fueron fundadas a finales de la década de 1960. En Venezuela podemos ubicarlo en la década de los años cincuenta, reconociendo al Dr. Roberto Lucca como pionero de esta especialidad. La Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), se implementó y comenzó su funcionamiento el 27 de marzo de 1968. El 10 de octubre de 1977 el Dr. Guillermo Cook impulsa ante el Consejo de la Facultad de Medicina la organización de la Residencia Universitaria del Postgrado de Medicina Crítica. El 16 de enero de 1979 se inicia el primer curso de Postgrado Universitario de la Especialización en Medicina Crítica en el SAHUM.

Palabras clave: Medicina Crítica. Historia. Postgrado. Hospital Universitario de Maracaibo.

ABSTRACT

The first reference to the grouping of critical patients in a common area with greater resources takes place in the Crimean War. In Latin America the first intensive care units were founded in the late 1960s. In Venezuela we can locate it in the 1950s, recognizing Dr. Roberto Lucca as a pioneer of this specialty. The Intensive Care Unit of the Autonomous Service of the University Hospital of Maracaibo (SAHUM), was implemented and began its operation on March 27, 1968. On October 10, 1977, Dr. Guillermo Cook impels before the Council of the Faculty of Medicine the Organization of the University Residency of the Postgraduate Course in Critical Medicine. On January 16, 1979 begins the first course of University Graduate Specialization in Critical Medicine in SAHUM.

Key words: Critical Medicine. Concepts. History. Postgraduate Courses. Hospital Universitario de Maracaibo.

El término de Medicina Crítica se introdujo y conoció a finales de 1950 en la Universidad del Sur de California. Este concepto hace referencia al espacio físico, a la concentración de recursos materiales y a la presencia de personal capacitado específicamente en la atención del paciente en situación de gravedad, que pone en peligro su vida. Asimismo, se requiere el cuidado y monitoreo en forma continua a fin de detectar cualquier desviación y que ésta se prevenga o corrija en forma oportuna. A través de cambios y ajustes en tiempo real, mediante monitoreo electrónico de signos vitales, monitoreo hemodinámico, respiratorio, metabólico, etc.

* Profesora Asociada, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia

** Profesora Titular, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia

Correo nenagoin@gmail.com Recibido Julio 26, 2016. Reenvío Enero 10, 2017

El origen de la Medicina Intensiva, aunque no bien determinado, se inició en las guerras napoleónicas cuando los heridos en combate catalogados como graves, pero recuperables, eran

evacuados del campo de batalla en carretones especiales dedicados exclusivamente a esta actividad. La primera referencia a la agrupación de enfermos críticos en un área común dotada de mayores recursos y para un mejor aprovechamiento de éstos tiene lugar en la Guerra de Crimea (1854-1856) y su principal precursora fue Florence Nightingale. En 1923, el Dr. Walter Dandy creó el concepto de Recuperación postquirúrgica y organizó la Unidad Postquirúrgica Neuroquirúrgica en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore, reclutando personal de enfermería especializado. Las enfermeras profesionales se volvieron especialistas al pie de cama bajo la dirección de neurocirujanos. En los años 30 se inició en Alemania la preparación de locales destinados al tratamiento de los recién operados; Ernst Ferdinand Sauerbruch y Marc Kirscher establecieron servicios de este tipo en sus clínicas. Este cuidado inicial intensivo se convirtió en un modelo para las unidades de recuperación postquirúrgica que proveían manejo intensivo postquirúrgico durante la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, se desarrollaron Unidades de Recuperación Postanestésica para manejo de pacientes postquirúrgicos, permitiendo un mejor pronóstico en el postoperatorio de procedimientos quirúrgicos invasivos incluyendo cirugías cardíacas y oncológicas. Antecedentes de las salas de Cuidados Intensivos, que se afinaron y especializaron aún más en las guerras de Corea y Vietnam, con los avances y conocimientos en ventilación mecánica, técnicas de reanimación, ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, reemplazo renal y el empleo de antibióticos.

En este período fue realmente importante la labor desarrollada en Alemania por R. Aschenbrenner y A. Dónhardt, quienes en las condiciones de posibilidades limitadas, realizaron una auténtica labor de pioneros. Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca, por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl y en Francia por Mollaret. Esa idea inicial fue evolucionando a lo largo de los años hasta que en los años 50-60, se crearon las primeras Unidades de Cuidados Intensivos, gracias a los avances de la Medicina y de la técnica en general, que hacían posible revertir situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles, con los primeros respiradores (1954), sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales, uso extensivo de antibióticos. Las primeras unidades centrales de tratamiento intensivo en el actual sentido de este concepto, fueron instaladas en los Estados Unidos, por iniciativa de Peter Safar en Baltimore (1958) y en Pittsburgh (1961) y de Ibsen Björn (1915-2007) en Copenhague, Dinamarca (1953)

Sin dejar de citar algunos nombres que han contribuido fundamentalmente a la organización de unidades de tratamiento intensivo como: M. H. Holmdahl, Upsula; K. Horatz, Hamburgo; R. Kucher, Viena; Ch. Lahmann, Munich; H. Pontoppidan, Boston. Esta evolución se concretó en dos modelos de desarrollo, uno derivado de la necesidad de ventilación mecánica surgida en la epidemia de poliomielitis que en esa década afectó especialmente a países del Norte de Europa y a Norteamérica y que produjeron numerosos casos de insuficiencia respiratoria aguda secundaria. Y un segundo que determinó la creación de unidades específicas para enfermos coronarios.

Desde esa época hasta nuestros días, la medicina crítica ha tenido un desarrollo vertiginoso, en el cual, van unidos la excelente atención personalizada a los pacientes, los profundos conocimientos de la fisiopatología del paciente en estado crítico, los avances deslumbrantes de la tecnología, de la biología molecular, de la monitorización, manejo y tratamiento, de la ética, y en fin, de todo aquello que hace apasionante el cuidado del paciente crítico. América Latina no ha sido ajena a este desarrollo. Las primeras unidades de Cuidado Intensivo fueron fundadas a finales de la década de 1960 y comienzos de los años 1970. Hoy podemos asegurar, que todos los países de Latinoamérica las poseen, manejadas por intensivistas, dotadas con tecnología suficiente para brindar un adecuado manejo a los pacientes que lo requieran.

Como consecuencia del deseo de unión, no solo nacional sino internacional, surgió la idea de crear una Asociación Internacional de Cuidado Crítico, que agrupara todos los países del continente americano, junto con España y Portugal. La Asamblea Constitutiva de la naciente Federación se realizó en Ciudad de México, DF. el 26 de septiembre de 1979, con presencia de los delegados acreditados como representantes de las Sociedades de Terapia Intensiva de

Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, España, Estados Unidos, México, Perú, Portugal y Venezuela; y como observadores, Delegados de Chile, Ecuador, Panamá y Uruguay. Su formación, fue protocolizada mediante Escritura de Constitución, en México, D.F., el 12 de Septiembre de 1980, en la Notaría García Diego, No 38, Vol. 554, Folio 70, No 21244, firmada por los Todo Hospital marzo 2007/234 (97-100???) doctores Alberto Villazón Sahagún y Sergio Rangel Carrillo, fijándose como tiempo de duración de la Federación de 99 años.

El comienzo de la Medicina Crítica en Venezuela podemos ubicarlo en la década de los años cincuenta, reconociendo al Dr. Roberto Lucca, como pionero de esta especialidad en nuestro país por sus trabajos y experiencias que se remontan hacia 1955, en el cuarto de recuperación de anestesia del Centro Médico de Caracas, donde empezó a aplicar por primera vez técnicas y métodos de atención al paciente gravemente enfermo.



Universidad del Zulia

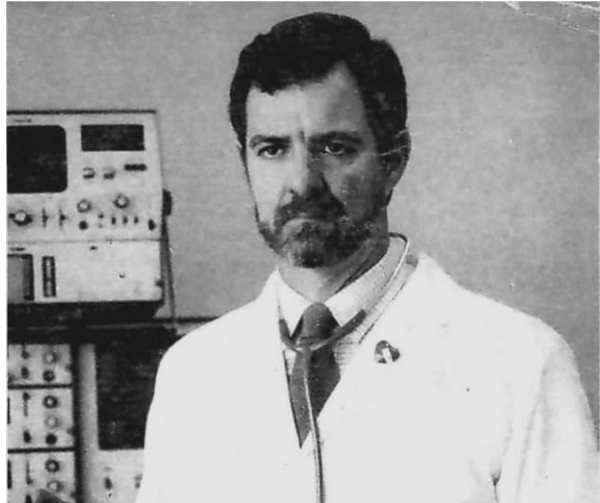
Posteriormente el Dr. Luis Miguel Guerra inicia en 1962 la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Pediátrico José Manuel de los Ríos, también en Caracas. Luego se unen a este esfuerzo los doctores Roberto Arreaza en el Hospital José Ignacio Baldo, Ramón Soto Sánchez, en la Maternidad Concepción Palacios, Máximo H. Trujillo en el Hospital Universitario de Caracas y Albino Rincón en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas Dr. Carlos Arvelo. La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo, se implementó y comenzó su funcionamiento en virtud de una carta convenio de fecha 27 de marzo de 1968, donde se estableció las bases de cooperación entre el Gobierno de la República de Venezuela, representado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre un programa interamericano de Adiestramiento para el Desarrollo de Unidades de Cuidados Progresivos en Hospitales, el cual se conoce como proyecto AMOR-4816, y para ello contó con los auspicios y apoyo financiero de la Fundación W.K.Kellogg's y del Ministerio de Sanidad.



Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo.

En el interior del país se hacían algunos esfuerzos para el tratamiento racional del paciente en condición crítica. Algunos médicos de diferentes zonas del país van a los hospitales de Caracas a recibir entrenamiento en Medicina Crítica (Aragua, Táchira, etc.). En el Hospital Universitario de Caracas se inicia en 1972 una Residencia programada de Medicina Crítica, su primer residente fue el Dr. Freddy Pereira Parra. Para el año 1977 se funda la Sociedad Venezolana de Medicina Crítica siendo su primer Presidente el Dr. Roberto Arreaza, por un período de dos años.

El proceso educativo en la UCI se sustenta en la enseñanza tutelar, el compromiso del profesor y el alumno, la presencia cotidiana y un objetivo común: el bienestar del enfermo. Lo anterior se basa en una continua interacción de los siguientes pilares de la enseñanza y aprendizaje de la medicina: Educación, Investigación, Mejora continua, Profesionalismo, Bioética. El 10 de Octubre de 1977 el Dr. Guillermo Cook impulsa ante el Consejo de la Facultad de Medicina la organización de la Residencia Universitaria del Postgrado de Medicina Crítica; el 28 de Febrero de 1978 el Consejo de la Facultad solicita al Consejo Universitario de LUZ. la aprobación de esa residencia y es el 30 de Marzo de 1978, cuando el Consejo Universitario lo aprueba según oficio N° 1578. El 16 de enero de 1979 se inicia el primer curso de Postgrado Universitario de Medicina Crítica, en la Unidad Docente Hospital Universitario de Maracaibo, constituyéndose en el primer curso de postgrado universitario en esta especialidad en el país. El Comité Académico de la Residencia para ese momento quedó constituido por: Dr. Jorge Quintero Atencio (Jefe del Departamento de Medicina Interna), Dr. Gustavo Pineda (Profesor Agregado de la Universidad del Zulia, Especialista en Medicina Crítica), Dr. Humberto J. Rodríguez Álvarez (Cardiólogo, Representante de la Sociedad de Medicina Crítica) y el Dr. Guillermo Cook (Director de la Residencia, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Cardiólogo, el cual estuvo en este cargo hasta el año 1993).



Dr. Guillermo Cook

En 1979 se celebran en Caracas las primeras jornadas de la Sociedad y ese mismo año se funda en México la Sociedad Panamericana e ibérica de Medicina Crítica, conjuntamente con la celebración de su primer Congreso Venezuela ocupa uno de los cargos directivos de esta Sociedad.



Dr. Gustavo Pineda, con las residentes de la época, Gina Campos, Marcela Ruiz y María Elena González Inciarte.

En 1980 la Universidad del Zulia inicia el primer curso de post-grado Universitario de Medicina Crítica en el país, siendo sus fundadores los doctores Gustavo Pineda y Guillermo Cook. Durante la asamblea de la Federación Médica Venezolana, celebrada en 1981 en el estado Zulia se reconoce oficialmente la Medicina Crítica en Venezuela. En enero de 1983 empiezan los cursos de Postgrado Universitarios de Medicina Crítica en Caracas, por intermedio de la Universidad Central con cuatro sedes: Dos para la atención de pacientes adultos en los hospitales Universitario de Caracas y Miguel Pérez Carreño y dos para la atención de niños en los Hospitales J.M. de los Ríos y Miguel Pérez Carreño.

En la Gaceta Oficial de la República de Venezuela de fecha 21 de enero de 1983 se decreta para los hospitales tipo IV la creación del Departamento de Emergencia y Medicina Crítica. En esta misma década, comienza a trabajar dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos del SAHUM, el Servicio de Nutrición y Dietética, representado por las licenciadas Noris Beuses y Reneka Rincón (Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia,

Especialista en Nutrición Clínica)El personal de Enfermería que se inició en la unidad fueron las licenciadas Luci Mendoza, Vilma Medina (Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia), Idelma Villalobos (Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia) Magaly Abreu (Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia) y Juana Méndez. En 1987 Venezuela es la sede del III Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica, al cual asisten más de 80 invitados extranjeros. Los doctores Alfredo Castillo Valery y Xavier Mugarra miembros de la Sociedad Venezolana de Medicina Crítica son electos Presidente y Secretario General de la Sociedad Panamericana e Ibérica, de Medicina Crítica.



Drs. Adalberto Soto y Maribel Fernández

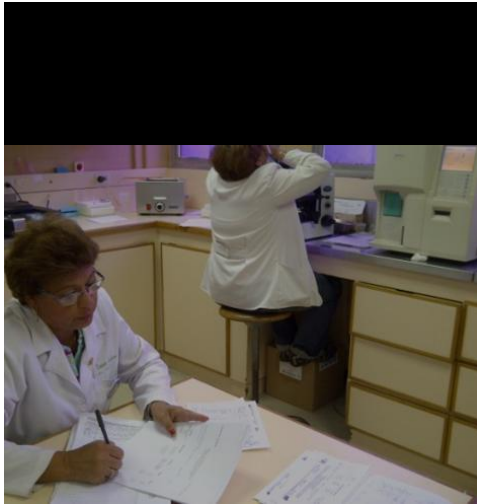


Maritza Wilhem, Carlos Aguilar y Amelia Sánchez

Para el año 1990, el Comité Académico de la Residencia en el Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, estaba constituido por el Dr. Guillermo A. Cook, el Dr. Gustavo Pineda, el Dr. Bernardo Rodríguez Iturbe (Nefrólogo, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia), el Dr. Rolando Benítez (Internista), y el Dr. José Vílchez (Cirujano Pediatra, Profesor de la Facultad de Medicina de LUZ). A partir del año 1994 se encarga de su dirección el Dr. Gustavo Pineda, y colaboran con él, la Dra. Maritza Wilhem (Profesora Agregada de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Especialista en Pediatría y Medicina Crítica), el Dr. Adonay Mendoza (Neumonólogo, Especialista en Medicina Crítica), el Dr. Adalberto Soto (Cardiólogo), el Dr. Héctor Anzola (Internista, Intensivista) y el Dr. Carlos Aguilar (Internista, Especialista en Medicina Crítica)

Para la misma década de los '90s, la Unidad cuenta con laboratorio propio, conducido por las licenciadas Magaly León, Xiomara Salazar y Delfi Ávila. Para 1992, en vista de las necesidades del servicio, comienza a trabajar en las horas de la tarde, con las licenciadas Maritza Uzcátegui y Gilma Quintero. En la Gaceta Oficial de la República de Venezuela de fecha 21 de mayo de 1993, se decreta la creación del Quinto Departamento, el cual se denomina de Emergencia y Medicina Crítica, allí mismo se especifica su organigrama así como sus normas de funcionamiento. En la Gaceta Oficial de fecha 20 de noviembre de 1996 se especifica la dotación para áreas de Emergencia y de Medicina Crítica.

El Postgrado fue sufriendo modificaciones según los resultados de las distintas evaluaciones y es para julio del año 2004, que la Dra. Odimar Huerta (Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Especialista en Pediatría y Medicina Crítica) elaboró y presentó la Reformulación del mismo, la cual se comenzó a ejecutar una vez aprobado por el Consejo Universitario (año 2005) y desde ese año se encarga de su coordinación hasta el año 2013, junto con el Dr. Gustavo Pineda y la Dra. Amelia Sánchez (Neonatóloga, Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia). Actualmente se encarga de su coordinación la Dra. María Elena González Inciarte (Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Especialista en Pediatría y Medicina Crítica), junto a la Dra. Ana Molero (Profesora Agregada de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Especialista en Pediatría y Medicina Crítica Pediátrica) y el Dr. Edgar Fuentes (Internista, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia)



Lic. Xiomara Salazar y Magaly León



Dra. Odimar Huertay Lic. Reneka Rincón

El Postgrado de Medicina Crítica tiene la finalidad de: Estimular la creación y producción intelectual como expresión de trabajo y del estudio; formar recursos humanos altamente especializados, para atender los pacientes críticamente enfermos, es decir, aquel paciente que tiene una enfermedad que amenaza su vida y amerita monitoreo estricto de diversos órganos y sistemas, técnicas invasivas, soporte y cuidados médicos definidos, que permita su sobrevivencia y reintegro a la sociedad, con el menor número de secuelas posibles, así como, promover la investigación para responder a las exigencias del desarrollo social, económico, político-cultural del entorno y a la demanda social en los campos específicos del conocimiento y del ejercicio profesional en Medicina Crítica, desarrollar la difusión cultural, el servicio, la integración y la interacción con la sociedad e integrar la extensión como un proceso de interacción que los actores del Postgrado de Medicina Crítica realizan en un entorno social para aprender de él, comprenderlo y mejorarlo. Hasta la actualidad han egresado 33 promociones del programa, con un total de 134 especialistas en el área de Medicina Crítica, que prestan servicios en las diferentes unidades de cuidados intensivos de la región, del país y del extranjero:

La medicina del enfermo en estado crítico, tanto en adultos como en la población pediátrica, es una especialidad de reciente integración que se orienta a la atención de enfermos con alteraciones fisiopatológicas agudas y graves que comprometen la vida y que son potencialmente reversibles. De acuerdo con institutos nacionales de salud de Estados Unidos, el Cuidado intensivo es una actividad multidisciplinaria enfocada a enfermos con grave trastorno de sus funciones vitales o en riesgo de desarrollarlo, debido a fallas de uno o más sistemas. El ejercicio de la Medicina Intensiva se fundamenta en la integración sistematizada de conocimientos, habilidades y destrezas en un entorno organizacional que requiere espacio, personal y recursos tecnológicos.

MEDICOS RESIDENTES DEL POSTGRADO DE MEDICINA CRÍTICA

1979-1981	1981-1983	1983-1985	1985-1987
Reyna Gil	Bruno Bolla Marisol Maldonado Lesbia Moreno	Adonay Mendoza Idem Morillo Mildred Quintero	Hugo Silva Maritza Wilhem De Leon
1986-1988	1987-1989	1988-1990	1989-1991
Gabriela Bermúdez	Carlos Aguilar Hercilia Camacho ZullyMavarez Denny Mujica Jorge Peña	Mauro López Jesús Martínez Juhil Ramos	Ángel Barrios Nilda Cañizales Rigoberto Cerrud Migdalia González Jesús Leal Gustavo Molero Nency Rincón
1990-1992	1991-1993	1992-1994	1993-1995
Odimar Huerta Marlon Martínez Luz Miriam Nava BetzySardihna	José Arguello Alan Delfín Clara Gabarrón Leira González Margelis López Emiliano Marcano Denis Ramírez	Ivonne Colina Ángela García Maribel Fernández Eduard Morales Johnny Revilla	Ubaldo Chávez Johnny Godoy Luis González José A. Hernández Soraya Hernández Ricardo Mora Lexy Morillo Soraya Sirit
1994-1996	1995-1997	1996-1998	1997-1999
Guillermina Chourio Ana Lucia Guiñan	Maggaly Andrade Edith López Noris Herrera Zulay Ochoa Mitsy Prieto	Margil Ferrer Tania Gutiérrez Omar Hernández José Tobison Hernández	Tomas Dugarte Cesar Gil Judith De Pool Carlos Sulbarán Richard Torres
1998-2000	1999-2001	2000-2002	2001-2003
Noemí Bracho Nelly González Rafael Rivas	Felipe Macho Rafael Rivero Belkis Valera	Gina Campos María E. González I Ninoska Montilla Amelia Ordoñez Xiomara Prieto Marcela Ruiz	Juana Sánchez Hugo Sanguino Libia Silva
2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007
Pedro Anzoátegui John Carrasquero Franz D'Armas Soraida Pavea Luis Piñerúa	Orlando Casas Yumni Duque Martin Figuera Gerardo Izarra	Solange Acosta ZulimaBucobo Magdaris Colina Elías Ferrer Moreida Quintero	Lily Guerrero Raiza Fuenmayor Elbia Rodríguez
2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011
Ana Boscán Jorge Bozo Rosiris Chacín Emerson Díaz EudoSumalavé	EmiroAltuve Luisnel Maldonado OdalísPenott	Rosilt Dalton Jesús Pavayeu	Nacary Chirinos Katuska González Kelita González Gladys Peña Clemencia Restrepo Karina Socorro AnniUzcátegui
2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015
Jessika Carrizo Belitza Coello Rossana Núñez Jorge Romero José Urdaneta Zulema Villalobos	José Bracho Crismar Ibáñez Isabel Polo Jorge Valbuena	CesmaryEizaga José Hernández	María Nava Giovanni Calicchio
2014-2016	2015-2017	2016-2018	
Orlando Almanza Ernesto Cuadrado	Andrea Bastidas María Bravo		

Warlennys González Laurenis Labarca Johnny Montiel Ángel Silva Israel Villalba	Mauricio Chinchía Henry Oñate Adriana Urdaneta John Vega		
--	---	--	--

La formación en medicina intensiva, ya sea como especialidad primaria o a partir de una troncalidad común, para después convertirse en supra-especialidad; debería incluir competencias clave que garanticen un cuidado estándar y homogéneo del paciente crítico, así como proveer al sistema sanitario del número de especialistas en medicina intensiva (intensivistas) de forma ajustada y anticipada al ritmo de crecimiento de la necesidad asistencial. La organización de los cuidados intensivos desde la visión de distintas especialidades o en unidades centralizadas y jerarquizadas, es heterogénea y está en constante evolución. No obstante el acceso y tratamiento precoz del enfermo crítico por parte de un intensivista, debería estar siempre garantizado, no únicamente en los servicios de medicina intensiva, sino en todos los departamentos de un hospital, actuando el intensivista como elemento central en la comunicación y coordinación entre los diferentes servicios y especialistas, a fin de lograr la más alta calidad y eficacia en la asistencia.



Nuevas generaciones.

La ciudadanía y los responsables políticos deben apoyar que profesionales con el mejor conocimiento científico tomen decisiones sobre la gestión del cuidado del enfermo crítico, dentro de un modelo económico sostenible. Las sociedades científicas tienen un papel crucial en la definición de niveles mínimos de atención médica intensiva y también en asegurar estándares de capacitación, formación de intensivistas y acreditación, promoviendo la interacción entre especialidades, las universidades y el estado venezolano. La percepción de la Medicina intensiva entre la ciudadanía y la administración debe ser constantemente mejorada, mediante esfuerzos dirigidos a incrementar los conocimientos, habida cuenta de los logros alcanzados por ella. Para finalizar, actualmente se define la Medicina Intensiva como aquella parte de la Medicina, que se ocupa de pacientes con patologías que hayan alcanzado un nivel de severidad tal, que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad. El concepto comprende la aplicación sistemática de múltiples posibilidades terapéuticas modernas, en situaciones de peligro para la vida, lo que supone la sustitución temporal de las funciones orgánicas alteradas; sin abandonar el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base, teniendo en cuenta que tales medidas y proporcionarán buena calidad de vida para el futuro.

REFERENCIAS.

1. Rodríguez B, Franco J. (2015) Historia de la medicina crítica. AnMed (Mex); 60 (2): 156-159. Fecha de recuperación: 09/02/2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152n.pdf>
2. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. El enfermo crítico. Introducción. (2012) Fecha de recuperación: 09/02/2016. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>
3. Celis E, Rubiano S. Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica. (2007) Todo Hospital Marzo 234: 97-100. Fecha de recuperación: 09/02/2016. Disponible en: <http://www.fsfb.org.co/sites/default/files/desarrollodelcuidadointensivo.pdf>
4. Tomasa A., Aguilar X, Almirall J et al. (1989) Cuidados Intensivos.(Tema Monográfico) Jano; 26,850:647 - 648.
5. Carrillo R. (2011) La educación en cuidados intensivos. CirCir;79:92-99. Fecha de recuperación: 09/02/2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc111m.pdf>
6. España J. Historia de la Medicina Crítica en Venezuela. (2015) Fecha de recuperación: 09/02/2016. Disponible en: <http://www.ventilacionmecanica.org.ve/wp-content/uploads/2015/08/Historia-de-la-Medicina-Cr%C3%ADtica-en-Venezuela1.pdf>
7. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Facultad de Arquitectura y Diseño de la Universidad del Zulia. (2000) Hospital Universitario de Maracaibo: 40 años al servicio de la salud. Editorial Banco Occidental de Descuento. pp183.Fecha de recuperación: 09/02/2016. Disponible en:<http://www.urbe.edu/UDWLibrary/InfoBook.do?id=9417>
8. Cook G. (1978) Programa Residencia Docente Universitaria de Postgrado de Medicina Crítica. Unidad Docente: Hospital Universitario de Maracaibo. Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Comisión de Estudios para Graduados.
9. Cook G. (1989) El Corazón Crítico: técnicas, diagnóstico, manejo y tratamiento. Impresos Helisar. Maracaibo, Venezuela. pp: 390-92.
10. Cook G. (1990) Programa Residencia Docente Universitaria de Postgrado de Medicina Crítica. Unidad Docente: Hospital Universitario de Maracaibo. Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Comisión de Estudios para Graduados.
11. Huerta O. (2005) Reformulación de la Residencia Docente Universitaria de Postgrado de Medicina Crítica. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. División de Estudios para Graduados.
12. Blanch L, Annane D, Antonelli M, Chiche J, Cuñat J, Girard T, Jiménez E, Quintel M, Ugarte S, Mancebo J. (2013) The future of Intensive care medicine. Med Intensiva; 37(2): 91-98.
13. Mérida M. (2005) La medicina del período colonial tardío: 1777-1821. Mañongo (24): 121-137. Fecha de recuperación: 09/02/2016. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo24/24-8.pdf>

Pioneros de la cirugía cardíaca valvular internacional con referencia a la experiencia venezolana.

Claudia Blandenier de Suárez (1)

Gastón Silva C. (2)

RESUMEN

Introducción: La cirugía cardíaca valvular ha sido y es aún, la más importante terapéutica aplicada para resolver problemas hemodinámicos de valvulopatías disfuncionales. **Objetivo:** el objetivo de esta revisión es traer a la memoria de las presentes y próximas generaciones, un grupo de pioneros que concibieron una serie de procesos intelectuales y concepciones técnicas, las cuales condujeron al tratamiento quirúrgico de las patologías valvulares, especialmente de la estenosis e insuficiencia mitral y aórtica, no solo internacionalmente sino también en nuestro país. **Método:** Se realiza una revisión documental acerca de la evolución histórica de la cirugía cardíaca valvular. Se puntualiza sobre aspectos históricos de los pioneros de este tipo de cirugía en países líderes en este campo y también en Venezuela. **Resultado:** Se comprobó que en nuestro país, la cirugía cardíaca valvular estuvo a la par de trabajos internacionales. **Conclusión:** el inicio de la cirugía cardiovascular valvular en el mundo y en nuestro país, fue realmente difícil y sus pioneros son considerados como héroes, muchas veces mal juzgados o desconocidos. Esta revisión constituye un documento más, a manera de rendirles homenaje a nuestros cirujanos cardiovasculares y a sus pacientes.

Palabras clave: Cirugía cardiovascular. Prótesis valvulares. Bioprótesis.

ABSTRACT

Pioneers of the international valvular heart surgery, with reference to the Venezuelan experience.

