

REVISTA

BIOÉTICA

LATINOAMERICANA

Publicación de la
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes
Venezuela

VOL. 30 #2

Julio - Diciembre 2025



LATINDEX 19850

ISSN: 2244 - 7482



M E D I C I N A
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA



Revista de Bioética Latinoamericana / 2025 / volumen 30 (número 2)

ISSN: 2244-7482 LATINDEX 19.850

Rev Bioet Latinoam. 2025; 30 (2)

**LA REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA POSEEE
ACREDITACIÓN DEL CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO,
HUMANÍSTICO, TECNOLÓGICO Y DE LAS ARTES (CDCHTA-ULA).
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-VENEZUELA.**



LA *REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA*, ASEGURA QUE LOS EDITORES, AUTORES Y ÁRBITROS CUMPLEN CON LAS NORMAS ÉTICAS INTERNACIONALES DURANTE EL PROCESO DE ARBITRAJE Y PUBLICACIÓN. DEL MISMO MODO APLICA LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN PUBLICACIONES CIENTÍFICAS (COPE).

IGUALMENTE, TODOS LOS TRABAJOS ESTÁN SOMETIDOS A UN PROCESO DE ARBITRAJE Y DE VERIFICACIÓN POR PLAGIO.



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una **Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.**

Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.





CAUSA DE MUERTE EN EL PERSONAL MÉDICO DE UN ESTADO DE LA REGIÓN CENTRAL DE VENEZUELA 2018-2021.

CAUSE OF DEATH AMONG MEDICAL PERSONNEL IN A STATE IN THE CENTRAL REGION OF VENEZUELA, 2018–2021.

CAUSA DE MORTE ENTRE O PESSOAL MÉDICO DE UM ESTADO DA REGIÃO CENTRAL DA VENEZUELA 2018-2021.

Linares Virginia¹, Salazar Juan José², Ortunio Magaly³

RESUMEN

Los profesionales de la salud se encuentran expuestos a factores de riesgo íntimamente ligados a la naturaleza de su actividad laboral, afectando su calidad de vida e incidiendo en su causa de muerte. **Objetivo:** Estudiar la causa de muerte en el personal médico de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021. **Materiales y Métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, no experimental; la población muestra la constituyeron todos los médicos fallecidos en un estado de la región central de Venezuela fallecidos entre el 2018-2021 y colegiados. La técnica de recolección de los datos fue la revisión documental y el instrumento de recolección una ficha elaborada por el investigador. **Resultados y Conclusiones:** En relación con los hallazgos, la mayor proporción de médicos fallecidos fue en el año 2021, donde predominó el SARS- COV-2 como causa de muerte, poco más de la mitad se encontraba en el ejercicio de sus funciones profesionales al momento del deceso; 1/3 de los mismos se encontraba jubilado; casi una décima parte de ellos mantenía el ejercicio privado de la profesión. La especialidad quirúrgica con mayor número de muertes en médicos resultó Ginecología/Obstetricia; en tanto que para las especialidades médicas las que presentaron mayor cantidad de casos fueron Anestesiología y Medicina Interna. Existen deficiencias en el registro y manejo de las estadísticas en cuanto a las muertes y causas de ellas acerca de personal médico adscrito al ente gremial de la jurisdicción del Estado, lo que incluyó muertes de médicos no identificados.

Palabras clave: Mortalidad, médicos, SARS-COV-2, especialidades médicas.

ABSTRACT

Health professionals are exposed to risk factors closely linked to the nature of their work activity, affecting their quality of life and influencing their cause of death. Objective: To study the cause of death in medical personnel in a state in the central region of Venezuela 2018-2021. Materials and Methods: Quantitative, descriptive, non-experimental research; the sample population was made up of all doctors who died in a state in the central region of Venezuela between 2018-2021 and were registered. The data collection technique was a

¹ Médico Cirujano. Especialista en Salud Ocupacional

² Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo

³ Docente Titular de Pregrado y Postgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud, desde 2005. Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo – Venezuela. Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar y en Especialista en Salud Ocupacional. Doctora en Ciencias Médicas.

Contacto: Teléfono +58-416-7342859. e-mail: magalyortunio@gmail.com.



documentary review, and the collection instrument was a form prepared by the researcher. Results and Conclusions: In relation to the findings, the highest proportion of deceased doctors was in 2021, where SARS-COV-2 predominated as the cause of death, just over half were in the exercise of their professional duties at the time of death; 1/3 of them were retired; Almost a tenth of them were in private practice. The surgical specialty with the highest number of deaths among physicians was Gynecology/Obstetrics, while the medical specialties with the highest number of cases were Anesthesiology and Internal Medicine. There are deficiencies in the registration and management of statistics regarding deaths and causes of deaths among medical personnel assigned to the professional body under the jurisdiction of the State, which included unidentified deaths of physicians.

Keywords: Mortality, doctors, SARS-COV-2, medical specialities.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud (PS) incluyen todas aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud, así como el cuidado de la misma y cura de patologías o enfermedades, estos incluyen médicos, enfermeros, odontólogos, fisioterapeutas, entre otros (1).

Estos profesionales no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos, de hecho se encuentran expuestos a diversos factores de riesgo, donde resaltan los factores de riesgo biológicos y psicosociales, estos últimos se encuentran íntimamente ligados a determinadas características estresantes de las condiciones de trabajo del personal de salud, que repercuten en la salud del profesional, en la organización, en la satisfacción laboral y en la calidad asistencial prestada, entre ellas pueden citarse la relación directa con pacientes y familiares, el contacto diario con el dolor y la muerte, la responsabilidad sobre la salud de terceros, la presión asistencial y la carga de trabajo, la presión social, entre otros (2).

Sumado a lo antes expuesto, resulta necesario destacar la situación actual de la atención sanitaria en Venezuela, la cual se encuentra en una circunstancia extremadamente crítica, como consecuencia de la precariedad a la que han llegado los centros hospitalarios y ambulatorios de la salud pública, además de los altos niveles de



desabastecimiento de medicinas para que las personas realicen sus tratamientos; de reactivos y suministros para hacer pruebas diagnósticas; de insumos básicos y repuestos de equipos médicos para el funcionamiento del sistema sanitario del país, lo cual no sólo repercute de manera negativa en el paciente, sino también en el personal de salud quien debe lidiar día a día con dichas circunstancias a fin de tratar de garantizar la salud a los pacientes (3).

La muerte tiene una connotación social innegable como parte del ciclo vital y se plantea como un fenómeno contrario a la vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2002, los trabajadores del sector salud representaban aproximadamente treinta y cinco (35) millones de personas a nivel mundial, lo que equivale a un 12 por ciento de la fuerza laboral. Resulta preocupante que ni los gobiernos ni las organizaciones de salud le han concedido la suficiente atención a los factores de riesgos laborales presentes en los centros dispensadores de salud que pueden ocasionar accidentes, enfermedades y en ocasiones la muerte en este tipo de personal. Esto llama poderosamente la atención debido a que las personas acuden a los centros asistenciales en busca de salud, estando precisamente los trabajadores de esas instituciones expuestos a las deficientes condiciones de trabajo, carencia de equipos de protección y muchas veces falta de planes de contingencia (4).

Pullen y col. informaron que solo 42% de los médicos australianos estudiados tenía un médico generalista y que la mayoría se automedica. Uallachain registró que 30% de los médicos jóvenes de Irlanda no tenía un médico generalista desde hacía 5 años; 65% se sentía incapaz de quitarle tiempo a su trabajo cuando estaban enfermos; 92% se había automedicado al menos una vez y 49% consideró que descuidaba su propia salud (4).

Del mismo modo, Thompson y col. informaron que la mayoría de los médicos británicos son conscientes de que no se comportan bien con respecto a su propia salud; la mayoría dijo que ellos trabajan cuando se sienten mal y esperan que sus colegas también lo hagan, aun pensando que ese punto de vista no aplica para sus pacientes (4).



Las relaciones laborales en la actualidad forman parte de las relaciones sociales, que producto de la modernidad y la globalización se compone de nuevas preocupaciones por lo que el bienestar de los trabajadores y trabajadoras se transforman en un tema fundamental para el correcto desenvolvimiento de las actividades laborales (5).

En este sentido, el sector salud, en especial del sector público, se expone a una gama muy diversa de riesgos químicos, biológicos, psicosociales que afectan la calidad de vida de sus trabajadores, por cuanto, los trabajadores deben garantizar la salud de quienes asisten a estos servicios, aún a costa de su propio bienestar (5).

Los PS (médicos, enfermeras, paramédicos, laboratoristas clínicos, entre otros), por su actividad diaria están en riesgo de adquirir accidentalmente enfermedades infecciosas, el contacto con pacientes, fluidos biológicos y el cultivo o aislamiento de microorganismos

infecciosos durante el trabajo de laboratorio son factores que aumentan ese riesgo, los médicos son muy vulnerables a padecer el síndrome de Burnout, debido a las características laborales aunada a una alta exigencia cognitiva y emocional, con una demanda alta de atención de pacientes, factores psicosociales asociados al entorno hospitalario relacionados con el estrés y afrontamiento de situaciones de dolor y sufrimiento humano; los cuales afectan la calidad de vida de estos trabajadores, en virtud de sus condiciones inseguras de trabajo (5).

Tomando en consideración las características particulares que predominan en el médico (perfeccionismo, adicción al trabajo, entre otros) se asocian con resultados negativos para la salud, tales como el agotamiento, la depresión, la ansiedad, los trastornos de la alimentación y enfermedades cardiovasculares (5).

En relación con los diferentes factores predisponentes a la afectación de la salud del PS, la investigación indica que los médicos no tienden a buscar la ayuda de otros para atender su necesidad o de bienestar o de salud. Arnetz se refiere a "la ignorancia, la



indiferencia y el descuido de los médicos hacia su propia salud" cuando habla de la negligencia que muestran para someterse a exámenes físicos y para aplazar la búsqueda de tratamiento médico cuando están enfermos. Este patrón de conducta parece ser universal (5).

Por ejemplo, del 18% de los médicos canadienses identificados como deprimidos solo 25% consideró que debía buscar ayuda y solo 2% en realidad lo hizo. Muchos médicos no tienen médico de familia (5).

En un estudio realizado en España se pudo conocer las cifras que arrojó la investigación acerca de las causas internas del fallecimiento de los PS, los cuales indican que los médicos mueren a causa de tumores, lo que supone un 5,4% más que la población en general. Esa diferencia es especialmente significativa en el tramo de edad comprendido entre los 40 y los 49 años (+12,1%). Los tumores malignos de los bronquios, tráquea o del pulmón representan 27,3% de las muertes en los médicos y 26,4% del total de tumores. El tumor maligno de colon, el 9,8% y del de próstata, 9%, ocupan la segunda y tercera causa de mortalidad por tumores, porcentaje muy parecido a la población masculina en general (6).

En relación a las causas externas, en ese mismo estudio se refirió que se producen anualmente unas 14.000 muertes anuales por causas externas (13.911 muertes en 2014) que tiene su origen en accidentes de tráfico, suicidio u otra violencia con relación a los médicos (6).

En torno a este tema se han realizado diversos trabajos de investigación tanto nacionales como internacionales. Entre los internacionales se tiene el de Alvarado y Manrique, en su artículo titulado El suicidio de Médicos, una realidad ignorada, expresan la preocupación existente, expresa que la tasa de suicidio entre médicos es más elevada que en la población general, en Estados Unidos una revisión halló que la tasa de suicidio en médicos es de 28 a 40 por 100.000, siendo mayor a la presentada en la población general de 12,3 por cada 100.000. Utilizaron como unidad de análisis



un meta-análisis realizado por Milner, quien analizó el suicidio por ocupación, encontrando como más afectados, los trabajadores de ocupaciones elementales tales como peones o limpiadores con un Riesgo Relativo (RR) 1,84 IC del 95% 1,46 a 2,33), seguido de los operarios de máquinas y equipos de cubierta de barco (RR = 1,78 IC del 95% 1,22 a 2,60) y trabajadores agrícolas (RR = 1,64 IC del 95% 1,19 a 2,28), siendo los trabajadores con menor nivel de habilidades los más afectados al compararlos con los de mayor habilidades, entre estos los profesionales sin embargo, a nivel de los médicos, esta condición parece no aplicar. Ya que, si bien a nivel ocupacional encontramos otras profesiones afectadas en mayor medida, cabe resaltar que los médicos tienen mayor acceso a métodos letales tales como medicamentos siendo más propensos a sobredosis. Estimando que la prevalencia de depresión oscila entre 27 y 29%, entre estudiantes de medicina y residentes respectivamente, pudiendo ser tan alta como del 60% entre médicos en ejercicio; condición relacionada fuertemente con el suicidio. Sumado a estas causas, las estrategias y búsqueda de ayuda resulta difícil entre los profesionales de medicina, pues primero se debe asumir el rol de enfermo, lo cual conlleva a una dificultad para reconocer ante sus colegas estos problemas, a su vez, la dificultad para la toma de recursos disponibles por vergüenza o miedo a ser estigmatizados (7).

En cuanto al trabajo de Finol, se trató de un estudio descriptivo retrospectivo de la mortalidad en los trabajadores del INGESA desde el 2000 al 2015, obteniéndose los siguientes resultados: El total de muertes fue de 18 muertos, la media de edad 51,67 años con una desviación típica $\pm 10,91$ años. El 72,2% fue hombres. Siendo los médicos, la categoría profesional con mayor incidencia de mortalidad con 44,4%. La causa de muerte más frecuente fueron las neoplasias (44,4%) seguido de los ictus 22,2% y los suicidios 11,1%. El año con más fallecidos fue el 2014 (8).

El estudio de Camacho, describió cómo se presentaron algunas características clínicas y factores de riesgo en mujeres y hombres, trabajadores sanitarios, con diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 en la Ciudad de México (CDMX), entre enero 2020 y marzo 2021. El diseño del estudio fue transversal y descriptivo. Los resultados mostraron que,



en poco más de un año, los casos de empleados de la salud con dictamen verificado de SARS- CoV-2 en CDMX fueron 17,203: 10,751 féminas y 6,452 varones. Con 284 muertes de profesionales de la salud, detallándose que 30% son mujeres y 70% hombres siendo los síntomas más comúnmente reportados: cefalea (77y73%), tos (69y70%), y fiebre (48 y 58%).

Las comorbilidades con mayor proporción en féminas y varones respectivamente fueron: obesidad (15 y 14%), hipertensión (9 y 12%), y diabetes (6 y 7%). El tabaquismo resultó ser el factor de peligro con menor riesgo. Lo anterior posee especial relevancia puesto que lapandemiadeCOVID-19hacausadomorbilidad y mortalidad muy elevada en el mundo y en el caso del PS no ha sido la excepción (9).

Leal, Gómez, Valderrama y Granado en su estudio, titulado Tendencias en la mortalidad de médicos generales y especialistas en Cali, Colombia, cuyo objetivo fue Determinar la Tasa de Mortalidad Promedio (TMP) y las causas de muerte de médicos generales y especialistas en la ciudad de Cali en el periodo estudiado; encontrándose que la población médica estudiada presenta una TMP en el periodo 1.997 a 2.011 inferiores a la población general mayor a 30 años de la ciudad de Cali, estando las principales causas de muerte asociadas a problemas de salud característicos de la edad adulta como son Cáncer y enfermedades cardiovasculares (10).

En cuanto al estudio realizado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo sobre las características demográficas, especialidades médicas y causas de muerte de los médicos fallecidos en España entre los años 2005 y 2014. Resultando, los tumores la principal causa interna de muerte en los médicos entre los 40 y los 79 años, más de la mitad de los médicos fallecidos entre los 50 y 59 años fallecieron por esa causa. Igualmente, la principal causa de muerte externa, lo constituyo el suicidio y los accidentes de tránsito como segunda causa externa.

Las enfermedades del sistema circulatorio son el principal motivo de muerte de los



mayores de 80 años. Los datos de este estudio reflejan el peso creciente en el sistema de salud que están cobrando los trastornos mentales y especialmente las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer que es la décima causa de muerte entre la población general y la vigésima cuarta entre la población médica (6).

En virtud de lo planteado, se hace necesario conocer en los médicos como PS las enfermedades que los están llevando a perder la vida, para así tratar de inferir si es descuido del médico o es la carencia de una seguridad social que le permita prestar sus servicios en un ambiente adecuado, con medidas de protección, no solo con respecto a los riesgos laborales, visibles a los que se exponen, sino también con aquellos que no se pueden ver, pero que se encuentran allí, latentes y que tengan que ver con el componente emocional. Por todo lo antes expuesto surge la presente investigación, se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la situación en relación a la causa de muerte en el personal médico de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021?

Planteándose para el cumplimiento de la misma como objetivo general: Estudiar la causa de muerte en el personal médico de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021; y como objetivos específicos los que a continuación se presentan: Cuantificar las muertes ocurridas en el personal médico en el período de estudio; distribuir las muertes según sexo, edad, estado civil, tiempo de graduado, año de ocurrencia del fallecimiento, universidad de egreso, especialidad, tipo de especialidad; identificar la causa de muerte; conocer el estatus ocupacional del médico al momento del deceso; tipo de ejercicio profesional del personal médico al momento del deceso; y asociar el sexo con el tipo de especialidad ejercida por el médico y la causa de muerte.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de una investigación de campo insertada dentro el paradigma cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal. La población estuvo



constituida por todos los médicos fallecidos en un estado de la región central de Venezuela. La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por los médicos colegiados en el Colegio de Médicos del estado en cuestión, fallecidos desde el 2018 al 2021.