Introduction: the surgery heart valvular has been and is still the more important therapeutic applied to solve them problems hemodynamic of the valvular heart disease native dysfunctional. **Objective:** the objective of this review is bring to the memory of them present and next generations, a series of processes intellectual and practical that led to the treatment surgical of them pathologies valvular especially of the stenosis e insufficiency mitral and aortic, not only internationally but also in our country. **Method:** is performed a review documentary about the evolution historical of the surgery cardiac in general. It points out on the historical aspects of the pioneers of this type of surgery in the leading countries in this field and in Venezuela. **Result:** Found that in our country, valvular cardiac surgery was at the same time international works. **Conclusion:** the home of the surgery cardiovascular valve the world and in our country was difficult and their pioneers are considered as heroes, many times poorly judged and unknown. This release is one document more, way to pay tribute to our cardiovascular surgeons and their patients.

Key words: Cardiovascular surgery. Heart valve prosthesis. Bioprosthesis

1. Médico Anatómo Patólogo. Profesor Titular. Facultad de Medicina UCV. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina. Correo bds.ca18@gmail.com

2. Cirujano Cardiovascular. Profesor Asociado. Jefe de la Cátedra-Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de Caracas. Facultad de Medicina. UCV.

Recibido Marzo 29 – Abril 4, 2017

Introducción:

La cirugía a corazón abierto es uno de los más importantes progresos de la medicina del siglo XX. Hoy en día, se realizan miles de operaciones cada día en el mundo, en casi todo tipo de enfermedades cardíacas, especialmente las valvulares, coronarias y congénitas. La cirugía cardíaca es la única especialidad médica que en menos de 40 años hizo una “revolución”, ya que se desarrolló desde un acto menor que se acercaba al corazón sin tocarlo, hasta el trasplante del mismo. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo (1) En Venezuela, las muertes por violencia interpersonal ocupan el primer lugar, seguidas de las enfermedades cardiovasculares. Según los datos proporcionados por la Sociedad Venezolana de Cardiología, la segunda causa específica de muertes en nuestro país, es la cardiopatía isquémica, la cual produce pérdida de años de vida por muerte prematura y discapacidad en la población, tanto en hombres como en mujeres (2) La enfermedad reumática ha disminuido y aún desaparecido en algunos países occidentales como EEUU y en otros de Europa, debido a medidas de prevención implementadas, especialmente la entrada en la era de los antibióticos y por las mejoras sociales y económicas. Sin embargo, la cardiopatía reumática con sus lesiones del músculo y de las válvulas cardíacas, aun ocupa el cuarto lugar en la lista de las enfermedades cardiovasculares y constituye un problema de salud pública en países de bajos y medianos ingresos (3)

En nuestro país, debido a su carácter socio-económico, la valvulopatía de origen reumático, ocupaba el segundo lugar entre las enfermedades cardiovasculares, después de la cardiopatía aterosclerótica. Hace más de dos décadas, fue la primera causa de morbilidad y mortalidad en el grupo de las valvulopatías primitivas. En dos estudios de biopsias cardiovasculares -todas de reemplazos valvulares-realizados, con material procedente del Hospital Universitario de Caracas (HUC), hace más de 15 y 8 años, se observó que las valvulopatías ocuparon el primer lugar, con la patología de válvula aórtica a la cabeza, seguida de valvulopatías mitrales reumáticas (4,5). Este hecho es reflejo de la endemia que representa la estenosis aórtica calcificada en la mayoría de países industrializados y en desarrollo, donde la expectativa de vida ha aumentado.

Una revisión de los primeros esfuerzos realizados por los cirujanos en el desarrollo de la cirugía valvular, especialmente de la estenosis e insuficiencia mitral y aórtica reumática, es más que un recuento histórico. Es el reconocimiento de las dificultades que enfrentaron los pioneros de este tipo de cirugía, no solo por la presión negativa que la comunidad médica en general, ejercía sobre ellos, sino por los problemas tecnológicos que tuvieron que solventar.

Para la mayoría de los cardiólogos y cirujanos actuales, es difícil comprender que apenas hace unos 90 años, ~~la pared~~ del corazón humano vivo, representaba una barrera anatómica impenetrable al bisturí. Igualmente, entender y recordar hoy en día, las proezas que realizaron los pioneros de la cirugía de corazón abierto, para diariamente salvar muchas vidas y aún más, devolverles una mejor calidad. Es de conocimiento general, que la cirugía cardíaca valvular avanzó a la par de nuevas adquisiciones médicas, principalmente de la anestesia general (1849?), transfusiones, anticoagulación (1920), antibióticoterapia (1945) y de los métodos de circulación extracorpórea, también desarrollados por investigadores, dotados de especiales condiciones personales de talento, abnegación y tenacidad ~~y valor~~.

El objetivo de este trabajo, es hacer un relato basado en la investigación y análisis documental, sobre el protagonismo que tuvieron los pioneros de los principales procedimientos quirúrgicos aplicados a la corrección de valvulopatías primitivas adquiridas, especialmente las

del aparato valvular mitral y aórtico. El objetivo no solo abarca el aspecto internacional sino también el nacional.

Breve recuento histórico de la cirugía cardíaca valvular.

1. Inicios. Posición académica y acogida de la comunidad médica.

El corazón siempre ha sido considerado como el principal órgano vital e inclusive como el centro de la sensibilidad y sentimientos humanos. De allí que su condición orgánica era contemplada como sagrada y por lo tanto intocable e inabordable. Por esta disposición general, se ha repetido en casi forma constante, la sentencia de Christian Albert Theodor Billroth, alemán, uno de los pilares de la cirugía del siglo XIX, quien en 1883, escribió textualmente: *"El cirujano que tratara de operar el corazón, perdería el respeto de sus colegas."* Este profeta del "desastre" se equivocó, cuando 40 años más tarde, en 1923, se practicó la primera valvulotomía mitral cerrada (6)

En abril de 1955, dos cirujanos cardiovasculares recibieron públicamente un elogio que borraba completamente las apreciaciones del cirujano alemán, cuando en el LXXIII Congreso de la *American Surgical Association*, el célebre cirujano infantil, Alfred Blalock expresó: *"Debo decir que nunca pensé que viviese para ver el día en que pudieran efectuarse, este tipo de procedimientos operatorios. Me refiero a la corrección de 10 casos de Tetralogía de Fallot, Pentalogía de Fallot y atresia pulmonar corregidas por los cirujanos Clarence Walton Lillehei y Richard Varco y expuestas en ese congreso. Quiero alabar al Dr. Lillehei, por su imaginación, su valentía y su tenacidad. Pienso que el tipo de circulación utilizada sea la respuesta definitiva, pero la solución última será el corazón-pulmón artificial desarrollado por nuestro presidente, el Dr. Gibbon"* (7)(Fig 1)

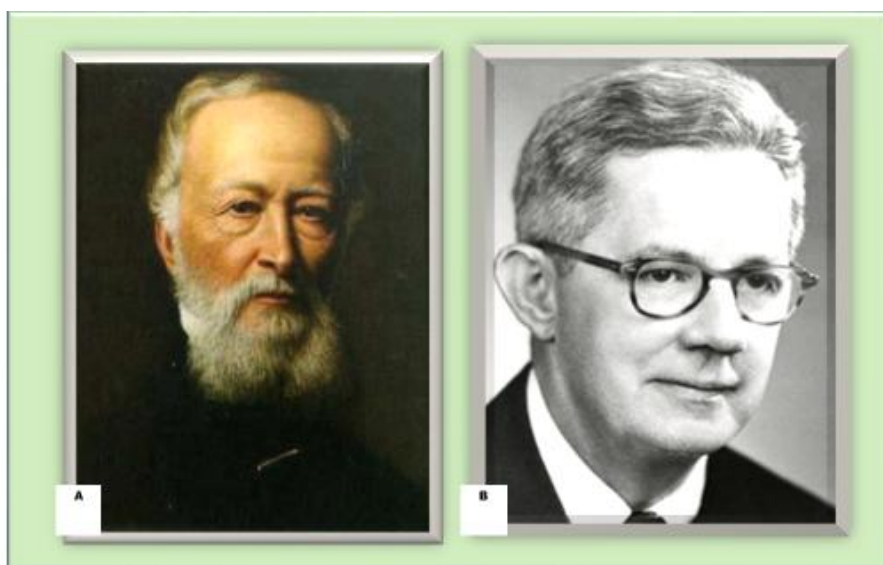


Fig 1. Retratos de dos eminentes cirujanos:
A. Christian Albert Theodor Billroth. **B.** Dr. Alfred Blalock.

Estos hechos demuestran la debilidad de las críticas y juicios humanos, cuando no son sometidos a la prueba sabia del tiempo. Afortunadamente, gracias al tesón y constancia de muchos cirujanos; la cirugía cardíaca avanzó a la par de la evolución de la tecnología aplicada a la anestesia y a otros instrumentos e insumos para el desarrollo de la misma. Es a partir de la mitad de la década del 40, cuando se inicia la cirugía cardíaca cerrada, principio de la cirugía moderna y contemporánea. Sin embargo, previamente, la posibilidad de operar el corazón, había estado en la mente de cirujanos, cardiólogos y otros investigadores, desde hacía centurias. Los

pioneros de este tipo de cirugía, se cuidaron exhaustivamente, de practicar experimentalmente, los posibles procedimientos ideados para abordar y tratar las patologías cardíacas. Las cardiopatías congénitas ocuparon un lugar preferencial en los primeros casos operados, sin embargo, la cirugía cardíaca valvular, se enfocó en primer lugar sobre el aparato valvular mitral, debido a la alta incidencia de la enfermedad reumática endémica en la mayoría de los países hasta 1960.

2. Etapa experimental de la cirugía cardíaca valvular. Estenosis mitral.

La atención de los cirujanos se concentró en primer lugar sobre el problema obstructivo valvular mitral (8) En 1890, Sir William Arbuthnot Lane sugirió a su colega Theodor Fischer Lorrison Shaw, que los pacientes con estenosis mitral, podían eventualmente beneficiarse con la incisión de la valva, entrando a través del ventrículo izquierdo. La morfología de la estenosis mitral era bien conocida, ya que había sido previamente descrita y dibujada por el célebre anatomista francés Raymond Vieussens en su: “*Traité nouveau de la structure et des causes du mouvement naturel du coeur*”, en 1715 (9) En 1898, Daniel W Samways, igualmente predijo el tratamiento quirúrgico para corregir la estenosis mitral, en una publicación en la revista Lancet en abril de 1898.

Desde el punto de vista experimental, la cirugía valvular mitral comenzó en 1902, cuando el reconocido internista escocés, Sir Thomas Lauder Brunton, del Hospital San Bartolomé en Londres, consideró los puntos de vista de los Dres. Samways y Arbuthnot Lane, sobre la posibilidad de operar las estenosis mitrales. De tal manera que los tres juntos, expusieron sus ideas, en una publicación sobre la operación de la estenosis mitral, en la revista Lancet, en 1902. Brunton, finalmente propuso este tipo de cirugía en su clásico artículo: “Posibilidad de tratar la estenosis mitral mediante métodos quirúrgicos”. “*Preliminary note on the possibility of treating mitral stenosis by surgical methods*”. La teoría de Brunton se basó en varias observaciones experimentales realizadas en autopsias de humanos y de animales (gatos) Brunton se centró en los problemas quirúrgicos más importantes: el método para ampliar el orificio mitral; la vía para alcanzar la mitral y disponer de los instrumentos apropiados.

Practicó la incisión de la porción media de la valva mitral con un cuchillo, penetrando a través del ventrículo izquierdo. Sin embargo, era evidente que en esa época, no estaban dadas las condiciones para tal cirugía en humanos. Su teoría fue criticada por sus colegas cirujanos, quienes no quedaron convencidos de sus experimentos y hasta llevaron a la prensa sus opiniones negativas, diciendo que eran “peligrosos” y que sobre Brunton caería “la grave responsabilidad del fracaso”. Más tarde, Brunton fue considerado como el “padre de la cirugía valvular mitral” (10) (Fig 2)

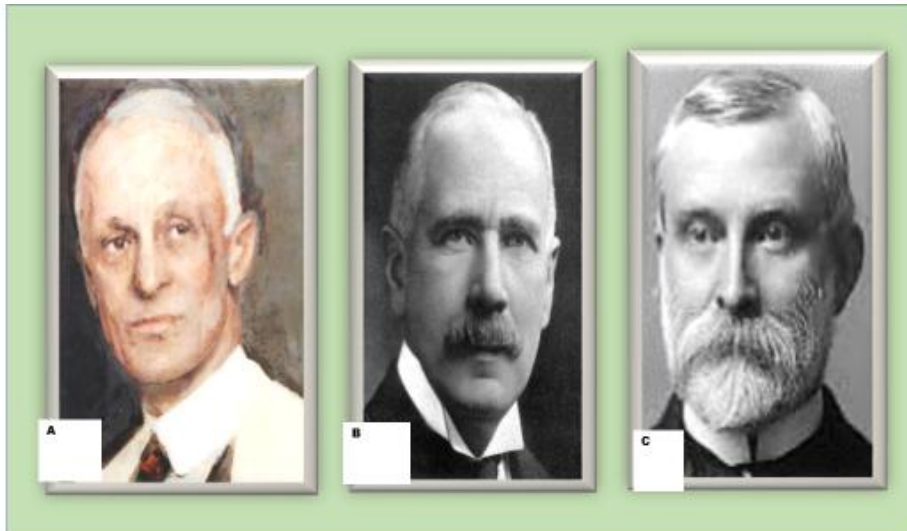


Fig 2. Científicos predictores e iniciadores de trabajos experimentales en cirugía cardiaca valvular:
A. Dr. Harvey Williams Cushing. **B.** Sir William Arbuthot Lane. **C.** Sir Thomas Lauder Brunton.

En 1914, dos famosos cirujanos franceses, Marie Joseph Auguste y/o Alexis Carrel-Ricard y Theodore Tuffier, publicaron su trabajo: “*Chirurgie des orífices du coeur*” En este trabajo se describen las técnicas de abordaje del corazón con detalles técnicos, relato, que nos permite conocer el estado de la cirugía valvular a principios del siglo XX (1910) Entre sus experimentos, provocaron dilatación digital de la válvula aórtica por invaginación de la pared aórtica y demostraron algunos beneficios de sus intervenciones sobre la estenosis mitral mediante dilatación digital. Su teoría nunca se puso en práctica en humanos. Es interesante, hacer la observación, que desde 1904, Carrel trabajaba en Estados Unidos y a partir de 1906, formaba parte del grupo de investigadores del recién fundado Instituto de” Investigaciones médicas Rockefeller “, en New York. Para esa época, el progreso de la cirugía había sido tan importante en USA, que ésta, dejó de ser una subsidiaria de la cirugía europea. De tal manera que la mayoría de las más importantes aportaciones de Carrel, sobre las anastomosis vasculares, cultivo de células, autoinjertos en animales, perfusiones de corazones de gato y en cirugía, se desarrollaron en esa nación. Por su importantes aportes a la ciencia médica, mereció obtener en 1912, el Premio Nobel de Medicina (11-13) (Fig 3)



Fig 3. Pioneros en cirugía cardíaca valvular, experimental.

A. Dr. Alexis Carrel-Ricard, Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1912.

B. Dr. Theodore Tuffier, eminente cirujano francés, Hospitales Lariboisière y Pitié de Paris

3. Etapa de la cirugía cardíaca valvular cerrada (1923-1954): Valvulotomía, valvuloplastia y comisurotomía mitral. Pioneros de la cirugía en humanos.

Esta etapa representa la transición entre la cirugía de los grandes vasos y la cirugía intracardíaca, como se conoce en nuestros tiempos. Antes de 1948, hubo un grupo importante de cirujanos que realizaron experimentos en este sentido y abogaron por este tipo de cirugía. Sin parar la circulación sanguínea, con el dedo o con un instrumento cortante, los cirujanos penetraban a ciegas, en el corazón para dilatar una válvula estrecha, generalmente, la mitral, la válvula pulmonar y más raramente, la válvula aórtica. Podríamos inferir que es el comienzo de la cirugía cardíaca propiamente dicha, con sus posibilidades y grandes limitaciones. La cirugía valvular interesó a muchos cirujanos como Harvey Williams Cushing, famoso neurocirujano del Hospital Peter Bent Brigham, hoy, Brigham and Women's Hospital en Boston. Interesado por muchos años, por la estenosis mitral, este cirujano, propuso este tipo de cirugía cardíaca, basado en sus trabajos experimentales. En 1923, su discípulo, Dr. Elliott Carr Cutler, en colaboración y asistido por el cardiólogo Samuel Albert Levine, ambos del mencionado hospital, practicó la primera "valvulotomía" mitral, en una paciente con estenosis mitral reumática. Tal como lo había sugerido su maestro Cushing, Cutler, después de dos años de experimentos en animales, realizó la operación practicando una incisión de la valva anteromedial del aparato valvular mitral, a través del ventrículo izquierdo, utilizando un cuchillo de teno o tenotomo. Posteriormente, practicó 6 casos de valvulotomías, de los cuales, un solo paciente sobrevivió. Los otros pacientes, desarrollaron una masiva insuficiencia mitral. Estos resultados negativos, hicieron que Cutler, abandonara este procedimiento. Consideró que una de las más serias dificultades quirúrgicas, además de la orientación dentro del corazón, era el progreso de la insuficiencia mitral (14)

Dos años después, el 6 de mayo de 1925, en Londres, Sir Henry Session Souttar, practica la primera ampliación digital de la comisura mitral, procedimiento que denominó valvuloplastia, en una paciente de 20 años de edad, portadora de doble lesión mitral. Penetró el corazón a través de la aurícula izquierda y con el dedo índice derecho, logró ampliar la comisura fibrótica. La paciente sobrevivió 5 años, falleciendo a consecuencia de embolia cerebral. Souttar, a pesar de su primera "valvuloplastia", exitosa, no quiso repetir la operación por el ambiente adverso que debió soportar (15) (Fig 4)



Fig 4. A. Dr. Elliott Carr Cutler, practicó primera valvulotomía mitral transventricular, asistido por el Dr. Samuel Albert Levine, cardiólogo **(B)**
C. Sir Herry Souttar, introdujo técnica digital de ampliación del orificio mitra estenótico, 1925

En general, uno de los obstáculos que tuvieron los cirujanos cardiovasculares, fue la actitud de los médicos internistas, quienes opinaban que el problema funcional de la valvulopatía reumática, estaba más relacionado con el estado del miocardio que con la estrechez del orificio mitral. Por esta razón, solo fue 22 años después, cuando este tipo de cirugía volvió a resurgir, no sin antes haberse realizados intentos fallidos.

En 1945, Murray y Charles Philamore Bailey, mediante sus experimentos previos, practicaron la técnica de Cutler, pero los animales desarrollaron súbitamente insuficiencia mitral. Practicaron la incisión de la valva posterior de la mitral, con el valvulotomo penetrando por el ventrículo izquierdo. Mediante injerto de venas, Murray pudo ocluir el orificio durante la sístole. Sus resultados en 10 pacientes no fueron concluyentes. Bailey en Philadelphia, el 14 de noviembre del mismo año, intentó el mismo procedimiento, penetrando por la orejuela, pero la paciente falleció después de presentar una hemorragia. Luego, Bailey, provocó una fractura digital de la comisura con la técnica de Souttar, en un paciente moribundo, quién falleció al segundo día. Fue entonces, cuando Thomas Clark Durant denominó esta práctica como "comisurotomía cerrada" (16). En Boston, después de la II Guerra mundial, Dwight Emary Harken, primer jefe de cirugía cardíaca del Peter Bent Brigham Hospital- el 22 de marzo de 1947- opera a un paciente de la misma afección cardíaca, mediante un método que se denominó "valvuloplastia". A través de una vena pulmonar, hizo una incisión en la valva posterior del aparato valvular mitral, utilizando una modificación del valvulotomo de Cutler. El paciente falleció 22 horas después. Harken se desanimó por esta operación fallida. Es de hacer notar que Harken, era un cirujano de la Armada en la II guerra mundial, con mucha experiencia en cirugía del tórax y del corazón (17)

Para la cirugía de la enfermedad mitral adquirida, 1948, fue el año de mayor éxito. Algunos historiadores consideran que la cirugía intracardiaca a corazón cerrado comenzó ese año, cuando los esfuerzos de cuatro cirujanos por resolver quirúrgicamente la estenosis mitral, se vieron plasmados por resultados positivos. Sucesivamente, estos cuatro cirujanos más o menos en forma independiente, practicaron operaciones en humanos para el tratamiento de la estenosis mitral. El primero fue Horace Gilbert Smithy, quien en enero de 1948, en Charleston-

Carolina del Sur-, practicó exitosamente la primera “valvulotomía” (valvulectomia parcial) mitral, utilizando un valvulotomo especial, penetrando al ventrículo por la región apexiana como lo hizo Cutler. La paciente de 21 años, sobrevivió durante 10 meses, falleciendo por insuficiencia cardíaca. En total, este cirujano operó 7 casos, en cuatro de los cuales utilizó la vía transatrial y en cinco de ellos, se desarrolló insuficiencia mitral. Desafortunadamente, este joven cirujano falleció en octubre de ese mismo año, víctima de una estenosis aórtica (18). El 10 de junio de 1948, en el Hospital Hahnemann Episcopal de Filadelfia, Charles Philamore Bailey, operó por primera vez con éxito, una estenosis de la válvula mitral realizando una “comisurotomía cerrada” con el valvulotomo (19)

Apenas seis días más tarde, el 16 de junio del mismo año, en Boston, nuevamente, Harken practica lo que él denominó como una “valvuloplastia” vía transatrial, resecaando una porción de la valva antero-medial del aparato valvular mitral, en una paciente de 27 años. Posteriormente, en 1950, Harken, practicó cinco valvuloplastias, tres de los pacientes fallecieron. Reconoció el problema de la insuficiencia residual a la resección de tejido valvular y abandonó el uso del cuchillo. Reanudó sus operaciones años después, impulsado por el cardiólogo Laurence Brewaster Ellis, y tuvo éxito en los siguientes 15 casos.

El 16 de setiembre de ese año, en Londres, Lord Russell Claude Brock (Barón Brock de Winbledon), cirujano de tórax y corazón, operó un caso de estenosis mitral con éxito y luego, seis casos más, aplicando la técnica de Souttar. Es evidente que Harken y Bailey fueron los pioneros de la cirugía valvular en la década de los 40, ya que son los que colocaron las primeras piedras del enorme edificio de este tipo de cirugía cardíaca. Sin embargo algunos historiadores consideran que en orden sucesivo, los pioneros de la cirugía valvular mitral fueron: Smithy, Bailey, Harken y Brock (20). En 1950, Bailey, practicó 10 comisurotomíastransatriales, con cinco fallecidos. Reconoció que la incisión con el valvulotomo, era la causa de la insuficiencia mitral, la cual podía ser controlada no resecaando tejido valvular (Fig 5)



Fig 5. PIONEROS DE LA CIRUGÍA VALVULAR MITRAL.
A. Dr. Horace Gilbert Smithy. B. Dr. Charles Philamore Bailey.
C. Dr. Dwight Emory Harken. D. Lord Russell Brock.

Debido a los limitados resultados de la dilatación digital aislada, para realizar exitosamente la comisurotomía mitral, la historia de la cirugía cambió con la introducción del uso del dilatador mecánico expansible transatrial de Charles Dubost en 1953, insinuado previamente en 1929 por Cutler. En Paris, Dubost con su dilatador, el cual introducía por la orejuela izquierda, llegó a operar 965 casos, con una mortalidad de apenas 2%.

Su técnica fue mejorada, cuando el mismo año, en Edimburgo, se popularizó el método de dilatación transventricular- a través del ápex ventricular- efectuado con el dilatador llamado Tubbs o Tubbs-Logan. Este dilatador rígido diseñado por el Dr. Andrew Logan fue perfeccionado por Oswald Tubbs, quien lo hizo ajustable (21). En ese tipo de operación, la posición transmitral era controlada mediante la palpación digital transauricular.

4. Técnicas quirúrgicas indirectas. Alivio de la hipertensión pulmonar.

Casi simultáneamente, los cirujanos aplicaron técnicas quirúrgicas indirectas con el fin de aliviar la sobrecarga de la circulación pulmonar con el concepto de “descompresión auricular” en presencia de obstrucción aurículoventricular. Destacaron los cirujanos: Dmitrieff y Schepelman, quienes realizaron sus experimentos en animales. Harken y Bailey, a su vez, provocaron quirúrgicamente comunicaciones interatriales en pacientes que presentaban estenosis mitral, con resultados aparentemente beneficiosos. En 1951, Swan en USA y Allaines en Francia realizaron anastomosis entre las venas pulmonares y la vena ácigos, en pacientes con estenosis mitral con relativos éxitos (22).

Etapa de la cirugía cardíaca valvular abierta. Desarrollo de la circulación extracorpórea (máquina corazón-pulmón) Primeros casos operados.

Hasta 1952, las cirugías eran “cerradas” es decir, sin abrir el tórax. Solo se podían operar las lesiones del corazón sin exponerlas, ya que no se disponía de la tecnología adecuada para parar el corazón temporalmente, abrirlo y corregir las lesiones. De tal manera, que el desiderátum de los cirujanos, era poder manipular el corazón “quieto”. En esta etapa histórica, los progresos de la tecnología, permitieron las intervenciones con el tórax abierto y con el corazón sin sangre ni movimiento, el cual podía detenerse y ser drenado de su sangre. La cirugía valvular abierta comenzó con la generalización de la transfusión sanguínea, el uso de los antibióticos y de la heparina, la asepsia y antisepsia, y especialmente con la ciencia médica de la anestesia. En el año 1950, en la Universidad de Johns Hopkins, el cirujano canadiense, Wilfred Gordon Bigelow y su equipo, había introducido la hipotermia profunda con el fin de proteger los órganos especialmente el cerebro para reducir el requerimiento de oxígeno, durante el paro circulatorio. Sus trabajos fueron experimentales. Conjuntamente con la experiencia clínica de Henry Swan, cirujano de la Universidad de Colorado, la hipotermia se aplicó durante un tiempo corto como método exclusivo en la cirugía cardiovascular, aunque se consideró como un complemento de la circulación extracorpórea. La cirugía cardíaca abierta fue también una realidad para la corrección parcial o total de las cardiopatías congénitas. El 2 de setiembre de 1952, los Dres. Clarence Walton Lillehei, Richard Varco y John Lewis, de la Universidad de Minnesota, realizaron por primera vez en el mundo, la corrección de una cardiopatía congénita a corazón abierto (cierre de una comunicación interauricular), en una niña de 5 años de edad, mediante hipotermia moderada (baño de agua helada bajo anestesia) y oclusión de las cavas. Esta proeza le valió el título de: “Padre de la cirugía a corazón abierto” (23) (Fig 6) Al año siguiente, el soviético Aleksandr Aleksandrovich Vishnevskiy practicó la primera cirugía cardíaca con anestesia local.

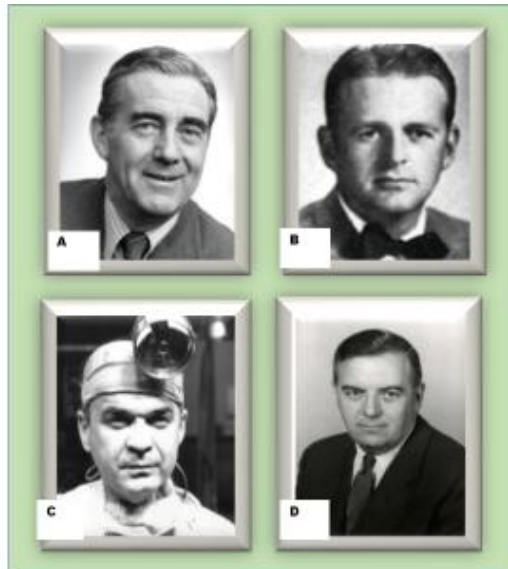


FIG 6. PIONEROS DE HIPOTERMIA CORPORAL EN CIRUGÍA CARDÍACA.
A. Dr. Wilfred Gordon Bigelow. **B.** Dr. Henry Swan.
C. Dr. Clarence Walton Lillehei. **D.** Dr. Richard Varco,
 Primera corrección de cardiopatía congénita a corazón abierto, con hipotermia (1952)

Desarrollo de la máquina corazón-pulmón o circulación extracorpórea.