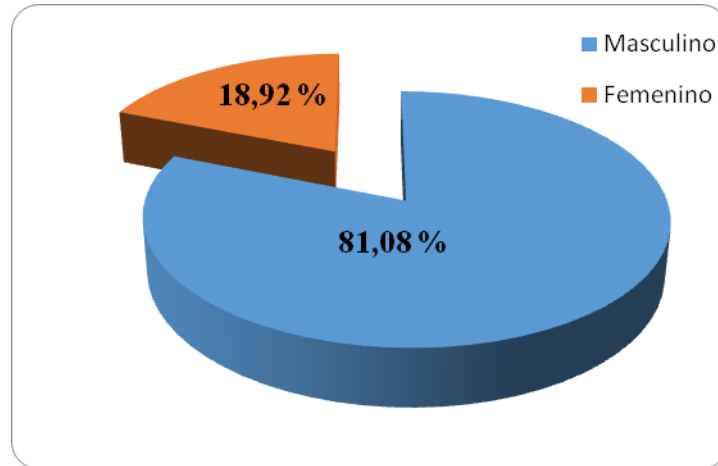
Se empleó el método de razonamiento inductivo, la técnica de recolección de los datos fue la revisión documental y los instrumentos de recolección de datos los siguientes:

- 1) Ficha elaborada por la investigadora para indagar las siguientes variables: sexo, edad, tiempo de graduado, año de ocurrencia del deceso, causa de muerte, especialidad, estatus ocupacional al momento del deceso, tipo de ejercicio profesional a lo largo de la trayectoria del médico.

Una vez recolectados los datos fueron tabulados y procesados con el paquete estadístico PAST, versión libre 4.0, procediéndose al análisis descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para constatar el ajuste de las variables numéricas a la distribución normal, para la asociación de variables cualitativas se empleó la prueba exacta de Fisher, con un intervalo de confianza de 95% y un nivel de significancia estadística $p < 0,05$; los resultados son presentados en tablas y/o gráficos de acuerdo a la variable estudiada.

RESULTADOS

GRÁFICO N°1: Distribución según sexo del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.



Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

Se estudió una muestra de 74 médicos afiliados al Colegio de Médicos del Estado en cuestión, fallecidos en el período 2018-2021. Hubo diferencias estadísticamente significativas ($Z= 5,23$; $P< 0,001$) entre la proporción de médicos que eran del sexo masculino (81,08%) y los que pertenecían al sexo femenino (18,92%). (Grafico N°1).

TABLA N°1: Distribución según grupos de edad del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Grupo de edad	f	%
24-29años	4	5,71
30-39años	1	1,43
40-49años	6	8,57
50-59años	15	21,43
60-69años	20	28,57
70-79años	6	8,57
80-89años	17	24,29
90y más	1	1,43
Total	70	100

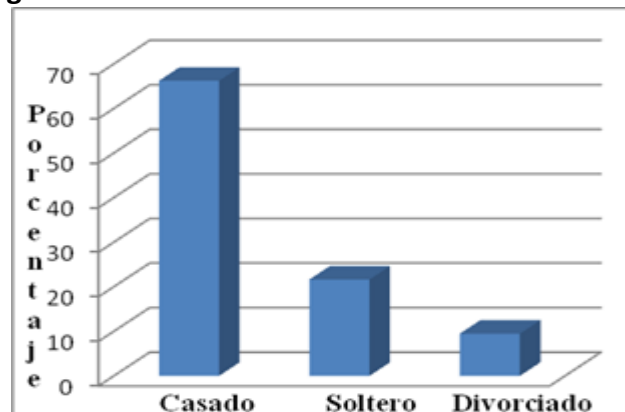
Fuente: Datos obtenidos en la investigación

La media de la edad fue 64,37, con una desviación estándar de 46,66 años; un valor



mínimo de 24 años y un valor máximo de 90 años, sobresaliendo el rango de 60-69 años con un 28,57% de la muestra seleccionada, seguidos del grupo de 80-89 con 24,29% y el de 50-59 años con 21,43%; los grupos de edades correspondientes a las décadas de 40-49 años y 70-79 quedaron representados por un 8,57% cada uno; encontrándose las menores proporciones representadas por los grupos de 30-39 y 90 y más años con un 1,43% cada grupo. Es importante señalar que en 4 de los casos no se estableció la fecha del fallecimiento, razón por la cual no se pudo determinar la edad para el momento del deceso (Tabla N°1).

GRÁFICO N° 2: Distribución según el estado civil del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.



Fuente: Datos obtenidos en la investigación

En relación al estado civil, la mayor proporción se encontró en el estado civil casado (66,22%), seguido de los solteros (21,52%), divorciados (9,46%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($Z= 4,17$; $P < 0,001$) entre la proporción de médicos casados y el resto de los estados civiles (Grafico N°2). No se pudo determinar el estado civil para el momento del deceso en dos de los casos.



TABLA N° 2: Distribución según tiempo de graduado del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Tiempo de graduado	f	%
01-09 años	06	8,45
10-19 años	03	4,23
20-29 años	20	28,17
30-39 años	14	19,72
40-49 años	09	12,68
50-59 años	16	22,54
60-69 años	03	4,23
Total	71	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

Con respecto al tiempo de graduado, la media fue 35,36 años, con una DESVEST de 16,19 años, 28,17% estuvo en un rango de 20-29 años de graduado, seguido de aquellos que poseían entre 50 y 59 años (22,54%). No se precisó tiempo de graduado en 3 de los casos (Tabla N°2).

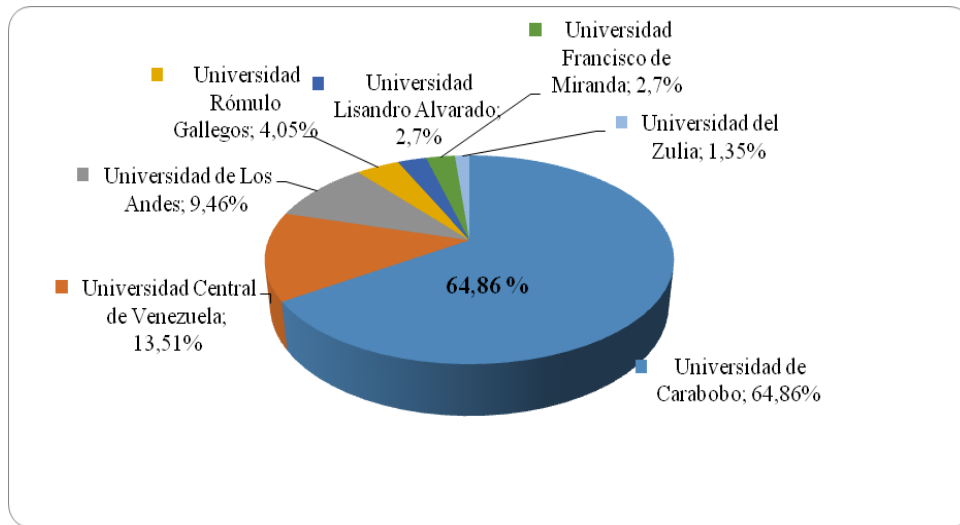
TABLA N° 3: Distribución según el año de ocurrencia del fallecimiento del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Año de muerte	f	%
2018	03	4,05
2019	04	5,41
2020	29	39,19
2021	38	51,35
Total	74	45,5

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

De los años de ocurrencia de la mortalidad en los médicos, se obtuvo que la mayor proporción fue en el año 2021 (51,35%), 39,19 % en el 2020, mientras que la menor proporción ocurrió en los años 2018, 2019 (Tabla N°3).

GRÁFICO N° 3: Distribución del personal médico fallecido según la universidad de egreso de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.



Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Al precisar la Universidad de egreso de los médicos fallecidos, se encontró que 64,86 % provenía de la Universidad de Carabobo, seguido de la Universidad Central de Venezuela 13,51%, el resto quedó distribuido entre la Universidad de los Andes, Rómulo Gallegos y la Lisandro Alvarado. Es importante resaltar que, en 1 de los casos, no se logró precisar la casa de estudio de donde egresó el galeno (Gráfico N°3).

TABLA N° 4: Distribución según la especialidad del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Especialidad	f	%
Ginecología/Obstetricia	14	23,74
Traumatología	5	8,48
Anestesiología	4	6,79
Medicina Interna	4	6,79
Epidemiología	3	5,09
Medicina Ocupacional	3	5,09
Neumonología	3	5,09
Cardiología	2	3,40
Cirugía Plástica	2	3,40
Otorrinolaringología	2	3,40
Cirugía General	1	1,69
Cirugía Oncológica	1	1,69
Dermatología	1	1,69
Endocrinología	1	1,69
Fisiatría/Traumatología	1	1,69



Genetista	1	1,69
Ginec/Obst y Perinatología	1	1,69
Medicina Familiar	1	1,69
Medicina Homeopática	1	1,69
Medicina Interna/Infectología	1	1,69
Neumonología Pediátrica	1	1,69
Neurología	1	1,69
Oftalmología	1	1,69
Pediatría	1	1,69
Psiquiatría	1	1,69
Urología	1	1,69
No se precisó	1	1,69
Total	59	100

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación.

Con respecto a la especialidad ejercida por los médicos fallecidos, se obtuvo que 78,38 % tenía estudios de cuarto nivel; de los cuales 6,89 % tenía más de una especialidad, mientras 93,10% tenía sólo una. Sólo 20,27 % no tenía especialidad, mientras que en 1,69 % de los casos, no se precisó el tipo de especialidad. El predominio de médicos con especialidad (78,38%; $Z = 4,77$ $P < 0,001$), fue estadísticamente significativo (Tabla N°4).

TABLA N° 5: Distribución según el tipo de especialidad del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Tipo de Especialidad	f	%
Médica	29	49,15
Quirúrgica	27	45,76
Médico/Quirúrgica	02	3,39
No se precisó	01	1,69
Total	59	100

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación

En cuanto a la distribución por tipo de especialidad, destaca 49,15% poseía especialidad de tipo médica, seguida por 45,76% quirúrgica. Se apreció que en el 1,69% de los casos no se logró precisar el tipo de especialidad (Tabla N°5).



TABLA N° 6: Distribución por causa de muerte del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Causa de muerte	f	%
SARS-COV-2	56	75,68
Desconocidas	08	10,81
Accidente de Tránsito	02	2,71
Accidente Cerebrovascular	01	1,35
Cáncer de Páncreas	01	1,35
Cardiopatía Isquémica	01	1,35
Infarto Agudo al Miocardio	01	1,35
Insuficiencia Respiratoria	01	1,35
Leucemia	01	1,35
Suicidio	01	1,35
Tromboembolismo Pulmonar	01	1,35
Total	74	100

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación.

Con respecto a la distribución por causa de muerte, se obtuvo que el predominio de SARS- COV-2 como causa de muerte en el personal médico (75,68%; $Z= 4,30$ $P< 0,001$), fue estadísticamente significativo (Tabla N°6).

TABLAN° 7: Distribución según el estatus ocupacional del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Estatus Ocupacional	f	%
Activo	40	54,05
Jubilado	25	33,78
Jubilado/Activo	06	8,11
No se precisó	03	4,06
Total	74	100

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación

Con relación al estatus ocupacional del médico al momento del deceso, se observó que 54,05% se encontraba en el ejercicio de sus funciones; 33,78% gozaba del beneficio de la jubilación, mientras 8,11% a pesar de encontrarse jubilado, tenía ejercicio privado de la profesión. En 3 de los casos no se logró precisar la información (Tabla N°7).



TABLA N° 8: Distribución según el tipo de ejercicio profesional para el momento del deceso del personal médico de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Tipo de ejercicio profesional	f	%
Privado	27	36,49
Público/Privado	25	33,78
Público	19	25,68
No se precisó	03	4,05
Total	74	100

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación

Asimismo, se encontró que 36,49% de los profesionales tenían un ejercicio privado 33,78% laboraba tanto en el sector público como privado y 25,68% ejercía en el sector público. Resulta importante señalar, que en 3 de los casos no se logró precisar la información (Tabla N°8).

Tabla N° 9. Asociación entre el sexo y el tipo de especialidad ejercida por el personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Sexo	Tipo de especialidad		Total
	Médica	Quirúrgica y Médico/quirúrgica	
Masculino	25	22	47
Femenino	04	07	11
Total	29	29	58

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

No existe asociación entre el sexo y el tipo de especialidad ejercida por el médico (Prueba exacta de Fisher $P = 0,50$) (Tabla N°9).



Tabla N° 10: Asociación entre el sexo y causa de muerte del personal médico fallecido de un estado de la región central de Venezuela 2018-2021.

Sexo	Causa de muerte		Total
	SARS-COV-2	Resto de las causas	
Masculino	45	07	52
Femenino	11	03	14
Total	56	10	66

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

No hubo asociación entre el sexo y causa de muerte del personal médico (Prueba exacta de Fisher $P = 0,68$). Es necesario mencionar que del total del resto de las causas de muerte, todas las desconocidas (10,81%), ocurrieron en hombres (Tabla N°9).

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, en relación a la edad de los médicos fallecidos, se obtuvo que la media de la edad fue de 64,37 años, evidenciándose similitud con la media de edad obtenida por Camacho (9), el cual reportó un promedio de edad de 66 años.

En cuanto al sexo de los profesionales médicos, en el presente estudio hubo un predominio estadísticamente significativo del sexo masculino con 81,08%, muy similar a los hallazgos de Camacho (9), donde se observó un predominio del sexo masculino con 70%, aún cuando no se especificó la significancia estadística.

Con respecto a los años de ocurrencia de la mortalidad de los médicos, al comparar los hallazgos de la serie bienal (2020-2021), estudiada por Kiang(11); en relación al presente estudio que incluye una serie de 4 años, se apreció que en el primer caso, el mayor número de muertes se obtuvo durante el año 2020; mientras que en esta investigación el mayor número se apreció en el 2021, esto podría atribuirse a que fue este el año en el que se evidenció el mayor número de casos de infección por SARS-COV-2 en Venezuela, por lo que al encontrarse el país en una crisis sanitaria podría



constituir esta la razón principal de tal hecho.

En relación a la especialidad del personal médico fallecido, se obtuvo que 78,38% de los mismos poseía estudios de cuarto nivel, lo cual contrasta con los hallazgos del trabajo de Finol (8), quien determinó que las categorías profesionales más afectadas fueron los médicos sin especialidad con 44,4%. Al comparar el tipo de especialidad más afectada, Leal (10) reportó que las especialidades más frecuentemente ejercidas por los médicos fallecidos fueron las quirúrgicas, contrario a los hallazgos de esta presente investigación en la que predominaron las especialidades médicas.

Al confrontar la distribución por causa de muerte del personal médico, Leal (10) señaló que las principales causas de muerte en los médicos de la Ciudad de Cali fueron las relacionadas con cáncer y causas cardiovasculares, conformando un 66,08%; mientras, el primer estudio de mortalidad llevado a cabo en España por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) (2005-2014) (6), afirmó que el suicidio constituyó la principal causa de muerte externa entre los profesionales médicos, seguido de los accidentes de tránsito como segunda causa externa, y como causa principal de muerte por patología los tumores, la segunda causa de muerte en este renglón lo constituyeron las enfermedades del sistema circulatorio, y la tercera causa de muerte las enfermedades del sistema respiratorio; existiendo discrepancia en cuanto a las causas de mortalidad de los médicos obtenidas en el presente trabajo, donde la principal causa de muerte fue la infección por SARS-COV-2.

Al contrastar el status ocupacional de los médicos fallecidos, en esta investigación hubo un predominio de médicos fallecidos con un status activo, seguido de los jubilados, contrario a los hallazgos señalados por Kiang (11), quien destacó el predominio de las muertes en los médicos jubilados.

Finalmente, al confrontar los resultados destacados por Kiang (11), en relación a las características de las especialidades con respecto a los médicos activos, destaca la mayor frecuencia o predominio de aquellos médicos fallecidos que ejercían



especialidades caracterizadas por brindar atención directa al paciente coincidiendo con el presente estudio.

CONCLUSIONES

Sobre la base de los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye que hubo diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de médicos del sexo masculino y los del sexo femenino.

En relación al estado civil, hubo diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de médicos casados y el resto de los estados civiles hallados.

Con respecto al tiempo de graduado, poco más de $\frac{1}{4}$ de la muestra estudiada tenía entre dos y tres décadas de graduado.

La mayor proporción de médicos fallecidos ocurrió en el año 2021. Las $\frac{4}{5}$ partes de los galenos eran egresados de universidades autónomas de la región central de Venezuela.

Hubo un predominio estadísticamente significativo de médicos con estudios de cuarto nivel; y casi la mitad de los médicos habían ejercido durante su experiencia especialidades de tipo médica.

El predominio de SARS-COV-2 como causa de muerte resultó estadísticamente significativo en el personal médico estudiado. En cuanto al estatus ocupacional del médico al momento del deceso, poco más de la mitad se encontraba en el ejercicio de sus funciones profesionales; $\frac{1}{3}$ de los mismos se encontraba jubilado; y a pesar de encontrarse jubilado casi una décima parte de ellos mantenía el ejercicio privado de la profesión.

La especialidad quirúrgica con mayor número de muertes en médicos resultó Ginecología/Obstetricia; en tanto que para las especialidades médicas las que presentaron mayor y al mismo tiempo igual cantidad de casos fueron Anestesiología y Medicina Interna.



Un tercio de los profesionales estudiados llevaban a cabo un ejercicio profesional público y privado al momento de su deceso.

No se encontró asociación entre el sexo y el tipo de especialidad ejercida por el médico. No hubo asociación entre el sexo y causa de muerte del personal médico.

Finalmente, del total del resto de todas las causas de muerte, poco más de una décima parte fue de tipo desconocido y ocurrieron en hombres.

Existen serias deficiencias en el registro y manejo de las estadísticas en cuanto a las muertes y causas de ellas acerca de personal médico adscrito al ente gremial correspondiente a la jurisdicción del Estado en estudio, lo que incluiría muertes de médicos no identificados, aunado a los cambios en la fuerza laboral que pudieron existir durante los años en que se llevó a cabo el estudio, directamente estos relacionados con la pandemia; como es el caso de la jubilación anticipada entre los médicos mayores, lo que pudo dar lugar a una subestimación de la mortalidad.

RECOMENDACIONES

1. Garantizar la recolección precisa de datos, los cuales sirvan de base para generar conocimientos sobre los procesos de morbimortalidad de los médicos que resulten relevantes para la toma de decisiones.
2. Conformar y asegurar el funcionamiento de un servicio de seguridad y salud en el trabajo en las instituciones públicas y privadas de salud, para el máximo bienestar biopsicosocial de los profesionales de la salud.
3. Cuidar el bienestar de este valioso grupo de profesionales, en cuanto a su autocuidado y estilos de vida saludables.
4. Favorecer y garantizar condiciones de trabajo adecuadas, mediante la dotación



completa y adecuada del personal en relación con el suministro de equipos e instrumentos de protección personal, vacunación, protocolos de prevención de infecciones, entre otros; favoreciendo con ello el desempeño de las funciones del personal de salud de manera óptima.

5. Priorizar la mitigación del riesgo en este grupo de profesionales, ya que este a su vez, permite mitigar el exceso de muertes en la población general.

6. Diseñar actividades de tipo motivacional e innovadoras basadas en el salario emocional que permitan reconocer la labor diaria de los médicos, con el fin mejorar su autorrealización y satisfacción, para potenciar su calidad de vida redundando con ello en la calidad de atención al paciente.

7. Diseñar e implementar para estos profesionales garantías de seguridad social y económica acordes a la alta responsabilidad de su ejercicio profesional y a la digna labor que desempeñan, basado en los estándares de salarios internacionales.

8. Fomentar el desarrollo de un programa de recreación y utilización del tiempo libre para contrarrestar el estrés cotidiano y laboral favoreciendo el cumplimiento eficiente y eficaz de la prestación del servicio.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. [página principal en internet]. Personal Sanitario. Suiza: OMS; c2006 [consultado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/health-workforce#tab=tab_1
2. Mingote A, Moreno J, Gálvez H. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. Medicina Clínica [revista en internet] 2004 [consultado 20 de noviembre de 2022]; 7(123). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/246615840_Desgaste_profesional_y_salud_de_los_profesionales_me
3. D'Elia J. Situación de la salud pública en Venezuela. El país político [revista en internet] 2014 [consultado 20 de noviembre de 2022]; 769. Disponible en: http://64.227.108.231/PDF/SIC2014769_388-391.pdf
4. Galíndez L, Rodríguez Y. Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud.



- Salud delosTrabajadores[Internet].2007Dic[citado2022Nov20];15(2):67-69. Disponible en:http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382007000200001&lng=es.
5. La Salud de los Médicos Puntos de Vista.Intramed.net,14deenero2014. Disponible en: <https://www.intramed.net/82451/La-salud-de-los-medicos>
 6. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Colegio Oficial de Médicos Toledo. Disponible: <https://www.comtoledo.org/primer-estudio-de-mortalidad-de-la-profesion-medica/>
 7. Alvarado-SocarrasJ,Manrique-HernándezE.Suicidiodemédicos.Unarealidad ignorada. Rev. Univ. Ind .Santander .Salud [Internet].2019Sep[cited2023Sep 23]; 51(3):194-196. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000300194&lng=en.<https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019001>
 8. Finol A, Domínguez J, Rivero J, Ortega G, & Pomares M. E. Estudio de la mortalidad en trabajadores del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Período del año 2000 al 2015. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2017; 26(2): 121-126.
 9. Camacho B, Hernández-Lemus E, Martínez M. Morbimortalidad en mujeres y hombres trabajadores de la salud infectados con COVID-19 en la Ciudad de México: un estudio transversal descriptivo. 2021, Revista CONAMED 2021; 26(3): 116-125 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2021/con213c.pdf>
 10. Leal Terranova OE, Gómez Herrera OL, Valderrama Aguirre A, Granada LF. Tendencias en la mortalidad de médicos generales y especialistas en Cali, Colombia. Rev. Colomb Salud Ocup [Internet]. 1 de marzo de 2013 [citado 23 de septiembre de 2023]; 3(1). Disponible en: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/4852
 11. KiangM:CarlasareE.Excess mortality among US physicians during the COVID-19 pandemic. JAMA Intern Med 2023 Feb 6; 185:374-376. [e-pub]. (<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.6308>).



ACTO MÉDICO Y PROCESO ASISTENCIAL

MEDICAL ACT AND HEALTHCARE PROCESS
ATOS MÉDICOS E PROCESSO DE ASSISTÊNCIA

Álvaro Sanz¹, María Luisa del Valle², Paula Santos¹

RESUMEN

En la atención a los pacientes es posible distinguir entre el acto médico y el proceso asistencial. El acto médico expresa la actividad propia del profesional médico-guía por la *lex artis*. El concepto de proceso asistencial abarca las actividades y los procedimientos, de ordinario predefinidos, ordenados y estructurados, que los profesionales de la salud llevan a cabo para atender a un paciente. La Medicina del acto estaría centrada en la actividad de un profesional capacitado que lleva a cabo o interpreta una técnica o realiza una valoración clínica específica limitada en el tiempo. La Medicina del proceso, sin embargo, se articularía y se proyectaría en el tiempo de modo que integrara actos médicos, casi siempre sucesivos, que dependen y se condicionan entre sí. En un escenario así se puede correr el riesgo de que se pueda entender que hay clases dentro de la Medicina: los profesionales especializados en actos médicos, de perfil más técnico formarían un estamento superior, menos cercano al paciente, mientras que los profesionales comprometidos con la atención continuada y el seguimiento serían los encargados de la gestión del paciente, la información y, en general, de las labores que pueden parecer de menor categoría o menos relevantes y que tienden a generar un mayor desgaste personal. Para evitar esta polarización es preciso fortalecer la coordinación entre especialistas y niveles asistenciales y dignificar de nuevo el compromiso en el proceso asistencial del paciente, que hilvana el trabajo de los demás profesionales y que mantiene una relación humana de cercanía con el paciente.

Palabras claves: Acto médico, proceso asistencial, bioética.

¹ Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España

² Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales. Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, Calle Dulzaina 1 47012 Valladolid, España. Profesor Asociado de la Universidad de Valladolid, Comisión de Bioética de Castilla y León. Teléfono: (34)983420400 E-mail: asrubiales@hotmail.com



ABSTRACT

In patient care, it is possible to distinguish between medical act and healthcare process. The medical act expresses the activity of the medical professional, guided by good practice. The concept of the healthcare process encompasses the activities and procedures, usually predefined, ordered, and structured, that healthcare professionals carry out to care for a patient. Act-based medicine would focus on the activity of a trained professional who performs or interprets a technique or makes a specific clinical assessment, limited in time and with a more technical profile. Process-based medicine, however, would be structured and projected over time to integrate medical acts, almost always successive, that depend on and condition each other. In such a scenario, there is a risk of the emergence of classes within medicine: professionals specialized in medical procedures, with a more technical profile, would form a higher echelon, less close to the patient, while professionals committed to ongoing care and follow-up would be responsible for patient management, information, and, in general, tasks that may seem auxiliary or secondary, which can entail greater personal strain. To avoid this polarization, it is necessary to strengthen coordination between specialists and levels of care and to promote dignity to the medical component of the patient care process, which connects the work of the other professionals and maintains a close, human relationship with the patient.

Keywords: Medical act, healthcare process, bioethics.

INTRODUCCIÓN

Estamos acostumbrados a hablar por una parte de actos médicos y por otra de procesos asistenciales sin que estos dos conceptos se encuadren en un mismo escenario. Los actos médicos serían las situaciones específicas de atención a los pacientes mientras que los procesos asistenciales se identificarían con las *hojas de ruta* que marcan la logística y la gestión que subyacen a esta atención. La práctica de la Medicina se desglosa en actos protagonizados por diversos profesionales de modo que estos actos se puedan hilvanar -en la mayor parte de los casos- dentro de procesos asistenciales. En cierto modo esta reciprocidad entre acto y proceso se puede entender como un reflejo de la doble tendencia de la Medicina que lleva por una parte



a atomizar y especializar la actividad y, por otra, a integrarla de nuevo. La necesidad de especialización e incluso de superespecialización es una respuesta a una necesidad. Sin embargo, una visión atomizada hace que se pierda la perspectiva global de las enfermedades y que “el todo es más que la mera suma de las partes”. Desde esta perspectiva, acto médico y proceso asistencial no serían dos fenómenos diferenciados e independientes, sino que guardarían una relación intrínseca: el proceso necesita los actos sucesivos que lo integran y los actos aislados ganan sentido cuando se integran en procesos.

ACTO MÉDICO Y PROCESO ASISTENCIAL

De acuerdo con el Código de Deontología en vigor en España, por *acto médico* se entiende “toda actividad lícita y guiada por la *lex artis ad hoc* desarrollada por un profesional médico legítimamente capacitado, ya sea en su ámbito asistencial, docente, investigador, pericial, de actividad evaluadora, inspectora, de planificación, gestión sanitaria u otros. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como de la preservación, promoción y prevención de la salud, por medios directos e indirectos”¹. El concepto incluye las actividades que se adaptan a un criterio de buena práctica o que, al menos, no se apartan intencionalmente de ella, sin que sea necesario precisar su duración ni su complejidad. Tampoco hace referencia a la capacitación necesaria ni a la necesidad o conveniencia de consentimiento o aprobación por parte del paciente, si es que el acto le repercute directamente, ni a la posible responsabilidad, también legal, que se asume. Conforme a esta definición, los actos médicos se podrían dividir en dos grandes subgrupos. Por una parte, estarían los actos asistenciales (que son los que solemos entender como “actos médicos”), que tienen como objetivo directo el enfermo y su bien y que pueden llevarse a cabo tanto de manera presencial como virtual, es decir, bien vía telemática o bien sobre ese “avatar” del enfermo que son sus datos de la historia clínica). Y por otra parte se encontrarían los actos no asistenciales, que abarcarían los demás perfiles de la actividad del médico: docente, investigador, pericial, evaluador, de inspección, gestor, de planificación... En todo caso, a pesar de las



limitaciones, esta definición, puede ser útil para expresar lo que es un acto médico y para poder diferenciarlo del proceso asistencial.

Por proceso asistencial se puede entender el conjunto de actividades y de procedimientos, de ordinario predefinidos, programados, ordenados y estructurados, que los profesionales de la salud llevan a cabo para proporcionar atención médica a un paciente desde su entrada en el sistema hasta la posible resolución o control de su problema. Dentro de los procesos asistenciales puede haber procesos puramente administrativos (compuestos por una sucesión de actos de gestión), procesos clínicos (de actos médicos) y procesos mixtos (con componente clínico y de gestión). Este proceso prospectivo -algo diferente de lo que se entiende como “protocolo” asistencial- no se debería reducir a una mera sucesión de actos médicos ya que es preciso que haya un hilo conductor, un orden lógico y un objetivo último común a todos ellos. Se podría decir que el acto médico que se integra dentro de un proceso asistencial “no se cierra”: la propia continuidad secuencial con otros actos hace que quede abierto y que se continúe con otros actos. Con una intención meramente didáctica se podría indicar que, mientras que es fácil de entender que las situaciones agudas se afrontan mediante actos médicos en un tiempo concreto, los procesos crónicos requieren un proceso asistencial que se proyecte en el tiempo.

Para que se pueda definir un proceso asistencial no es imprescindible que incluya todos los pasos que integran la atención a una enfermedad desde el diagnóstico (con la estimación pronóstica), al tratamiento y luego el seguimiento. Cada uno de estos apartados es susceptible de integrar él mismo un proceso asistencial específico: puede haber procesos asistenciales diagnósticos, procesos asistenciales terapéuticos (como puede ser todo lo que supone una intervención quirúrgica desde su programación a la atención del postoperatorio) o procesos asistenciales centrados en el seguimiento del paciente. Un proceso asistencial combina actos médicos diferenciados, en cada uno de los cuales se emplean unos medios concretos y se plantea un objetivo determinado. Se pueden entender como procesos asistenciales los ingresos hospitalarios, la sistemática para confirmar o descartar un diagnóstico, una intervención quirúrgica (desde la



planificación al alta) o el seguimiento de una patología crónica en consultas de una especialidad o de la atención primaria. De modo que son innumerables las posibilidades y los tipos de proceso asistencial. De hecho, hay procesos asistenciales propios de enfermos, incluso uno para cada tipo de enfermedad y para cada estadio o complicación, y también procesos asistenciales específicos del sano.

Se puede dar la impresión de que los gestores se han apropiado del concepto de proceso asistencial y que solo se emplea para coordinar niveles asistenciales, es decir, la atención primaria y la especializada hospitalaria². De hecho, es frecuente que cuando aparece este término, “proceso asistencial”, a veces con el apellido de integral (*proceso asistencial integral*; PAI)³, se emplee para hacer referencia a la logística y a la parte técnica de la organización de la asistencia y que se represente como un algoritmo con casillas, flechas, nombres y siglas. Aunque la parte que concreta la gestión propia del proceso (citaciones, fechas, profesionales, técnicas y resultados, entre otros), pueda ser muy importante, reducir el proceso asistencial a su parte organizativa llevaría a minimizar el perfil clínico y a dar una imagen sesgada del proceso asistencial.

LA MEDICINA EL ACTO Y LA MEDICINA DEL PROCESO

Igual que se distinguen el acto médico y el proceso asistencial, sería posible distinguir dos perfiles diferentes de la Medicina, uno basado el acto médico y otro en el proceso asistencial. La Medicina del acto médico se podría presentar como una Medicina de perfil más técnico y de compromiso *a corto plazo* en que se actúa y “se concluye”. Un profesional capacitado realiza o interpreta una técnica (endoscópica, quirúrgica), un estudio de imagen, una valoración clínica específica... y tras ello el acto se cierra y, con él, el compromiso asistencial. El acto médico se centra en el “ahora” del paciente. Aunque este acto médico no excluye la relación directa y personal entre médico y paciente, la posibilidad de este trato personal suele estar mediatizada y limitada por las características del contacto humano, el tiempo que se deba emplear y de la técnica que se pueda llevar a cabo (una imagen radiológica, un campo quirúrgico, una sonda, una pantalla...).



Los medios diagnósticos y terapéuticos que requieren la intervención -limitada en el tiempo y a veces también en el espacio- de otros especialistas con una capacitación específica como los estudios de imagen, los distintos tipos de endoscopias (digestiva, respiratoria, urológica...), las técnicas de control y de registro complejas (electroencefalograma, monitorización de constantes en el quirófano o en cuidados intensivos...) suelen ser actos médicos integrados en un proceso asistencial. Como efecto de la tecnificación de la Medicina, es de esperar que siga creciendo el número de los actos médicos que se pueden integrar en un proceso. Los especialistas que llevan a cabo estos actos, que necesariamente asumen una responsabilidad en la atención del enfermo, no están implicados directamente en la gestión y en los resultados últimos de este proceso en sí, aunque es evidente que su actuación influye de una manera muy relevante en estos resultados.

A diferencia de la Medicina del acto médico, la Medicina del proceso asistencial -que integra actos médicos, casi siempre sucesivos, que dependen y se condicionan entre sí- se articula y se proyecta en el tiempo; en cada paciente hay un “pasado” y un “futuro” que están incluidos en ese proceso. En este proceso se pueden coordinar niveles de atención sanitaria diferentes para definir rutas asistenciales, profesionales de enlace o protocolos compartidos. Para conseguir que esta integración resulte natural y eficiente el elemento esencial es la comunicación⁴ y, si fuera posible un ambiente de confianza entre los profesionales implicados. Sin esta comunicación no puede haber realmente proceso asistencial ya que se limitaría a una mera sucesión de actos médicos.

Mientras algunos profesionales limitan su actividad al acto médico, la de otros abarca procesos que se proyectan en el tiempo. Aunque puede haber procesos asistenciales en los que solo intervenga un profesional, el que interactúa con el paciente, lo normal es que en la sucesión de actos médicos participe una diversidad de profesionales. Esto hace que en el proceso asistencial se entienda la necesidad y adquiera una relevancia mayor el concepto y la figura del “médico de referencia”. La sucesión de actos requiere de un profesional que coordine, que tenga conciencia del *mapa* y de la *hoja de ruta* de este proceso y que también facilite –en la continuidad de la atención- una información global



al paciente y a los familiares y/o cuidadores a lo largo de los diferentes pasos del proceso asistencial.

Cualquier acto médico repetido corre el riesgo de convertirse en rutina. Y es en esta rutina donde es más fácil que la asistencia se despersonalice. El proceso asistencial no es inmune a este riesgo ya que puede entrar en una dinámica de apatía que lleve a que la sistemática y la gestión se sitúen por encima del bien del paciente o a que la atención compartida entre varios profesionales diluya la responsabilidad y el compromiso⁵. Y, junto con el riesgo de la rutina, se encuentra el posible desgaste debido a la responsabilidad continuada que supone coordinar un proceso que integra, por una parte, el trato y la relación con otros profesionales (con grados diferentes de compromiso) y con gestores y, por otra, la necesidad de estar de continuo “en primera línea” de la relación humana con el paciente y su entorno, con lo que supone de dar información, de malas noticias y de tener que afrontar expectativas que, en más de una ocasión, puede no estar en su mano cumplir.

¿EL ACTO DESVINCULADO DEL PROCESO?

Aunque resulte paradójico, no todo acto se integra realmente en un proceso. La mera secuencialidad temporal no justifica esta integración: puede haber actos realizados en un mismo paciente que están referidos a procesos diferentes e incluso contrapuestos. En esta línea de distinción entre proceso y acto puede ser útil el ejemplo de la atención al enfermo terminal.

En España la eutanasia se presenta como un acto con el que culmina un proceso administrativo y legal complejo y limitado en el tiempo que se caracteriza por el garantismo procesal. La atención de cuidados paliativos, por contraste, es un proceso de atención y de acompañamiento que se proyecta en el tiempo⁶. Como acto, la eutanasia no se encuentra integrada en el proceso asistencial de cuidados paliativos. Desde la perspectiva del proceso médico y asistencial propio de los cuidados paliativos la eutanasia es un acto que se puede entender como algo marginal y, sobre todo,



diferente en sus fines y en sus medios. No solo no forma parte de este proceso, sino que se podría decir que lo corta de manera abrupta para introducir unos medios y unos fines diferentes. En esta línea, aunque pueda darse en ocasiones una coincidencia en el tiempo dentro de la evolución clínica del paciente, los cuidados paliativos -como manera de entender la asistencia al enfermo avanzado y como proceso- y la eutanasia -como actitud ante el final de la vida y como acto- “no hacen buen maridaje”⁷ y tampoco se puede decir que se integren en un mismo proceso asistencial.