El inicio de la cirugía cardíaca a corazón abierto, comenzó a la par de los avances con los primeros intentos de la fabricación de la máquina corazón-pulmón artificial (máquina de circulación extracorpórea), en Estados Unidos por el Dr. John HeyshanGibbon del Hospital General de Massachusetts. En 1937. Gibbon, ayudado por su asistente, la técnica, Maryhermana del famoso pintor Charles Hopkinson-, y quien fuera posteriormente su esposa-, fabricó la primera máquina corazón-pulmón, para ser utilizada en trabajos de experimentación. Los ensayos de los esposos, se vieron interrumpidos por la II guerra mundial. Después de la guerra, la máquina fue mejorada y puesta al día entre 1946 y 1951, con la colaboración de la International Bussiness Machines (La Mayo-Gibbon-IBM) (Fig 7)Es de justicia recordar, que en Rusia, el científico Sergei SergeevichBrukhonenko fue el primero en diseñar un aparato de circulación artificial (oxigenador a burbujas), el cual patentó en noviembre de 1928. Este aparato fue muy útil para los experimentos en perros, pero no se aplicó en humanos (24)

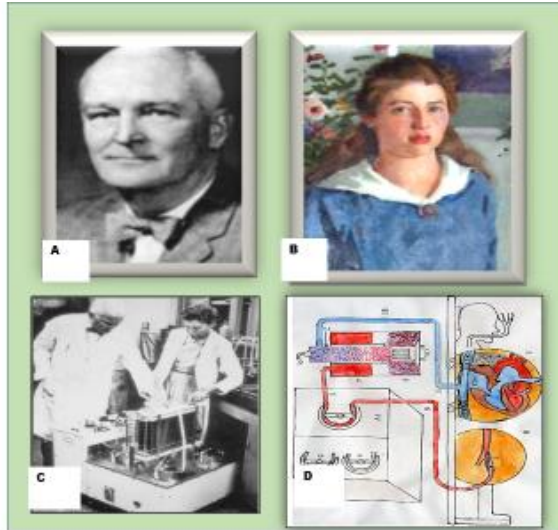


Fig 7. A. Dr. John Heysham Gibbon. B. Mary Hopkinson, técnica asistente, esposa del Dr. Gibbon, (Óleo del pintor Charles Hopkinson) C. Esposos Gibbon con su máquina corazón-pulmón(1937) D. Esquema de la máquina oxigenadora de Gibbon. (Fotografías tomadas de Google)

La primera vez que se utilizó un aparato corazón-pulmón para la cirugía intracardíaca en el hombre, fue en el Hospital de la Universidad de Minnesota, en abril del año 1951. El cirujano Clarence Dennis del Servicio del Dr. Owen Wangensteen, conjuntamente con su equipo, fabricó una máquina-corazón-pulmón. Después de muchos experimentos, Dennis operó con circulación extracorpórea, a una niña quien tenía diagnóstico clínico de comunicación interventricular, la cual resultó ser una malformación cardíaca más compleja: un Síndrome de Lutembacher (comunicación interauricular asociada a estenosis mitral reumática). Según otros, Dennis encontró un canal atrio-ventricular. Por esa razón declinó su intento. Posteriormente, se realizaron dos operaciones con esa máquina, sin éxito, falleciendo los pacientes durante la operación (25) El Dr. Dennis, no operó más nunca en ese hospital. Se trasladó a la Universidad de New York, Downstate Medical Center, llevándose su máquina de circulación extracorpórea (Fig 8)



Fig 8. A. Dr. Clarence Dennis. Primera operación a corazón abierto, con circulación extracorpórea (1951) B. Dr. Owen Wangensteen, Jefe del Servicio de Cirugía. C. Fotografía de la máquina corazón-pulmón de Dennis y col. (Tomado de Google)

El 6 de mayo de 1953, en la Clínica Mayo, Gibbon, utilizó su máquina fabricada con la colaboración de la International Business Machines, para cerrar una gran comunicación interauricular de una joven de 18 años de edad. Aunque esta primera operación fue exitosa, tuvo problemas en los cinco casos siguientes, razón por la cual tomó la decisión de abandonar definitivamente la cirugía cardíaca. Posteriormente en el ámbito quirúrgico, hubo 18 tentativas de cirugías realizadas por 6 equipos diferentes y se pensó que los problemas no eran causados por las máquinas corazón-pulmón artificial. De tal manera que hasta principios de 1954, existía una actitud desalentadora respecto a este tipo de cirugía.

Un año después de los intentos infructuosos de Gibbon, nuevamente, en la Universidad de Minnesota, el Dr. Clarence Walton Lillehei, se había atenido al problema que dejara Dennis en manos del Profesor Wangensteen Lillehei, discípulo del famoso fisiólogo Maurice Bolks Visscher; ideó la técnica de circulación cruzada controlada, incorporando a un familiar (preferiblemente, la madre o el padre del paciente, por la compatibilidad de grupo sanguíneo) que sirviese de máquina corazón-pulmón. La máquina derivaba la sangre venosa del niño y/o receptor hacia el donante y después, regresaba la sangre arterial oxigenada del donante, en la aorta del receptor. Este aparato era realmente una invención “revolucionaria” y fue aprobada por el Profesor Owen Wangensteen, jefe del Departamento de cirugía, aunque en contra de numerosos opositores, especialmente los colegas de Lillehei.

El 26 de marzo de 1954, Lillehei practicó la primera operación de corazón abierto con circulación corazón-pulmón cruzada en el mundo. En ese caso, el padre del niño sirvió de donante a su hijo de un año de edad, portador de una comunicación interventricular, la cual fue cerrada exitosamente por Lillehei. Este procedimiento fue utilizado durante 15 meses en 45 casos. La mayoría de los niños operados eran portadores de cardiopatías congénitas hasta entonces inoperables, como: CIV, Tetralogía de Fallot, canales aurículo-ventriculares entre otras malformaciones cardíacas más complejas (26). Una de las más importantes observaciones de Lillehei, para la realización de la circulación extracorpórea, fue haber demostrado el principio del débito ácidos. El equipo de Lillehei, después de numerosos experimentos en animales, demostró, que se podía, mantener o prolongar la vida, con el flujo proporcionado por la vena ácidos, cuando las cavas estaban clampeadas. Comprobaron que la vena ácidos forma una circulación colateral entre ambas cavas, lo que constituye una ruta alternativa de acceso de sangre a la aurícula derecha, principio que aplicaron a un lóbulo pulmonar. Con las modificaciones realizadas por Richard DeWall, al utilizar el oxigenador de burbujas, la máquina de Lillehei fue utilizada exitosamente el año siguiente (1955) Se llamó más tarde, DeWall-Lillehei y se hizo popular para cirugía a corazón abierto, en la Universidad de Minnesota, de tal manera que en tres años, se habían realizado más de 500 operaciones a corazón abierto. El deseo de muchos cirujanos de realizar correcciones intracardiacas, se habían cumplido (27) De la noche a la mañana, el pesimismo mundial, se transformó en una actitud esperanzadora en cirugía cardíaca. Esta proeza le valió a Lillehei y a su equipo, el Premio Albert Lasker de la Asociación Americana de Salud Pública en 1955 (Fig 9). En 1956, Lillehei, inició la perfusión retrógrada en el seno coronario para los reemplazos de válvula aórtica, demostrando la capacidad del miocardio para oxigenarse mediante una perfusión retrógrada venosa-arterial.

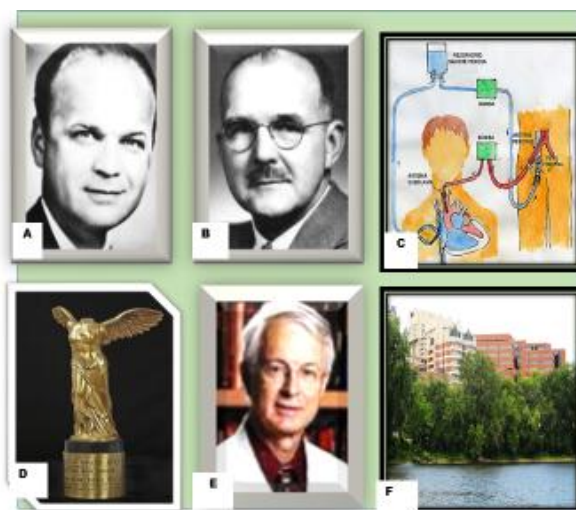


Fig 9. A. Dr. Clarence Walton Lillehei B. Dr. Maurice Bolks Visscher, maestro de Lillehei. C. Esquema de máquina de circulación cruzada, inventada por Lillehei. D. Estatua del Premio Albert Lasker, Asociación Americana de Salud Pública. E. Dr. John Kirklin. F. Área de Salud de la Universidad de Minnesota. Tomado de Google.

En 1955, en el mismo estado de Minnesota, John Kirklin comenzó la cirugía a corazón abierto, en la clínica Mayo (Rochester) después de una rigurosa experimentación. En esta circunstancia, utilizó por primera vez, un oxigenador con bomba del mismo tipo que el fabricado por Gibbon, 14 años antes (28) Denton Cooley (1920-2016) refiere que: "En 1953, John Gibbon, introdujo el "bypass cardiopulmonar" indispensable para dar impulso a la cirugía cardiovascular. Posteriormente, Richard De Wall, diseñó el oxigenador a burbujas que utilizaba la bomba Sigmamotor. Cooley y Arthur Beall introdujeron una técnica de corazón abierto en la que se empleaba un oxigenador descartable cebado con dextrosa al 5%, bajo condiciones de normotermia, facilitando la ejecución de la cirugía a corazón abierto. Los cirujanos por primera vez, pudieron reparar casi cualquiera anomalía intracardiaca. El Instituto de Corazón, de Texas, fundado en 1962, se convirtió en líder de la cirugía cardiovascular mundial (29) Denton Cooley visitó nuestro país en el mes de septiembre de 1957, con su equipo del Texas Heart Institute y conjuntamente con nuestros cirujanos, cerró una comunicación interauricular, por primera vez en Venezuela.

A partir de 1956, hubo en Minnesota dos centros de fama mundial, donde se realizaban este tipo de operaciones. En uno de ellos, la Clínica Mayo, utilizaban la máquina Mayo-Gibbon-IBM, actualizada por John Kirklin. En otro, hospital Universitario, Walton Lillehei manejaba el oxigenador de burbujas. Este aparato con reservorio helicoidal, recorrió el mundo y fue uno de ese tipo con el que Charles Dubost realizó en París, en 1956, la primera operación a corazón abierto. Durante años, los cirujanos de todas partes del mundo, acudían a estos dos centros para entrenarse y observar las operaciones a corazón abierto y por esta razón, se hablaba de la "Meca", de los cirujanos cardiovasculares".

Posteriormente, los cirujanos NazihZuhdi, John Carey y Allen Greer, modificaron la máquina de De Wall-Lillehei y se redujo la necesidad de sangre a una cantidad mínima y el tiempo de preparación (20 minutos versus 2 horas). El 25 de febrero de 1960, se llevó a cabo la primera operación a corazón abierto con Hemodilución total intencional, por el cirujano NazihZuhdi, en el Hospital Mercy, Oklahoma. Posteriormente, estos cirujanos, tuvieron éxito en sus operaciones a corazón abierto (30)

9. Comienzo de la cirugía de reemplazo valvular mitral. Prótesis e injertos valvulares.

Los primeros pacientes seleccionados para la cirugía valvular abierta, que presentaban algún grado de insuficiencia mitral fueron rechazados. Se seleccionaron solo los pacientes con estenosis mitral pura. Muchos cirujanos escogieron cuidadosamente sus pacientes evitando aquellos casos de reintervenciones cardíacas y/o los que presentaban trombosis atrial, o tenían historia de embolías arteriales asociadas a insuficiencia mitral.

9.1. Reemplazo valvular parcial

Las técnicas reconstructivas de la mitral, aparentemente fallaron todas, de tal manera que se consideraron como verdaderas indicaciones para la sustitución valvular. El desarrollo de las prótesis se inició con sustitución parcial de los elementos del aparato valvular mitral. Antes del reemplazo total, actualmente único empleado, los cirujanos aplicaron prótesis parciales inmóviles y luego, móviles.

Prótesis parciales inmóviles:

La insuficiencia mitral cuando está combinada con estenosis (doble lesión mitral), se debe a menudo a la destrucción o inamovilidad de la valva póstero-lateral del aparato valvular mitral. El conocimiento de este hecho anatomopatológico, movió a los cirujanos a sustituir la valva posterior con material plástico con la finalidad de permitir a la valva antero medial a coaptar durante la sístole, con nueva valva reconstruida. Sin embargo, estas técnicas estaban limitadas a los casos donde la valva antero-medial, conservaba aún su movilidad y flexibilidad. El primer éxito con el uso de una prótesis de Ivalón suturada debajo de la valva postero-lateral de la mitral, fue realizado por Gott y col en 1957(31). Posteriormente, se utilizaron varios tipos morfológicos de prótesis parciales de Ivalón o Teflón implantados con técnicas diferentes. En realidad, en el principio, los resultados fueron alentadores por la baja mortalidad que presentaban estos casos. Pero con el tiempo, las complicaciones que se presentaron fueron severas: estenosis mitral, endocarditis infecciosa y embolización. Con la introducción de los reemplazos totales, estas técnicas quedaron en desuso y constituyen un recuerdo histórico.

Prótesis parciales móviles:

La obstrucción causada por las prótesis parciales rígidas en la valva posterolateral, la cual hemodinámicamente causaba estenosis mitral, llamó la atención de los cirujanos, quienes pensaron en colocar prótesis móviles con la finalidad de conferirle flexibilidad a la valva. Fueron fabricadas prótesis parciales móviles de silastic o de silastic recubiertas por Teflón, las cuales eran suturadas a las cuerdas tendinosas. También valvas tejidas de teflón. Todas fueron implantadas experimentalmente sin éxito. Henly y col diseñaron una prótesis tejida de Dacrón de forma triangular, la cual reemplazó la valva postero-lateral en cuatro pacientes, dos de los cuales sobrevivieron. Luego Frater y col, reemplazaron la valva posterolateral con prótesis autóloga de pericardio en perros. Los estudios anatomopatológicos del material mostraron hialinización del tejido con formación de metaplasia cartilaginosa y calcificación del tejido reemplazado. Esta técnica fue aplicada en pacientes con resultados no evidentes (32)

9.2. Reemplazo valvular total. Implantación de prótesis mecánicas e injertos valvulares. Los pioneros.

La historia de los reemplazos valvulares especialmente de la mitral y aorta está repleta de cirujanos cardiovasculares quienes lucharon e investigaron tenazmente para lograr prótesis valvulares mecánicas y biológicas ideales. Conjuntamente con ingenieros mecánicos, industriales, eléctricos, fisiólogos y técnicos maquinistas, lograron fabricar una serie de diseños valvulares que pasan de 70 tipos o modelos. Podríamos hablar de una evolución de diseños que se fueron perfeccionando año tras año (33)

La primera prótesis valvular total reemplazada el 11 de septiembre de 1952, fue colocada por Charles Hufnagel, discípulo del reconocido Robert Gross, sin el auxilio de la circulación extracorpórea. Esta prótesis, diseñada por el propio cirujano, fue colocada fuera del corazón, en la aorta descendente distal a la subclavia, en una mujer de 50 años, quien presentaba insuficiencia aórtica. Para fijarla en su lugar, Hufnagel, ideó el ingenioso sistema de un anillo con puntos de fijación múltiple para sostener la válvula; estos tipos de puntos evitaban supuestamente, la necrosis de la pared aórtica donde se insertaba la válvula. Posteriormente, el mismo cirujano colocó varias de estas prótesis, pero debido a las complicaciones que produjeron en la pared aórtica, demostradas en autopsias, la prótesis valvular, fue descontinuada (34,35) En enero de 1956, el Dr. Earle Kay con el Dr. Frederick Cross, jefe de cirugía cardiovascular torácica en el Hospital San Vicente, realiza exitosamente la primera operación de cirugía a corazón abierto, con la máquina corazón-pulmón de su autoría. Al año siguiente, Kay, realiza la primera operación de corazón abierto en Brasil, lo que le ameritó ser homenajeado por el Presidente Kubichek del Brasil y recibir el Título de Miembro Honorario del Colegio Brasileiro de Cirujanos (36) En 1958, Henry Ellis y Arthur Bulbulian, hicieron sus experimentos y observaciones preliminares en 15 perros, a quienes implantaron prótesis mecánicas de caja-bola. El diseño de esta prótesis fue altamente trombogénico, razón por la cual, no implantaron sus prótesis en humanos. En 1959, Kay, implantó por primera vez, una prótesis mitral de teflón con cuerdas tendinosas artificiales. En marzo de 1960, Dwight Harken, en Boston, efectuó el primer reemplazo exitoso de una válvula aórtica de doble caja con esfera de goma silicona y caja de lucita, en posición sub-coronaria. De los 17 casos posteriormente operados, dos sobrevivieron, uno de los cuales vivió 22 años (37)

El mismo mes y año, Nina Starr, esposa del cirujano Braunwald, en Baltimore, implantó exitosamente una prótesis mitral (experimental) en una mujer que presentaba insuficiencia mitral. De tal manera que Nina, fue la primera mujer cirujano que reemplazó la primera válvula mitral en el mundo. Simultáneamente, en la Facultad de Medicina de la Universidad de la ciudad de Oregon, un ingeniero hidráulico, ya jubilado, Miles Lowell Edwards, con el concurso del joven cirujano Albert Starr, comenzó a practicar extensivos experimentos en animales con varios modelos de prótesis mecánicas. El mismo año que Harken implantó el primer caso de prótesis aórtica, Albert Starr, el 25 de agosto de 1960, implantó por primera vez una prótesis mitral. La válvula denominada como su diseñadores de Starr-Edwards; era mecánica con dispositivo ocluidor esférico de goma silicona impregnada de sulfato de Bario y la caja de metil metacrilato. Solo fabricaron tres prótesis con este diseño, de los cuales implantaron dos y dejaron uno para la historia. Posteriormente, se diseñaron varios modelos de prótesis para implantación mitral y aórtica, con modificaciones estructurales para evitar las complicaciones surgidas durante su evolución y en general tuvieron muy buenos resultados (38-40) (Fig 10)

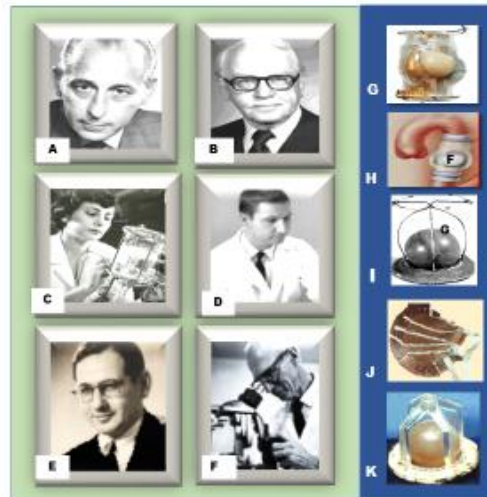


Fig 10. A. Dr. Charles Hufnagel B. Dr. Dwight Harken C. Dra. Nina Starr Braunwald D. Dr. Earle Kay E. Dr. Albert Starr. F. Ing. Miles Lowell Edwards. G. Válvula de Hufnagel. H. Posición de la válvula de Hufnagel en aorta descendente I. Prótesis valvular mecánica de Harken. J. Prótesis valvular fabricada por Nina Starr Braunwald (cuerdas tendinosas de Teflón) K. Primera Prótesis valvular de jaula y esfera de Starr – Edwards.

En general, las prótesis diseñadas por la Compañía Edwards tanto en posición aórtica como mitral y tricúspide, tuvieron éxito como la prótesis de George Magovern y el ingeniero Harry Cromie, de Surgitool, hasta la introducción de la válvula Saint Jude (41) En 1964, Jerome Harold Kay, con el Dr. Akio Suzuki, diseñó una válvula cardíaca de plástico y teflón y luego, con el Ingeniero Donald Shiley, fabricaron otro modelo de prótesis con un solo disco oclisor – Prótesis mecánica de Kay-Schiley-. que por poseer cajas cortas se denominaron “prótesis de perfil bajo”. (42) En 1965, el Dr. Frederik Cross y el PhD en fisiología, Richard Jones, diseñaron una válvula mecánica de perfil corto- válvula Cross-Jones -, con un solo disco.

Es importante traer a colación, que el cirujano Lillehei, también se dedicó a los diseños de prótesis mecánicas valvulares. Su laboratorio fue pionero en la elaboración de varios diseños de prótesis a partir del año 1960. Los modelos de prótesis de perfil corto con disco basculante habían sido ya planificados en 1960, conjuntamente con el ingeniero eléctrico, Robert Kaster. En 1963, los Dres Lillehei, Anatolio Cruz y Robert Kaster, introducen la primera válvula mecánica de perfil corto con disco flotante inclinado. Lamentablemente, la válvula presentó defectos de estructura y fue descontinuada. Sin embargo, les quedó el prestigio de haber sido, los primeros en diseñar, la válvula de disco flotante inclinado (43)

En 1965, Lillehei con el Dr. Bhgavant Kalke, pasante procedente de la India, diseñan la primera prótesis bivalva (44). Al año siguiente, con el Dr. Ahmed Nakib, libanés, se diseñó la válvula Lillehei-Nakib (Válvula toroidal) con flujo central, también bivalva, la cual fue implantada por primera vez por el Dr. Lillehei en 1967. Este tipo de válvula solo duró tres años. A partir de 1968, Lillehei se dedicó con atención especial a la prótesis Lillehei-Kaster, la cual fue introducida en el comercio en 1967 e implantada exitosamente por primera vez en 1970 (45) Posteriormente se fabricó una nueva con el mismo concepto, la válvula Omniscience. En 1966, Viking Olav Björk, cirujano e investigador sueco del Instituto Karolinska, de Estocolmo, conjuntamente con Donald Shiley, diseñaron una prótesis de perfil corto, con disco basculante, la cual lleva sus nombres (Björk-Shiley Mechanical Heart) Fue manufacturada en 1970 por la Compañía Shiley en Irvine, California (46-48) En 1969, el Dr. Jack Bokros de la General Atomic Company, La Jolla, California, introdujo un nuevo material para las prótesis, carbón pirolítico, el cual reemplazó los dispositivos oclusores de las prótesis fabricados con polietileno (49) Ese

material es muy resistente, poco trombogénico. Igualmente, en los laboratorios y el Instituto del Corazón Cutter, se manufacturaron varios tipos de prótesis con carbón pirolítico, destacándose la prótesis de los Dres Denton Cooley y Domingo Liotta (1971-73)

Válvulas bivalvas. La válvula Saint Jude.

En 1960, Gott y Gaggett diseñaron el primer modelo de válvula bivalva, la cual fue implantada en 500 pacientes tanto en posición aórtica como mitral. Sin embargo para otros investigadores, el diseño de dos discos, fue originalmente creado en 1976, basado en diseños valvulares previos como la válvula de Kalke-Lillehei y modificado en gran parte por el Dr. Demeter Nicoloff de la Universidad de Minnesota, conjuntamente con el ingeniero industrial Donald W Hanson de la Compañía de StJude Medical. También estuvo involucrado en este diseño, el ingeniero Xion(Chris) Posis. En 1977, salió al mercado, la válvula bi-disco Saint Jude y ese mismo año, el 3 de octubre, Nicoloff, implantó la primera válvula de este tipo fabricada en esta empresa. En 1986, Jack Bokros fundó la Fábrica “Carbomedic”, la cual produjo la prótesis bi-valva del mismo nombre, implantada por vez primera en Paris ese mismo año. En 1994, fundo el “Instituto de Investigación Medico del Carbón (MCRI) “donde se manufacturó la válvula ON-X, implantada por primera vez por el Dr. Axel Lacszkovics en Bochum, Alemania. (Fig 11)



Fig 11. A. Ing. Donald Shiley. B. Dr. Viking Olav Bjork. C. Dr. Clarence W Lillehei D. Ph.D. Jack Bokros. E. Dr. Demeter Nicoloff. F. Dr. Michael DeBakey. G. Válvula Cross-Jones. H. Válvula Kay-Shiley I. Válvula Bjork-Shiley J. McGovern - Cromie Balón aórtico. K. Válvula Lillehei-Kaster. L. Válvula Lillehei - Kalke M. Válvula Lillehei-Nakib Toroidal N. Válvula ON-X. O. Válvula DeBakey-Sugitool. P. Válvula Saint Jude (S. Judas)

Pioneros de injertos biológicos y/o bioprótesis

Simultáneamente a la elaboración de prótesis valvulares mecánicas, en 1960, se produce un gran cambio estructural en el tipo o modelo de las mismas. Comenzaron experimentos con válvulas fabricadas con material biológico u obtenido de autopsias (homoinjertos) para reemplazar las válvulas cardiacas. Se consideraban más fisiológicas y con la ventaja de no requerir de anticoagulación. En 1967, Donald Ross, ideó un procedimiento quirúrgico en el cual, se resecan las válvulas pulmonares y se implantaban en el anillo de la aorta disfuncionante. Luego en la pulmonar se injertaba una válvula biológica de otra naturaleza (Heteroinjerto). Este tipo de válvulas removidas de un orificio a otro en la misma persona, se denominaron autoinjertos. En estos casos, el donante de válvulas y el receptor, son la misma persona (paciente). Es el único procedimiento de esta naturaleza (50).

El Dr. Alain Carpentier, fundador y director científico del Laboratorio de estudio de injertos y prótesis cardíacas de la Universidad de Paris (1967); diseñó en 1969, las primeras bioprótesis valvulares utilizando válvulas porcinas pretratadas. Como él decía: “*Encontré una solución milagrosa*” para evitar el rechazo y la infección de las válvulas extirpadas”. Se refería a una molécula no específica y altamente desinfectante, el glutaraldehído. Estas bioprótesis fueron manufacturadas en los laboratorios de su nombre en 1970 y comercializadas en 1972. Sus investigaciones llamaron la atención de cirujanos cardiovasculares del mundo, entre ellos Albert Starr, quien le ofreció apoyo en los Laboratorios Edwards en USA. Para beneficio de los pacientes, se elaboraron las bioválvulas Carpentier- Edwards, reemplazando poco a poco las válvulas mecánicas de Starr-Edwards. Actualmente (2017) Carpentier ensaya el corazón artificial o bioprótesis de Calmat, único en el mundo que reproduce las propiedades viscoelásticas del corazón. Al mismo tiempo, en EEUU, Warren Hancock, ingeniero formado en Laboratorios Edwards, en su propio laboratorio, diseñó un modelo de bioprótesis porcina con soporte flexible y configuración supra-anular, comercializada en 1971. Desde entonces se fabrican bioprótesis con otro material biológico: pericardio de bovino, porcino o equino, duramadre o fascia lata, entre otros materiales biológicos (Fig 12)

Cirugía cardíaca mínimamente invasiva.

Uno de los procedimientos quirúrgicos cardíacos, que ha simplificado las técnicas habituales, es aquel cuyas incisiones de abordaje del corazón, son cada vez más pequeñas, lo que se ha denominado **cirugía mínimamente invasiva**. A partir de la década del 90, se comienza con la técnica mínimamente invasiva para aquellos pacientes con valvulopatías reumáticas sin enfermedad coronaria. La técnica consistía en el abordaje vía paraesternal derecha y transeptal y luego por una esternotomía parcial. En Venezuela, el comienzo de la realización de esta técnica, fue en enero del año 2010, en la Cátedra de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, presidida por el Dr. Gastón Silva.

Conjuntamente con estos tipos de incisiones pequeñas, se desarrolló la asistencia quirúrgica mediante la videotoracoscopia con aparatos precisos como el Zeiss y Vista tipo robótico. Fue Carpentier y Loulmet en el Hospital Universitario de Broussais en Paris, quienes en 1998, realizaron la primera cirugía exitosa asistida por robot.