BUENA PRÁCTICA EN EL PROCESO ASISTENCIAL

El proceso asistencial es un medio, es decir, un instrumento, no un fin. Este proceso asistencial es un camino práctico y accesible para afrontar una situación clínica, administrativa o mixta diseñado para ayudar a alcanzar el objetivo, que es el bien del paciente. Pero en Medicina corremos el riesgo de convertir los medios en fines y los procesos y protocolos en sistemas rígidos, a veces casi “mágicos”, por la manera en que aparentan garantizar resultados, y que es imprescindible cumplir para poder decir que las cosas se hacen bien. Por este motivo, es bueno recordar que la finalidad del proceso no es el mero cumplimiento estricto de una hoja de ruta conforme a una práctica estandarizada. El paciente, por tanto, no puede quedar prisionero del proceso⁸ y, por tanto, no se debería coartar la libertad del médico (de acuerdo con el paciente) y/o del propio paciente para poder consultar con otros especialistas o para buscar otras vías al margen del diseño original del proceso.

El proceso asistencial, en parte por la posible influencia del componente administrativo, burocrático o de gestión, se puede entender como algo más despersonalizado que el acto médico y, a la vez, como algo que corresponde más al “sistema” que a un profesional en concreto. En todo caso, es posible hablar de una buena práctica del profesional no solo del acto médico sino también del proceso asistencial, una buena práctica que afecta tanto al cumplimiento formal como a cuestiones de compromiso y de relación. Esta buena práctica no solo supone “cumplir” sino que exige una implicación y una buena coordinación de la gestión como de la



asistencia que tenga como referencia siempre antes el bien del paciente que el sistema a los diferentes profesionales que participan.

La falta de actitud de compromiso –con el paciente y con los colegas- puede tener consecuencias. Una de ellas es la propia atención al paciente, que puede ser deficitaria ya que la continuidad de la atención bien gestionada beneficia a los enfermos. La otra son los demás compañeros que integran su actividad en el mismo proceso. No solo el acto médico concreto sino todo el proceso asistencial presupone el compromiso del profesional. En el acto médico el compromiso suele ser inmediato y limitado al propio acto, *in actu*. En el proceso asistencial el compromiso se extiende en el tiempo. La falta de compromiso durante el proceso se puede manifestar como dejadez e indiferencia hacia los demás compañeros que pueden verse con muchas dificultades para llevar a cabo su labor o, incluso, en ocasiones tienen que sufrir las carencias de los que han participado en fases previas del proceso⁹.

Mientras que el acto médico suele ser reactivo a la situación del paciente, del proceso asistencial y de la actitud del médico que asume el seguimiento de este proceso se espera una actitud proactiva, es decir, que tome el control de una manera voluntaria y eficaz y que decida qué y cómo hacer en cada momento, anticipándose a los acontecimientos. Esto lleva a que actúe no solo como respuesta a un cambio en la situación del paciente sino incluso antes de que aparezcan estos cambios, previéndolos, lo que exige que la mirada y el plan estén centrados no solo en el momento presente sino también en el futuro.

En la coordinación entre acto y proceso se encuentra el problema de la obtención del consentimiento informado en procesos compartidos o interdisciplinarios. En estos casos, el profesional que gestiona el proceso solicita algún tipo de técnica o procedimiento que debería realizar otro especialista¹⁰. En una situación así, el médico que lleva a cabo la técnica es además el que conoce mejor en qué consiste y es el que tiene experiencia en la detección y el manejo de posibles consecuencias y complicaciones. Por este motivo, es el que debería informar sobre en qué consiste y cómo se lleva a cabo el procedimiento y sobre sus perfiles específicos. Y, por ello, es a él a quien le corresponde obtener el



oportuno consentimiento informado específico referido a la técnica y sus riesgos. Pero el médico responsable del proceso, que ha tomado la iniciativa de solicitar esta técnica, tiene también la obligación de aportar una información centrada sobre todo en el motivo de la indicación en el paciente en concreto y en los objetivos que se pretenden obtener. Esta información debería incluir también una descripción somera de la técnica que permita que el paciente pueda hacerse una idea preliminar de qué es lo que se pretende y por qué. Con estos datos se podría obtener un *consentimiento previo*, entendido como una aceptación básica o, al menos, una ausencia de rechazo a la técnica por parte del paciente. Este “preconsentimiento” podría necesitar un documento de consentimiento informado (integrado o no en el de la técnica específica) o bien de una reseña en la historia clínica que incluyera la información aportada y la aceptación o el asentimiento por parte del paciente.

MEDICINA TÉCNICA Y MEDICINA HUMANA

En la Medicina del proceso, al médico que le corresponde la gestión y la información de la situación “de fondo” debe afrontar las expectativas globales e incluso las decepciones sobre una parte de los actos médicos que lo integran. Y le corresponde asimismo el manejo de las expectativas del paciente y el seguimiento que supone no solo actuar en función de lo que va sucediendo en la historia natural de la enfermedad sino ser capaz de “adelantarse” a las incidencias. Su rol no es solo el de informar sino el de “dar la cara” que va más allá del responder de los propios actos y afrontar sus consecuencias y que supone *adoptar una actitud comprometida y valiente, mientras otros se inhiben*. Es de este perfil de médico del que es más probable esperar una actitud más empática y paternalista o, al menos, una apariencia paternalista, porque a él le corresponde afrontar el sufrimiento y la ansiedad del paciente y la familia a lo largo del tiempo. A este médico le puede tocar asumir la gestión del orden y, en cierto modo, también de los plazos de este proceso. Y, con ello, también afrontar los conflictos derivados de posibles demoras y de la falta de cumplimiento de expectativas. Por este motivo, dentro de su perfil se encuentran el esfuerzo de gestión,



el compromiso y la responsabilidad proyectados en el tiempo, el desgaste y el cansancio físico y emocional derivado del trato humano, a veces en situaciones de mayor angustia, y la necesidad de saber mantener una relación asistencial.

A pesar del esfuerzo y del desgaste que supone su situación, raramente existe para él una alternativa que le permita desentender, inhibirse o sencillamente “delegar” a mitad de proceso. Sin embargo, el criterio de asignación de este papel de “médico de referencia” en la Medicina del proceso no es siempre fácil de describir ni se basa necesariamente en un perfil específico o en criterios de justicia. En ocasiones le puede corresponder desarrollar esta función a un profesional porque sencillamente “no hay otro” que esté dispuesto a asumir esta responsabilidad, no solo la de integrar los actos sucesivos del proceso sino la de confrontar con el paciente y con los familiares y/o cuidadores.

Por contraste, al médico del acto se caracteriza más por el perfil de consultor y por la dificultad y la calidad técnica. Si actúa como mero consultor, su labor es la de sugerencias concretas -a veces prolongadas en el tiempo- pero limitadas a un problema y sin el compromiso de afrontar en directo la atención global. Tanto si se trata de un consultor como si se lleva a cabo una técnica (que en ocasiones se puede realizar casi de manera virtual sin un contacto directo con el paciente), el compromiso del acto médico es algo limitado en el tiempo sin olvidar que al profesional de este perfil se suele valorar más por su capacidad específica, a veces sencillamente por su habilidad, que por su compromiso o por el trato humano.

La diferencia entre la Medicina del acto y la Medicina del proceso puede ser el origen de una división estamental dentro de la Medicina. Actuar como médico de proceso supone un desgaste físico y emocional derivado de asumir en primera persona toda la gestión, de tener que coordinar el trabajo de otros colegas y de ser el punto de unión a lo largo del tiempo con el paciente y con su entorno, por lo que no es de extrañar que con el tiempo se pueda sufrir no solo desgaste sino incluso un riesgo evidente de *burnout*. Por otra parte, no suele ser mucho el reconocimiento a esta labor ni al esfuerzo y al agotamiento que puede suponer. Más aún cuando se puede tener la impresión de que



el proceso asistencial no parece exigir una capacitación demasiado específica, de modo que podría asumirlo “cualquiera”¹¹. Además, se tiende a ver como algo meramente auxiliar o secundario, subalterno y al servicio de otros especialistas más técnicos y cualificados. Por contraste, el acto médico suele ser más limitado (en espacio y en tiempo), más técnico y menos comprometido. Y también, con mucha frecuencia, resulta más valorado, con una cierta sensación de que el tiempo dedicado a los actos médicos es un tiempo de más calidad y mejor aprovechado. El acto médico sería lo que en ocasiones se ha definido como más “fotoeficiente”¹², es decir, más luminoso y brillante y, a la vez, más fotogénico y con ello más susceptible de ser dado a conocer a la opinión pública.

Esta cuestión de separación y de contraste estamental no es nueva. De ello ya se ha hablado en la relación entre la Atención Primaria y la especializada o la hospitalaria¹³. La misma percepción de función auxiliar, de segunda categoría y condicionada al criterio de los más brillantes que se da entre primaria y especializada es la que se da también entre la Medicina del proceso y la Medicina del acto. Y se puede ver cierto paralelismo con el hecho de que las especialidades médicas que se asocian a mejores puntuaciones en el MIR suelen ser de las que tienen una vía de salida hacia el acto médico (de perfil técnico) mientras que las que tienen menos tirón son las que se asocian a la gestión del proceso asistencial y al seguimiento del paciente en consulta. Da la impresión de que hasta los futuros profesionales tienden desde el primer momento a evitar el tener que afrontar en primera persona el proceso asistencial, aunque estén dispuestos a colaborar de manera incidental mediante actos médicos concretos, en general de perfil técnico¹⁴.

Aunque hasta sugerirlo resulte “políticamente incorrecto”, es posible que se esté generando un proceso cíclico de mantenimiento de las diferencias entre las dos Medicinas. Mientras que los mejores números del MIR optan a las especialidades más brillantes y “fotogénicas” y más vinculadas a técnicas avanzadas y actos médicos, las que están más comprometidas con el proceso asistencial y el seguimiento del paciente son las que acaban siendo pedidas por los que han obtenido un número menos



brillante. Como si la selección en el MIR se comportara como un sistema de selección natural que colocará “en su sitio” dentro de una Medicina de clases tanto al médico con un perfil más técnico y con más habilidad (más valorado) como al médico sin esas buenas condiciones, que se vería limitado a afrontar un perfil “secundario” de asistencia, pero más humana y más empática.

MEJORAR LA INTEGRACIÓN DEL ACTO MÉDICO EN EL PROCESO ASISTENCIAL

La diferenciación de los perfiles de la Medicina es algo que incluso los pacientes aceptan y que pueden llegar a valorar como positivo. De hecho, el enfermo no suele tener conciencia de la diferencia entre acto médico y proceso asistencial. Entiende que “su” médico es quien supervisa y gestiona lo que le va pasando, es decir, su proceso asistencial y, por tanto, es de quien recibe la información sobre de este proceso. Y entiende también que haya otros profesionales capacitados y con un perfil más técnico (el paradigma serían los radiólogos que informan estudios de imagen) –aparentemente ajenos al proceso- que actúan a demanda en momentos puntuales para ayudar a su “médico de referencia” pero sin necesidad implicarse en una atención directa y continuada. La expectativa que tiene en el médico del proceso, es decir, en “su” médico es de compromiso, de seguimiento y de interés mientras que de “los otros”, de los que intervienen en diferentes actos médicos, lo que espera es capacidad técnica: no le importa no tener una relación directa y fluida, lo que le interesa es que sean capaces en lo suyo y que resuelvan y que así le ayuden a él, al paciente, y ayuden también a “su” médico. En un escenario así, no es de extrañar que el paciente presuma que existe una coordinación y un flujo de información compartida entre todos los que participan, aunque se encuentren en centros asistenciales diferentes.

Sería bueno que estas expectativas del paciente se cumplieran en la realidad. Para ello sería precisa una mayor integración del acto médico en el proceso asistencial y, a la vez, que el proceso se entienda como enriquecido por actos médicos, pero que el valor y el impacto de este proceso no es menor que el de cada uno de ellos. En relación con el acto médico, cada especialista responsable de estos actos y comprometido con ellos debería entender que su papel, muchas veces imprescindible y no intercambiable, se



integra y gana sentido dentro del proceso. Y a ello le ayudaría tener conciencia de que entender al enfermo únicamente en el hoy y ahora, desconectado de su historia, sería como cosificarlo ya que el paciente tiene una historia anterior a su acto y una expectativa que va más allá del acto.

Por otra parte, es necesario volver a *dignificar* el proceso asistencial del paciente y, en concreto, el papel del médico que está comprometido con este proceso. Es preciso que los que participan pongan en valor la labor del profesional que hilvana el trabajo de tantos y que mantiene la relación humana de cercanía con el paciente, la que le corresponde y también la que se ve obligado a asumir en representación de tantos otros profesionales. Hay que evitar que haya profesionales que no solo deleguen en él algunas funciones que les serían propias, sino que vean como algo lógico desentenderse y derivar en esos los médicos comprometidos en el proceso asistencial - con un estatus aparentemente inferior- las funciones más penosas, las que suponen un mayor desgaste personal y las que les pueden suponer una mayor dedicación de tiempo en la atención continuada del paciente. En esta línea, sería conveniente que, al menos, para algunas patologías se lleguen a pactar rutas asistenciales en las que se defina el papel y el compromiso de cada nivel en la atención a las mismas.

Deberíamos volver a ver el acto médico como un acto integrado. Para lograr una mejor atención del paciente no es suficiente con mejorar la parte técnica, también habría que ahondar en una mejor integración del acto en el proceso. Hay que superar la situación de atención clínica limitada a un campo estrecho en el espacio y en el tiempo -con una responsabilidad y un compromiso también limitado- para mirar más allá, hacia una comunicación y un compromiso más amplios y coordinados entre especialidades y especialistas y entre niveles asistenciales. Pero para ello, para alcanzar la coordinación, el compromiso y la integración es preciso superar la idea subyacente de dominio, de supeditación o de imposición de una Medicina sobre otra.



CONCLUSIÓN

La Medicina del acto está protagonizada por un profesional capacitado que realiza o interpreta una técnica o que lleva a cabo una valoración clínica específica limitada en el tiempo. La Medicina del proceso, sin embargo, se articula y se proyecta en el tiempo de modo que integra actos médicos, casi siempre sucesivos, que dependen y se condicionan entre sí. Se corre el riesgo de que estas “dos Medicinas” se puedan entender a efectos prácticos como dos *clases* diferenciadas dentro de la Medicina: un estamento superior, de perfil más técnico y con tendencia a desvincularse del paciente, formado por los profesionales de mayor valía especializados en actos médicos y una clase inferior integrada por los profesionales comprometidos con la atención continuada y el seguimiento, a los que parece que les correspondería una función auxiliar y supeditada a su compañeros y que asumirían la gestión del paciente, la información y, en general, las labores de perfil más humano que pueden suponer un mayor desgaste personal. Para evitar esta diferencia llegue a cristalizar en un clasismo real dentro de la Medicina lo primero es tomar conciencia del problema y, a partir de ahí, promover que todos los profesionales asuman un compromiso real y directo con el paciente con una perspectiva que supere la limitación en el tiempo del acto médico y que ayude a manifestar la dignidad de la labor médico comprometido con el proceso asistencial.



REFERENCIAS

- ¹ Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. 2022. Artículo 6.1. https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo_deontologia/ (accedido el 22-03-2025).
- ² Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit.* 2020; 34(4): 340-9.
- ³ Gomis R, Mata Cases M, Mauricio Puente D, Artola Menéndez S, Ena Muñoz J, Mediavilla Bravo JJ, et al. Aspectos metodológicos de los procesos asistenciales integrados (PAI). *Rev Cal Asist.* 2017; 32(4): 234-9.
- ⁴ Corral Gudino L, Rodríguez Arroyo, LA, Zorita-Viota Sánchez LM. Priorización de herramientas para la integración entre atención primaria y hospitalaria: encuesta sobre expectativas y creencias de los profesionales. *Semergen.* 2018; 44(8): 530-6.
- ⁵ Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML. Responsabilidad y buena práctica en las situaciones asistenciales de decisión clínica compartida. *Rev Bioet Latinoam.* 2022; 27: 29-5.
- ⁶ López García M. La valoración de la complejidad en cuidados paliativos: proceso asistencial y valoración. *Therapeía.* 2020; 13: 49-61.
- ⁷ Sanz A, del Valle ML, Hernansanz S, Gutiérrez C, García Recio C, Flores LA. Eutanasia y cuidados paliativos no hacen buen maridaje. *Med Paliat.* 2007; 14: 146-7.
- ⁸ Herranz G. La autoridad ética de los protocolos clínicos. Universidad de Navarra. Unidad de Humanidades y Ética Médica. <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/la-autoridad-etica-de-los-protocolos-clinicos#gsc.tab=0> (accedido el 27-03-2025).
- ⁹ Condón Abanto AI. Ética de la coordinación entre niveles asistenciales: valor del compromiso profesional y la implicación en la organización sanitaria. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza; 2017. <https://zaguan.unizar.es/record/61843/files/TESIS-2017-071.pdf> (accedido el 25-03-2025).
- ¹⁰ Sanz A, Barón F, del Valle ML. Consentimiento informado en procesos compartidos. *Cuad Bioet.* 2022; 33(108): 149-56.
- ¹¹ Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 485-95.



-
- ¹² Barón F, Sanz A. Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor? Cuad Bioet. 2021; 32(106): 321-7.
- ¹³ Ferran Mercadé M, Iparragirre Oiartzabal I. Coordinación entre niveles asistenciales basada en la igualdad, la libertad y la fraternidad. AMF. 2021; 17(8): 464-8. 113.
- ¹⁴ Gamarra, M. MIR 2024: ¿Qué número de orden hubo que tener de media para entrar en cada especialidad? ConSalud.es.
https://www.consalud.es/formacion/mir/mir-2024-que-numero-orden-hubo-tener-media-entrar-en-cada-especialidad_143666_102.html (accedido el 10-05-2024).