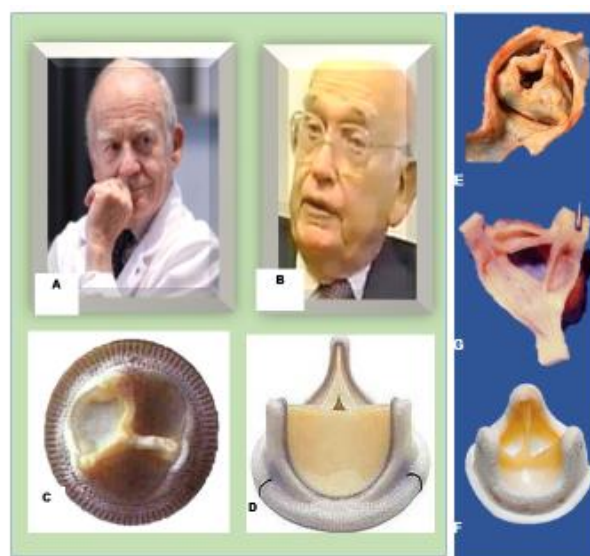


Fig 12. A. Dr. Alain Carpentier. B. Dr. Donald Ross. C. Válvula porcina de Carpentier. D. Válvula pericárdica bovina (Carpentier-Edwards) E. Estenosis aórtica calcificada trivalvular senil. G. Homoinjerto (válvulas pulmonares) F. Válvula aórtica porcina Hancock II.

Implante valvular aórtico percutáneo. Sus pioneros.

Hace más de 16 años que se implementó un nuevo abordaje para el implante valvular aórtico, por vía percutánea transfemoral o transapical. En 1992, comenzaron los primeros experimentos sobre este nuevo procedimiento, cuando Andersen, Knudsen y col, implantaron válvulas artificiales, vía percutánea, en porcinos (51). Los primeros implantes en humanos por vía percutánea, fueron realizados por Bonhoeffer y col, en la válvula pulmonar, en el año 2000 y luego en la aorta, dos años después. (52) En abril del año 2002, el Dr. Alain Cribier, cardiólogo intervencionista francés, director de cardiología del Hospital Universitario de Rouen "Charles Nicolle", realizó por primera vez, una implantación de válvula y/o injerto aórtico, vía transeptal auricular. Gracias al aporte de este cardiólogo, se estableció en el mundo, un método quirúrgico cardíaco valvular no invasivo, el cual no requiere de la circulación extracorpórea, obviando el paro cardíaco. Este procedimiento aprobado por la FDA, está indicado para el implante de injertos en las válvulas aórticas calcificadas, consideradas de alto riesgo quirúrgico e inclusive inoperables, con excelentes resultados. Para el año 2013, se habían implantado por este método más de 80 injertos aórticos, en el mundo (53,54)

Inicio de la cirugía valvular en Venezuela: los pioneros.

En Venezuela, el Dr. Ramón Ernesto Arcay Tortolero en el Hospital Central de Valencia, realizó la primera comisurotomía, el 26 de junio de 1953, utilizando el método digital de Souttar (55). Sin embargo, es el Dr. Rubén Jaén Centeno, el pionero de la cirugía cardiovascular en nuestro país. Fue quien implantó la primera prótesis de Starr-Edwards en posición mitral, en el Hospital Universitario de Caracas, en el mes de enero de 1968. Por su condición de "Pionero de la cirugía en Venezuela", fue honrado por la Sociedad de Cirujanos del Tórax de los Estados Unidos, el 29 de enero de 2001, en la ciudad de New Orleans (Fig 13). A partir de 1968, el Dr. Jaén desarrolló una labor extensa y progresiva. Fue fundador del Servicio y Cátedra de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas (HUC), la primera en América Latina. Publicó sus experiencias quirúrgicas especialmente la implantación de prótesis valvulares y la corrección de malformaciones congénitas (56-57). Una de sus importantes obras, escrita en 1964, versó sobre patología vascular. Es el Atlas de Patología vascular. Aorta abdominal y sistema vascular de miembros inferiores. Este libro, cuyo prólogo fue escrito por el Dr. Denton Cooley, consta de 181 páginas y 65 fotografías. Ya jubilado, el Dr. Jaén publicó en 1995, su libro: **Pensamiento Independiente**, donde relata su experiencia en el Hospital Universitario de Caracas entre otros capítulos importantes ~~en su contenido~~. En el año 2001, publica: **Aunque la naturaleza se opuso**". En esta autobiografía profesional, refiere las dificultades que todo cirujano cardiovascular experimenta, principalmente los pioneros, como lo hemos relatado. Jaén recuerda la cantidad de pacientes que entraron al quirófano en grave estado de salud y fueron salvados por sus manos y las de sus colaboradores. El menciona la enorme cantidad de 8000 pacientes.



Fig 13. A. Dr. Rubén Jaén Centeno. B. Drs. Denton Cooley y Gastón Silva C. C. Dr. Ramón Arcay Tortolero
D. Hospital Universitario de Caracas E. Hospital Central de Valencia, Estado Carabobo (1952)

Dedicado también a la docencia logró congrega un grupo de cirujanos cardiovasculares quienes también contribuyeron grandemente a la formación de la primera escuela de cirujanos cardiovasculares venezolanos. Los pioneros y/o los primeros cirujanos quienes formaron parte de este creciente Servicio y Cátedra, fueron: los Dres: Miguel Ángel Ortega, Luis George, Víctor Grossman, Alexis Bello, Gastón Silva, Klaus Meyer, Ronald Balza, Juan Pablo Izquierdo, entre otros excelentes cirujanos, entrenados en el postgrado de dicha Cátedra. Actualmente (2017), el Dr. Gastón Silva C, es jefe del Servicio y Cátedra de Cirugía Cardiovascular, desde 1995. Desde la década del 70, las actividades de dicho Servicio fueron extendiéndose en todas las ramas de la cirugía cardiovascular y aumentaron enormemente en número durante 43 años (58-60) Para 1985, se alcanzó la cifra de 6.000 casos operados, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas(61,62)

Actualmente, la cirugía cardiovascular en Venezuela, se ejerce en varios estados del país, en hospitales universitarios, oficiales y centros médicos privados y ha evolucionado enormemente en los últimos 46 años. Igualmente, son muchos los cirujanos entrenados en Venezuela y en el exterior, quienes ejercen la cirugía cardiovascular en todo el país. En cuanto a cirugía cardíaca mínimamente invasiva, los pioneros en el país en la realización de esta técnica y la Cátedra de Cirugía Cardiovascular de HUC, por intermedio del Dr. Gastón Silva (2010) Nuevas técnicas han cambiado la evolución de esta cirugía y por ende, ha disminuido el número de complicaciones (63,64) En Venezuela, los primeros en implantar por vía percutánea una prótesis valvular aórtica (TAVI), en un hombre de 62 años, portador de severa estenosis aórtica calcificada, fueron **D** Paniagua y el equipo de cardiólogos intervencionistas y cirujanos cardiovasculares del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, en 2003. El modelo de prótesis implantado por ellos(Válvula cardíaca Paniagua) aún estaba en fase experimental (65) Posteriormente, las TAVI, se realizaron en el Hospital PérezCarreño siendo uno de los pioneros en Venezuela, el Dr. José Antonio Condado Rodríguez, cardiólogo intervencionista del equipo del Centro Médico de Caracas, Director del laboratorio de Cardiología intervencionista del Hospital Dr. Miguel PérezCarreño y del Programa de reparación valvular percutánea. En el Hospital Privado Centro Médico de Caracas se realiza este tipo de intervención desde hacemos de seis años. El Dr. Condado y col. han publicado su experiencia para el tratamiento percutáneo

de incompetencia valvular mitral (66-71) El Dr. Víctor Rodríguez Jefe del Servicio de Hemodinamia y los integrantes del Servicio de Cirugía Cardiovascular dirigido por el Dr. Gastón Silva, en el Hospital Universitario de Caracas, reiniciaron ese procedimiento en el año 2011, obteniendo resultados exitosos y constituyéndose en uno de los centros de mayor experiencia en el país. Es evidente que las prótesis implantadas por este método son de diseño muy diferente a las descritas anteriormente en este trabajo.

Los primeros modelos de prótesis implantados en el país, fueron: la CoreValveMedtronicautoexpansible, en junio del 2010 y la de Edwards-Sapiens (Edwards LifesciencesInc, Irvine, California, Estados Unidos) en diciembre 2011, en el Hospital Universitario de Caracas. Se han manufacturado más de 14 modelos de prótesis de implantación percutánea. A partir del año 2012, es en el Hospital Universitario de Caracas, donde se ha efectuado la mayor serie de implantes valvulares aórticos en el país, con modelos ampliamente aceptados a nivel mundial. Según el censo del año 2013, de la Sociedad Venezolana de Cardiología Intervencionista, en varios centros hospitalarios públicos y privados del país se practican TAVI. En Venezuela, para ese año, se contabilizaron más de 50 laboratorios de Hemodinamia, de los cuales 21, se encuentran consignados en el Registro anual de intervenciones percutáneas del Hospital Dr. Miguel PérezCarreño en Caracas (72)(Fig 14)



Fig 14. A. Dr. Philipp Bonhoeffer. B. Dr. Alain Cribier. C. Dr. David Paniagua. D. Dr. José Antonio Condado Rodríguez. E. Válvula de Bonhoeffer. G. Válvula Cribier-Edwards. F. Válvula de Paniagua. H. Válvula Edwards-Sapiens. I. "Core-valve"

Conclusión

En este trabajo evaluamos y valoramos el carácter heroico de la mayoría de actuaciones de los pioneros de la cirugía cardiaca valvular en el mundo y –particularmente- en nuestro país. Ellos dedicaron tiempo a experimentos y ensayos muchas veces desalentadores. Igualmente, muchos cirujanos sufrieron desgaste corporal y síquico, al enfrentarse a los riesgos propios de este tipo de cirugía y actuaron en contra de la opinión, no solo de sus colegas, sino también del público en general. El desarrollo de técnicas y procedimientos para el reemplazo de válvulas disfuncionantes ha salvado millares de vidas y ha contribuido grandemente en la calidad de vida de sus pacientes. En este sentido se cumple la sentencia de Alexis Carrel: *"La calidad de vida es aún mejor que la misma vida"*.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Bol Técnico/Informativo N° 317. Febrero 2007
2. Núñez Medina T, Finizola B, Finizola RM, D'Empaire G, García E, Mendoza I. Fuerza de Tareas Ad Hoc sobre Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares en Venezuela. Plan Estratégico de la Sociedad Venezolana de Cardiología 2014-2015. Informe sobre la situación de la salud cardiovascular en la república Bolivariana de Venezuela. Disponible en: www.sabr.ula.ve/bitstream/.../Informe_Situacion_Salud_Cardiovascular_Venezuela
3. OMS. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva. Enero de 2015. Prensa. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/
4. Suárez C, Milano M, Fernández H, Valderrama E. Evaluación de las biopsias cardiovasculares del Hospital Universitario de Caracas. *Avances Cardiol.* 2002; 22:1-9
5. Suárez CB, Hamana L, Castillo PR, Mejías L. Visión panorámica de la patología quirúrgica cardiovascular actual. *Avances Cardiol.* 2008; 28:227-228
6. Puigbo JJ. Historia de la cirugía en la época pre-Razetti. *Gac Med Caracas.* 2000; 108(4):471-486.
7. Lillehei C Walton, Cohen M, Warden H E, Read RC, Aust JB, DeWall R A, Varco R L. Direct vision intracardiac surgical correction of the Tetralogy of Fallot, Pentalogy of Fallot and pulmonary atresia defects. Report of first ten cases. *Ann Surg.* 1955; 142: 418-442. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1465089/pdf/annsurg01282-0102.pdf>
8. Hodelín Tablada R. Contribución de las controversias entre Cushing y Dandy al desarrollo de la neurocirugía. *RevMed Electrón [Internet].* 2011 [citado 2016 Dic 08]; 33 (Suppl 7): 838-847. Disponible en: pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/cum-51333
9. Ellis HF. Development of mitral valve surgery. Chapter 1. In: *Surgery for Acquired mitral valve disease.* Ed WB Saunders Company. Philadelphia & London. 1967 p 3,4
10. Khan MN. The relief of mitral stenosis. An historic step in cardiac surgery. *Tex Heart Inst J.* 1996; 23:258-266
11. Carrel A, Truffier T. On experimental surgery of the cardiac orifices. Original research article. *Am J Cardiol.* 1975; 36: 954-956
12. Carrel A. Experimental operations on the orifices of the hearts. *Ann Surg.* 1914; 9:1-6
13. Chaikhouni A. The magnificent century of cardiothoracic surgery. Part 3. Operating on a beating heart. *Am Heart Views.* 2008; 9:86-90
14. Cutler EC, Levine SA. "Cardiotomy and valvulotomy for mitral stenosis: Experimental observations and clinical notes concerning an operated case with recovery". *Med Surg J.* 1923; 188: 1023-1027. Citado por: Tesler UF. Mitral valve repair. Historical evolution and what lies ahead. *Tex Heart Inst J.* 2012; 39:862-865
15. Souttar HS. "The surgical treatment of mitral stenosis". *Br Med J.* 1925; 2: 603-606.
16. Gonzalez Lavin. Charles P. Bailey and Dwight E. Harken. The dawn of the modern era of mitral valve surgery. *Ann Thorac Surg.* 1992; 53:916-919
17. Harken DE, Ellis LB, Ware PF, Norman LR. "The surgical treatment of mitral stenosis". *N Engl J Med.* 1948; 239: 891
18. Crawford FA. Horace Smithy: Pioneer heart surgeon. *Ann Thorac Surg.* 2010; 89: 2067-2071 (Format: Abstract)
19. Bailey CP. "The surgical treatment of mitral stenosis (Mitral commissurotomy)". *Dis Chest.* 1949; 15: 377
20. Zalaquett S. 50 años de la cirugía de la válvula mitral. Una historia de exploradores, pioneros, héroes y conquistadores de nuestros tiempos. *Rev Med Chile.* 2009; 137: 1253-1260
21. Ross D N. Historical perspective of surgery on the mitral valve. In: Duran C, Angell WW, Johnson AD, Oury JH. *Recent progress in mitral valves disease.* Ed Butterworths&Co. (Publishers) Ltd, 1984.p 5-12
22. Ellis HF. Development of mitral valve surgery. Chapter 1. In: *Surgery for Acquired mitral valve disease.* Ed WB Saunders Company Philadelphia & London. 1967 p 13, 14

23. Troconis CJ. Comunicaciones interauriculares: historia de la corrección quirúrgica de las comunicaciones interauriculares en Venezuela. *Avances Cardiol.* 2015;35: 223-229
24. Konstantino IE, Meskishvill VVA. Sergei S Brukhonenko: the development of the first heart-lung machine for total body perfusion. *Ann Thorac Surg.* 2000;69. 962-966
25. Dennis C. A heart-lung machine for open-heart operations. How it came about. *Trans Am Soc art Org.* 1989;35:766-777
26. Threvenet A. C. Walton Lillehei et l'épopée de la chirurgie a coeurouvert. *Bull. Ac. Sciences et Lettres. Montpellier.* 1999. Seance 20 /12. Vol 30: 309-330
27. Gott VL, De Alejo, Cameron D E. Mechanical heart valves: 50 years of evolution. *Ann Thorac Surg.* 2003; 76: S2230-S2239
28. Lizarralde EA. Cirugía intracardíaca bajo visión directa. *Rev Col Méd Guatemala.* 1958, 9:147-161
29. Cooley D. Editorial. La historia de la cirugía cardiovascular. *Rev Peruana Cardiol.* 2002;28: 2-3
30. Zalaquett S R. Cincuentenario de la máquina corazón-pulmón. Un relato acerca de los pioneros y héroes y de las circunstancias que llevaron al gran invento que permitió el tratamiento y la cura de las enfermedades del corazón. *Rev Méd Chile.* 2003; 131:1337-1344
31. Gott VL, DeWall RA, González JL, Hodges PC, VarcoRL, Lillehei CW. The direct visión surgical correction of pure mitral insufficiency by use annuloplasty or a valvularprosthesis. *Univ Minnesota M. Bull.* 1957;29: 69-79
32. Ellis FH. Surgery for acquired mitral valve disease. Cap 1. Development of mitral valve surgery. W.B. Saunders Co. Philadelphia & London.1967 p 28,28
33. Dewall RA, Qasim N, Carr L. Evolution of mechanical heart valves. *Ann Thorac Surg.* 2000; 69:1612-1621 (Abstract)
34. Fishbein, MC, Roberts, WC. Late postoperative anatomic observations after insertion of Hufnagel caged-ball prostheses in descending thoracic aorta. *Chest.* 1975; 68: 6-11.
35. Butany J, Ahluwalia MS, Fayet C, Munroe C, Blit P, Ahn C. Hufnagel valve. The first prosthetic mechanical valve. *CardiovascPathol.* 2002; 11: 351-353
36. Rodríguez da Silva P. Dr. Cid Nogueira. A medical Pioneer of cardiac surgery in Brazil. *Rev Brasi Cir Cardiovasc.* 2011; 6:673-674
37. Harken DE. The emergence of cardiac surgery. I. Personal recollections of the 1940s and 1950s. *J ThoracCardiovascSurg* 1989;98(5 Pt 2):805-13
38. Starr A, Edwards ML. Mitral replacement: Clinical experience with a ball-valve prosthesis. *Ann Surg.* 1961; 154: 725-740
39. Robert W, Morrow AG. Fatal degeneration of the silicone rubber ball of the Starr-Edwards prosthetic aortic valve. *Am J Cardiol.* 1968;22:614-620
40. Roberts, WC, Levinson, GE, Morrow, AG. Lethal ball variance in the Starr-Edwards prosthetic mitral valve. *Arch Intern Med.* 1970; 126:517-521.
41. Magovern GJ, Liebler GA, Park SB, Burkholder JA, Sakert T, Simpson KA. Twenty-five-year review of the Magovern-Cromiesutureless aortic valve. *Ann ThoracSurg* 1989;48 3 Suppl S33-4
42. Bottio T, Basso C, Thiene G, Gerosa G. Prolonged durability of a Kay-Shiley mechanical valve prosthesis. *Tex Heart Inst J.* 2006; 33: 270-227
43. Hall KV, Kaster RL, Wolen A. An improved pivotal disc-type prosthetic heart valve. *J Oslo City Hosp.* 1979;29: 3-21. PubMed.
44. Kalke BR, Carlson RG, Lillehei CW. Hingeless double-leaflet prosthetic heart valve for aortic, mitral or tricuspid position. *Biomed Sci Instru.* 1968;4:190-196.
45. Lillehei CW, Nakib A, Kaster RL, Kalke BR, Rees JR. The origin and development of three new mechanical valve designs: toroidal disc, pivotal disc, and rigid bileaflet cardiac prostheses. *Ann ThoracSurg* 1989;48 (Suppl):35-37.
46. Björk, VO. A new central-flow tilting disc valve prosthesis. One year's clinical experience with 103 patients. *J ThoracCardiovasc Surg.* 1970; 60: 355-374.
47. Bjork VO. Brief rewiew the development of the Bjork-Shiley artificial heart valve. *CliCardiol.* 1984; 7:3-5

48. Bjork VO. The monostrut Bjork-Shiley heart valve. En: Seminar on cardiac valve replacement. Ed Vogel JHK. J Am CollCardiol .1985;6: 1142-1148.
49. Bokros JC. Carbon in prosthetic heart valves. Ann ThoracSurg 1989;48 3 Suppl:S49-50
50. Ross DN. Replacement of aortic and mitral valves with a pulmonary autograft. Lancet 1967; 2: 956-958
51. Andersen HR, Knudsen LL, Hasenkam JM. Transluminal implantation of artificial heart valves: description of a new expandable aortic valve and initial results with implantation by catheter technique in closed chest pigs. Eur Heart J. 1992; 13:704-708.
52. Bonhoeffer P, Boudjemline Y, Saliba Z, Merckx J, Aggoun Y, Bonnet D, Acar P et al. Percutaneous replacement of pulmonary valve in a right-ventricle to pulmonary-artery prosthetic conduit with valve dysfunction. Lancet.2000;356: 2000;356:1403-1405
53. Cribier A G, Eltchaninoff H, Bash A, Borenstein N, Tron C, Bauer F et al. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis. Circulation. 2002; 106: 3006-3008
54. Cribier AG. The odyssey of TAVR from concept to clinical reality. Tex Heart Inst J. 2014; 41:125-130. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4004491/> Apr 1, 2014
55. Puigbó JJ. Cirugía Cardiovascular en el país. Capítulo XVIII, En: Historia de la cardiología en Venezuela. Caracas, Edit Ateproca. 2012: 185-193
56. Puigbó GJJ. Cirugía Cardiovascular en el país. Capítulo XVIII. El fundador y primer Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular. Dr. Rubén Jaén Centeno. Hospital Universitario de Caracas (1968). En: Historia de la cardiología en Venezuela. Ed. Ateproca C.A. Caracas, 2012. p 190,191
57. Puigbó G Juan. Cirugía Cardiovascular en el país. Cap XVIII. En: Historia de la Cardiología en Venezuela. Edit Ateproca. Caracas, 2012: 188-189
58. Jaén C Rubén, Grossmann V, Ortega MA, Piña D Mario, Nesi Juan A, Velarde H. Circulación extracorpórea para cirugía intracardiaca. Métodos y complicaciones. Rev Soc Ven Cir. 1966; XX: 73
59. Jaen C Rubén. Cirugía intracardiaca con circulación extracorporeal. Estudio de 200 casos. Gac Méd Caracas.1968; Año LXXVI. Enero - Junio: 41-49
60. Jaén C R, Grossmann- Siegert V, Ortega MA, Bello A, Suárez JA. Complications in open-heart surgery. Analysis of 350 patients. J CardiovascSurg. 1970; 11:129-136
61. Ortega M, García S, Silva G. Reemplazos valvulares en niños y adolescentes. RevFacMed. 1985; 8:61-76
62. Machado AI. Evaluación hemodinámica en 6000 pacientes: válvulas aórticas y mitrales pre y postoperatorio. Rev Fac Med. 1985; 8: 1-6
63. Mihaljevic T, Unic D, Byrne JG, Cohn LH. Minimally invasive valve surgery. What the pathologist should know. CardiovascPathol .2004; 13: 176-181
64. París Alberto, Padrón JM, Cámara ML. Sustitución valvular aórtica mínimamente invasiva. Rev Esp Cardiol. 1997; 50: 778-781
65. Paniagua D, Condado JA, Besso J, Velez M, Burger B, Bibbo S, Cedeño D. First human case of retrograde transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis. Tex Heart Inst J. 2005; 32:393-398.
66. Condado J, Acquatella H, Rodríguez L, Whitlow P, Vélez-Gimón, St Goar FG. Percutaneous Edge-to-Edge mitral valve repair: 2-year follow-up in the first human case. Catheter CardiovascInterv. 2006; 67:323-325.
67. Condado JA, Burger B. Tratamiento percutáneo de las válvulas cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2006; 59:1225-31
68. Ruiz CE, Laborde JC, Condado JA, Chiam PT. Condado JA. First percutaneous transcatheter aortic valve in valve implant with three year follow up. Catheter Cardiovasc Interv. 2008; 72: 143-148
69. Condado JA, Velez-Gimón M. Catheter based approach to mitral regurgitation. J IntervCardiol. 2003; 16: 523-534

70. Palacios IF, Condado JA, Brandi S, Rodríguez V, Bosch F, Silva G et al. Safety and feasibility of acute percutaneous septal sinus shortening: First in human experience. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2007; 69: 513-518.
71. Condado JA. Evolución en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades valvulares cardíacas. *Avances Cardiol*, 2009; 29:7-12
72. Ionescu-Silva EF, Brito JA, Alfonzo A, Ruiz E, Alfonzo H, Marín MB, Carrasquero L, Aguiar P, Pereira C, Vilorio JL, Benenati V, Condado JA y col. Registro anual de intervenciones percutáneas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas, 2013. *Avances Cardiol* 2014; 34 (3): 193-201

Manuel Palacio Fajardo (1784-1819)

Médico, abogado y prócer de la independencia de Venezuela.

Rafael Romero Reverón.¹

RESUMEN

Manuel Palacio Fajardo (1784-1819), doctor en Derecho y en Medicina, Filósofo, Político y diplomático. Participó en la Declaración de Independencia de Venezuela y en la redacción de su primera Constitución. Pionero de las Ciencias Naturales en Venezuela. Diputado al Congreso de 1811. Secretario de Estado (Relaciones Exteriores) y posteriormente Ministro de Hacienda.

Palabras Clave: Manuel Palacio Fajardo. Jurista. Independencia de Venezuela. Primer Congreso 1811. Ciencias naturales.

ABSTRACT

Manuel Palacio Fajardo (1784-1819), Doctor in Law and Medicine, philosopher, politician and diplomat. Participated in the declaration of independence of Venezuela and the drafting of its first constitution, Member of the Congress of 1811, Pioneer of Natural Sciences in Venezuela. Secretary of State (Foreign Affairs) and later Minister of Finance.

Key Words: Manuel Palacio Fajardo. Jurist. Independence of Venezuela. First Congress 1811. Natural sciences.

En mi condición de miembro de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, así como también de la Asociación Americana para la Historia de la Medicina y de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina; me interesé en investigar y recopilar la información disponible sobre la vida y obra de Manuel Palacio Fajardo, prócer de la independencia de Venezuela, médico, abogado, filósofo, político, diplomático y pionero de las Ciencias Naturales en Venezuela. Con ello espero contribuir al reconocimiento de este relevante personaje. Manuel Palacio Fajardo nació en Mijagual (población inexistente en la actualidad), en el actual estado Barinas, en Venezuela. No hay un registro fidedigno de su acta de nacimiento, pero se estima como fecha de referencia de su nacimiento el año de 1784. Hijo primogénito de Manuel Antonio Palacio, quien era un importante propietario de tierras y de Trinidad Fajardo, oriundos ambos progenitores de aquella población. Manuel Palacio Fajardo tuvo 5 hermanos; Miguel, Antonio, Agustín, Luis, Ramón y Laura.

¹ Profesor Asociado, Cátedra de Anatomía Normal, Escuela de Medicina José M. Vargas. UCV. Individuo de Número SVHM. Miembro de la Soc Internacional de Historia de la Medicina. Miembro de la Asociación Americana de Historia de la Medicina. Especialista en Traumatología y Ortopedia, Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas. Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina. Correo RafaelRomeroReveron@yahoo.com.ve Recibido Junio 21, 2017

De sus padres recibió la educación elemental y luego en 1800, cuando tenía posiblemente 16 años, ingresó al Real Colegio Seminario de San Buenaventura de Mérida. Posteriormente se traslada a la provincia de Maracaibo, para estudiar Filosofía, Cánones, Gramática y Leyes estudios que logró completar para el año 1807, en la Real y Pontificia Universidad de Santafé de Bogotá. Obtuvo los grados de Doctor en Derechos civil y canónico, así como en Medicina, en el referido centro de estudios (1).

En 1808 ejerció, en el Real Colegio de Mérida, la Cátedra de Medicina Especulativa y se residió luego en la Provincia de Barinas para ejercer la Medicina y el Derecho. Cuando los sucesos revolucionarios de 1810, se encontraba ejerciendo su profesión de médico en la ciudad de Guanare. El Partido Capitular de Mijagual en un cabildo abierto le eligió su representante al primer Congreso Constituyente de Venezuela y como tal firmó el 5 de julio de 1811 la declaración de Independencia de Venezuela. Para el 21 de diciembre de aquel año, se encuentra entre los firmantes de la primera Constitución Federal de Venezuela (2). En los debates previos a aquella declaración formuló conceptos decisivos y concluyentes. Palacio Fajardo formó parte de la Sociedad Patriótica, (3) organización revolucionaria pro-independentista que realizó importantes actividades en Caracas y otras poblaciones venezolanas, durante la Primera República (1810-1812). En esta organización de carácter revolucionario figuraron como miembros Francisco de Miranda, Simón Bolívar, Carlos Soublette, Antonio Muñoz Tébar, Vicente Salías, Francisco Espejo, Pedro Pellín, Casiano de Medranda, Miguel Peña, Lorenzo Burros, Carlos Núñez, Francisco Antonio Paúl, Pedro Pablo Díaz, José Antonio Pelgrón, Pedro Salías, Rafael Castillo, José María Núñez y Ramón García Cádiz, entre muchos otros.