DILEMAS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA MANIPULACIÓN DE COMPUESTOS ORGÁNICOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS DURANTE EL DESARROLLO DE LAS PRÁCTICAS DOCENTES EN UN LABORATORIO DE QUÍMICA ORGÁNICA.

ETHICAL DILEMMAS RELATED TO THE HANDLING OF POTENTIALLY HAZARDOUS ORGANIC COMPOUNDS DURING THE DEVELOPMENT OF TEACHING PRACTICES IN AN ORGANIC CHEMISTRY LABORATORY.

DILEMAS ÉTICOS RELACIONADOS COM A MANIPULAÇÃO DE COMPOSIÇÕES ORGÂNICAS POTENCIALMENTE PERIGOSAS DURANTE O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DOCENTES EM UM LABORATÓRIO DE QUÍMICA ORGÂNICA.

Carlos Alvarado Almarza¹

RESUMEN

La manipulación de compuestos orgánicos en un laboratorio de química puede traer como consecuencias algunos riesgos a la salud que muchas veces generan dilemas éticos que se deben abordar desde el punto de vista bioético para buscar una solución que garantice la salud, vida y bienestar de todas las personas involucradas. En este trabajo se abordó un accidente ocurrido en un laboratorio de docencia de una facultad de ingeniería tomando en cuenta la metodología propuesta por Schmidt (2008) en la cual se contempla un conflicto moral, desacuerdo moral, hechos relevantes, sistema de decisión, entre algunos pasos para resolver el dilema, hasta finalmente elaborar un juicio personal o dictamen. Se revisaron las leyes, reglamentos y códigos nacionales para inculcar el principio bioético de la responsabilidad y así concientizar a los jóvenes estudiantes que serán futuros profesionales a ser responsables de sí mismos en carreras universitarias que involucren estos riesgos tanto para ellos como para su entorno y ambiente.

Palabras clave: química, compuestos orgánicos, dilemas éticos, conflicto moral, bioética, dictamen.

¹ Ingeniero Químico de la Universidad de Carabobo. Magister Scientiarum en Biotecnología de la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Valencia, Venezuela. Doctor en Gestión para la Creación Intelectual – UNESR. Miembro fundador y Coordinador General de la Comisión Permanente de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Carabobo. Vicerrectorado Académico. Asesor de la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias, Universidad Central de Venezuela.

Contacto: E-mail: claalmarza@gmail.com



Abstract

The manipulation of organic compounds in a chemistry laboratory can result in some health risks that often generate ethical dilemmas that must be addressed from a bioethical point of view in order to find a solution that guarantees the health, life and welfare of all persons involved. In this work, an accident occurred in a teaching laboratory of an engineering faculty was approached taking into account the methodology proposed by Schmidt (2008) in which a moral conflict, moral disagreement, relevant facts, decision system, among some steps to solve the dilemma, until finally developing a personal judgment or opinion, are contemplated. The laws, regulations and national codes were reviewed to instill the bioethical principle of responsibility and thus raise awareness among young students who will be future professionals to be responsible for themselves in university careers that involve these risks for them as well as for their surroundings and environment.

Keywords: chemistry, organic compounds, ethical dilemmas, moral conflict, bioethics, opinion.

INTRODUCCIÓN

La química es una ciencia experimental. Todas las teorías establecidas y todas las leyes enunciadas tienen siempre un apoyo práctico. Asimismo, la química orgánica es la ciencia que se encarga del estudio de los compuestos del carbono, los cuales son muy numerosos por ser éste, un elemento abundante en la naturaleza. Su importancia radica en la gran variedad de moléculas formadas por la combinación del carbono con otros elementos (halógenos, nitrógeno y oxígeno), conocidas como compuestos orgánicos y que se encuentran íntimamente relacionados con procesos bioquímicos y procesos químicos industriales (Wade, 2009; Morrison Boyd & Bhattacharjee, 2010).

Por ello, el estudio de la química va siempre acompañado de una serie de experimentos de gran valor formativo. Es, por tanto, indispensable prestar la máxima atención a los trabajos en el laboratorio, preparando de antemano la correspondiente práctica y aplicando con el máximo rigor las instrucciones que se dan. Hay que



resaltar que en el laboratorio se manipulan continuamente sustancias peligrosas y que, por tanto, la seguridad de todos depende de la atención que se ponga al trabajo. En el pensum de Ingeniería Química de la Universidad de Carabobo, se cuenta con dos asignaturas: Química Orgánica I y Química Orgánica II.

Al cursar la unidad curricular el estudiante podrá reconocer los fundamentos de la química orgánica, abarcando desde el estudio de las propiedades físicas, fuentes, usos industriales, nomenclatura, hasta los métodos de obtención y reacciones de los compuestos orgánicos. Así, la Química Orgánica II, como unidad curricular dentro del plan de estudios del Programa de Ingeniería Química, está ubicada en el octavo semestre y la audiencia a quien va dirigida, está comprendida por todos los estudiantes regulares que hayan aprobado la unidad curricular Química Orgánica I. Esto con el fin, de que ellos cuenten con conocimientos básicos de química orgánica necesarios para la prosecución de los objetivos previstos.

Esta unidad curricular es de carácter teórico-práctico y consta de un componente teórico y un componente práctico de Laboratorio. El componente teórico tiene cuatro temas: Sustitución electrofílica aromática y nucleofílica, Química del Grupo Carbonilo, Adición electrofílica alifática y nociones de espectroscopía. Además, el componente práctico consta de seis prácticas: Preparación de hidrocarburos, Condensación aldólica, Preparación de colorantes azoicos, Síntesis de ésteres, Oxidación de compuestos orgánicos y Fabricación de jabones. El componente teórico dota al estudiante de conocimientos que puede utilizar en su desempeño posterior, por su parte el componente de laboratorio permite que el estudiante visualice y realice una serie de experimentos que le permitan verificar los conocimientos teóricos. La realización de las prácticas es obligatoria para poder aprobar la asignatura (DQ7Q05, 1994; DQ8Q07, 2004).

En el laboratorio (Alvarado *et al.*, 2013), el estudiante debe conocer las normas de seguridad, las cuales deben ser una consecuencia de: (1) El deseo del individuo de



protegerse a sí mismo y a sus compañeros, (2) observar y cumplir el conjunto de reglas establecido dentro del laboratorio, (3) toda persona que haga uso del laboratorio debe cumplir con las siguientes normas de seguridad:

- Usar bata,
- Prohibido terminantemente fumar dentro del laboratorio,
- Conocer su sitio de trabajo, así como la ubicación del botiquín de primeros auxilios, extinguidor de incendios, puertas de salida, luz, agua, etc.,
- Considerar cualquier sustancia química como corrosiva o venenosa y que desprende vapores tóxicos, a menos que se conozca lo contrario, al trabajar con sustancias tóxicas o con olores irritantes y/o desagradables, se debe usar la campana.
- Se recomienda no probar las sustancias, ni oler directamente la fuente de vapor.
- Al diluir un ácido concentrado en agua, siempre vierta el ácido en agua, nunca al contrario.
- Los frascos de reactivos deben colocarse en su sitio, inmediatamente después de usarlos.
- Manipular los objetos calientes con pinzas adecuadas o guantes refractarios.
- No calentar sustancias en recipientes de vidrio que tengan rajaduras.
- No usar el laboratorio como comedor.
- Al retirarse del laboratorio desconectar las instalaciones eléctricas, cerrar las llaves de gas y agua.
- Entre otras.

El curso de laboratorio será llevado por un profesor responsable y un preparador asignado por el Jefe de la Cátedra. El Laboratorio debe contar con un personal técnico, pero en estos momentos carece de ello.

Además de todo esto, el estudiante dentro de su evaluación realiza un pre-informe en donde debe investigar acerca de las propiedades físicas, químicas y toxicológicas de



los compuestos que va a manipular en la práctica una semana antes de su realización. Esto tiene como fin que él mismo, conozca, entienda y esté informado acerca de los riesgos a la salud de los compuestos orgánicos con los cuales va a trabajar. Sin embargo, el estudiante muchas veces lo realiza para cumplir un objetivo académico solamente y no para el conocimiento personal y aprendizaje del manejo de las sustancias peligrosas.

Otro componente importante, es la falta de mantenimiento de los equipos de laboratorios como las campanas extractoras que tiene como fin el recoger los gases tóxicos y evitar el contacto directo con las personas; éste último se debe a la falta o insuficiencia en el presupuesto universitario asignado por el Estado. Por otro lado, las condiciones inadecuadas de ventilación y extracción dentro del laboratorio, y el tener que mantener las puertas principales cerradas debido a la inseguridad dentro del recinto universitario brindada por el hampa común. Así que los factores presupuestarios afectan no sólo al mantenimiento y reparación de los equipos, sino también a la asignación de vigilancia dentro del recinto universitario para garantizar el buen funcionamiento de las actividades académicas y administrativas.

Otro factor que se presenta es el desconocimiento acerca de la condición alérgica que puedan tener los estudiantes o las personas a los diferentes compuestos químicos que utilizan en las prácticas, ya que, por lo general, esto no se conoce hasta tener el contacto directo con las sustancias químicas. Además, en la actualidad no se cuenta con un centro de salud dentro de la institución que trabaje los dos turnos en que se dictan las prácticas.

Uno de los dilemas éticos que se han presentado han sido: (1) la intoxicación de un estudiante por aspiración de un compuesto volátil orgánico dentro del laboratorio, hecho ocurrido por el mal funcionamiento de las campanas; donde la culpa sería: del profesor, del jefe de cátedra, de la institución, ¿del ente gubernamental que no asigna recursos para el mantenimiento? (2) Otro caso, sería el almacenamiento de los reactivos de laboratorio para las prácticas, investigación, actividades de servicio y extensión que ofrece el laboratorio. El no tener un espacio adecuado para el almacenamiento de reactivos y su clasificación, así como un inventario de los mismos.



El almacenamiento de los desechos tóxicos de las prácticas; estas son almacenadas en garrafones por semana y luego colocadas en un cuarto de reactivos inadecuado y muchas veces en campanas extractoras que no funcionan. El resultado de esto sería las enfermedades presentadas por los profesores y/o personal técnico a lo largo de su vida laboral.

En este orden de ideas, existe un área expuesta a vapores, gases, líquidos, entre otros de sustancias peligrosas, que afectan o pueden afectar la salud de forma indirecta o directa dentro del laboratorio de química orgánica y dilemas éticos que se deben abordar desde el punto de vista bioético para buscar una solución que garantice la salud, vida y bienestar de todas las personas que hacen vida académica en ese espacio. Por esto surge la idea de enunciar este trabajo orientado a la búsqueda de soluciones desde el punto de vista ético a estos dilemas relacionados con la manipulación de compuestos orgánicos potencialmente peligrosos durante el desarrollo de las prácticas docentes en un laboratorio de química orgánica. Se presentará un caso en particular ocurrido en el mismo y se aplicará la metodología de resolución de casos propuesta por Schmidt (2008).

1. CONTENIDO

- 1.1. Descripción de una situación o caso de su propia experiencia o conocimiento donde se evidencien conflictos de deberes o de obligaciones María Pérez², de 20 años de edad, estudiante de ingeniería química, cursante de la asignatura Química Orgánica II, asistió al Laboratorio de Química Orgánica un lunes por la tarde con el Profesor Pedro Pérez² de 30 años de edad, y con el Preparador José López² de 20 años de edad. En la tarde del lunes 12/04/2010, de la tercera semana del curso, estaba realizando la práctica 2: Oxidación de compuestos orgánicos y preparando pentanaldehído a partir del n-pentanol en medio ácido. Los reactivos involucrados fueron: 24,4 g de n-pentanol, 28 g de dicromato de sodio, 32 mL de ácido sulfúrico concentrado al 98.5 %

²* Los nombres presentados son hipotéticos.



p/v, 10 mL de solución saturada de cloruro de sodio y sulfato de sodio anhidro. Para ello se realizó el montaje experimental constituido por un balón de tres bocas de 250 mL, un condensador, dos mangueras para agua y una columna de fraccionamiento.

El procedimiento experimental fue el siguiente: “En un matraz de 250 mL, provisto de tres bocas, se colocan 24,4 g de n-pentanol y en un beaker de 250 mL se prepara una solución de 28 g de dicromato de sodio en 100 mL de agua destilada. Posteriormente se añaden 32 mL de ácido sulfúrico concentrado en porciones y con extrema precaución para evitar accidentes. Coloque una columna de fraccionamiento en la boca central del balón, un embudo de adición de 50 ó 100 mL en una de las laterales y selle la restante con un tapón. En el embudo de adición se coloca la solución ácida de dicromato, tomando en cuenta su capacidad y manteniendo la válvula cerrada. Una vez montado el equipo, se procede a calentar hasta que se observen vapores ascendentes en el balón. Una vez observado lo anterior, se iniciará la adición de la solución contenida en el embudo al pentanol cuidando que no escapen los vapores de este equipo. Al terminar la adición se destila la solución por un período de 15 min o más si fuera necesario, hasta recoger todo lo que destile por debajo de 100°C. En el recipiente receptor deben notarse dos fases, una es el pentanaldehído y la otra una solución acuosa (Alvarado *et al.*, 2013). Todo este procedimiento debe realizarse dentro de una campana extractora es para evitar el contacto directo con los vapores de las sustancias peligrosas”. La toxicología de las sustancias se describe en la Tabla 1.

Es de considerar que los estudiantes realizan los cálculos correspondientes, miden dentro de la campana el volumen requerido de las sustancias utilizando un cilindro graduado para cada una, se colocan las mezclas en el balón y en el embudo de adición.



Tabla 1. Toxicología de los compuestos empleados en la Práctica 2.

Compuesto	Toxicología
Dicromato de sodio	Quemaduras severas de las causas a cada área del contacto. Puede ser fatal si es tragado. Daño severo si es inhalado. Oxidante. El contacto con el otro material puede causar el fuego. Afecta el sistema respiratorio, el hígado, los riñones, los ojos, la piel y la sangre. Puede causar la reacción alérgica. Peligro del cáncer. El riesgo del cáncer depende de la duración y del nivel de la exposición. Grado de la salud: 4 (cáncer que causa) extremo. Grado de la inflamabilidad: 0 ningunos. Grado de la reactividad: 2 –moderado. Grado al contacto: 3 -severo (corrosivo). El laboratorio debe equipar de: anteojos campana extractora de gases y guantes apropiados.
Ácido sulfúrico Concentrado	Corrosivo. El aerosol y líquido causan severas quemadura al tejido corporal. Puede ser fatal si se ingiere o entra en contacto con la piel. Dañino si inhalado. Afecta los dientes. Reactivo con el agua. Riesgo de cáncer. Fuertes neblinas de ácidos inorgánicos que contienen ácido sulfúrico que puede causar cáncer. El riesgo de cáncer depende de la duración y nivel de exposición.
N-pentanol	Líquido combustible. Peligroso si es ingerido. Posiblemente nocivo por inhalación. Puede causar una leve irritación ocular. Puede provocar efectos sobre sistema nervioso central que incluyen somnolencia, mareos, dolor de cabeza y visión borrosa. Procurar buena ventilación de los locales. Evitar el contacto con la piel, ojos y vestimenta. Utilice campana extractora para vapores orgánicos y de partículas. Utilice lentes de seguridad para productos. Utilice guantes protectores resistentes a químicos. Utilizar equipo de protección corporal. Evitar todas las fuentes de ignición: calor, chispas, llama abierta.
Pentanaldehído	Líquido inflamable. Peligroso si se inhala. Provoca irritación ocular, cutánea y de las vías respiratorias. Puede provocar reacción respiratoria alérgica. La ingestión puede provocar alteraciones gástricas. Evitar el contacto con la piel, ojos y vestimenta. Utilizar con sistema local con ventilación. Utilice campana extractora para vapores orgánicos y de partículas. Utilice lentes de seguridad para productos químicos. Utilice guantes protectores resistentes a químicos. Utilizar equipo de protección corporal. Las fuentes para lavado de ojos y las duchas de seguridad deben ser fácilmente accesibles.

Fuente: Favela Pro (2025).

Los estudiantes realizaron el procedimiento anterior, montaron el equipo e inició el experimento de forma exitosa. Pero al momento de guardar el ácido sulfúrico, el cual se encuentra en una concentración del 98,5 % p/v, la estudiante Pérez toma el frasco con la mano y no se percata que el frasco está mojado con la sustancia altamente corrosiva y se quema con ésta. El Profesor se percata que Pérez se está lavando la mano y nota la cara de angustia y dolor, e inmediatamente el profesor aplica la solución neutralizante de bicarbonato de sodio a la joven. Posteriormente, aplica un agente neutralizante directamente en la mano, lava con abundante agua. Luego coloca un ungüento cicatrizante e antiinflamatorio y da a tomar a la joven un analgésico.



Al cabo de 15 min, María Pérez se dirige al Profesor e informa que no tiene sensación en la mano, y éste inmediatamente le da agua, pero al ver la mano sumamente inflamada él decide trasladarla a un centro asistencial de la Universidad de Carabobo. Cinco (5) minutos después, la paciente es ingresada al centro asistencial con confusión, debilidad, mareos y dificultad respiratoria. El médico informa al profesor que la joven es alérgica y que ha sufrido una dificultad respiratoria, tuvo que aplicar RCP, y colocar corticoides vías endovenosas; que ésta se encuentra estable. El médico pregunta al profesor por qué la joven no utilizó guantes y éste contesto que sólo había guantes de látex y que no eran adecuados para el manejo de sustancias corrosivas. El profesor explica al médico que en la semana introductoria se les solicita a los estudiantes traer por sección una caja de guantes de vinilo para el manejo de sustancias corrosivas, ya que el presupuesto universitario no cubre esta necesidad.

La joven se recupera. Los padres de la joven acuden a la universidad y responsabilizan a los académicos por no tener las condiciones adecuadas para realizar las prácticas. El profesor expone que la joven no usó los guantes y que no siguió las medidas de seguridad adecuadas, y que éstos deben realizar un pre-informe para conocer los riesgos, procedimientos y métodos ante situaciones de riesgo. Además, explica la normativa de seguridad del laboratorio a los padres de la joven exponiendo que debe prevalecer en la seguridad: “El deseo del individuo de protegerse a sí mismo y a sus compañeros”, y que por ello los estudiantes deben traer sus guantes y/o colaborar por sección con una caja de los mismos.

1.2. Análisis desde el punto de vista ético

1.2.1. Situación ética.

1.2.1.1. Conflicto moral.



El lunes 12/04/2010 en la tarde, la joven María Pérez, de 20 años se quemó con ácido sulfúrico concentrado por contacto directo a la piel en el Laboratorio de Química Orgánica, y resulto siendo alérgica al químico, presentando intoxicación y dificultad respiratoria severa, por lo que el profesor responsable de su sección, la traslada a un centro médico asistencial de la universidad en donde la joven se recupera satisfactoriamente. Los padres de la joven acuden a la universidad y responsabilizan a los académicos por no tener las condiciones adecuadas para realizar las prácticas. El profesor expone que la joven no usó los guantes para el manejo de sustancias peligrosas y que no siguió las medidas de seguridad adecuadas expuestas en clase una semana antes de la práctica. Lo estudiantes deben colaborar con los insumos para la seguridad porque la universidad no cubre esta necesidad en su presupuesto.

1.2.1.2. *Desacuerdo moral.*

La Universidad de Carabobo, en este caso, la instancia pertinente, la cátedra de Química Orgánica II (Laboratorio) no está exenta de responsabilidad ya que ésta debe cumplir con los estándares de exposición permisible de sustancias químicas en ambientes de trabajo. Asimismo, a sabiendas de esta situación, el profesor ha debido percatarse que la joven utilizara guantes durante la práctica y si las condiciones no estaban dadas no ha debido realizar la actividad.

Por otro lado, María Pérez, no siguió las normas de seguridad del laboratorio, ya que no utilizó los guantes adecuados, en este caso de vinilo. En este caso la joven, tuvo que haber realizado un pre-informe en donde investiga la toxicología y medidas preventivas del manejo de sustancias peligrosas en la práctica. Además, la joven lesionada no notificó al profesor de lo ocurrido. Otro hecho fue que lavó la lesión con agua, sabiendo que el ácido sulfúrico concentrado provoca una reacción altamente exotérmica (libera calor) al contacto con agua, aumentando la magnitud de la lesión.



1.2.2. Hechos relevantes.

- a) María Pérez no utilizó guantes de vinilo para el manejo del ácido sulfúrico concentrado. Ha debido leer e informarse acerca de la toxicología y medidas preventivas para el manejo de las sustancias de la práctica.
- b) María Pérez en el momento de la quemadura con el ácido sulfúrico lava la parte afectada con agua, y el ácido provoca una reacción altamente exotérmica intensificando la lesión.
- c) María Pérez no notifica de inmediato al profesor de lo ocurrido.
- d) El profesor y el preparador no se percatan de la falta de suministros de guantes de vinilo antes de iniciar la práctica.
- e) María Pérez sufre una reacción alérgica luego de la quemadura con el ácido, y es trasladada a un centro asistencial. Sufre confusión, mareos e insuficiencia respiratoria. Se le aplica RCP, e inyección endovenosa de corticoides. Se recupera satisfactoriamente.
- f) Los padres de la joven acuden a la universidad y responsabilizan a los académicos por no tener las condiciones adecuadas para realizar las prácticas.

1.2.3. Sistema de decisión.

Idea central:

Al trabajar en un laboratorio de química donde se manejan sustancias peligrosas, debe prevalecer el deseo del individuo de protegerse a sí mismo y a sus compañeros, observar y cumplir el conjunto de reglas establecido dentro del laboratorio, así como conocer su sitio de trabajo, considerar cualquier sustancia química como corrosiva o venenosa y que desprende vapores tóxicos, a menos que se conozca lo contrario. Al trabajar con sustancias tóxicas o con olores irritantes y/o desagradables, se debe usar la campana extractora de gases. Además, al manejar ácidos altamente concentrados nunca vierta agua. Estas son las normas principales de seguridad, así como usar los implementos adecuados.



Los profesores de laboratorio deben revisar antes de la práctica el estatus de las condiciones de seguridad mínimas para el inicio de las actividades, así como de informar a los estudiantes si hay falta de algún implemento de seguridad.

1.2.4. Valores en relación con las actitudes y acciones detectadas.

ACTOR	VALORES
María (Estudiante)	Dolor, angustia, inseguridad, preocupación, Temor, desconcierto, miedo
Profesor	Preocupación, impotencia, molestia, asombro
Preparador	Indiferencia, desconcierto
Estudiantes	Indiferencia, apatía, preocupación
Médico	Preocupación, asombro

1.2.5. Interrogantes éticos

¿Cuál es el límite existente en lo referente al deber de atender las condiciones de seguridad en un laboratorio de química orgánica en cuanto al manejo de sustancias peligrosas durante las prácticas docentes?

¿En cuales casos se debe suspender el inicio de las prácticas docentes cuando no estén dadas las condiciones mínimas de seguridad, a pesar de tener un bajo caso de accidentes?

¿Es realmente ético realizar las prácticas docentes en el laboratorio de química orgánica a pesar de no tener las condiciones de seguridad mínimas adecuadas?



¿Es realmente ético recaer la responsabilidad del manejo de la seguridad a los estudiantes a pesar de que ellos no tienen la experiencia completa porque se están formando para ello?

¿Es ético forzar a los estudiantes a tener esa responsabilidad para contribuir a su formación profesional a pesar de su juventud?

¿Quién debe suministrar los implementos de seguridad para el manejo de sustancias peligrosas?, ¿La universidad o los estudiantes? Ya que, a pesar de no tener los implementos adecuados o condiciones de seguridad, prevalezca el deseo de transmitir el conocimiento científico para la formación de los futuros profesionales.

1.2.6. Lo objetivo. Norma objetiva.

En toda persona debe prevalecer el deseo de protegerse a sí mismo y a los demás, así como observar y cumplir el conjunto de reglas establecido dentro del laboratorio.

En nuestro país la LOPCYMAT (2005) en su **Artículo 68** establece “A los efectos de esta Ley, se entiende por Niveles Técnicos de Referencia de Exposición, aquellos valores de concentraciones ambientales de sustancias químicas o productos biológicos, o niveles de intensidad de fenómenos físicos que, producto del conocimiento científico internacionalmente aceptado y de la experiencia, permitan establecer criterios para orientar las acciones de prevención y control de las enfermedades ocupacionales. El empleador o empleadora deberá iniciar las acciones de control en el ambiente de trabajo cuando la concentración ambiental de la sustancia en cuestión o el nivel de intensidad del fenómeno físico sea superior al cincuenta por ciento (50%) del Nivel Técnico de Referencia de Exposición correspondiente. El Ministerio con competencia en materia de seguridad y salud en el trabajo, mediante norma técnica establecerá los Niveles Técnicos de Referencia de



Exposición que serán propuestos por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales previa consulta a los actores sociales”.

La **Guía de Prácticas del Laboratorio de Química Orgánica** (Alvarado *et al.*, 2013) expone que las normas de seguridad deben ser una consecuencia de: (1) El deseo del individuo de protegerse a sí mismo y a sus compañeros y (2) Observar y cumplir el conjunto de reglas establecido dentro del laboratorio. Además toda persona que haga uso del laboratorio debe cumplir con las siguientes normas de seguridad:

- ✓ En caso de heridas, quemaduras, etc., informe inmediatamente al profesor.
- ✓ Usar bata.
- ✓ Conocer su sitio de trabajo, así como la ubicación del botiquín de primeros auxilios, extinguidor de incendios, puertas de salida, luz, agua, etc.
- ✓ Considerar cualquier sustancia química como corrosiva o venenosa y que desprende vapores tóxicos, a menos que se conozca lo contrario.
- ✓ Al trabajar con sustancias tóxicas o con olores irritantes y/o desagradables, se debe usar la campana. Se recomienda no probar las sustancias, ni oler directamente la fuente de vapor.
- ✓ Al diluir un ácido concentrado en agua, siempre vierta el ácido en agua, nunca al contrario.
- ✓ Los frascos de reactivos deben colocarse en su sitio, inmediatamente después de usarlos.
- ✓ Prestar atención a las instrucciones para el manejo de reactivos que vienen impresas en los recipientes, o que son dadas por el profesor.
- ✓ Para trabajar prolongadamente con un reactivo, averigüe sus propiedades tóxicas.

Además, en el caso de quemaduras con ácido la guía recomienda lavar con solución de bicarbonato de sodio y luego con agua. Finalmente cubrir con Protosulfil y una venda.



1.2.7. Lo subjetivo. El dictamen de la conciencia.

El Profesor actuó de manera correcta aplicándole el tratamiento a la joven en el momento de la quemadura, y luego de notar los síntomas de intoxicación también actuó de forma ética llevándola a un centro médico, ya que escapaba de su competencia profesional. Es necesario aclarar que el hecho de no revisar si habían guantes de vinilo a pesar de haberlos solicitado en la clase introductoria, no lo salva de responsabilidad, ya que en todo momento se debe resguardar la seguridad de los estudiantes, porque éstos no tienen la experiencia al trabajar con sustancias peligrosas y su juventud muchas veces no les permite entender eso. El uso de guantes implica una protección a pesar de la incomodidad de uso.

La estudiante no actuó de forma correcta al no informar al profesor de lo ocurrido, ni tampoco al no seguir el procedimiento de seguridad para tratar la quemadura ocasionada por el ácido. Ha debido revisar la botella del químico antes de agarrarla, y también ha debido solicitar guantes si no los tenía.

1.2.8. Principios morales a partir de la valoración anterior.

Toda persona debe protegerse a sí misma y esto debe prevalecer, así como proteger a los demás significa no dañarse a sí mismo ni a terceros. No obstante, se hacen aclaraciones sobre los límites de éste deber:

- (1) Es obligación del profesor y de la universidad guardar las condiciones mínimas de seguridad para trabajar con sustancias peligrosas en un laboratorio de química orgánica.
- (2) Es obligación de los estudiantes leer, revisar, y aplicar las medidas preventivas en función de la toxicología de sustancias peligrosas en el laboratorio de química orgánica, así como cumplir con las normas de seguridad establecidas en la guía de laboratorio. Esto en función de la competencia profesional que tendrán en el campo laboral al trabajar en laboratorios o la industria química; esto anterior sino se aprende, no los hará capaces de ser ingenieros químicos exitosos y responsables.



- (3) Cuando se trata de trabajo profesional en equipo, en este caso profesor, preparador, estudiantes, pesa la obligación de todos a mantener la seguridad; sin embargo, el profesor por poseer la mayor experiencia debe ser el guía para que esto se cumpla, ya que los estudiantes no tienen mucha experiencia al trabajar con sustancias peligrosas.

1.2.9. Evolución histórica del planteamiento moral.

Con relación a la evolución histórica del planteamiento moral, la joven se recuperó satisfactoriamente. El profesor actuó de buena forma al remitir a la joven al centro de salud a tiempo, así como canalizar el caso con mucha responsabilidad y sin evadir en ningún momento su compromiso como docente formador de talento humano.

Es primera vez, que ocurre un caso de reacción alérgica de una persona con ácido sulfúrico, ya que la toxicología de esta sustancia implica el poder corrosivo que tiene en la piel, así como la incidencia de quemaduras dependiendo de la exposición y la cantidad del químico. Por tanto, sólo se conocen casos de quemaduras y para ello hay un procedimiento descrito en la guía de laboratorio y fue el empleado por el profesor; pero al desconocer la posibilidad de reacción alérgica a este químico, surge un caso desconocido y una forma de actuar inesperada. Sin embargo, pese a todo lo anteriormente descrito, se procedió correctamente llevando la joven al centro médico a tiempo.

1.2.10. Criterios de juicio que fundamentan posturas de la situación ética.

En el caso están presentes 4 problemáticas:

- (1) Las acciones que tomaron los padres al responsabilizar a los académicos por no tener las condiciones mínimas de seguridad para realizar las prácticas docentes de laboratorio.
- (2) La responsabilidad del profesor y de la universidad para garantizar las condiciones de seguridad durante el desarrollo de las prácticas docentes de laboratorio.
- (3) La responsabilidad de los estudiantes para protegerse a sí mismos y a los demás, al leer e investigar la toxicología de los compuestos orgánicos y las medidas preventivas de las sustancias potencialmente peligrosas con las que se trabaja en las prácticas docentes de laboratorio.



- (4) La responsabilidad del Estado en garantizar recursos para adquirir insumos de seguridad para el laboratorio.
- (5) La responsabilidad de la Universidad en la planificación anual y distribución de recursos financieros, que incluya el déficit de insumos de seguridad para trabajos de laboratorio, y en caso que no se tengan los recursos , o sean insuficientes, se deberán presentar los informes correspondientes a estos entes para que cumplan esta obligación.

En virtud de ello se plantea que en nuestra legislación, el artículo 55 de nuestra Constitución (CRBV, 1999), expone que “toda persona tiene derecho a la protección por parte del Estado a través de los órganos de seguridad ciudadana regulados por ley, frente a situaciones que constituyan amenaza, vulnerabilidad o riesgo a la integridad física a las personas”. Por otro lado, en el artículo 43 se dice que “el derecho a la vida es inviolable”.

El artículo 103 (CRBV, 1999) establece que “el Estado creará y sostendrá instituciones y servicios suficientemente dotados para asegurar el acceso, permanencia y culminación en el sistema educativo”. Y el artículo 110, expone que “El Estado reconocerá el interés público de la ciencia, la tecnología, el conocimiento, la innovación y sus aplicaciones y los servicios de información necesarios por ser instrumentos fundamentales para el desarrollo económico, social y político del país, así como para la seguridad y soberanía nacional. Para el fomento y desarrollo de esas actividades, el Estado destinará recursos suficientes y creará el sistema nacional de ciencia y tecnología de acuerdo con la ley. El sector privado deberá aportar recursos para los mismos. El Estado garantizará el cumplimiento de los principios éticos y legales que deben regir las actividades de investigación científica, humanística y tecnológica. La ley determinará los modos y medios para dar cumplimiento a esta garantía”.

En virtud de ello, se plantea que en nuestra legislación la falta de recursos para adquirir los insumos de seguridad en el manejo de sustancias químicas



potencialmente peligrosas en laboratorios, es deber del Estado como parte de éste principio expuesto en el artículo 110.

Respecto a la universidad, la constitución (CRBV, 1999) expone en su artículo 109 que “El Estado reconocerá la autonomía universitaria como principio y jerarquía que permite a los profesores, profesoras, estudiantes, egresados y egresadas de su comunidad dedicarse a la búsqueda del conocimiento a través de la investigación científica, humanística y tecnológica, para beneficio espiritual y material de la Nación. Las universidades autónomas se darán sus normas de gobierno, funcionamiento y la administración eficiente de su patrimonio bajo el control y vigilancia que a tales efectos establezca la ley. Se consagra la autonomía universitaria para planificar, organizar, elaborar y actualizar los programas de investigación, docencia y extensión. Se establece la inviolabilidad del recinto universitario. Las universidades nacionales experimentales alcanzarán su autonomía de conformidad con la ley”. Por ello, la universidad debe administrar estos recursos financieros y si hay carencia de materiales de seguridad debe reportarlo a los entes gubernamentales.

Por otro lado, los estudiantes de ingeniería química, como futuros profesionales deben asumir el reto de capacitarse para el manejo de éstas sustancias potencialmente peligrosas, ya que formará parte de su ejercicio profesional a diario, y para esta formación la Guía de Prácticas del Laboratorio de Química Orgánica (Alvarado *et al.*, 2013) es un documento preciso, adecuado y pertinente para la formación académica. Así dentro de las competencias profesionales, el currículo de ingeniería química debe evaluar las mismas para la formación de estos profesionales: el manejo de sustancias, la seguridad, la responsabilidad, entre otras.

1.2.11. Juicio personal o dictamen.

Luego de un profundo análisis y de una revisión de bibliografía especializada como el CEV (2010) y el Reglamento Parcial LOCTI (2011) así como la Declaración de los Derechos Humanos (1998), se dictamina lo siguiente:



- Se violó el principio de responsabilidad, ya que como establece el Código de ética para la vida (2011) “Ser responsable es mantener una actitud permanente de atención en la ejecución de los compromisos que se han adquirido y significa responder ante las consecuencias de las actuaciones, omisiones, decisiones y demás maneras de desempeño humano”. Entonces, por no seguir las normas de seguridad en el Laboratorio de Química Orgánica, una joven María Pérez, se quemó con ácido sulfúrico concentrado y resultó siendo alérgica al químico, ocasionándole una insuficiencia respiratoria, que con medicación vía endovenosa culminó en recuperación satisfactoria. No había en el laboratorio los guantes adecuados.
- Se violó el principio de precaución y seguridad al no tener los insumos para la seguridad y el manejo de las sustancias potencialmente peligrosas.
- Se priorizó el principio de beneficencia para satisfacer el mayor número de dinámicas para impartir el conocimiento científico a los estudiantes de ingeniería química, y contribuir a su formación profesional. Se dio prioridad para realizar las prácticas docentes de laboratorio a pesar de no tener todas las condiciones ya que el beneficio de dar al país profesionales ingenieros químicos satisface una gran demanda.
- No se consideró el principio de no maleficencia al no tener las condiciones mínimas de seguridad en el laboratorio, y no se consideró el riesgo o daño a la salud y a la vida que implicaba el hecho de no tener guantes de vinilo para el manejo de estas sustancias potencialmente peligrosas.

CONCLUSIONES

Se apoya al Profesor y a la Cátedra de Química Orgánica, en relación a su actitud de actuar e impartir docencia inculcando el principio de la responsabilidad para concientizar a los jóvenes estudiantes a ser responsables de sí mismos y con sus compañeros en el trabajo en ambientes de riesgo y con sustancias potencialmente peligrosas, ya que si no lo hacen o aprenden a serlo en un laboratorio o a pequeño nivel, difícilmente podrán ejercer una profesión como la Ingeniería Química en la industria química, que implica tanta responsabilidad social, empresarial y ambiental.