En 1812, Manuel Palacio Fajardo acompañó a Francisco de Miranda en su campaña libertaria y fracasada ésta, a consecuencia de la capitulación ante el general realista Monteverde, consigue escapar por la región occidental del país, hacia la Nueva Granada. El gobierno de Nueva Granada en 1812 le concedió poderes ~~para que~~, como su representante. Se dirige entonces al exterior a solicitar de los Estados Unidos y secundariamente del Imperio Francés, apoyo para la libertad de las colonias españolas en América. En cumplimiento de su misión llegó a Washington en diciembre de 1812, inmediatamente se puso en contacto con el presidente James Madison y el Secretario de Estado, James Monroe; a quienes expuso la situación de Venezuela y de la Nueva Granada, esta gestión no tuvo éxito, por lo que siguió a París con pasaporte falso, para despistar a las autoridades españolas. Llegó el 13 de marzo de 1813 e hizo gestiones con Napoleón y con el Papa Pío VII, sin encontrar disposición favorable a la independencia de Venezuela y Nueva Granada (4).

A fines de enero de 1815 llega a Londres, encontrándose en esta ciudad con Luis López Méndez y otros latinoamericanos que buscaban asistencia para los movimientos independentistas, Andrés Bello es en ese momento su secretario ocasional (?). En Inglaterra es donde pasará más tiempo, trabajando por conseguir la máxima ayuda posible para la independencia. En 1817 publicó en Londres un libro titulado "*Outline of the Revolution in Spanish America*", poco tiempo después se publica otra edición en inglés, esta vez en Nueva York. Hacia fines del mismo año aparece en París una edición en francés y en 1818 circula la edición alemana en Hamburgo. En 1819 y 1824 aparecen otras dos ediciones en francés (5), lo que lo ubica como uno de los primeros historiadores de la gesta emancipadora de Suramérica. Durante su estadía en Europa hizo estudios de química y perfeccionó la Medicina.

Desde 1815 figura como suscriptor de la revista de la *London Royal Institution*. Es considerado uno de los pioneros de las Ciencias Naturales en Venezuela, motivado a que en 1816 describió el urao (6), de la laguna de Urao en Mérida, sustancia esta indispensable para la elaboración del chimo. Envía una muestra a Francia para ser analizado por Gay Lussac, quien lo identifica como Natrón. Sobre la muestra de urao nos dice Palacio Fajardo:

"El año pasado tuve el honor de transmitir al Barón de Humboldt en París, una muestra de Urao por medio del Coronel Durán, quién la llevó a Europa. La muestra fue analizada por Gay-Lussac, quién la identificó como natrón, no diferenciable en ningún respecto con el encontrado en los lagos de Egipto y Fezzan".

Por esta razón este artículo de Palacio tiene la prioridad de ser el primero en presentar la identificación mineralógica del principal carbonato de la laguna de Urao y no es menos apreciable que en ello hayan estado incluidos dos científicos de la importancia de Alejandro Humboldt y Gay-Lussac (7,8). Palacio Fajardo se encontraba en 1812 en Valencia asistiendo a los debates del congreso, siendo entonces testigo y compilador de datos del terremoto de 1812, enviando luego a Alejandro von Humboldt en 1817 una descripción detallada del terremoto de 1812, en un manuscrito titulado *Apuntamientos sobre las principales circunstancias del terremoto de Caracas*, donde describe: "Sacudidas tan violentas que en el espacio de un minuto volcaron la ciudad de Caracas, no podían estar restringidas a una pequeña extensión del continente. Sus funestos efectos se extendieron a las provincias de Venezuela, Barinas y Maracaibo, a lo largo de la costa, y sobre todo en las montañas del interior. La Guaira, Maiquetía, Antímano, Baruta, La Vega, San Felipe y Mérida, fueron casi por entero destruidos. El número de muertos excedió de cuatro a cinco mil en La Guaira y en la villa de San Felipe, cerca de las minas de cobre de Aroa. Fué en una línea dirigida de Este-Noreste a Oeste-Suroeste de La Guaira y de Caracas, hacia las altas montañas de Niquitao y Mérida donde parece haber sido más violento el terremoto" (9)

También realizó una buena descripción de los aspectos geográficos aspecto humano, costumbres, alimentación, distracciones, diferencias entre los diversos grupos sociales y culturales de la región del Valle de Cúcuta y del área entre Ureña y San Antonio, incluyendo información sobre la vida de los indígenas de esta zona (10). A fines de octubre de 1818 regresa a Venezuela proveniente de Europa, previo paso por Trinidad llegando a Margarita con un significativo cargamento de fusiles y pólvora para ser distribuido entre Margarita y Maturín. En Margarita lo acogen como uno de sus diputados y con tal investidura se dirige hacia Angostura. Colabora en esta ciudad en 1819 como redactor del periódico el Correo del Orinoco.

El 15 de febrero de 1819 se encuentra en Angostura, con motivo de la instalación del segundo Congreso Constituyente de la República de Venezuela, en San Tomé de Angostura (hoy Ciudad Bolívar). En este Congreso Simón Bolívar como jefe del Estado se dirige a los congresistas del país no sólo para expresar su opinión sobre lo que debía ser el proyecto constitucional a sancionarse, sino también realiza una profunda reflexión sobre las circunstancias que vivía Venezuela a fines de 1818. No dudó Simón Bolívar en confiar los originales de este importante discurso de Angostura a Manuel Palacio Fajardo, estadista dotado de talento y erudición, para que le diera su opinión, en este sentido Palacio Fajardo expuso algunas observaciones de estilo y fondo, que Bolívar aceptó (11).

En el discurso pronunciado ante el Congreso de Angostura, Bolívar analizó de manera profunda la realidad de su tiempo, señalando los beneficios de reconocer que las instituciones que surgieran en América a raíz de la Independencia, debían revisar las necesidades y posibilidades de estas sociedades, sin copiar modelos de otras naciones.



Fig 1. Estatua de Manuel Palacio Fajardo (1784-1819)

Designado Bolívar Presidente de la República, organiza su gabinete, nombrando a Manuel Palacio Fajardo como Secretario de Estado (Relaciones Exteriores) y posteriormente como ministro de Hacienda. (12) Pero cuando más se esperaba de sus servicios, fallece, aparentemente de Fiebre amarilla o según otra fuente (13) a consecuencia de la ruptura de un aneurisma, en la ciudad de Angostura, el 8 de mayo de 1819, trucidándose así la vida de un personaje que aportaba grandes y excepcionales meritos a la causa por la independencia de Venezuela. Su obituario en el Correo del Orinoco (1819) lo calificaba como; *“Estadista dotado de talento y erudición. Patriota virtuoso, dulce socio, buen hijo, medico compasivo, magistrado integro”* (14). En el año de 1876 el presidente Guzmán Blanco decreta el traslado de sus restos mortales al Panteón Nacional, gestión que posterior a varias iniciativas, aun ~~en la actualidad~~ no se ha cumplido, por lo que permanecen en Ciudad Bolívar (15) Varios liceos en Caracas, Barinas y otras partes del país llevan ~~en su honor~~ su nombre, así como la presa en Barrancas en el estado Barinas y también en su honor, en mayo de 1969, el gobernador de Barinas Dr Luciano Valero, con motivo del sesquicentenario de la muerte del prócer; decreta constituir una plaza con su busto en la ciudad de Barinas.

Referencias.

- 1.- García H. Manuel Palacio Fajardo (1784-1819) En: *Diccionario Biográfico de Venezuela*. Edit García Mezquita y Cía. Madrid. p 860-861. 1953
 - 2.- Zapata L. Médicos en la Firma del Acta de Independencia. *Rev Soc Venez Hist Medicina*. 2011; 60. <http://revista.svhm.org.ve/ediciones/2011/1-2/?i=art12>
 - 3.- Leal I. Veintisiete rostros universitarios en el Congreso del 5 de julio de 1811. *Bol Acad Nac de la Historia* # 374 tomo XCIV p. 9-15. 2011.
 - 4.- Plaza A. Biografía de Manuel Palacio Fajardo. En: *Venezolanos Eminentes*. 1ª Serie. Biografías Escolares. Fund. Eugenio Mendoza, Caracas, p. 312-332. 1983.
 - 5.- Palacio F. M. Relation d'un lac de soude dans l'Amerique du Sud. *Annales de Chimie et de Physique*, París, 2ª Serie: 432-435. Traduc por Charles Konig: *J Science and Arts*. 1: 188-182. 1816.
 - 6.- Urbani, F. *Manuel Palacio Fajardo y su contribución a las ciencias naturales*. Bol. Hist. Geoc. 40, Caracas. p. 24- 36. 1990.
 - 7.-Urbani F. Notas sobre carbonatos de calcio y sodio de la laguna de Urao, Mérida. *Bol. Hist. Geociencias Venezuela*, (36): 1-15. 1989.
 - 8.- von Humboldt A. *Relation historique du Voyage aux regions equinoxiales du Nouveau Continent, fait en 1799, 1800, 1801, 1802, 1803 et 1804 par A. de Humboldt et A. Bompland*. Red. par A. de Humboldt. París, Chez N. Maze Librairie, Tome I, p.640. 1814.
 - 9.- Palacio M. 1817. An account of the earthquake of Caracas. *The Quarterly J Science*, Londres, 2: 400-402. 1817.
 - 10.- Palacio M. Description of the Vallies of Cucuta in South America. *The Quarterly J Science*, 3:337-348. 1817.
 - 11.- Briceño-Iragorry L, Puigbo J, Lopez J. Mini biografías: Manuel Palacio Fajardo (1784-1819). Edit. Ateproca, Caracas, p.27-28. 2007.
 - 12.- Zapata L. Médicos inhumados en el Panteón Nacional. *Rev Soc Venez Hist de la Medicina* 2011; 60: 37-47. <http://revista.svhm.org.ve/ediciones/2011/1-2/art-3/>
 - 13.- Rodríguez P. *Historia Médica de Venezuela hasta 1900*, Editores Parra León Hermanos, Caracas. p. 208. 1931.
 - 14.- Gomez-Gonzalez J, Briceño-Iragorry L, Rabi Chara M. *Diccionario Biográfico, Manuel Palacio Fajardo, (1784-1819)*. Edit. Ateproca, Caracas, p.1455. 2007.
 - 15.-Archila R. *Historia de la Medicina en Venezuela*. Ediciones de Rectorado Universidad de Los Andes. Merida, Venezuela. p.172. 1966.
- <http://4.bp.blogspot.com/-28leqkT-oWY/TnOui5aTdvI/AAAAAAAAAnY/KQeD-jKmJnc/s1600/esculturas%2Bde%2Bvielman%2B001.jpg> Consultado junio 20, 2017

José María Vargas como Juez de Hecho en Venezuela, 1826

Jesús Manuel Rodríguez Ramírez *

RESUMEN

Introducción: una vez finalizada la contienda emancipadora, se inició el proceso de construcción de la nación venezolana, al principio formando parte -como Departamento- de Colombia, hasta 1830, con las Libertades Individuales tomadas en cuenta desde sus primeras legislaciones. *Objetivo:* Mostrar la actuación del Juez de Hecho como uno de los mecanismos garantes de las Libertades Individuales en Venezuela, a través del estudio de un juicio público realizado en 1826. *Metodología:* usando métodos propios de Giro Lingüístico e Historia Conceptual, se efectuó análisis de planteamientos en materia de Libertades Individuales hechos por José María Vargas como Juez de Hecho durante la revisión de la publicación “La serpiente de Moisés”. *Resultados:* Vargas conceptualizó jurídica y políticamente la tolerancia en general, y de cultos y política en particular, libertad de opinión y de imprenta, notándose el uso de lenguajes políticos en boga en las nuevas corrientes de pensamiento europeo. *Conclusiones:* este Juez de Hecho reafirmó la conexión entre libertad y libertades con tolerancia, que la malintencionada publicación era consecuencia de las libertades consagradas en la Ley vigente, aun así no debía retomarse la idea de censura previa, porque las libertades individuales eran la base para la buena interacción entre religión, moralidad y trabajo y que todas eran necesarias para la productividad, con la Ley como su garante, vigilante de toda la estructura social y favorecedora de los individuos. Vargas mostró así conocimiento de las bases filosóficas y políticas más modernas acerca de las libertades individuales de su tiempo.

Palabras clave: Libertades Individuales. José María Vargas. Jueces de Hecho.

José María Vargas as Lay Judge in Venezuela, 1826

SUMMARY

Once completed the emancipatory struggle, began the political construction process of the Venezuelan nation, initially forming part of Colombia, until 1830, with individual freedoms as a legal priority. The objective was to show the performance of the Lay Judge as guarantor of individual freedoms in Venezuela, through the study of a public trial conducted in 1826. Using procedures of New History and Conceptual History Methods, analysis was performed of writings by Vargas related to such freedoms during his period as Lay Judge in 1826 during the review of pamphlet *La Serpiente de Moisés*. Vargas conceptualized juridical and politically tolerance in general, and of cults and politics in particular, freedom of opinion and of the press, showing use of political languages in vogue in the new currents of European thought. *Conclusions:* Vargas as Lay Judge reaffirmed the connection between individual freedoms and tolerance, the risk of these freedoms and didn't justify any form of prior censorship, the interaction among religion, morality and work, all of these elements required to keep the productivity, with Law as its guarantor watchdog over entire social structure and in the interests of the citizens. Vargas was an intellectual up to date on international political trends.

Key word: Individual freedoms. José María Vargas. Lay Judge.

* Doctor en Ciencias Políticas. Profesor Asociado y Director de Escuela de Medicina José María Vargas, UCV. Caracas. Correo: drjmrodriguezr@yahoo.es Recibido junio 27, 2017

Introducción.

El sintagma Libertades Individuales se refiere a cuando los pensamientos, ideas u opiniones personales son decididos por los propios ciudadanos, es decir, con posibilidad de tener decisión para su creación, elaboración, adopción, cambio o persistencia; se incluye también a la posibilidad de expresión a voluntad de los derechos antes expresados: convicciones filosóficas, políticas, religiosas, de relaciones personales y sociales, etc.; es tan importante la posibilidad de comunicar a la otredad tales aspectos, sea a viva voz, por medios de difusión sin censura previa, o por hechos, que habitualmente se percibe esta libertad como cimera. Todas las formas de gobierno conocidas han tratado de limitar el ejercicio de las primeras y, sobre todo, de esta última, para beneficiarse de su no observancia y así permanecer más tiempo -o en mejor forma- en el Poder.

Al iniciarse la organización política de Venezuela después de Carabobo, se fue estableciendo lentamente el marco jurídico republicano que sustituyó, con el transcurso de varios años, la legislación previamente elaborada por la monarquía española. A inicios de 1826 estaba vigente la Ley del 14 de septiembre de 1821 “*Sobre la extensión de la libertad de la imprenta, y sobre la calificación y castigo de sus abusos*”, basada en la protección del derecho de impresión sin censura previa, tenía prevista la figura del Juez de Hecho o juez no profesional: una vez recibido el escrito sospechoso por el alcalde ordinario, se convocaba a siete ciudadanos previamente elegidos por un año, con la finalidad de examinarlo en privado y calificarlo como *subversivo* (contrario a dogmas católicos), *sedicioso* (favorecedor de rebelión o perturbación del orden), *obsceno* (indecente o inmoral) o *infamatorio* (ofensivo a reputación o al honor), o de calificarlo como *no a lugar a la formación de causa*, por tanto, suspensión del procedimiento.¹ Su enunciado y contenido era muy parecido al de la previa legislación española.²

El doctor José María Vargas, médico poco relacionado en Venezuela tras una ausencia de doce años, desde un principio se dio a conocer como persona dotada de gran cultura, laborando con ahínco en el ejercicio médico en instituciones públicas; participó en la diatriba pública que acerca de tolerancia religiosa y abuso de la libertad de impresión se suscitó en 1826 en Caracas, tras la publicación de un folleto católico. El 16 de enero de 1826, es decir, casi tres meses antes de tramitar permiso para ejercer sus especialidades médicas, Vargas fue nombrado por la Municipalidad de Caracas como un miembro de los *Jueces de Hecho* que conocerían las causas de censura de escritos: “*La Ille. Munipd., en conformidad de lo que previene el artículo veinte y cuatro de la Ley de catorce de septiembre sobre la libertad de la imprenta, ha nombrado a U. como uno de los jueces de hecho que deben entender en los juicios de censura*”³.

¹ Ley del 14 de septiembre de 1821. “*Sobre la extensión de la libertad de la imprenta, y sobre la calificación y castigo de sus abusos*”. En: *Cuerpo de Leyes de la República de Colombia 1821-1827*. Artículos 1, 4, 25, 29, 30, 34, 36. CDCH-UCV. Caracas, 1961. Pp. 47-52.

² El Juez de Hecho era una figura que existía desde un año antes en Venezuela, en el Decreto de Fernando VII^o del 12 de noviembre de 1820, norma en la que una vez definida la extensión de libertad de imprenta, los abusos en su ejercicio, la calificación de los hechos y su penalización, describió al Juez de Hecho como un ciudadano elegido por el Ayuntamiento para definir si había lugar o no a la formación de causa ante un escrito sospechoso; es decir, que la Ley del 14 de septiembre antes citada, siguió la misma tendencia de tener disponible una precalificación en estos casos. Gaceta del Gobierno N^o 162, *Suplemento del 5 de diciembre de 1820*. Pp. 727-729. Imprenta Nacional, Madrid, 1820.

³ El oficio aparece firmado por Domingo Navas Spínola. En: Villanueva, Laureano. *Biografía del Doctor José María Vargas. Facsímil de la edición de 1883*. Ediciones del Rectorado, UCV. Caracas, 1986. Edición de 1986. P. 60. Por otra parte, años atrás, en 1821, había circulado “La mariposa negra”, y otros artículos periodísticos, con críticas hacia el catolicismo. *Ibidem* p. 80. Los otros jueces eran: Lázaro Carías, Carlos Cornejo, Felipe Mejías, Pedro Porras y Esteban Molowny; el acusador era el Síndico Municipal Toribio Iribarren. *Ibidem* p. 13.

Es de hacer notar que había desempeñado una función parecida, pues en 1823 fue Juez del Tribunal de Imprenta de Puerto Rico junto con otro eminente médico del lugar (Dr. José Espaillat).⁴ En ese entonces, en la isla caribeña ya había concebido la manera en cómo debía superarse el problema de diferentes credos entre los eventuales inmigrantes sin trasgredir la ley, tomando el respeto y control que debe haber entre los gobiernos y las creencias de los pueblos: “*El punto de la tolerancia merece, en particular, un examen más pormenor, pues aunque a primera vista parece estar en oposición con el Art. 12 de nuestro código constitucional, sin embargo es enteramente sostenible enunciado bajo el aspecto de una opinión, acerca de cuya utilidad e importancia en población, comercio e industria hay muy pocas dudas. Además, habiendo muchas tolerancias, puede haber una discreta, que aun prohibiendo el ejercicio de cualquier otra que la cristiana, Apostólica Romana, admita bajo la protección de las leyes a toda especie de sectarios*”.⁵ Es decir, trató a la religión como una opinión e invocó su resguardo ya que en la mayoría de los pueblos se reconocía su libertad. Por otra parte, sus referencias que muestran conocimiento de las obras de Constant (representante de los *Ideólogos*)⁶ no son azarosas: este autor (1767-1830) se educó en parte en Edimburgo, en la filosofía moral escocesa y la economía de A. Smith, durante la década de 1780, y se dedicó en su tiempo a escribir obras políticas en relación a temas como la libertad, la propiedad privada, la productividad, la representatividad y la ley como garante de toda la estructura social y favorecedora de los individuos: todos esos valores presentes en la obra escrita de Vargas.

La Tolerancia de Culto.

Un pequeño texto elaborado el 28 de marzo de 1826 y publicado poco después, contenía las opiniones expresadas por Vargas en torno al proceso efectuado por editarse en el país un folleto religioso titulado “La serpiente de Moisés”⁷, se considera su primera aparición pública premeditada en Venezuela, allí efectuó un análisis pormenorizado acerca de la aceptación de cultos distintos en relación al tipo de gobierno que se tenía –con abundantes elementos propios de la República Cristiana-, y a las nuevas leyes vigentes, cargadas de Republicanismo. Primeramente analizó diferentes acepciones de tolerancia de culto: como de no tomar en cuenta las religiones por ser todas producto de la creatividad del hombre, de aceptar todas las prácticas de fe mientras no trastornen la paz ciudadana y sin exclusiones civiles o políticas; o, finalmente como parte del comportamiento social caritativo entre las personas; por eso, vinculó al ocaso o éxito de las naciones con el conocimiento, y rechazó en esto a las creencias de fe: “*Los crímenes públicos, la inmoralidad de los pueblos no nacen de la profesión de esta o aquella religión. Dependen inmediatamente de su educación e ilustración, y además de los efectos de una buena legislación*”.⁸ Intentó explicar la intolerancia que mostró el pueblo hebreo en tiempos del Antiguo Testamento porque, con un gobierno teocrático, quien daba las directrices, absolutas, en los frecuentes conflictos con otros pueblos era su máximo líder: el propio Dios, y así refutó las supuestas pruebas bíblicas de soporte usadas por el autor del citado folleto, utilizando una numerosa cantidad de términos políticos y religiosos, que yo subrayo para resaltarlos:

⁴ Vargas: *Apoteosis del siglo XIX*. Tomos II. Ediciones de la Presidencia de la República. Caracas, 1986. Pp. 278-9.

⁵ Es una carta no fechada (elaborada presumiblemente entre 1819 y 1824), dirigida por Vargas al Director de la SEAP de Puerto Rico. En: Doctor José Vargas. *Obras Completas*. Vol. IV. Documento N° 334. Segunda Edición. Homenaje del Congreso de la República. Caracas, 1986. P. 160.

⁶ Falcón, F. *Sentimos, luego existimos: el pensamiento de los ideólogos en Venezuela (1811-1840)*. En: *1810: Dios, patria y libertad*. Fundación Konrad Adenauer y UCAB. Caracas, 2012. Pp. 205-19.

⁷ Doctor José Vargas. *Reflexiones imparciales acerca del folleto titulado La serpiente de Moisés*. En: Doctor José Vargas. *Obras...* Volumen IV. Óp. Cít. Documento N° 330-A. Pp. 88-102.

⁸ *Ibidem*. Pp. 94 y 96.

“Veamos las fuentes de estas pruebas. Trae a colación pasajes del Antiguo Testamento, para probar la intolerancia con que el pueblo judío miraba a los que no reconocían su Dios, sin notar que siendo el gobierno judaico puro teocrático, siendo Dios quien nombraba inmediatamente los jefes, los sacerdotes, dictaba las leyes religiosas y civiles, dirigía todo el régimen público, mandaba declarar la guerra y hacer la paz; identificaba el régimen social con el religioso y el príncipe con su Dios; y por tanto, establecía necesariamente la intolerancia y aun la guerra con los pueblos contrarios a éste. Así, el ejército israelita era llamado ejército del Señor: Dios era su primer caudillo”.

Sin interrumpirse, en el mismo documento, mostró las virtudes que deben desarrollar los gobiernos que no dependen de divinidades –por no ser teocráticas- sino de la razón, también utilizando un lenguaje evidentemente político:

“¿Qué diferencia no hay entre este pueblo, enteramente teocrático y los demás gobiernos de las naciones dirigidas por la prudencia y la sabiduría humana? Entre un pueblo, de quien Dios es el caudillo inmediato, y los pueblos cristianos en que Jesús fundó una religión puramente espiritual y celeste, y cuyas leyes solamente dirigidas a la santificación de las almas, no tienen más relación con los negocios políticos y civiles, que la que pueda derivarse de las máximas generales de virtud y caridad universal que dictan a los hombres? El autor divino de esta nueva ley declaró que su reino no era de este mundo. Convidado una vez a decidir la contienda de dos hermanos, sobre la partición de su herencia, respondió que nadie le había constituido por su juez; mandó a sus discípulos, que los más distinguidos de ellos se hiciesen inferiores y siervos de los demás, para diferenciarse de los príncipes, que ejercen poder sobre las naciones; no eligió senadores, ni jefes, ni capitanes del pueblo, sino unos pescadores desautorizados, que publicasen su doctrina, para separar de ella toda idea de poder y dominio temporal.”⁹.

Destacó luego que en el Nuevo Testamento, el mensaje era nuevo, de paz, de reconocimiento: *“A nadie declara la guerra el Evangelio, sino a las pasiones. Los Apóstoles no defendieron más que la doctrina de Jesús, sin emplear en esta defensa más armas que su paciencia y su sangre.”*. Comentó que los Doce seguidores de Jesús advertían o informaban, mas no obligaban en sus prédicas, por lo que la referencia que Margallo (autor del panfleto) hizo de tales personajes no implicaba intransigencia: *“La pruebas mismas que el autor saca de la conducta de los Apóstoles, contra la tolerancia civil y política, demuestran claramente, que ésta no es contraria al cristianismo; porque entonces, no habrían usado de la amonestación, sino del precepto.”¹⁰*.

Desestimó del opúsculo como referentes de aceptación de otras religiones a Agustín de Hipona y Tomás de Aquino pues no se debía considerar ciegamente los mensajes de quienes, siendo de muy alta estima en la Iglesia, necesariamente estarían parcializados: *“Basta al intento notar, que en esta materia, puramente política, la autoridad de estos padres, no tiene más peso que el de su sabiduría, y que ésta está muy lejos de ser infalible, aun suponiéndolos, contra la verdad, los hombres más sabios. Además, su celo, como Apóstoles del cristianismo, hace disimulable su opinión en calidad de teólogos, mientras que es muy vituperable por la política, y aun contraria a la caridad cristiana en los encargos de gobernar las naciones.”¹¹*

⁹ *Ibídem*. P. 91.

¹⁰ *Ibídem*. P. 92. En una amonestación o admonición lo que ocurre es una reprensión o advertencia sin más consecuencias cuando se ha cometido una falta; un precepto es una orden o mandato que debe acatarse sin discusión.

¹¹ *Ibídem*. P. 93.

Así mismo, criticó la inflexibilidad de culto en gobiernos históricos, que no por haber existido así se podía tomar esa conducta como correcta: *“Todos sabemos que estas pruebas a nada conducen, y que sólo hacen ver que en toda sociedad organizada el cuidado de una religión, es una de las atenciones políticas del gobierno, por la íntima conexión con la moral pública, sobre que se fundan el orden y el cumplimiento de las leyes. Este cuidado de una religión lo toman los gobiernos de diversos modos y en una extensión más o menos lata. Esta es una cuestión política que ha sido triunfalmente resuelta por las naciones modernas más cultas y siempre en favor de la latitud de la tolerancia. Mucho candor fue preciso para probar la intolerancia de los gobiernos gentiles; el sencillo autor no notó que haciendo esto justificaba la crucifixión del Fundador del cristianismo, que fue víctima de esta misma intolerancia.”*¹²

Esas consideraciones que interrelacionan a la religión con la moral y orden, basados en la tolerancia en general, revelan desde 1826, el uso de un lenguaje en Vargas propio de Economía Política, lo cual reafirma al rechazar que las faltas a la moral y las violaciones a la ley fuesen por influencia de alguna religión, sino por el nivel educativo y jurídico de esos pueblos, por eso: *“Así, examinando los hechos y los pueblos, sacamos en último análisis, que no la tolerancia sino la intolerancia, embarazando la ilustración de éstos, es la que inflige muchas de las manchas feas con que se presenta su cuadro moral”*¹³.

Usó esta publicación para acusar al poder en España de haber manipulado, con la intolerancia religiosa, a la Iglesia en su provecho político: *“Desengañémonos: el horror a los extranjeros, la rigurosa intolerancia que se observaba en estos países de la América española, era un resultado necesario de la política del gobierno español, abusando de la santidad de la religión, para sus miras de dominación perpetua y exclusiva.”*; más adelante, confirmó su crítica a la monarquía de la Madre Patria: *“Solo por las restricciones mezquinas del antiguo gobierno español, que tenía interés en hacer que el clero predicase y el pueblo creyese que era pernicioso tratar con los extranjeros. No era la religión la que cuidaba, era la ilustración la que evitaba, como que sabía era el medio más seguro de romper las cadenas de la servil sujeción a su pesado yugo y al imperio de las preocupaciones.”*¹⁴.

Vargas procuró no solo la aceptación de creencias por parte del Estado, sino también respeto de los inmigrantes de otras confesiones y de otras convicciones políticas, además de revelar su opinión de que esa condescendencia en todos sus aspectos sociales, era un asunto de utilidad, es decir, no se refirió solo a aceptación religiosa, sino de otros aspectos propios de las libertades de la condición humana: *“Por lo que hace a la conveniencia de la tolerancia civil y política, al orden y prosperidad de las naciones, creemos muy ridículo ponernos a probar un dogma político, acerca del cual ningún hombre ilustrado duda, y de cuyas razones y ventajas, además de abundar en todos los escritos de los publicistas, vemos cada día pruebas de hecho que llevan el más firme convencimiento a la razón.”*¹⁵

Libertad de Opinión y de Imprenta.