RECOMENDACIONES

- (1) Se recomienda a los profesores tomar precaución de los insumos de seguridad como guantes, lentes, mascarillas, funcionamiento de campanas, entre otros, en el laboratorio de química orgánica, antes de iniciar las prácticas. Obligar a los estudiantes a utilizar éstos implementos de seguridad, y considerarlo como parte de su evaluación dentro de las competencias que deben adquirir durante el curso.
- (2) Se recomienda a los estudiantes a concientizarse en el empleo de las normas de seguridad del laboratorio con el manejo de sustancias químicas en general.
- (3) Realizar un protocolo de seguridad para el manejo de alergias con productos químicos.
- (4) Promover cursos de primeros auxilios para el manejo de accidentes con la manipulación de sustancias químicas potencialmente peligrosas.

Dicho:

“Tanto peca el que mata la vaca como el que le agarra la pata. Señala la responsabilidad que tiene alguien en alguna acción incorrecta como quien le ayuda.”

"Es irresponsables dar las cosa por hechas"

El responsable es aquel que responde por sus actos, se hace cargo de sus consecuencias y aprende de ellas. La responsabilidad es la sabiduría que da la experiencia para poder cumplir con las obligaciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado, C; Fernández, C; Correia, A.; (2013). Guía de Prácticas de Laboratorio de Química Orgánica. Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo.

Código de Ética para la Vida CEV (2011). Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. República Bolivariana de Venezuela.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela CRBV (1999). Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas.

Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos (1998). Conferencia General de las Naciones Unidas.

Favela Pro Faga-Lacti (2025). Fichas de Datos de Seguridad. Ácido Sulfúrico. Dicromato de sodio. Pentanaldehído. Pentanol. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.fagalab.com/>

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) (2005). Oficial Extraordinaria N° 38.236 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas.

Morrison Boyd & Bhattacharjee (2010). Organic Chemistry, 7th Edition. Pearson. ISBN 9788131704813.

Programa Sinóptico de Química Orgánica I DQ7Q05 (1994). Facultad de Ingeniería. Escuela de Ingeniería Química. Universidad de Carabobo.

Programa Sinóptico de Química Orgánica II DQ8Q07 (2004). Facultad de Ingeniería. Escuela de Ingeniería Química. Universidad de Carabobo.

Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación Referido a los Aportes, el Financiamiento y su Resultado, y la Ética en la Investigación, Tecnología e Innovación (LOCTI) (2011). Gaceta Oficial N° 39.795. Caracas. Decreto N° 8.579

Schmidt, Ludwig (2008). Método de interpretación y análisis holístico en casos bioéticos. Acta Bioethica 2008; 14 (1)

Wade, L.G. (2009). Organic Chemistry, 7th Edition. Prentice Hall. ISBN-10 : 032159231X



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO QUE POSEEN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ESTADO CARABOBO.

LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AMONG PATIENTS ATTENDING PRIMARY CARE CLINICS IN THE STATE OF CARABOBO.

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A INFECÇÃO PELO VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO ENTRE OS PACIENTES QUE PROCURAM ATENDIMENTO PRIMÁRIO NO ESTADO DE CARABOBO.

Marialva Henríquez De Nobrega¹, Yorbin González N¹, Orlena Heredia H¹,
Joseth Henríquez¹, Magaly Ortunio C².

RESUMEN

En los últimos años el incremento de infecciones por virus de papiloma ha surgido como consecuencia del desconocimiento que posee la población según refieren diversos autores.

Objetivos: Establecer el nivel de conocimiento sobre la infección por el virus de papiloma humano que poseen los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el Estado Carabobo. **Sujetos y métodos:** investigación cuantitativa, no experimental, observacional, descriptiva en una población de individuos que acudieron a una Clínica Popular en Carabobo, marzo - junio 2023. Se utilizó el cuestionario elaborado por Ortunio y cols, 2009.

Resultados: la muestra evidenció una media de edad ubicada en la cuarta década de vida, procedente en su mayoría del Estado Carabobo, siendo el sexo femenino y el control médico, los más predominantes. La mayor parte de los encuestados fueron bachilleres. Así mismo, se evidencia que la mayoría de los pacientes habían iniciado actividad sexual a temprana edad y habían tenido más de una pareja sexual en el transcurso de sus vidas. La mayoría mostró conocimiento muy bueno o excelente sobre el VPH. Con respecto al uso del condón, lo consideraron medida de prevención. **Conclusión:** No se detectó asociación significativa entre tener conocimiento sobre VPH y el sexo, pero sí sobre éste y el nivel de instrucción en los pacientes que acudieron la consulta de atención primaria, destacando que la mayoría fueron amas de casa con una base informativa bastante amplia acerca del virus.

Palabras clave: Virus de papiloma humano, Conocimiento.

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo - Venezuela.

² Docente Titular de Pregrado y Postgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud, desde 2005. Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo – Venezuela. Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar y en Especialista en Salud Ocupacional. Doctora en Ciencias Médicas.

Contacto: Teléfono +58-416-7342859. e-mail: magalyortunio@gmail.com.



ABSTRACT

In recent years, the increase in papillomavirus infections has arisen as a consequence of the lack of knowledge among the population, according to various authors. Objectives: To establish the level of knowledge about human papillomavirus infection among patients attending a primary care consultation in Carabobo State. Subjects and methods: Quantitative, non-experimental, observational, descriptive research was carried out in a population of individuals who attended a Popular Clinic in Carabobo, March - June 2023. The questionnaire developed by Ortunio et al., 2009, was used. Results: The sample showed an average age located in the fourth decade of life, mostly from Carabobo State, with female sex and medical control being the most predominant. Most of the respondents were high school graduates. Likewise, it is evident that most patients had begun sexual activity at an early age and had had more than one sexual partner throughout their lives. The majority showed very good or excellent knowledge about HPV. Regarding condom use, they considered it a preventative measure. Conclusion: No significant association was detected between knowledge about HPV and sex, but a significant association was detected between knowledge about HPV and educational level in patients attending primary care. It is noteworthy that most were homemakers with a fairly broad knowledge base about the virus.

Keywords: Human papillomavirus, Knowledge.

INTRODUCCION

Las infecciones o enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS) son aquellas causadas por microorganismos que se transmiten, principalmente, por contacto de piel/mucosas o por intercambio de fluidos durante el ejercicio de la función sexual, actualmente se conoce que existen más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes que se transmiten por contacto sexual (1).

Según las últimas estimaciones de la OMS, aproximadamente 38 millones de personas sexualmente activas de entre 15 a 49 años poseen alguna ITS; entre las patologías más destacadas, resalta la clamidia, gonorrea, sífilis y/o tricomoniasis. Las ITS pueden tener



importantes consecuencias para la salud, incluidos síntomas en los genitales, complicaciones durante el embarazo, infertilidad, aumento en la probabilidad de transmisión del VIH y efectos psicosociales (2).

A nivel mundial, los esfuerzos para detener la epidemia de ITS están guiados por la Estrategia Mundial del Sector de Salud contra las ITS 2016-2021, que proporciona objetivos, metas y acciones prioritarias. A nivel regional, el plan de acción para la prevención y el control del VIH y de las definiciones de enfermedades de transmisión sexual 2016-2021 apoya una respuesta acelerada, enfocada, más eficaz, innovadora y sostenible por los países de las Américas, allanando el camino hacia el objetivo de poner fin a las epidemias de SIDA y de las ITS como problemas de salud pública para 2030 (2).

Los papilomavirus son virus epiteliotrópicos, productores de papilomas epidérmicos y verrugas en diferentes regiones de la piel, pertenecen a la familia de los papovavirus caracterizados por no poseer envoltura y ser de simetría icosaédrica, su tamaño es de 55 nm de diámetro con un ADN de cadena circular. Actualmente, se conocen más de 100 tipos partiendo de la secuencia de ADN, su cápside contiene dos proteínas L1 y L2 y a su vez posee oncoproteínas virales que interactúan con las proteínas supresoras de tumores celulares. El VPH se divide en dos grupos de acuerdo a su afinidad por los tejidos (3).

Los papilomavirus son altamente contagiosos, se adquieren por contacto directo con las lesiones de las personas infectadas o con material contaminado, siendo las escamas provenientes de la exfoliación de la piel fuente importante de contagio, al igual que el contacto sexual. El sitio de ingreso, así como el serotipo del virus involucrado, determinarán el tipo de lesión. Se puede observar transmisión de la madre al hijo durante el parto por el contacto directo del neonato con el virus en el área cervical vaginal. Muchas mujeres se infectan con los virus sin presentar síntomas, lo que se puede evidenciar con la reacción de la cadena polimerasa (PCR) de las células cervicovaginales de mujeres sanas (3).



Después del contacto con el virus, este se une a receptores celulares y comienza el ciclo de replicación viral del virus de ADN. Durante este proceso, puede establecerse una infección lítica en las células queratinizadas del epitelio superficial, o puede permanecer en estado de latencia en las capas más profundas persistiendo en algunas oportunidades durante años, integrándose al ADN de la célula infectada; lo que puede ocasionar una transformación oncogénica de las células del huésped (3).

Las manifestaciones clínicas del virus del papiloma humano son clásicamente verrugas en lugares comunes, como por ejemplo en la cara rodillas y brazos, también verrugas anogenitales mejor conocido como condilomas acuminados, los cuales son células planas o sobreelevadas localizadas alrededor del ano, labios mayores o en el pene. Los serotipos involucrados en este tipo de lesiones principalmente son el 6 y el 11 (3).

El virus llega a cuello uterino a través del pene, durante la relación sexual con o sin preservativo, ya que el virus puede estar implantado en áreas externas por contacto indirecto con objetos que lo contengan y posteriormente es llevado hasta el cuello uterino con la penetración. Es por esta razón, que hasta ahora no hay trabajos que demuestren y no descarten definitivamente la transmisión no sexual del VPH genital (3).

En la actualidad, se considera que la infección por el papiloma virus humano es la principal causa de carcinoma de cuello uterino, siendo el tabaquismo, la falta de antioxidantes, el inicio de la vida sexual a edades tempranas, embarazo a temprana edad, infecciones del aparato genital y promiscuidad, factores predisponentes para el desarrollo de la infección (3).

Se conoce que el VPH es la infección de transmisión sexual de más incidencia en personas con una vida sexual activa según estudios realizados en 2022 por Mendoza et al, se estima que a nivel mundial existe una prevalencia de 30 millones de casos anuales con más de 290 millones infectadas por el virus, de las cuales 10% -17% son asintomáticas. A nivel global la prevalencia del VPH es del 12% encontrándose el genotipo VHP16 como el de mayor prevalencia con un 3,2%, así mismo en



Latinoamérica y el Caribe las cifras de mujeres infectadas se encuentran entre 6,9% - 21,8% (3).

Por otra parte, se ha determinado que el cáncer de cuello uterino (CaCU) es el segundo más frecuente de distribución mundial que se presenta en la población femenina, con una estimación de 530.232 casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 86 % (453 531 casos) se presenta en los países en desarrollo. De acuerdo con estimaciones de la OMS en 2008, la tasa estandarizada a nivel mundial es de 15,2 x 100 mil mujeres, solo por debajo del cáncer de mama (38.9 x 100 mil mujeres). Las tasas con mayor incidencia por CaCU se presentan en las regiones de África, sureste de Asia y las Américas, con intervalo de 30,7; 24,4 y 15,3 x 100 mil mujeres, respectivamente, que comparativamente con otras áreas geográficas de baja frecuencia llegan a ser mayores de 1.7 a 3.4 veces (4).

Numerosas investigaciones se han realizado sobre el tema, entre ellas se tiene la realizada por Espinoza J, Milagros S en el 2018, quienes realizaron un trabajo sobre el nivel de conocimiento del virus del papiloma humano y conductas de riesgo para contraer la enfermedad en mujeres, se utilizó una muestra de 196 mujeres, teniendo como objetivo establecer el grado de conocimiento sobre el VPH y su relación con el comportamiento de riesgo para contraer la enfermedad, arrojando como resultado: las mujeres procedentes de los centros tenían un nivel bajo (48,9% y 25%), regular (34,1% y 52,8%) y alto (17% y 22,2%) de conocimiento, mientras que la relación entre el nivel de conocimiento sobre el VPH y las conductas de riesgo para contraerlo arrojó como resultado que el nivel de conocimiento era regular con un 36,8% y alto con un 64,1% (5).

Para el año 2020 Rosas D, realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el virus del papiloma humano en mujeres que acuden a una consulta externa de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La población estuvo conformada por 250 mujeres, obteniendo como resultado que un 55% posee manejo de la información del virus, mientras que el resto de la población posee un nivel de conocimiento de medio a bajo. Con respecto a la dimensión de transmisión, sintomatología y medidas preventivas, la mitad de población demostró



tener un nivel medio a bajo puesto que se encuentra en un 56 % con respecto a alto de manera general (6).

Igualmente, en el 2020 Gálvez A; realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, transversal con una muestra de 80 mujeres que acuden a consulta de Planificación Familiar; el cual estuvo orientado en los conocimientos y prácticas preventivas sobre la infección por Virus del Papiloma Humano en mujeres de 20 a 25 años de edad. Para su realización, se adaptó un formulario para evaluar la asociación de variables y el nivel de conocimiento sobre la infección por el virus, los resultados mostraron que el 80% de las mujeres de 20 a 25 años que acudieron al CMI DAC tenían un nivel medio, 13.8% nivel bajo y 6.2% nivel alto (7).

Ese mismo año, Núñez, Romano, Medina y Cardozo en su estudio encontraron que el 70% de la muestra, refirió haber tenido 2 o 3 parejas; recomendando la necesidad del énfasis en la educación sexual (8).

Para el año 2021, Rivera, Terrejon, Quispe, La Torre realizaron un estudio basado en una población joven y adulta, teniendo como objetivo principal, determinar el nivel de conocimiento sobre infección por virus del papiloma humano en adolescentes y adultos jóvenes atendidos en el Centro de Salud las Pirias-Jaén. Los resultados obtenidos demostraron que 71,3% de los adolescentes tuvieron un bajo nivel de conocimiento, 26.9% un nivel medio y 1.9% un nivel alto. Seguidamente, en las dimensiones, se observó que 63,9% tuvo un nivel medio; en factores de riesgo 50,9% bajo, en cuanto a los signos y síntomas 70,4% bajo, por lo cual se demostró que el nivel de conocimiento es bajo (9).

Asimismo, en el 2022 Franco K, desarrolló un estudio sobre los conocimientos de infección por VPH en pacientes de 15-19 años en la UMF (Unidad de Medicina Familiar); mediante la adaptación de un cuestionario de conocimiento sobre el virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes, dando como resultado que: el 57% fueron mujeres y 43% hombres, con esto se obtuvo un nivel de conocimiento bajo en 22% de la población encuestada, nivel medio en 47% de los pacientes, y un nivel alto, en 31% de los adolescentes encuestados. En base a los resultados obtenidos en este



estudio, se vieron obligados a mejorar el nivel de conocimiento de la población de estudio, ya que son un grupo de alto riesgo para transmisión por VPH (10).

En general, las investigaciones revisadas evidencian un escaso nivel de conocimiento en la población, lo que los hace vulnerables a contraer la infección, por tal motivo, se hace necesaria la divulgación del conocimiento como medida de prevención. La ausencia del conocimiento sobre el VPH supone un riesgo para la integridad y salud física, moral y sexual de las personas. Por tal motivo, se considera importante aplicar conocimientos, estudios e información para así instruir a la población sobre el riesgo y no ser ajenos a la propagación y expansión de esta patología de carácter mundial, atacándola desde el nivel más primario, la prevención.

Siendo así la presente investigación se planteó como interrogante ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la infección por el virus de papiloma humano que poseen los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el Estado Carabobo?;

Para dar respuesta a la interrogante se planteó como objetivo general establecer el nivel de conocimiento sobre la infección por el virus de papiloma humano que poseen los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el Estado Carabobo, durante el período marzo – junio 2023, para el cumplimiento de dicho objetivo se desarrollaron los siguientes objetivos específicos: Caracterizar socio epidemiológicamente a los pacientes; cuantificar el nivel de conocimiento sobre VPH y el uso del condón como medida de prevención; asociar el nivel de conocimiento con el sexo y el grado de instrucción.

SUJETOS Y MÉTODO

Se realizó de una investigación de campo insertada dentro del paradigma cuantitativo con un nivel descriptivo de diseño no experimental observacional de campo transversal (11). La población estuvo constituida por todos los individuos que acudieron a una Clínica Popular tipo I, en el período comprendido de marzo a junio del 2023. Se trató de una muestra no probabilística de tipo opinática cuyos criterios de inclusión fueron: que los pacientes fueran mayores a 13 años, sin distinción de sexo, que



acudieran a la consulta de Medicina Familiar y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio de acuerdo a la Declaración de Helsinki de 1983, mediante el uso del Consentimiento Informado.

Se empleó el método hipotético deductivo, la técnica de recolección de información fue la encuesta autoadministrada y el instrumento de recolección de datos utilizado como referencia, fue el cuestionario elaborado por Ortunio y cols en el año 2009 (12), que consta de preguntas politómicas distribuidas en tres partes donde se indagan las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, motivo de consulta, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, el hecho de haber tenido relaciones sexuales, tener pareja para el momento de la aplicación del instrumento y haber tenido más de una pareja sexual.

Con respecto al conocimiento acerca del VPH; el instrumento constó de 15 preguntas con respuestas cerradas, las cuales estuvieron dirigidas a determinar el conocimiento de los interrogados acerca del VPH según las variables consideradas en los objetivos. El mismo se determinó mediante una escala de valoración distribuida en las siguientes categorías: insuficiente: si respondía correctamente de 1-3 preguntas; regular: si respondía correctamente 4-6; bueno: si fueron 7- 9 preguntas; muy bueno: si respondía de forma adecuada 10-12 preguntas y excelente: si respondía correctamente de 13-15.