Reveló posibilidades de progreso, si se tenía transigencia: *“Luego es libre discutir la utilidad o conveniencia de la tolerancia civil y política a la prosperidad de las naciones. Para nosotros ésta es una verdad demostrada en política, fundada sobre los principios más liberales, sobre los hechos. Sobre la experiencia uniforme de todos los pueblos más civilizados, constituye, en la opinión de la mayor parte de los publicistas y economistas políticos, la base principal de la prosperidad de las naciones más florecientes, y en nuestro juicio es una de las fundamentales*

¹² *Ibidem.* P. 94.

¹³ *Ibidem.* P. 95.

¹⁴ *Ibidem.* Esa tendencia de no mezclar política con religión, la mantuvo en su actuación posterior en su vida pública.

¹⁵ *Ibidem.* Pp. 95 y 97.

del fomento de Colombia, es un derecho sagrado de las gentes y ejercicio de hecho para todos los pueblos cristianos, aun en mayor latitud que por el gobierno de ésta República.”

A pesar de todo el trasfondo religioso anterior, Vargas usó este juicio para emitir largamente no solo sus reflexiones acerca de la tolerancia, sino también acerca de libertades como las de opinión y de imprenta; pues puso por sobre todo lo antes señaladas, a la libertad de opinión, y así termina defendiendo al responsable de la impresión del librito, para ello enumeró algunas consideraciones suyas en las que el folleto en cuestión no perturbó el orden público, que era la acusación formal, pues *la Constitución no prohibía sino escritos anticatólicos*, aunque castigaba a los abusadores de ese derecho, además la misma Carta Magna garantizaba a los extranjeros todo con tal de que estuviesen dentro de la ley, por eso dijo:

“Así es que el gobierno de Colombia admite la tolerancia civil y política de hecho y de derecho.”; recordó que las leyes, susceptibles de ser mejoradas, son las que definen si algo va contra ellas: *“Creemos más: que una de las preciosas ventajas de la libertad de imprenta es hacer llegar a la noticia de los legisladores y demás funcionarios públicos, los verdaderos efectos de las leyes y demás providencias para modificarlas o anularlas. La ley permite publicar las opiniones, sean verdaderas o falsas, no las reprime (constant. polit. const.) no tiende a impedir las divagaciones del entendimiento humano, ni los extravíos de la razón; prescinde de los errores, y sólo se dirige a conservar el orden social, que es ofendido más o menos y de un modo directo, atacando los dogmas de la religión dominante, excitando a la rebelión o a la turbación de la tranquilidad pública, escribiendo contra las buenas costumbres, o difamando a los ciudadanos.”*¹⁶.

También argumentó que mientras los escritos no incitasen a la insubordinación, no trastornaba la paz ciudadana: *“¿Pero escribir contra las leyes fundamentales y particulares de Colombia, es excitar a la rebelión y a la perturbación de la tranquilidad pública? Creemos que no, con tal que sólo se discuta la justicia o injusticia, la conveniencia o perjuicio, la oportunidad o inoportunidad de ellas, sin incitar al desobedecimiento, o hacerlo de modo que pueda turbar más o menos probablemente el orden público.”*; líneas más adelante, termina el punto de un posible alzamiento por lo que decía el folleto, desde el punto de vista práctico, es decir, éxito en la pretensión: *“Todo escrito con la acción de la rebelión o turbación de la tranquilidad pública es criminal según el modo más o menos probable de producir este resultado.”*

Defensor racional de la libertad de imprenta (a lo cual se refirió en varias oportunidades) y de la comprensión y respeto en todo sentido, confiaba en el sano juicio de los que leían, para que su discernimiento permitiese desechar las informaciones tendenciosas: *“A pesar de todo esto, esta verdad no es un dogma, que no se pueda impugnar sin infringir la ley de libertad de imprenta. Por el contrario, esta misma y otras fundamentales consagran la libertad de hacerlo. Con errores y autoridades mal traídas es que el autor la combate; mas estos errores van al tribunal de la razón, que harto juzgados los tiene, sin que la ley de imprenta pueda acriminarlos. Tan extraña sería su impugnación por parte de un publicista o administrador, como su defensa por un teólogo o ministro de un culto exclusivo o dominante.”* Por eso, consideró que el refutar en el libelo la condescendencia debida, no era un llamado a la sublevación: *“Así, en nuestro sentir, no es sedicioso el escritor por el solo hecho de impugnar la cuestión de la tolerancia civil y política.”*¹⁷.

Entonces, para Vargas eran suficientes la libertad de imprenta, la flexibilidad benevolente y la cultura para que escritos malintencionados (o incluso, tal vez conspirativos), como el de

¹⁶ *Ibíd.* P. 98.

¹⁷ *Ibíd.* Pp. 98-99.

Margallo no formasen opinión, sino se desecharan, por los lectores: “*En pueblos más acostumbrados a la libertad, y ver con sangre fría el embate de las opiniones; en pueblos más acostumbrados a ser tolerantes, y a mantener sus pensamientos y conciencias, más independientes de los hábitos de un despotismo mixto, la libertad de la imprenta basta, ella produce por sí el lleno de sus efectos, difunde la calma en el espíritu de los hombres y la razón y reflexión en cuanto saben que son libres para examinarlo todo antes de creerlo. Todavía no es este nuestro estado. “La Serpiente de Moisés” no viene sola, forma parte de un sistema, otros papeles la acompañan; no se trataría, en caso de intenciones perversas (cuya existencia nos abstenemos de asegurar) de que produjese ahora mismo su efecto; basta que sean un elemento de combustión preparado para un tiempo oportuno.*”¹⁸.

Armonizó las Libertades Individuales que estaban siendo tratadas en este Juicio: “*Además, la libertad de pensar y la de creencia son correlativas. La libertad de imprenta y la tolerancia civil y política son, pues, hermanas y bien identificadas. Respetar la intolerancia o verla con consideración en el tribunal de aquélla, sería transigir con su enemigo mortal*”¹⁹. Estaba consciente de que las prohibiciones de escritos siempre traían como consecuencia que un mayor número de personas se interesasen por ellos, y que, por otra parte, la libertad de imprenta debía prevalecer a toda costa, por lo que expresó, evocando a Henri Benjamín Constant y su posición ferviente en favor de las Libertades Individuales y de la responsabilidad de cada uno ante sus actuaciones²⁰: “*Mas cediendo a nuestras inclinaciones, escuchando la voz de nuestros sentimientos, propenderíamos a mirar con indulgencia un pequeño crimen, por temor de darle un golpe a la libertad sagrada de la imprenta. Mucho pesa en nuestro juicio la necesidad de conservar ileso este pedestal de toda reforma saludable, este sostén de todas las libertades. Reflexionamos con Constant que los ataques a la libertad de los escritos exasperan los espíritus, obligan a recurrir a tiros indirectos, a la circulación de producciones clandestinas infinitamente más peligrosas, hacen partidarios a los perseguidores, dan importancia a las obras más despreciables; en el solo hecho de prohibirlas, despierta la avidez por la lectura.*”²¹.

El resultado del trabajo de estos jueces de hecho se dio a conocer el 18 de marzo de 1826: sentencia por sedicioso en tercer grado, con penalización para el responsable de la publicación, Canónigo Miguel Santana, a pesar de que al parecer solo fue la cara visible de esta edición, al decir del primer biógrafo de Vargas, Laureano Villanueva, en el año 1883: “*Según documentos presentados por el dueño de la imprenta, fueron el Dean, el Cabildo municipal y los curas de las Parroquias, los autores de dicha reimpresión, de la cual se encargó el canónigo Santana, porque el alto Clero de Caracas, dice un escritor notable, al contar las crónicas de aquel tiempo, quiso eludir la responsabilidad, advertido por anteriores luchas del espíritu de desconfianza de sus contrarios, que lo acechaban con cautela*”²².

Consideraciones finales.

¹⁸ *Ibidem*. P. 100.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Constant, Benjamín. *Curso de Política Constitucional. Crítica del Derecho*. Editorial Comares, Albolote (España), 2006. La obra fue escrita entre 1818 y 1820.

²¹ “*Que las precauciones minuciosas que se toman contra los escritos, como contra las falanges enemigas, son tales, que atribuyéndoles una fuerza imaginaria les comunican una real verdadera; que cuando hubo más códigos enteros de leyes prohibitivas y ejércitos de inquisidores, entonces mismo se difundió con más rapidez la luz de la Filosofía, por la simple razón que escritos y doctrinas que alarmaban tanto, y causaban tanta inquietud, tantas preocupaciones, debían hacer una impresión muy profunda y llevar consigo una evidencia de razón muy irresistible.*” Vargas, José. *Reflexiones...* Óp. Cít. P. 101.

²² Villanueva, Laureano. *Biografía...* Edición 1986. Óp. Cít. P. 13. Es interesante que en esas líneas, Villanueva comentó: “*Ibidem*”.

Más allá de la tolerancia que en toda sociedad debe practicarse, varias de las Libertades Individuales –de fe, de ideas, de expresión sin censura previa- han sido históricamente manipuladas por quienes detentan el Poder (Civil, Eclesiástico, Militar) para su propio provecho de mayor permanencia en el mismo; así que frecuentemente se encuentran personajes históricos que han tomado la bandera de su defensa, de cuya perseverancia resultan hoy los instrumentos jurídicos que las garantizan.

José María Vargas, como uno de tales íconos, reafirmó la conexión entre libertad y libertades con la tolerancia, es decir, libertad de pensamiento y de fe, y nombró la afinidad entre libertad de publicar las ideas y la tolerancia, por lo que no estaba de acuerdo con aceptar a los anti tolerantes. A su vez, se refirió a la Opinión Pública como una suerte de Tribunal de Apelación en caso de que el Jurado errase, señalando que el folleto, aunque malintencionado, era consecuencia de las libertades consagradas en la ley vigente.

Aunque en estas reflexiones sobre el folleto de Margallo se refirió varias veces a las citas bíblicas hechas por el autor y a las interpretaciones que éste hizo y que a él le parecían tendenciosas, en ésta publicación se demuestra que Vargas lo que pretendía era difundir un mensaje político, un mensaje de libertades individuales: de ideas, de fe, de no permitir censura previa, de poder publicar los propios pensamientos de las personas y de relacionar todo esto con progreso o con productividad, tal como lo hacían intelectuales de Economía Política y de los *Ideólogos* de esos años, con algunos elementos de Republicanismo y evidenciando alejamiento del lenguaje propio de la República Cristiana colonial en la cual había una estrecha alianza de intereses Iglesia-Gobierno, independientemente de que éste fuese parte de una república o de una monarquía.

En el caso de la tolerancia hacia la libertad y hacia las libertades, entendiendo a éstas últimas como las de conciencia y pensamiento, de impresión, espirituales, de enseñanza y de aprendizaje, postuló eran la base para la interacción entre religión, moralidad y trabajo, todas necesarias para la productividad. Vargas, católico practicante, que exhibió toda su vida un lenguaje propio de todas las tendencias mencionadas, basó sus opiniones en “La Serpiente” en una amplia exposición de la tolerancia no solo religiosa sino de esas libertades individuales enumeradas, con un escrito que a inicios de la vida republicana venezolana, lo dedicó a su promoción y defensa integral.

Referencias.

¹ Ley del 14 de septiembre de 1821. “*Sobre la extensión de la libertad de la imprenta, y sobre la calificación y castigo de sus abusos*”. En: *Cuerpo de Leyes de la República de Colombia 1821-1827*. CDCH-UCV. Caracas, 1961. Artículos 1, 4, 25, 29, 30, 34, 36. pp. 47-52.

² Gaceta del Gobierno N° 162, *Suplemento del 5 de diciembre de 1820*. Imprenta Nacional, Madrid, 1820. Pp. 727-9.

³ Villanueva, Laureano. *Biografía del Doctor José María Vargas*. Facsímil de la edición de 1883. Ediciones del Rectorado, UCV. Caracas, 1986. Pp. 13, 60 y 80.

⁴ *Vargas: Apoteosis del siglo XIX*. Tomo II. Ediciones Presidencia de la República. Caracas, 1986. pp. 278-9.

⁵ Doctor José Vargas. *Obras Completas*. Vol. IV. Documento N° 334. 2ª Edición. Homenaje del Congreso de la República. Caracas, 1986. p 160.

⁶ Falcón F. *Sentimos, luego existimos: Pensamiento de los ideólogos en Venezuela (1811-1840)* En: *1810: Dios, patria y libertad*. Fundación Konrad Adenauer y UCAB. Caracas, 2012. pp. 205-19.

⁷ Vargas José. *Reflexiones imparciales acerca del folleto titulado La serpiente de Moisés*. En: Doctor José Vargas. *Obras Completas*. Vol. IV: 88-102. Óp. Cít. Documento N° 330-A.

⁸ Ibídem. pp. 94 y 96.

⁹ Ibídem. p. 91.

¹⁰ Ibídem. p. 92.

¹ Ibídem. p. 93.

² Ibídem. p. 94.

³ Ibídem. p. 95.

⁴ Ibídem. p. 95.

⁵ Ibídem. pp. 95 y 97.

⁶ Ibídem. p. 98.

⁷ Ibídem. pp. 98-99.

⁸ Ibídem. p. 100.

⁹ Ibídem.

²⁰ Constant Benjamín. *Curso de Política Constitucional. Crítica del Derecho*. Edit Comares, Albolote (España), 2006.

²¹ Doctor José Vargas. *Reflexiones...* Óp. Cít. p. 101.

²² Villanueva, Laureano. *Biografía....* Óp. Cít. p. 13.

MÉDICOS, CORSARIOS, PIRATAS Y OTROS

Leopoldo Briceño-Iragorry *

“De las Antillas podemos decir que han sido la gallera por el predominio del mar”

Waldemar Westergaard (1)

RESUMEN (13 pp, 21 Ref. 13 Fig)

La visita del filibustero francés Grammont de la Mothe a Trujillo y la puesta en mis manos del trabajo de Ramón Urdaneta, Trujillo y la Iglesia, nos llevó a investigar el tema de piratas, corsarios, bucaneros y filibusteros, que llegaron al Caribe y en especial a Venezuela. Numerosos fueron ellos, Sores o Soria, Le Clerc, l'Olonnais, Hawkins, de Bon Temps, Preston, Sir Walter Raleigh, Jackson. Dos médicos son mencionados en el trabajo: Smeeks y Alexander Exquemelin, este último de notoria importancia. Arrasaron con nuestras costas y ciudades.

Palabras Clave: Mar Caribe. Piratas. Corsarios. Filibusteros. Medicina. Época Colonial

ABSTRACT

The visit of the French filibuster Grammont de la Mothe to Trujillo and the putting into my hands of the work of Ramon Urdaneta, Trujillo and the Church, led us to investigate the subject of pirates, corsairs, buccaneers and filibusters, who arrived in the Caribbean and especially To Venezuela. Numerous were they, Sores or Soria, Le Clerc, l'Olonnais, Hawkins, Bon Temps, Preston, Sir Walter Raleigh, Jackson. Two doctors are mentioned in the work: Smeeks and Alexander Exquemelin, the latter of notorious importance. They raided our coasts and cities.

Key words: Caribbean sea. Pirates. Corsairs. Filibusters. Medicine. Colonial Age

* Médico. Cirujano pediatra. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina y de la SVHM. Correo lbricenoi@gmail.com_Recibido julio 13, 2017.

Coincide la pintura de Botticelli: Nacimiento de Venus (la vuelta de la diosa Venus a la costa de Italia: Fig 1), bella imagen del Mediterráneo; con el descubrimiento de América, o para ser más exactos, del Mar Caribe. Colón llega a Guanahaní. Indias de color de cobre que se asoman asustadizas por entre la selva desgredada. La Venus caribeña anda desnuda, como Dios la echó al mundo; los chiquillos parecen micos trepados a los árboles y hablan con los loros. Los indios ven hombres con barba; jinetes en potrillos; dientes blancos, ojos negros y mirada maliciosa. Comen carne humana; queman hojas secas en braceros de tierra cocida y aspiran humo; en las fiestas se adornan con plumas la cabeza y pintan el cuerpo de rojo, con achiote; usan collares de huesos, dientes, uñas de bestias salvajes, caracoles. Comen gusanos, otras porquerías. Son libres e indecentes. Es el Caribe.



Fig 1. Nacimiento de Venus, Botticelli, 1482 ó 1484

Llega a mis manos un trabajo de Ramón Urdaneta (Fig 2), editado en España con motivo del Cuatricentenario de fundación de la ciudad Trujillo: “Trujillo y la Iglesia” (2)

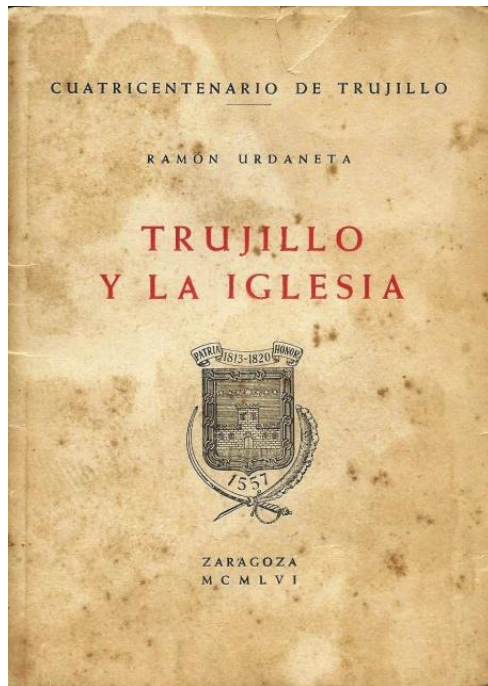


Fig 2: Portada del libro de Urdaneta

Urdaneta relata sobre iglesias y conventos de la ciudad colonial. De la pág 19, cito: *“Del convento y la iglesia de San Francisco podemos decir que después de la invasión a Trujillo del filibutero francés Francisco Esteban Grammont de la Mothe (1678), luego del saqueo e incendio de la ciudad, fue lo único que pudo quedar en pie sin haber sufrido daño alguno, gracias a la rápida acción del encanecido fraile superior Theodoro Wasseur, en religión “Benito de la Cueva”, quien, oriundo del sur de Francia, había sido enviado a Trujillo por la orden de San Felipe Real, de España (3) A sabiendas de que Grammont y su tropa eran franceses, se situó en la puerta del convento portando la imagen de San Luis, rey de Francia, lo que de inmediato hizo retroceder a todos los pilladores de la ciudad, con reverencias y excusas caballerescas”.*



Fig 3. Ruinas del Convento de San Francisco. Trujillo, Venezuela

Esto me dio pie a una investigación que a continuación les entrego.

Antes de 1555 se tiene noticia del ataque a Margarita y Borburata del corsario francés Jacques Sores (Soria para otros) quien en ese año asoló e incendió La Habana (Fig 4) quien se llevó de este puerto hasta “la marca con que se suele marcar el oro de chafalonía” (4)



Fig 4. Incendio de la Habana (1555)



Fig 5. François Le Clerc, pata de palo

Sores fue el líder de una banda de piratas hugonotes y teniente o lugarteniente de otro pirata francés, François Le Clerc, primer pirata que tuvo una pierna ortopédica de madera, por lo que era llamado Pegleg o Pata de Palo (Fig 5).

¿Existía alguna diferencia entre Corsario, Pirata, Filibustero o Bucanero?

Un error común que se acostumbra cometer, al hablar de la piratería de los siglos XVI, XVII y XVIII, es poner en el mismo saco a, por ejemplo, Sir Francis Drake, Henry Morgan y Edward Teach (Barbanegra), entre otros. ¿Qué hubiera pensado el primero, un noble marino leal siervo de la reina Isabel I de Inglaterra, al saber que lo comparaban con el tercero, un sanguinario delincuente del mar? Seguramente, no le hubiera gustado para nada. Esta equivocación tan común —incluso entre historiadores— proviene de la confusión de términos para designar actos delictivos en el mar, ya que, habitualmente, los términos pirata, corsario, bucanero y filibustero, se utilizan casi como sinónimos. Primero de todo, debemos tener en cuenta que estas cuatro palabras solo se pueden contextualizar a la vez en la historia marítima de América, sobre todo del Caribe, ya que la piratería del Mediterráneo o del Mar de la China se regía por otros actores. Si bien existían piratas y corsarios, los bucaneros y los filibusteros eran exclusivos de la América Central. A pesar de que estos hombres y muchos de sus contemporáneos, así como los actos que cometieron, se agrupan bajo el gran paraguas que es el término piratería —por ser todos ellos actos de bandolerismo y pillaje a bordo de un navío—, existen diferencias suficientemente significativas entre ellos como para poder distinguirlos”.

“En primer lugar tenemos a los piratas, -cuyo vocablo procede de la palabra griega peirates, que no es otra cosa que un aventurero del mar-, cuya presencia en el mundo es tan antigua como la navegación. Sin embargo, durante los siglos XVII y XVIII vivieron su época dorada, atacando libremente navíos e instalaciones de las coronas portuguesas y españolas. Estos ataques, a pesar de que se centraban en las posesiones de estas dos potencias europeas, no tenían detrás un significado nacional, ya que los piratas, procedieran de dónde procedieran, atacaban indiferentemente a cualquier navío que les pudiera dar beneficios en forma de

riquezas de todo tipo. Los ejemplos más claros de piratas fueron Edward Teach (Barbanegra, Fig 6), Calicó Jack Rackham y Bartholomew Roberts Black Bart. (5)



Fig 6. “Barbanegra” (Edward Teach. 1680-1718)

Por otro lado, ya desde mucho antes de su aparición en el Caribe, existieron los corsarios, cuyo grado de delincuencia fue y es motivo de controversia, ya que muchos los consideraban delincuentes y otros héroes nacionales. Los hombres y navíos que eran denominados corsarios, viajaban bajo la protección de una patente de corso —palabra procedente del latín *cursum*, carrera—, un documento en el que un rey les daba autorización a atacar barcos y enclaves de las potencias enemigas. En este sentido, fue muy habitual, en una América Colonial dominada por castellanos y portugueses, que las coronas de Francia, Inglaterra y Holanda, incluso siendo aliadas de alguna de las primeras, autorizasen a diversos barcos y capitanes atacar las posesiones de las potencias peninsulares. Estos ataques, si bien en muchas ocasiones reportaban beneficios económicos, su único objetivo no era robar, sino también entorpecer las actividades comerciales que se realizaban en los territorios enemigos; así como detener el transporte de riquezas hacia el Viejo Mundo y, de este modo, complicar el mantenimiento de las guerras en Europa. Por ejemplo. Fueron corsarios hombres como Sir Francis Drake, Walter Raleigh o Henry Morgan.

De entre los protagonistas exclusivos del Caribe, unos fueron los filibusteros. El origen de esta palabra es muy confuso, hay autores que defienden su origen en la palabra holandesa *vrij buiter* —el que captura el botín libremente—, traducida al inglés como *free booter* y al francés como *flibustier*. Para otros, en cambio, procede del vocablo holandés *vrie boot*, que se traduce al inglés como *fly boat* o embarcación ligera, describiendo el tipo de naves utilizadas para cometer sus ataques. Estos hombres, que al principio actuaron libremente, atacando naves pequeñas sin alejarse demasiado de la costa, fueron los primeros en convertir la piratería en algo más que un delito, llegando a crear una sociedad filibustera en las costas de Santo Domingo y La Tortuga, llamada Hermandad de la Costa. Sin embargo, con el paso del tiempo, los gobiernos europeos vieron una utilidad en los filibusteros, y acogieron a muchos para que centrasen sus ataques sobre los territorios enemigos de sus patrocinadores, convirtiéndose en un punto medio entre el pirata y el corsario, pudiendo hablar de piratas domesticados.

Seguramente, uno de los filibusteros más conocidos fue Jean David Nau, más conocido como François l'Olonnais, que se convirtió en el terror del Caribe durante casi veinte años.

Finalmente, pero no menos importante, vamos a ver quiénes fueron los bucaneros. Estos hombres, cuyo origen es exclusivamente caribeño, en un principio eran cazadores de reses y cerdos salvajes de las islas. Su nombre procede del procedimiento, de origen indígena, que utilizaban para asar y ahumar la carne, llamado boucan. Esta carne era vendida en la costa a los navíos que ahí recalaban. Al ser perseguidos por las autoridades coloniales en Santo Domingo, principal enclave bucanero, muchos de ellos abandonaron su oficio para convertirse en piratas, como dijo Gosse *“de matarifes de reses, se convirtieron en carniceros de hombres”*. Tanto por el tipo de ataques, cercanos a la costa, como por su proximidad cronológica y geográfica, muchos bucaneros se fusionaron con los filibusteros, formando las primeras tripulaciones cuyo único fin eran los actos de piratería, llegando a formar parte, también de la Hermandad de la Costa.

Refiere Briceño Iragorry (4) que Francisco I, rey de Francia (Fig 7) se negaba a reconocer la partición del Océano hecho entre España y Portugal; por desconocer la “Cláusula del testamento de Adán en la que se excluye (decía el Rey) la repartición de la Orbe”. Barcos franceses infestaban las islas antillanas y la corona española había enviado carabelas que las defendiesen de los ladrones gállicos. So color de libertad de comercio, el Rey expidió las primeras patentes de corso y autorizo a los capitanes y armadores para que atacasen españoles y portugueses. Era como la revancha contra la amenaza que para dicho país representaba el esplendor de España con su vasto Imperio ultramarino (6)



Fig 7. Francisco I de Francia (1404 – 1547)

Para esos años ya las costas venezolanas eran azotadas, empezando por Cubagua cuyas ensenadas se vieron visitadas, cuando la explotación de la perla, por audaces navegantes franceses y holandeses. Es el caso de John Hawkins en 1565 (Fig 8), fervoroso puritano, quien recorrió Margarita y Cumaná, llegando al final a Borburata, donde vendió esclavos, asolando la región (7) Aparecen luego por la zona el francés Jean de Bon Temps (8) junto a John Lovell,

con diez navíos en Margarita (1566) Otros como los piratas de igual nacionalidad Dors y Pierre de la Barca visitaron por esos años las costas orientales. En septiembre de 1567, Nicolás Valier, quien al mando de corsarios franceses y escoceses, asaltó y saqueó la indefensa ciudad de Coro. El Obispo Ilmo. Sr Agreda acotó: *“Me robaron todo cuanto tenía, y así mismo fue robada la hacienda de la Iglesia, cometiendo los dichos luteranos como herejes muchos feos casos, haciendo pedazos las imágenes y crucifijos y quebrando los retablos a arcabuzazos y vituperando las cosas sagradas y las bulas de mi consagración y libros de santa doctrina todos los hicieron pedazos y con tijeras los cortaron”*.



Fig 8. John Hawkins 1532-1595)

En 1593 visitaron la Isla de Margarita un convoy inglés (tres navíos gruesos y cinco lanchas o barcos) al mando de un tal General Juan Brigos o de Burg (Namburg?) quienes fueron derrotados por los locales al mando del Gobernador de la Isla don Juan Sarmiento de Villandrando (9), en unión al Capitán Felipe de Linares y Torrellas (10). Amyas Preston (11) y el Capitán Sommers en 1595, con cinco embarcaciones, fondearon en la isla de Coche, donde hicieron cautivos a españoles, negros y locales. Luego invaden Cumana y en mayo de ese año, desembarcan en Macuto y el 29 de ese mes llegaron directamente a Santiago de León (Caracas), ciudad que apenas le ofreció resistencia. *“Entre los que salieron fue uno de ellos el Capitán Alonso Andrea de Ledesma, el cual, aunque por su grande edad debía ser jubilado de la guerra; pero como la ocasión era tan honrada salió, al campo con sus armas y caballo y escaramuzando con el enemigo fue muerto de un mosquetazo y acabo y murió en el Real servicio”* (12) Su gesta fue reseñada por Don Mario Briceño Iragorry, en 1954 (Fig 9)



Fig 9. Foto de Mario Briceño Iragorry en sus Obras Selectas

Aparece en 1595 en las costas orientales la expedición al mando de Sir Walter Raleigh (Fig 10), quien llega hasta Angostura, buscando El Dorado, asolando la ciudad (13)

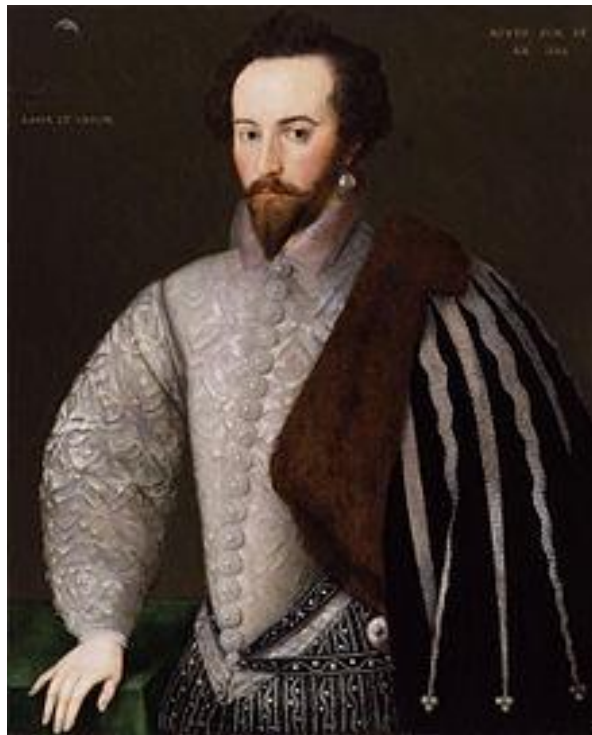


Fig 10. Sir Walter Raleigh (1554-1618)
National Portrait Gallery, London

En 1642 el corsario William Jackson (14) saqueó Maracaibo durante dos meses y ocho días, en febrero del 43 cayó sobre Gibraltar. Ante semejante incursión se comenzó a trabajar en la fortificación de la barra del Lago de Maracaibo, a tal fin se remitieron al rey tres planos de fortificación. Felipe IV, el 17 de junio de 1643, encargó la tarea a los gobernadores y capitanes generales de Mérida y Venezuela. Se sabe que tales construcciones estaban listas en 1645. Refiere Arciniegas, en su Biografía del Caribe (15): “*el bucanero tiene siempre un amigo más*

íntimo en la pandilla: su socio. Él es el cómplice, el camarada y el heredero universal. Todos los demás son hermanos". Dice que uno de los mejores libros sobre los bucaneros lo escribió Hendrik Barentzoon Smeeks, un médico holandés que viajó en los barcos de las compañías de las Islas Orientales y de Indias Occidentales. Su libro se titula "Piratas en la América y luz a la defensa de las Costas de Indias Occidentales" (Edit Ruiz 1793, Madrid. Fig 11)



Fig 11. Portada de la obra de Barentzoon: Piratas en la América

Durante nuestras vacaciones de 2016, llega a mis manos el libro "Los Bucaneros de América. Relato histórico" de Alexander O. Exquemelin (1645-1707), de nacionalidad francesa, conocido como cirujano de los piratas (Fig 12) Se embarcó con veinte años en el navío San Juan, al servicio de la Compañía Francesa de las Indias. Recién llegado a las islas del Caribe, Exquemelin fue vendido como esclavo en la isla de La Tortuga, viviendo algún tiempo al servicio de un gobernante de la zona, que lo maltrató hasta hacerlo enfermar. Vendido por segunda vez, sirvió a un cirujano (Barentzoon Smeeks?), con el que aprendió el oficio de cirujano-barbero, consiguiendo de nuevo su libertad (16)

Se asoció a la cofradía de los Hermanos de la Costa, ejerciendo de cirujano en navíos de conocidos piratas como Lolonois "El Olonés" (17), Henry Morgan y Bertrand D'Oregon. Durante quince años formó parte de actividades piratas, participando en numerosos asaltos en el Caribe. En 1674, cuando la flota en la que iba embarcado fue derrotada, regresó por un tiempo a Europa y ejerció como cirujano en Ámsterdam, a la vez que escribía este ameno libro, obra en la que se destaca una abundancia de detalles que el autor aporta al relato; un texto repleto de anotaciones geográficas, naturales y antropológicas. Se cree que después de su estancia en Europa, se embarcó en 1697 para participar en el asalto de Cartagena de Indias, muriendo probablemente en el año 1707...

Relata Exquemelin: “...Entre 1665 y 1669 fueron numerosos los ataques filibusteros” En junio de 1665 Juan David Nau, El Olonés, saqueó Maracaibo y Gibraltar. En 1667, Miguel El Vascongado fue quien asoló a la actual capital zuliana, de donde se largó sin llegar hasta Gibraltar. Se apoderaron de las mejores casas para vivienda de la tropa e hicieron del recinto de la iglesia su cuartel. No encontraron riquezas, así es que el Olonés mandó un contingente para capturar a las personas que encontraran y que una vez hechos prisioneros darían noticias sobre el lugar donde se encontraban ocultos los tesoros ambicionados. Los saqueos y las torturas fueron más terribles que nunca. Las iglesias fueron quemadas y todos los barcos enemigos destruidos. El botín recaudado fue cuantioso. En esta suerte de carnicería (provocada entre otras cosas por el enorme odio que el Olonés profesaba contra los españoles) el médico de a bordo de la flota pirata, Alexandre Olivier Exquemelin (18) cuenta un caso en el que fue testigo presencial:

“Yo asistí a una escena que en verdad me dejó estremecido de terror. En los primeros momentos del saqueo, habiendo hecho un prisionero, el Olonés le exigió que condujera a sus hombres a aquellos lugares donde hubiera mayores riquezas, porque su afán de apoderarse de ellas era muy grande. Pero el prisionero era muy bravo y se negó. El filibustero amenazó con someterlo a crueles tormentos, pero aun así el prisionero siguió resistiéndose. Entonces El Olonés ordenó que lo amarraran a un árbol y, cuando sus hombres se hubieron apresurado a cumplir esta orden, él de un tirón separó sobre el pecho del prisionero su casaca, y luego extrajo su cuchillo y le asentó un descomunal tajo que le desgarró la carne. La sangre brotó en seguida, pero esto no conmovió al Olonés. Con la ferocidad que les daba su odio a los españoles, introdujo la mano en la herida del prisionero y le arrancó el corazón, que ofreció a uno de sus propios hombres. Éste se lo comió crudo, con la carne aún palpitante”.

Más adelante, Exquemelin describe a Gibraltar como sigue: “... Está situado del lado del agua cuarenta leguas dentro de dicho lago, el cual recíbelos víveres necesarios como está dicho de Maracaibo. Habítanle unas mil quinientas personas en todo y de ellas cuatrocientos hombres de defensa, la mayoría de ellas tienen tiendas donde ejercen algún oficio de mecánica. Todos los circuitos de este caserío están provistos de sembradíos de cacao y azúcar; muchos árboles muy vistosos y lozanos, de cuya madera fabrican casas. Cedros gruesos de siete brazadas, que sirven para fábrica de navíos, con grandes velas, llamadas piraguas. Campos con sistema de regadío de unos canales. Siémbrase un buen tabaco, de grande estima en Europa y, por der tan bueno, le llaman allí tabaco de sacerdotes. Tiene como veinte leguas de jurisdicción, que termina y es reparada de altas montañas, cubiertas de nieve. A la otra parte de los ricos esta una ciudad grande llamada Mérida. La mercadería se lleva de este lugar en mulos a esa ciudad, una vez al año, a causa del grande frio que han de sufrir, pasando esas montañas...”.



Fig 12. Alexandre Olivier Exquemelin

A comienzos de julio de 1667 le tocó a Sir Henry Morgan (1635-1688) El temido pirata inglés (Fig 13) llegó a la boca del Lago de Maracaibo y se plantó allí. Los defensores de Zapara luego de incendiar el poblado huyeron. El 5 de julio, Morgan hizo su entrada a Maracaibo y encontró la ciudad abandonada, todos habían huido y sólo quedaban algunos niños y mujeres. Después de ocho días siguió a Gibraltar donde la escena se repitió: la población abandonada, tampoco halló a nadie. Pero, unos esclavos le informaron dónde se había escondido la gente y allí Morgan logró un buen botín (19)

Fueron quince semanas las que permanecieron asolando toda la zona. Cuando el corsario británico quiso marcharse encontró que los españoles habían intentado fortificar la barra del lago para dejarlo allí encerrado, pero el astuto hombre de mar, conocedor de las mil y una argucias, logró burlar el incipiente bloqueo, destruyó las defensas y regresó a Maracaibo, exigió el pago de un rescate por la ciudad, se lo pagaron y finalmente se retiró.



Fig 13. Henry Morgan, grabado en libro de Exquemelin

Sin embargo, no todo es dolor y tragedia en la zona. De Gibraltar se dice que es la cuna de la gaita, aun cuando no existen testimonios documentales que así lo comprueben. Lo que sí es cierto es que en el año 1668 se compuso una gaita dedicada al “glorioso San Sebastián”, patrono de Maracaibo. Ese documento, hallado por Agustín Pérez Piñango (20) en un cofrecito empotrado en una pared del antiguo Colegio Nacional, que había sido de frailes Franciscanos, hoy día está en España. En esa valiosa pieza histórica no sólo está escrita la letra de la gaita, sino que también aparece la música, registrada en notas cuadradas, es decir siguiendo el modelo gregoriano de transcripción musical.

A la gaita le siguieron los piratas y el 6 de junio de 1677 le tocó el turno al parisino, el referido Francisco Grammont de la Mothe². El no sólo asoló Maracaibo y Gibraltar, sino que siguió hasta Trujillo y acabó con todo a su paso. Pasarán más de seis meses para que Grammont se retire. Finalmente, el 10 de junio de 1681 Carlos II dispuso en detalle lo que se debía hacer con la fortificación de la Barra y señaló los medios con los que esta labor se podía realizar. En su trabajo Pequeño Anecdotario Trujillano (21) Mario Briceño Iragorrry refiere (sic): *“Cuando el pirata Grammont de la Mothe visitó a Trujillo el año 1678, puso fin a la primera gran etapa de la «ciudad portátil», según llamó a Trujillo, en su proceroso estilo; el historiador Oviedo y Baños. Hasta aquella fecha la ciudad ocupaba en el cuadro de las ciudades venezolanas puesto que seguía al de Caracas. Sus lujosas mansiones, la riqueza de sus vecinos, su clima estupendo, las delgadas aguas de sus quebradas y su río, hacían de ella un lugar placentero y seguro. Su fama, justamente, abrió la codicia de los piratas, quienes esperaban lucrar con sus afamadas riquezas. No convenido, por excesivamente alto, el rescate pedido por el audaz corsario, la ciudad fue entregada al pillaje y las llamas. Con la tarde del 16 de septiembre —trágica fecha en la cronología trujillana— un piquete de corsarios se dirigió a la parte alta de la ciudad. Entre los mejores edificios, estaba el Convento de la recolección franciscana, con título de San Antonio de Padua.*

Se corrieron voces de que al cuidado de los frailes y cubiertos de la inmunidad del lugar sagrado, se guardaban en él valiosos tesoros de vecinos ausentes. A la puerta del Convento se detuvieron los fieros corsarios. En el claustro sólo había silencio y soledad. Los frailes se habían ido a las vecinas encomiendas. El recinto había quedado a la inválida guarda de un añoso fraile, que en su juventud había sido—según dice la leyenda recogida por Fonseca— hombre de trajines en el hampa de los puertos de Francia. En religión tomó el nombre de Benito de la Cueva. En su viejo mundo de crímenes, llamábase Francisco Teodoro Wasseur. Pícaro y picardo a la vez, el viejo fraile conocía el caló de los piratas. A su mesa estuvo, entre tragos y mujeres, cuando los fieros aventureros regresaban a Marsella o a Burdeos. Sabía, también, que una deformada fe religiosa subyacía en los socavones entenebrecidos de estos hombres, acostumbrados a obrar como si para ellos no existiese ni Dios ni Santa María. Como hombres de guerra, los fieros piratas franceses habían borrado todo sentimiento de piedad, pero se inclinaban con ciego fanatismo ante el nombre del gran rey, que unió cruz y espada para la cruzada por la fe. Esto lo sabía el anciano fraile y cuando los corsarios forzaron las puertas del convento y penetraron en son de pillaje, avanzó hacia ellos y con voz autorizada les mostró una imagen del rey San Luis, patrono de los Terciarios franciscanos y les ordenó con imperio: “Rendid las armas, oh fieles franceses, ante el rey que murió en Túnez, por Dios y por la Patria. Después de arrodillados, ya los piratas sólo tuvieron tiempo para gustar la charla picaresca del hermano desertor....”

REFERENCIAS

1. <http://abebooks.com/book-search/author/westergaard-waldemar/>
2. Urdaneta R. Trujillo y la Iglesia. Cuatricentenario de Trujillo. Artes Gráficas El Noticiero, Zaragoza 1956.
3. http://www.diarioeltiempo.com.ve/V3_Secciones/index.php?id=151842013&_Proc=Des
4. Briceño Iragorry Mario. Tapices de Historia Patria (8° Tapiz) 5ta Edición Caracas 1982.
5. https://www.google.co.ve/search?q=edward+teach&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=UDSqV6yNNuiw8wfrqIigBg
6. https://es.wikipedia.org/wiki/Francisco_I_de_Francia
7. https://es.wikipedia.org/wiki/John_Hawkins
8. https://en.wikipedia.org/wiki/Jean_Bontemps
9. <http://www.historify.net/p/sarmiento-de-villandrando-juan-1558-1593>
10. <https://es.wikipedia.org/wiki/Porlamar>
11. https://es.wikipedia.org/wiki/Amyas_Preston
12. <http://loshijosderousseau.blogspot.com/2012/05/don-alonso-andrea-de-ledesma-el-quijote.html>
13. https://es.wikipedia.org/wiki/Walter_Raleigh
14. [https://en.wikipedia.org/wiki/William_Jackson_\(pirate\)](https://en.wikipedia.org/wiki/William_Jackson_(pirate))
15. Arciniegas Germán. Biografía del Caribe. Libro Segundo. Edit Sudamericana. Buenos Aires 1959
16. Exquemelin Alexander O. Los Bucaneros de América, relato histórico. @-literae, Barcelona, España, 2016.
17. https://es.wikipedia.org/wiki/Fran%C3%A7ois_1%27Olonnais
18. https://es.wikipedia.org/wiki/Alexandre_Olivier_Exquemelin
19. https://es.wikipedia.org/wiki/Henry_Morgan
20. https://es.wikipedia.org/wiki/Agust%C3%ADn_P%C3%A9rez_Pi%C3%B1ango
21. Briceño Iragorry M. Pequeño Anecdótico Trujillano. Coordinación Trujillana de Cultura. Edit Arturo Cardozo, Trujillo (Venezuela) 2003.

Salud. Aproximación a una polisémica inconclusión, desde la Antigüedad a la Postmodernidad.

Ludwig Schmidt H *

«La razón humana tiene el peculiar destino de cargar con cuestiones que no puede repudiar (...), pero que tampoco puede responder».

Kant, Crítica de la Razón pura.

RESUMEN

El tiempo transcurre y se repite la historia. Concepto polisémico que ha premiado y castigado, aceptado y discriminado a unos y otros. Término dicotómico asociado con la enfermedad. En su nombre dioses y demonios han causado desastres en la historia; se comprendió que era exógena y endógena al ser vivo; se le interpretó como un comportamiento normal, un estado de aceptabilidad; se le dio categorías adjetivas (física, mental y social); se le ha planteado como estabilidad homeostática biopsicoecosocial; se flexibiliza su condición de normalidad a estadios intermedios que permiten el afrontamiento social de personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. Se define como bien-estar (calidad de vida) desatendiendo al bien-ser y al bien-hacer ser humano. En definitiva, un misterioso estado biopsicoecosocial aún en construcción e inconcluso, necesario en la sociedad y objeto de las ciencias de la vida.

Palabras clave: Salud. Enfermedad. Normalidad. Aceptabilidad. Homeostasis biopsicoecosocial.

ABSTRACT

It is a polysemy approach on the time that has rewarded and punished, accepted and discriminated against each other. Dichotomous term associated with the disease. In his name gods and demons, they have caused disasters in history. It was understood that it was exogenous and endogenous to the living. It was interpreted as normal behavior, a state of acceptability. He was given adjectival categories (physical, mental and social). It has raised him as Biopsychosocial Homeostasis stability; their condition of normalcy to intermediate stages that allow social coping of people with impairments, disabilities and handicaps is relaxed. It is defined as well-being (quality of life) disregarding the well-being and the well-to-do man. Definitively, it is a mysterious biopsychosocial still under construction and unfinished state, necessary in society and purpose of life sciences.

Keywords: Disease; Normal; Acceptability; Biopsychosocial Homeostasis.

Proemio

El presente artículo versa sobre la salud, un término polisémico que siento continua siendo una “sinfonía inconclusa” (*Unvollendete*) que requiere ser conceptualizada en la sociedad postmodernista y posthumanista del siglo XXI¹. Pero ante la brevedad del artículo, se restringe al concepto de salud humana, personal y vinculada con la Medicina, más cuando el siglo XX, fue prolijo en concepciones sobre la salud. Partiendo de su etimología, en el *Diccionario de la Lengua Española* (D.L.E.), el término “salud” (lat. *salus*, *-ūtis*) significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones; o, el conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

Los seres vivos manifiestan diversas conductas funcionales aceptadas como “normales”, en “tiempos y lugares específicos”. Las vicisitudes existenciales del cuerpo, debidas a su *personidad* y *personalidad*,ⁱⁱ se inicia al ser concebidoⁱⁱⁱ, y se desarrolla en los diversos estadios del nacimiento, el metabolismo (crecimiento, nutrición y asimilación de la energía externa), la reproducción, la evolución y la capacidad de adaptación al medio, lo homeostasis, la sensibilidad (o las diversas formas de *taxias*) y, la autonomía motriz. Desde la ontología: ¿la salud es una idea, un pensamiento, un estado, una razón de ser, de-estar y de-hacer? Desde la epistemología: ¿la salud es un hecho, una opinión, una interpretación o un juicio? ¿La salud es independiente de la enfermedad o son mutuamente-dependientes? ¿Puedo decir que tengo salud estando enfermo? ¿La salud se restringe a lo estrictamente corporal? Y, desde lo corporal: ¿la salud podría incluir factores psíquicos? Si se analiza al ser-humano como un ser biopsicoecosocial: ¿la salud podría adicionar además, los aspectos ecológicos y sociales de su(s) ecosistema(s) en que participa? Es más siendo preciosa, ¿Podría definirse de manera ideal y utópica (felicidad plena y la calidad integral de vida)? (...)

Dicotomía salud-enfermedad

Muchas preguntas que parten de la esencia de la vida misma del hombre y que se generalizó desde la observación biológica de forma dicotómica (Del gr. διχοτομία, *dichotomía*), se tiene salud o se está enfermo. Dos conceptos recurrentes que se usan tan cotidianamente y que las personas no cuestionan adecuadamente su significado. Así, el concepto de “salud”, acuñado en la Antigua Roma, nace como un concepto abstracto, un estado ideal o anhelado de la vida, el don de la divinidad dada a sus hijos en herencia (visión teocéntrica y absoluta). Mientras que la concepción de “enfermedad” (del lat. *infirmitas*, *-ātis*) significa falta de firmeza o de estabilidad que la salud debe ofrecerle a la persona. Este término^{iv}, resulta ser la antítesis del primero. La clásica idea griega de “principio de toda enfermedad” y por lo tanto, de falta de salud”, venía dada desde Hipócrates, por una variedad de desequilibrios de los humores o desadaptación al medio. Luego, la enfermedad con su cortejo de sufrimientos, plantea un problema básico del hombre y su respuesta dependerá de la idea que se haga éste del mundo en que vive y de las fuerzas que los dominan. Por ello, en la Antigüedad, la salud era considerada un don divino, desde el pensamiento teocéntrico o mágico-religioso. En un vuelo razante por la historia de la Medicina^v, uno se encuentra en el Antiguo Oriente, que la enfermedad era considerada como una plaga causada por “espíritus maléficos” o por la enviada por “dioses irritados” ante alguna falta cultural. El “médico” para curar, oraba y practicaba exorcismos destinados a expulsar a los demonios y, se imploraba el perdón de los dioses con súplicas y sacrificios. En consecuencia, la medicina era ante todo cosa de “sacerdotes”. El espíritu observador de los griegos dará el salto para que la salud sea tratada como una ciencia positiva^{vi}, no sin dejar de mantener su relación espiritual con los dioses.

La salud evoluciona las civilizaciones egipcia y mesopotámica de la ancestral concepción mágica-religiosa a una concepción naturalista^{vii}, basada en la higiene personal y pública. Hecho que se adopta en la Ley Mosaica del pueblo hebreo, siendo uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad^{viii}. La salud establece un giro en la Antigua Grecia y Roma, extendiéndose al mundo bajo su influencia. La medicina es más científica y se apoya de conocimientos de carácter urbanístico para la salud pública, construyendo grandes acueductos y cloacas, sistemas de dotación de aguas y de manejo de las sustancias de desecho.

Estos conceptos de salud siguen innovándose y ampliándose en la Edad Media y, en el Renacimiento^{ix}. Hay todo un proceso de cambio, de fortalecimiento a la observación de la

naturaleza, de centrarse en el paciente y de replantearse las posturas de los grandes maestros médicos.

En paralelo se desarrolla la concepción idealista de la salud, como un estado inalcanzable, una utopía, tanto en la medicina árabe como europea. Durante estos tiempos se desarrolla un pensamiento más antropocéntrico, propio del Proyecto de Modernidad iniciado con los monasterios y las universidades europeas. En la Modernidad, se favorece una visión pragmática y somato-fisiológica de la salud, la mera «ausencia de enfermedades biológicas», se vincula con la necesidad de explorar el cuerpo, mediante un método, examen de signos y síntomas de manera más científica, la objetividad (Medicina Clínica) y hasta normativista^x. De igual manera la postura vitalista de la salud, relacionada con la plenitud de fuerza vital en la persona. Se desarrolla también la concepción psíquica y subjetiva. La salud no es sólo del cuerpo sino también de la mente, por parte de la Psiquiatría y la Psicología clínica. La medicina del siglo XIX sigue manejando la salud dentro del *ars-medica* y verá nacer la teoría de la evolución, expresión antropológica del positivismo científico. La realidad puede medirse, comprenderse y predecirse mediante leyes, que a su vez van siendo corroboradas por los sucesivos experimentos.

El siglo XX fue decisivo y prolífico en sus concepciones de la salud^{xi}, entre las que se mencionan, tenían orientación: (a) Sanitarista, donde la salud se circunscribía desde un enfoque de salud pública, donde el Estado se responsabilizaba con Proyectos y Programas a partir de una Medicina más preventiva y social, que curativa; (b) Economicista, donde el recurso humano y su desarrollo era clave. Conjuntamente con el precio de la salud y el costo asistencial se circunscribían a los condicionantes de la productividad del factor humano y de la salud; (c) Económico-social, en un ejercicio multidisciplinario: las ciencias biológicas, sociales y económicas se combinan en lo que se denominó Economía de la salud, los Programas de control y vigilancia epidemiología, de salud pública y de prevención social y, (d) Político-legal, basado en los derechos fundamentales y los derechos de la seguridad social (aseguramiento, medicina del trabajo).

Intento defensorio internacional

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en 1948, define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»^{xii}. Más tarde, la Organización Panamericana de la Salud aportó un dato más, «la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona», quedando: «La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades y en armonía con el medio ambiente».

Este concepto ante las cambiantes circunstancias hacen que se cuestione: ¿Qué sucede o cómo se-está en un “término medio” aristotélico? El estar entre ambos extremos se presenta un amplio espacio indiferente o de cruce de tolerancias o “zonas grises” en que el individuo no se siente ni enteramente sano ni enfermo todavía. Luego, la salud no es un “estar-sano” o “estar-enfermo”, ni estar-enfermo y sentirse-bien, “estar sin dolor^{xiii} o viceversa, son dicotomías e imprecisiones. Otras que se considerarán están en función de la condición de deficiencia^{xiv}, discapacidad^{xv} o minusvalía^{xvi} de las personas y su derecho a hacer una vida “normal” y que la O.M.S. tuvo que definir.

Contrastes: entre la antropología y la ética se establece una circularidad en la que el "ser" y el "deber ser". Las consideraciones de vida y muerte, salud y enfermedad no son en esta óptica meros argumentos de especulación abstracta, sino los puntos centrales de referencia de un diseño antropológico que adquiere forma a partir del debate cultural provocado por la

experiencia de la corporeidad en la medicina^{xvii}. La salud comienza a definirse por contrastes a la *Reductio ad absurdum*, expresión latina que significa literalmente “reducción al absurdo”.

Aunque este método lógico de demostración de proposiciones categóricas se encuentra limitado si uno se cuestiona ante un término dicotómico, ya que salud y enfermedad son un par complementario cuya subdivisión depende de una variación observable, que bien puede ser ambigua. ¿Cuántas veces estando enfermo, te dicen “que bien te ves”? o viceversa.

Lo normal y lo anormal: En relación lo planteado anteriormente, hay *sinónimos* aparentes de los conceptos «sano» y «enfermo», y las nociones de normal y anormal. También en biología y medicina hay normas. Se dividen en tres grupos.

a) Las cualidades necesarias de las especies y razas son su «norma»; desviaciones de las mismas (seis dedos, albino, p. ej.) son anormalidades. Pero tales anormalidades no significan necesariamente enfermedad.

b) Los valores medios de una población previamente clasificada como sana con relación a cualidades muy esparcidas individualmente, pueden ser definidos como normas (presión de la sangre, metabolismo fundamental, etc.). Sin embargo, las desviaciones respecto de valores medios *nosiempreson* patológicas (p. ej., en tamaños extremos del cuerpo). Sólo lo son cuando los valores medios se refieren a valores funcionales vitales, como, p. ej., la presión de la sangre. Tales valores son, por tanto, valores *obligados* de una constitución regular, cuya modificación considerable es, consiguientemente, patológica.

c) En la vida de los hombres se hallan normas de conducta que proceden de convenciones sociales, y desempeñan papel importante en el concepto de enfermedad mental.

Morbilidad y su categorización

El concepto de insano (morbo, patológico) define un estado o proceso que daña la salud de individuos y, por ende, pone enfermo. Las nociones de lesionado y herido significan enfermedad por una herida; mutilado designa el estado permanente que es efecto de la herida. Tampoco ese estado debe identificarse con la enfermedad. La dicotomía salud-enfermedad son nociones que se derivan de la experiencia de la vida diaria, particularmente de la vida médica. Deben, por tanto, orientarse primeramente a los *fenómenos*. Así, el fenómeno fundamental es el estado general del hombre: si se pone malo, pasa a ser paciente, no por tener paciencia, sino porque padece (*lat. “pati”, padecer*), ante el dolor que lo empuja al médico. Sin embargo, la indisposición subjetiva es un fenómeno que acompaña a muchos procesos «fisiológicos» y se presenta en casos de adaptación: en el trabajo muscular como agujetas, en la adaptación al calor como sentimiento de desgana e incapacidad para el trabajo pesado, entre otros.

El estado general, el ¿cómo «se encuentra» uno? Es ambiguo, sólo puede ser estimado como signo de enfermedad cuando es indicio de perturbaciones que en el sentido más amplio son una amenaza para la vida. Toda enfermedad significa amenaza, impedimentos y hasta muerte. Por eso una perturbación del estado general ha de tomarse tanto más en serio cuanto más fundado aparezca en el cuerpo por las mediciones (resultados) que se apartan de la norma. Los «resultados» del examen médico apoyan los diagnósticos, que han de sacarse del estado del paciente (p. ej., fatiga por falta de hemoglobina), y son por lo general suficientes, pero no siempre, para atestiguar una «enfermedad». Pueden faltar en considerables perturbaciones subjetivas (p. ej., dolores de cabeza) y pueden amenazar la vida sin perturbación subjetiva

(cáncer). Toda enfermedad consta de una relación entre un huésped (sujeto), un agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen).

Incapacidad de afrontar el quehacer diario

La persona se siente enferma cuando ella misma considera que ya no puede trabajar o desempeñarse en su rutina diaria y, se declara enfermo. Sin embargo, su decisión necesita la confirmación del médico, que emite «atestado». Entonces pudiera decirse que la salud es ante todo capacidad de trabajar (estudiar, hacer deporte o divertirse), tal como la juzga el individuo mismo. Lo que le aleja de su quehacer diario de manera involuntaria. La enfermedad se percibe como una amenaza futura a la capacidad de trabajo (p.ej., cáncer o arteriosclerosis). Un juicio sobre la razón con que el paciente se declara enfermo, no siempre puede darse objetivamente. Incluso las manifestaciones del médico pueden de tal forma modificar el estado del paciente que (sin motivo objetivo) éste se sienta enfermo: «enfermedad iatrógena».

El estar enfermo se complica por el hecho de que lo psíquico corre paralelo con lo corporal y a la inversa, y, por tanto, el hombre sólo puede entenderse como unidad de cuerpo y alma^{xviii}. Esta acción recíproca se ha comprobado recientemente también por experiencias en animales; también el animal puede enfermar psicosomáticamente^{xix}. Pero la constitución psíquica del hombre depende también fuertemente de su posición y ambiente sociales; el éxito y la esperanza le ayudan a autorrealizarse; la falta de perspectiva, la monotonía del trabajo, la soledad y el aislamiento lo deprimen, y modifican de tal forma su estado general; que él no sólo soporta peor las molestias, sino que, por la variación del sistema simpático, las recibe más fácilmente. Weizsäcker habla de fenómenos y enfermedades *socio somáticas* y de salud social^{xx} (v.). Según Mitscherlich, las neurosis y psicosis ostentan un fuerte cuño social. El hombre nace con un potencial de salud que está condicionado por su genoma y también con una capacidad de adaptación al entorno cambiante, pero los vertiginosos cambios sociales impiden que este se adapte a su entorno físico psíquico y social, produciéndose grandes desajustes^{xxi}.

Salud y transculturación

El problema de la globalización no ha sido sólo económico, sino también social, sobre todo, en las transculturizaciones de los valores de salud en otros países^{xxii}. Éste, es un fenómeno que ocurre cuando un grupo social **recibe y adopta formas culturales** que provienen de otro **grupo**. La **comunidad**, por lo tanto, termina sustituyendo en mayor o menor medida sus propias prácticas culturales. Ratifico lo planteado por T. Schroeder-Kurth, de que cualquier intento de globalizar la medicina "occidental", debe respetar e integrar el patrón de pensamiento heredada y sistema médico de una población con el fin de beneficiar a la gente. Así, el concepto de la salud, de lo que es saludable (comidas, bebidas, rutinas de vida), tienden a homologarse, perdiéndose los referentes culturales que hicieron de esos pueblos sanos.

Mis padres me insistían el dicho: «Donde fueres, haz lo que vieres». Por educación, acomodarse a las costumbres y usos del país en el que uno se encuentra, al tiempo que aconseja no singularizarse saliendo de los modos y usos establecidos en cada lugar para evitar conflictos. Más aún, mi padre me insistía en: «comer o beber el zumo de las frutas de la región donde iba». Pero la experiencia indica que El consumo de frutas y verduras locales, favorecía antes de la globalización, a la alimentación saludable y la adecuada proporción de nutrientes que puedan asegurar una mejor calidad de vida de las poblaciones de dicha región.

Autonomía y enfermedad: la salud es garantía de la libertad, toda enfermedad es pérdida de ella, es decir, una pérdida de posibilidades. El enfermo no es libre, porque la enfermedad le impone merma de prestación o trabajo, convalecencia o (en enfermedades psicosomáticas o mentales) una conducta anormal y contraproducente. Pero la salud puede ser también causa de

mediocridad espiritual y moral; mientras que la enfermedad puede ser fuente de un desarrollo espiritual debido al sufrimiento. Todo sufrimiento enriquece la experiencia psicosomática, y lleva a reacciones espirituales y morales de la más alta importancia social.

Auto realización de la persona: la verdadera salud guarda una estrecha relación con la autorrealización de la persona humana. Un concepto de salud puramente fisiológico, es decir, entendida como ausencia de dolor y como vitalidad exuberante, es un concepto demasiado limitado y peligroso. En una visión tan restringida como ésta, la salud podría incluso impedir el bienestar verdaderamente humano. Cada individuo tiene la obligación de conservar su propia salud. Pero el factor decisivo es el grado de caridad con que se mira la salud, aceptándola como un medio para realizar la propia vocación de vida. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social. Por consiguiente, no es solamente del estudio del cuerpo de donde puede sacarse la definición de salud, sino de la consideración de toda la persona en su vocación global y en su destino final.

Entre la ética y la antropología se establece una circularidad en la que el "ser" y el "deber ser" se relacionan recíprocamente. Vida y muerte, salud y enfermedad y muerte son en esta óptica no argumentos de especulación abstracta, sino los puntos centrales de referencia de un diseño antropológico que adquiere forma a partir del debate cultural provocado por la experiencia de la corporeidad en régimen de sanidad moderna.

La reivindicación de una "medicina a medida del hombre" es el contenedor más vasto en el que se colocan estos itinerarios antropológicos. El programa de la humanización de la medicina se ha perseguido inicialmente como prescripción de actitudes filantrópicas a los profesionales -médicos, enfermeros, personal auxiliar-, que prestan servicios terapéuticos al enfermo. El trato "humano" del destinatario de la acción sanitaria, en forma de respeto a la persona que sufre y de participación emotiva en el dolor ajeno, es uno de los elementos que definen esencialmente la práctica de la medicina. Mas ni la actitud filantrópica del empleado sanitario ni la superior motivación caritativa del que ejerce la profesión con el espíritu del "buen samaritano" son de suyo suficientes para conferir a la práctica del arte terapéutico aquella densidad que permite definirla como "humana". El programa de una medicina humana sólo se realizará con un tipo de intervención integrativo que, con la fórmula preferida de Viktor von Weizsäcker, puede llamarse "Introducción del sujeto en la medicina". El modelo operativo que caracteriza a la medicina supone, en efecto, la eliminación del sujeto que atraviesa las crisis existenciales relacionadas con los acontecimientos patológicos.

EPÍLOGO

La salud es un término autorreferencial de la vida de la persona, de cómo es autopercebida y sentida, del cómo es afrontada dicha posibilidad como "proyecto" existencial (*Entwurf*), sin que la enfermedad lo limite. Cuestiono la salud como antítesis de la enfermedad, que se generalizó con la idea de que «Salud es ausencia de enfermedad o afecciones». Nadie es perfectamente sano, ya desde su estado embrionario adquiere de sus ancestros su herencia^{xxiii} y -al nacer de una compleja multivariabilidad^{xxiv} en *su-ser-siendo-* va construyendo su *personalidad* (mientras se sigue moldeando su *personidad*), en dicho transcurrir, se van cumpliendo sus diversos estadios de la vida (*kayros*) en una diversidad de estabilidades y adaptaciones (*homeostasis* y *cibernesis*) que le permiten interactuar, crecer, madurar y envejecer. Así mismo, cuestiono el hecho de que el dolor sea un criterio de salud, ya que depende de cuestiones biológicas influenciadas por la mente, como en la fibromialgia. La sensación del dolor es relativa en las personas. En este sentido, el dolor puede ser tanto en la potencia apetitiva sensitiva como de la espiritual y referirse al conocimiento de cosas distintas de daños corporales (dolor anímico) De los estudios antropológicos y bioéticos, se concluye que la salud es un estado de compromiso y afrontamiento que toda persona tiene de manera diferencial y definida, según su *homeostasis*

funcional de su *ser-biológico*^{xxv} y la *ciberneside* de su *ser-psicológico*^{xxvi} y de su *ser-ecosocial*^{xxvii}, en su *contextualidad*.

NOTAS

1. Cf. Schmidt, L: Fe, Ciencia y Bioética. Memorias del XVIII Congreso Internacional de Ciencia y Vida; Ciencia, Humanismos y Posthumanismos. 23 y 24 de julio de 2013. Madrid: CEU San Pablo-ULIA. Disponible en ulia.org/ficv/wp-content/uploads/2016/.../Fe-Ciencia-y-Bioética-v.2.docx

2. Xavier Zubiri en *Sobre el hombre* (Madrid Alianza, 1986): distingue en su antropología entre *personeidad* y *personalidad*. La primera de estas dos palabras es un neologismo suyo, inspirado en la formación de los sustantivos *perseidad* y *aseidad*. A la segunda le atribuye un significado peculiar, que no coincide con el que suele ser corriente en filosofía o en psicología. Ambos términos designan dos momentos de una realidad única: la concreta persona humana. La expresión *personeidad* se refiere a lo básico, que no ha de concebirse como un sustrato, sino como una fuente de posibilidades y de transformaciones, como el fundamento de la historia personal y de la historia de la humanidad, como un centro de actividad personal, un fondo potencial de personalidad. La palabra *personalidad* se ha entendido y se entiende en otros sentidos: particularidad que distingue a una persona de todas las demás, doctrina del temperamento y del carácter, persona destacada por algunas de sus cualidades, que puede servir de orientación a otros, meta de la autoeducación y maduración del hombre, conjunto de notas o cualidades que constituyen a la persona, etc. Aquí limito su significado al sentido que acabo de exponer. La personalidad no está constituida por una serie de caracteres psíquicos: tonto, listo, irascible, extrovertido, depresivo, etc. Ciertamente esos caracteres pertenecen a ella. Pero no son personalidad en cuanto caracteres psíquicos u orgánicos, sino en tanto modulan la *personeidad*. Las diferencias típicas entre los distintos individuos y grupos de individuos, que estudia la psicología de la personalidad, pueden integrarse en ese sentido.

3. Algunos biólogos contemporáneos la han definido como «la propiedad de los objetos dotados de un proyecto» (Jacques Monod, en *El azar y la necesidad*), y la han caracterizado por su *teleonomía*, su capacidad para una *morfogénesis autónoma* y su *invariancia reproductiva*. Monod, J: *El azar y la necesidad*. Barcelona: Barral, 1963.

4. En el D.L.E., la “*enfermedad*”, significa la alteración más o menos grave de la salud. Pero también, la *pasión dañosa* o alteración en lo moral o espiritual. Luego, la *enfermedad* corresponde a una variación de esa situación que calificamos de *saludable*. Luego, la *salud* es como un estado de *tolerancia* en que el organismo es capaz de mantener un mínimo de condiciones físicas ante el medio que lo rodea. Teofrasto y otros elaboraron una relación entre los humores y el carácter de las personas.

5. Cf. Schmidt, L (2013): *Síntesis histórica del profesionalismo médico: claves epistemológicas y axiológicas*. (Incorporación como miembro de cortesía) Caracas: Sociedad Venezolana de Historia Médica.

6. Mientras que la *enfermedad* se concebía generalmente, como un estado de *flaqueza* y de *debilidad*. Más allá de esta comprobación empírica, las observaciones médicas eran muy *someras* y se limitaban a lo que se ve: *afecciones de la piel*, *heridas* y *fracturas*, *fiebre* y *agitación*. Lo cierto es que en la *Antigüedad*, la *clasificación* de las diversas *afecciones* es *vaga* (p.ej, en el caso de la *lepra*). Las *causas naturales* ni siquiera se buscaban, a excepción de las que son *obvias*: las *heridas*, una *caída* o la *vejez*. Así, en un mundo en el que todo depende de la *causalidad divina*, la *enfermedad* no es *excepción*; es *imposible* no ver en ella un *golpe de Dios* que hiere al hombre.

7. Naturalistas: Afirman que no hay necesidad de recurrir a los juicios de valor porque la definición de la salud y la enfermedad es cuestión científica empírica. Se manifiesta el punto de vista biomédico, según el cual, existen ciertos datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos identificables como patológicos independientemente del contexto socio-cultural.

8. Se prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes.

9. Todas las ideas desarrolladas desde la antigua Grecia hasta el Renacimiento, pasando por las de Galeno, se basaron en el mantenimiento de la salud a través del control de la dieta y de la higiene.

10. Normativistas: Mantienen que la salud y la enfermedad son conceptos inevitablemente cargados de valoración sobre lo deseable, lo útil o lo bueno. La salud y la enfermedad sólo podrían ser definidas en el marco de una particular y ciertos estados serán calificados como enfermedades porque en la cultura correspondiente son vistos como malos o indeseables.

11. Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos y considerando este concepto en un plano integrador de la sociedad y el hombre. Adicionalmente, se complejiza el concepto al adjetivarse en: salud física-biológica, psicológica o mental y social. Con miras a definir un concepto indefinido:

- «La salud trata de la vida en el silencio de los órganos» (Lediche, 1937)*;
- «La salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor que permite a la persona funcionar efectivamente» (Dubos, 1959);
- «Alto nivel de bienestar, comprende 3 dimensiones: orgánica o física, psicológica y social» (Dunn, 1959)*;
- «Un conjunto de gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte» (Edward S. Rogers, 1960 y John Fodor, 1966)*;
- Alessandri: «Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social» (Seppilli, 1971);
- «La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa» (Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, Perpiñán, 1978);
- «estado de funcionamiento fisiológico y psicológico efectivo y total; tiene un significado tanto relativo como absoluto que varía a través del tiempo y del espacio así como el individuo como en el espacio» (Hanlon); «La salud es la capacidad de realizar su propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente» (OMS Oficina Regional para Europa, 1984);
- «La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven» (OMS, 1997);
- «La salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud (...) Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente» Feldenkrais, M: El poder del yo-La autotransformación a través de la espontaneidad. Barcelona/Buenos Aires:Paidós, 1993.

Las definiciones que aparecen marcadas por un asterisco, han sido recopiladas por Edgar Lopategui en <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

12. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados

(Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición se le introdujo otro complemento en 1992.

13. Una razón más de que sea abiológica la definición de la salud, dada por la O.M.S. Pues, en efecto, el «hombre sin dolor» es un hombre sin adaptación a un mundo en que el dolor de toda especie tiene una gran importancia social, política y religiosa. Particularmente una enfermedad larga y grave remite al paciente a sus fuerzas espirituales y morales y puede conducir a un refuerzo considerable de las mismas.

14. Deficiencia: “Es toda perdida o anomalía de una estructura, o función psicológica, fisiológica o anatómica.”

Así, según la CIDDM y desde el punto de vista de la salud, “una deficiencia es toda perdida o anormalidad de un órgano o de la función propia de éste (1980-83).

15. Discapacidad: “Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano”. Para la OMS. vendría a ser la consecuencia que la deficiencia produce en la persona.

16. Minusvalía: “Es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales.” La situación de desventaja a la que alude la OMS, se manifiesta en la relación entre la persona y su entorno.

17. La salud es fruto de estados no-saludables. Así ante las diferencias que se presentan ante alegría y tristeza o placer y dolor, representan sentimientos y percepciones antagónicas y correlativas. En cuanto que la alegría puede considerarse como el placer anímico y la tristeza como el dolor psíquico. Por ello, la alegría y la tristeza son sentimientos específicamente humanos; mientras que el placer y el dolor son percepciones sensoriales, de orden físico, que cuando traspasan la frontera psicofísica, por decirlo de algún modo, se transforman en alegría y tristeza respectivamente. Por ello, se asoció salud, manifestar alegría o disfrutar placenteramente, sonreír. Así como, la muerte es la privación de la vida, dolor y tristeza también tienen carácter negativo: el dolor es privación de bienestar y la tristeza es privación de alegría; pero es preciso profundizar en el conocimiento del dolor y del placer, pues no todo dolor es malo ni todo placer es bueno. Es más, muchas veces el placer y la alegría, intencionalmente buscados, conducen al dolor y a la tristeza. Y, sin embargo, el dolor y la tristeza bien aceptados y conducidos pueden ser principio de una salud psíquica -y globalmente humana- más plena y sólida. El placer o la alegría, desconectados de raíces antropológicas -fundadas en el amor, la verdad y la libertad-, pueden convertirse en un falseamiento existencial que derivaría en un desmoronamiento del hombre.

18. Desde el «aspecto psicoanalítico» Cf. Mitscherlich, A: Neurosen und Psychosen als soziale Phänomene: «Viktor von Weizsäcker». Göttingen, 1956; Wyss, W. H. v: Körperlich-seelische Zursammenhänge in Gesundheit und Krankheit. Ein Beitrag zur medizinischen Psychologie, Leipzig, 1931; desde la ciencia y la filosofía Th. von Uexküll, Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburgo, 1963; Victor. von Weizsäcker: Pathosophie, Göttingen, 1956.

19. Cf. la bibliografía más reciente, además de Baust W; Golenhofen ; y Zanchetti A.: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung 32, Darmstadt 1966:23-56

20. Weizsacker V. Von. Der kranke Mensch. Stuttgart, 1951.

21. Ladonde Report: A New perspective on the Health of Canadians, 1974, cita:

- El medio ambiente (Factores biológicos (virus, bacterias, hongos, artrópodos, ...); Factores físicos (ruidos, radiaciones, residuos, ...); Factores químicos (hidrocarburos, metales, plaguicidas, ...); actores socioculturales (ideología, factores económicos, estructuras sociales).
- Estilos de vida (dieta, falta de ejercicio, drogas, promiscuidad sexual, conducción temeraria, mal uso de los servicios sanitarios, incumplimiento terapéutico)
- Biología humana (factores genéticos, ciclo vital, ritmos biológicos)
- Servicios de salud (calidad, accesibilidad, financiación)

La participación de todos los anteriores factores para provocar enfermedades es variable. En aquellas enfermedades carenciales, infecciosas y parasitarias hay un claro predominio de los factores ambientales. La pobreza está claramente ligada a este tipo de dolencias, por tal razón las enfermedades infecciosas configuran el perfil de mortalidad y morbilidad predominante en los países pobres subdesarrollados. Por el contrario, las enfermedades crónicas no transmisibles, no dependen tanto de la pobreza o del subdesarrollo como sí de factores como el estilo de vida, comportamiento individual, bien sea que se presenten entre ricos o pobres. Hoy en día, estas enfermedades son la primera causa de incapacidad, enfermedad y muerte en todo el mundo, incluyendo los países subdesarrollados.

22. Cf. Schroeder-Kurth TM: Sickness - disease - illness - health: Problems of global definitions and consequences. En Wurzburg Medizinhist Mitt. 2003; 22: 306-22.

23. Una herencia genómica (genotipo y fenotipo), dada en su personificación, su biografía antecedente, su trama inicial de vida

24. De su contextualidad y su temporalidad.

25. Definido por la calidad de: (a) su corporalidad: estructural y funcional; (b) su reproductividad y mantenibilidad (autopoiesis) y (c) el controlabilidad: neurológica, endocrina e inmunológica. Cf. Schmidt, L: El ser humano: visto desde el paradigma holístico. Saarbrücken: Editorial Académica Española, 2013; *Ibidem*: El ser-trascendente: Una perspectiva judeocristiana. En Revista de Bioética Latinoamericana. En Revista de Bioética Latinoamericana. Mérida: SABER-Universidad de Los Andes Vol 10 (1) Sept-Feb 2012: 53-99. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36074/1/articulo4.pdf> y <https://www.yumpu.com/es/document/view/13101286/ver-pdf-saber-ula>; *Ibidem*: El hombre como ser ecosocial. Rev Bioética Latinoamericana. Mérida: Saber-Universidad de Los Andes. 2011; 8 (2): 18-35. Disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/34037/1/articulo3.pdf>.

26. Definido por las funciones cognitivas (autoaprendizaje y autoconocimiento, procesos racionales y de autoreconocimiento), afectivas-emotivas y las conativas o psicomotoras finas y expresivas del arte, habilidades y destrezas. (f. Schmidt, L: *Ibidem* 2013, 2012, 2011).

27. La relación trascendente del ser a través de su relacionalidad (ser-en-el-mundo), participatividad (ser-para-el-mundo) y convivencialidad (ser-con-el-mundo), expresada en su ser-activamente-en-el-mundo como categoría fenomenológica en su contextualidad. (f. Schmidt L: *Ibidem* 2013, 2012, 2011)

CARTAS DE LECTORES

Caracas; 5 de abril de 2017

Doctor Luis Herrera García.
Director de la Revista de la SVHM.

Me dirijo a usted para hacer algunos comentarios sobre artículo publicado en la Revista, volumen 65, 2, Año 2016 (1), firmado por los galenos Andrés Soyano y Aixa Muller. En ese interesante escrito sobre el doctor Knoche, cuya mítica y excéntrica personalidad, ha sido objeto de innumerables especulaciones en la prensa nacional, luego de ser descubiertas en su casona y laboratorio, en las alturas del cerro El Ávila, cerca de Galipán, cadáveres momificados de un humano y un can, como custodios en la entrada. Sin contar las halladas en las tumbas de su cementerio particular, que han cubierto con un velo de misterio al personaje, que ha fascinado a propios y extraños. En dicho artículo he encontrado imprecisiones, que con toda seguridad, son producto de lecturas, en importantes diarios del país. He leído dichos materiales y puedo afirmar con propiedad, que contienen escasos datos, varios de ellos improvisados, a juzgar por el contenido de documentos que poseo, sobre el científico prusiano, entre ellos su testamento personal. Doy a conocer la información real relacionada con dichas imprecisiones, en aras de ubicarlas en su verdadero contexto histórico. El doctor Knoche:

1.- Sus padres fueron Teophil Knoche y Dorothea Bodensteins. Llega a Venezuela por Puerto Cabello el año de 1839. Se ignora si temporalmente, ya que un año después, se le ubica en La Guaira, con su familia; según registros sobre inmigrados alemanes de ambos años, de la Secretaría de Interior y Justicia, publicados tiempo después por el Ministerio de Fomento.

2.- Revalida su título de Médico Cirujano y se le otorga el de Doctor en Ciencias Médicas, por la Universidad Central, el 2 de julio de 1845, según registros en el Archivo Histórico UCV. Fue obligado a revalidar por presiones de la sociedad médica, ya que ejercía ilegalmente la Medicina, en La Guaira.

3.- Compra el fundo Buena Vista al señor Alejo Hernández, el 24 de marzo de 1849. A esa posesión añade nuevas parcelas, compradas el 6 de junio de 1855 a María Eraso de Castillo; el 19 de octubre de 1857 a María Castillo de Landa; el 31 de marzo de 1858 a Juan A. Gautier; el 7 de enero de 1876 a Wenceslao Durán y el 10 de enero de 1876 a Pablo Pineda.

4.- José Manuel Torres era jefe político del puerto guaireño, no especifican los registros que fuera medico, Domingo A. Sierra, era Médico Inspector del puerto de La Guaira. Ambos asumieron el caso de cuarentena por viruela de la fragata La Clemence, que trajo a los expedicionarios que ocuparían la Colonia Tovar en 1843.

5.- Las asistentes del doctor Knoche eran las hermanas Josepha y Amalie Weiman, pasajeras de la fragata La Clemence, quienes viajaban junto con su padre y cuatro hermanos, conducidos por Agustín Codazzi. En las lapidas de las tumbas que se encuentran cerca de la casona, donde reposan los cadáveres de dichas hermanas, erradamente se colocó el nombre de **Josephine**, durante la última remodelación, siendo **Josepha** su nombre verdadero.

6.- Los esposos Henrique Muller y Anna Knoche, procrearon cuatro hijos a saber: Gustavo, Hermann, Luisa y Henrique Muller Knoche. Huérfanos de padre y madre a partir de 1879, fueron enviados por su abuelo materno a Alemania para ser educados.

Los datos antes expuestos fueron tomados del testamento del doctor Knoche, el cual registró, poco antes de morir. Con esa información, deseo corregir algunas afirmaciones aparecidas en el citado artículo, en la revista que acertadamente usted dirige. Con ello no pretendo, ni presumo ser historiador del personaje en cuestión, simplemente quiero ser preciso y veraz.

Lic. Inaut Laidera Collin.

1. Soyano A, Müller A. La figura de Gottfried Knoche (1813-1901) en su verdadera dimensión histórica. Rev Soc Venez Hist Medic. 2016; 65 (2): 108-118

Indice Acumulado del Volumen 66, Año 2017

Indice por Autores

- Blandenier de Suárez Claudia, Silva C. Gastón: Pioneros de la cirugía cardiaca valvular internacional, con referencia a la experiencia venezolana: 97-120
- Briceño-Iragorry Leopoldo: Médicos, corsarios, piratas y otros: 134-146
- Cruz Lilia: Arte rupestre prehistórico en Portugal: Valle del Côa: 68-86
- Escalona Roger: Otro ilustre desconocido de la historia de la Medicina: 31-39.
- González-Inciarte María Elena: Etica y Bioetica en la Educacion Médica: 40-53
- González-Inciarte María, Wilhem Maritza. Historia de la Especializacion en Medicina Crítica del Hospital Universitario de Maracaibo: 87-98
- Laidera Collín Inaut: Cartas del lector: Sobre biografía del Dr. Gotfried Knoche: 157
- Moreno Brandt Leopoldo: Patología mamaria en el Arte: 54-67
- Müller de Soyano Aixa: Vida después de la vida: Muerte, momificación y entierros en el Egipto antiguo: 14-30
- Rodríguez M. José Manuel: José María Vargas, Juez de Hecho en Venezuela: 126-134
- Romero Reverón Rafael: Manuel Palacio Fajardo: 121-125
- Schmidt Ludwig: Salud, aproximación a una polisémica inconclusión, desde la Antigüedad a la Postmodernidad: 147-156
- Zurita Ponce Olivia: Una institución nacida para servir: SERSALUD: 5-13

Indice por Materias

- Arte: Patología mamaria en el Arte: 54-67
- Arte Prehistórico: Arte rupestre prehistórico en Portugal: Valle del Côa: 68-86
- Bell Joseph. Otro ilustre desconocido de la historia de la Medicina: 31-39
- Bioética: Etica y Bioetica en la Educacion Médica: 40-53
- Biografías: Manuel Palacio Fajardo: Manuel Palacio Fajardo: 121-125
- Arthur Conan Doyle: Otro ilustre desconocido de la historia de la Medicina: 31-39
- Ciencias Naturales: Manuel Palacio Fajardo: 121-125
- Cirugía valvular cardíaca: Pioneros de la cirugía cardiaca valvular internacional, con referencia a la experiencia venezolana: 97-120
- Congreso de 1811: Manuel Palacio Fajardo: Manuel Palacio Fajardo: 121-125
- Joseph Bell: Otro ilustre desconocido de la historia de la Medicina: 31-39

Educación médica: Ética y Bioética en la Educación Médica: 40-53

Historia de la Especialización en Medicina Crítica del Hospital Universitario de Maracaibo: 87-98

Egipto antiguo: Vida después de la vida: Muerte, momificación y entierros Egipto: 14-30

Enfermedad: Salud, aproximación a una polisémica inconclusión, desde la Antigüedad a la Postmodernidad: 147-156

Epoca Colonial: Médicos, corsarios, piratas y otros: 142-153

Historia del Arte: Patología mamaria en el Arte: 54-67

Homeostasis biopsicoecosocial: Salud, aproximación a una polisémica inconclusión desde la Antigüedad a la Postmodernidad: 147-156

Hospital Universitario de Maracaibo: Historia de la Especialización en Medicina Crítica del Hospital Universitario de Maracaibo: 87-98

Jueces de Hecho: José María Vargas, Juez de Hecho en Venezuela: 126-134

Knoche Gotfried: Sobre biografía del Dr. Gotfried Knoche (Cartas del lector): 157

Medicina crítica: Historia de la Especialización en Medicina Crítica del Hospital Universitario de Maracaibo: 87-98

Corsarios, piratas y filibusteros: Médicos, corsarios, piratas y otros: 134-146

Momificación: Vida después de la vida: Momificación y entierros en el Egipto antiguo: 14-30

Normalidad: Salud, aproximación a una polisémica inconclusión, desde la Antigüedad a la Postmodernidad: 147-156

Patología mamaria: Patología mamaria en el Arte: 54-67

Petroglifos: Arte rupestre prehistórico en Portugal: Valle del Côa: 68-86

Portugal: Arte rupestre prehistórico en Portugal: Valle del Côa: 68-86

Postgrado Medicina Crítica: Historia de la Especialización en Medicina Crítica del Hospital Universitario de Maracaibo: 87-98

Prótesis valvulares: Pioneros de la cirugía cardíaca valvular internacional, con referencia a la experiencia venezolana: 97-120

Salud: Salud, aproximación a una polisémica inconclusión, desde la Antigüedad a la Postmodernidad: 147-156

SerSalud: Una institución nacida para servir: SERSALUD: 5-13

Sherlock Holmes: Otro ilustre desconocido de la historia de la Medicina: 31-39

Valle del Coa: Arte rupestre prehistórico en Portugal: Valle del Côa: 68-86

Vargas José María: José María Vargas, Juez de Hecho en Venezuela: 126-134