Se realizó como primer paso, la prueba piloto del mismo en 30 pacientes que acudieron a la misma consulta de Medicina Familiar, mientras que para comprobar la validez y fiabilidad del instrumento se calculó el alfa de Cronbach, obteniendo una confiabilidad alta (alfa de Cronbach 0,768)

Para acotar los ámbitos ocupacionales de los pacientes, se tomó como criterio el establecido por el código nacional de ocupaciones el cual es una clasificación llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), esto a partir de la Clasificación de Ocupaciones Venezolana (COV) del 2013 (13).

Una vez recolectados los datos fueron tabulados y procesados con el paquete estadístico PAST, versión libre 4.0, procediéndose al análisis descriptivo a través de



frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la asociación de variables cualitativas se empleó la prueba exacta de Fisher, con un intervalo de confianza de 95% y nivel de significancia estadística $p < 0,05$; siendo presentados los resultados en tablas y/o gráficos según la variable estudiada (11).

RESULTADOS

Tabla N°1: Distribución según la edad de los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el estado Carabobo 2023.

Grupo de edad (años)	f	%
18-19	2	1,75
20-29	19	16,67
30-39	25	21,94
40-49	15	13,16
50-59	28	24,56
60-69	14	12,28
70-79	9	7,89
80-89	2	1,75
Total	114	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

La media de la edad fue 46,15 años, con una desviación estándar de 16,42 años, valor mínimo de la edad 18 años y el valor máximo 84 años, siendo el rango de 50-59 años donde se ubicó la mayor proporción de la muestra (24,56%), seguido de 1 grupo de 30-39 años y 20-29 años, 21,94 y 16,67%, respectivamente; el rango de edad con menor número de pacientes fue el de 80-89 años con 1,75%.



Tabla N°2: Distribución según las características sociodemográficas de los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el estado Carabobo 2023.

Sexo	f	%	
Femenino	74	64,9	Z= 4,37;
Masculino	40	35,1	p<0,001
Procedencia por Estado			
Carabobo	113	99,1	Z= 14,70;
Fuera de Carabobo	1	0,9	p<0,001
Municipio Edo Carabobo			
Naguanagua	48	42,5	
Valencia	35	31,0	
San Diego	12	10,6	
Guacara	7	6,2	Z= -2,25;
Libertador	6	5,2	p=0,9878
Los Guayos	3	2,7	
Carlos Arvelo	1	0,9	
Montalbán	1	0,9	
Motivo de consulta			
Control	53	46,5	
Convalidación de reposo	40	35,1	Z=5,10;
Consulta	21	18,4	p<0,001.
Nivel de instrucción			
Primaria	7	6,10	
Bachiller	59	51,80	Z=13,11;
Universitario	48	42,10	p<0,00).

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Hubo predominio estadísticamente significativo del sexo femenino y de aquellos pacientes procedentes del Estado Carabobo; los residentes del municipio Naguanagua fueron quienes acudieron con mayor frecuencia, aunque no hubo predominio



significativo de los mismos. El control médico fue el motivo de consulta más frecuente 46,5% (y de estos, los controles preventivos fueron estadísticamente significativos); seguido de las Convalidaciones de Reposo. El 93,90% de los pacientes tuvo como mínimo bachillerato aprobado.

Tabla N°3: Distribución según la ocupación en que laboraban los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el estado Carabobo 2023.

Ocupación	f	%
Ama de casa (NOAC)	33	28,94
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	24	21,06
Trabajadores cualificados	18	15,80
Servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	13	11,40
Empleados administrativos	10	8,77
Dirección de empresas y admón. pública	9	7,89
Desempleado (NOD)	3	2,63
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	2	1,75
Jubilado (NOJ)	1	0,88
Estudiante (NOE)	1	0,88
Total	114	100

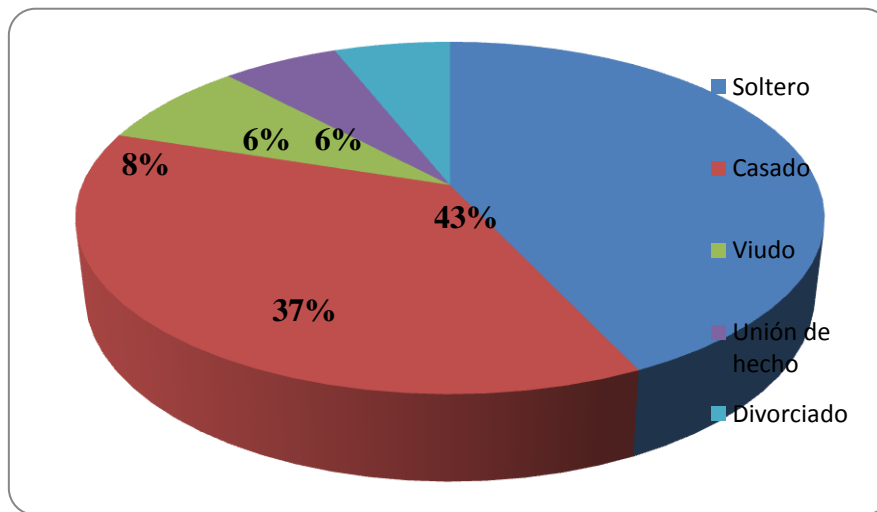
NOAC: No ocupación referente a ama de casa **NOD:** No ocupación referente a desempleado
NOJ: No ocupación referente a jubilación **NOE:** No ocupación referente al estudiante.

Fuente: Datos obtenidos en la investigación



El 28,94% de los pacientes era ama de casa; la ocupación que predominó en el sector de técnicos y profesionales científicos e intelectuales fue la de Docente con 12,28%; sólo 2,63% afirmó estar desempleado y apenas 0,88% era estudiante.

Gráfico N°1: Distribución según el estado civil en los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el estado Carabobo 2023.



Fuente: Datos obtenidos en la investigación

El estado civil predominante fue el soltero con 43% de los casos, seguido de los casados con 37% y los viudos con 8%; la unión de hecho y los divorciados presentaron la misma proporción 6%. El predominio de los solteros no resultó estadísticamente significativo ($Z = -1,99$; $p = 0,98$).



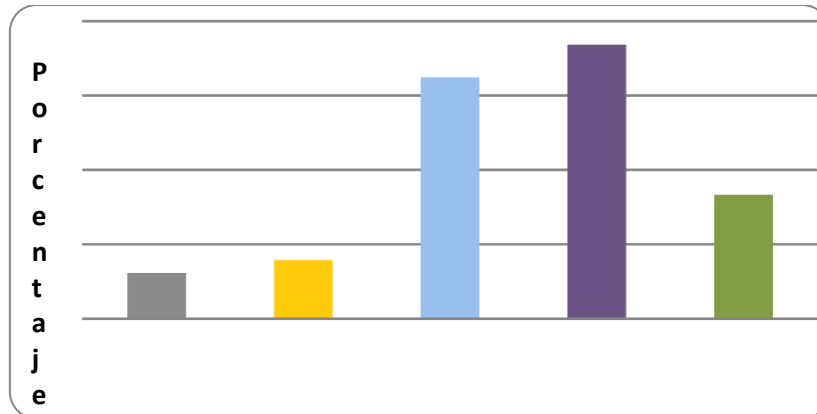
Tabla N°4: Distribución según características de la actividad sexual en los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el estado Carabobo 2023.

Inicio de actividad sexual	F	%	Prueba Z
Si	102	89,50	
No	8	7,00	Z=11,79;
No contesta	4	3,50	p<0,001
Pareja actual	F	%	
Sí	69	60,53	
No	42	36,84	Z= 3,44;
No contesta	3	2,63	p<0,001
Más de una pareja sexual	F	%	
Sí	69	60,53	
No	42	36,84	Z= 3,44;
No contesta	3	2,63	p<0,001

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

En cuanto a las características de la actividad sexual de los pacientes, 89,50% afirmó haber iniciado actividad sexual; 60,53% aseveró tener pareja en para el momento del estudio y haber tenido más de una pareja sexual. En todas las proporciones antes mencionadas, se encontró predominio estadísticamente significativo.

Gráfico N°2: Distribución según el nivel de conocimiento de los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el Estado Carabobo 2023.



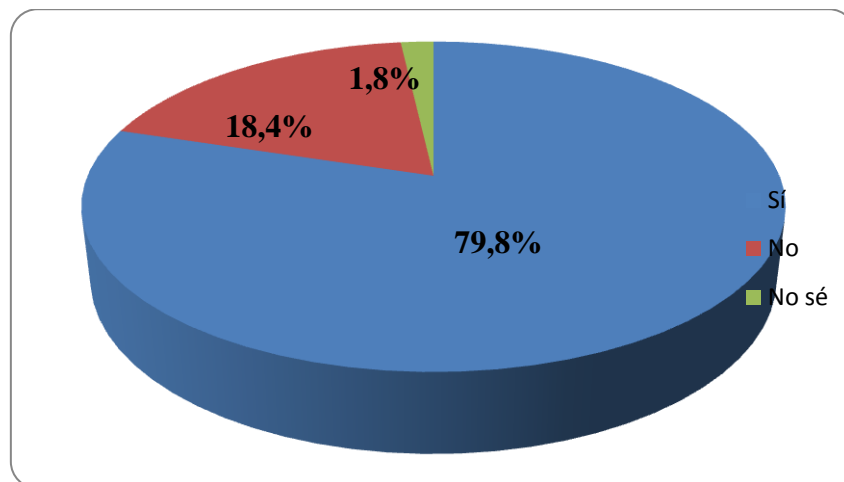
Fuente: Datos obtenidos en la investigación

En cuanto al conocimiento sobre VPH, se presentan los resultados del cuestionario aplicado, destacando que 16,67 % tuvo un conocimiento excelente, 36,84% tuvo un conocimiento muy bueno sobre el VPH, 32,46% bueno; vale la pena destacar que la proporción de pacientes con conocimiento regular e insuficiente representaron el 7,89% y 6,14% respectivamente.

El 85,97% de los estudiados tuvo un conocimiento bueno, muy bueno o excelente sobre el VPH ($Z= 10,73$ y $p<0,001$) con significancia estadística. Aquellos con un conocimiento excelente o muy bueno (53,51%), tuvieron un porcentaje significativamente mayor que quienes lo presentaron como bueno, (32,46%) (siendo $Z=3,29$ y $p<0,001$). En relación a las calificaciones obtenidas en el cuestionario: la mínima fue de (0) punto, la máxima quince puntos (15), 25% de la muestra obtuvo ocho (8) o menos, la mediana fue diez (10) puntos, el intervalo intercuartil 4 puntos y 75% obtuvo 12 puntos o menos.



Gráfico N°3: Distribución del uso del condón como medida de prevención del VPH en los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el Estado Carabobo 2023.



Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Con respecto al uso del condón, hubo un predominio significativo de los pacientes que consideraron al mismo como una medida prevención de la infección por VPH (79,80% $Z= 9,14$ y $p<0,001$).



Tabla N°5: Asociación entre sexo y nivel de conocimiento acerca del VPH de los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el Estado Carabobo

Sexo	Nivel de conocimiento		Total
	Excelente/Muy bueno/Bueno	Regular/Insuficiente	
Femenino	65	9	74
Masculino	35	5	40
Total	100	14	114

2023.

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Prueba Exacta de Fisher: $p=0,4117$.

No se detectó asociación estadísticamente significativa entre tener un conocimiento sobre VPH excelente, muy bueno o bueno y el sexo.



Tabla N°6: Asociación entre nivel de instrucción y de conocimiento acerca del VPH de los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria en el Estado Carabobo 2023.

Nivel de instrucción	Nivel de conocimiento		Total
	Excelente/Muy bueno/Bueno	Regular/Insuficiente	
Primaria/Bachiller	52	13	65
Universitario	46	03	49
Total	98	16	114

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Prueba Exacta de Fisher: $p=0,0245$

Se detectó asociación estadísticamente significativa entre tener un conocimiento sobre VPH excelente, muy bueno o bueno y el nivel de instrucción.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, los datos encontrados en este grupo, reflejan una media de la edad de 46,15 años, similar a los hallazgos de Hernández, González, Ozal y González (14), quienes reportaron una media que osciló en la década de los 40 años; no obstante, otros estudios por su parte, reportaron medias de 27,8 años y 27,71 años (3,4). El predominio estadísticamente significativo del sexo femenino, coincidió con los resultados de Franco y Salazar, Cantuñi (10,15) quienes reportaron que poco más de la mitad de la muestra pertenecía a dicho sexo.

Al referirse, a la distribución según el nivel de instrucción, predominaron aquellos pacientes que poseían un nivel de instrucción igual o superior a bachillerato, coincidiendo con los hallazgos de Medina y cols. (16), y Galvez A (7) quienes reportaron que la gran mayoría de los pacientes tenía como mínimo bachillerato



aprobado; únicamente Rivera, Torrejon, Quispe, La Torre (9) obtuvieron en este grupo, cifras que alcanzaron poco más de un tercio.

Tanto Galvez (7) como Jara S (5), señalaron que las amas de casa, en sus estudios representaron proporciones cercanas a un tercio de la muestra, conforme a los hallazgos de la presente investigación, donde 28,95% de las pacientes era ama de casa; en tanto que Medina y cols. (16) obtuvo 44,4% en este renglón. Al enfocarse en cuanto al grupo de los estudiantes, llama la atención que en el presente trabajo los mismos no llegaron al 1%; mientras en otros estudios alcanzó proporciones de 15,3%, 16,2%, 52%, 9% (5, 7, 10,16).

El predominio del estado civil soltero, coincide con los hallazgos de investigaciones efectuadas en otras latitudes (7,9,17); a excepción de los valores descritos por Jara S (5), quien destacó que 59,7 % de su muestra vivía en pareja, bien fuese mediante unión estable o a través del vínculo de matrimonio.

En cuanto a las características de la actividad sexual, destacó el número superior de pacientes que afirmó haber iniciado actividad sexual, tener pareja para el momento y haber tenido más de una pareja sexual, coincidiendo con los resultados de otros investigadores (10,15, 16); mientras Jara y Gálvez (5, 7) destacaron en sus estudios que al menos 20% más de su muestra, afirmó haber tenido más de una pareja sexual.

En relación al nivel de conocimiento, se obtuvo que más de las 4/5 partes de los encuestados alcanzó un nivel entre bueno, muy bueno y excelente, lo cual es superior a los niveles encontrados por otros investigadores (5,16) y totalmente contrario a los resultados de investigadores como Contreras-Gonzalez y cols (18) quienes obtuvieron altos porcentajes de personas con niveles bajo de conocimiento. Es relevante destacar, que otros estudios hallaron predominio de conocimiento medio o regular, así como de buen nivel de conocimiento, en proporciones inferiores, que en algunos casos alcanzaron una diferencia, inclusive por más de un tercio, respecto al presente trabajo (5, 16). No obstante, otros autores reportan que más de la mitad de su muestra, tuvo un conocimiento deficiente y muy deficiente (16) afirmando apenas un 6,2%; 1,9% y 1% con nivel de conocimiento alto (7, 9,18).



Con respecto al predominio significativo de los pacientes que consideraron el uso del condón como una medida de prevención de la infección por VPH, los resultados presentaron similitud con los reflejados por Contreras-González (18) quien refiere un 60,3%; Jara (5) por su parte hace referencia a un 75%, mientras Medina y cols. (16) señaló que el condón, era el método utilizado para protegerse del VPH por las mujeres en un 91,1%. En este mismo sentido, Gálvez (7) subrayó que sólo 25% siempre hacía uso del mismo como protección.

A pesar que el sexo femenino obtuvo un mayor porcentaje de conocimiento bueno, o muy bueno y excelente, no se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, lo que coincide con lo publicado por Salazar y Cantuñi (15) quienes aunque afirmaron que las mujeres demostraron un valor relativamente mayor de conocimiento que los hombres, no consiguieron significancia estadística en los mismos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que la muestra estudiada tuvo una media de edad ubicada en la cuarta década de la vida, la mayoría era procedente del estado Carabobo y del municipio Naguanagua, con un predominio estadísticamente significativo del sexo femenino y cuyo motivo de consulta era el control médico; casi la totalidad era bachiller, la docencia resultó la principal ocupación, aun cuando se evidenció un gran número de amas de casa; el predominio de solteros no resultó estadísticamente significativa.

En cuanto a las características de la actividad sexual de los pacientes, se obtuvo predominio estadísticamente significativo de aquellos que afirmaron haber iniciado actividad sexual, tener pareja en la actualidad y haber tenido más de una pareja sexual.



Con relación al conocimiento sobre VPH, fue estadísticamente significativo el predominio de pacientes con un conocimiento bueno, muy bueno o excelente sobre el resto de la muestra; incluso, aquellos con un conocimiento excelente o muy bueno, resultaron con un porcentaje significativamente mayor de manera significativa, que quienes lo presentaron como bueno. Más de las tres cuartas partes de la muestra obtuvo como mínimo siete puntos como puntuación en el cuestionario.

Predominaron significativamente los pacientes que consideraron el uso del condón como una medida prevención de la infección por VPH. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre VPH excelente, muy bueno o bueno y el nivel de instrucción, más no con el sexo.

A partir de los hallazgos de la investigación se recomienda:

-Reforzar la educación sobre VPH, especialmente en entornos de atención primaria en salud, aprovechando estos espacios para abordar mitos, aclarar dudas y enfatizar la importancia de la prevención.

-Enfocarse en la prevención integral y el uso consistente del condón reforzando el mensaje de que, si bien el condón reduce el riesgo, no ofrece una protección del 100% contra el VPH. Realizar hincapié en la vacunación contra el VPH (en los términos que su aplicación lo permita),

-Enfatizar la importancia de las revisiones ginecológicas regulares (citología y pruebas de VPH) y la reducción del número de parejas sexuales como medidas complementarias para la reducción del riesgo.

-Desarrollar programas educativos específicos para diferentes niveles de instrucción considerando la ocupación para la difusión de información; dado que la docencia y las amas de casa constituyen una parte importante de la muestra.

-Continuar investigando y monitoreando el conocimiento y las prácticas preventivas en aras de garantizar la efectividad de las intervenciones, es importante realizar estudios periódicos que permitan monitorear los niveles de conocimiento.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez P, Torres M. determinantes sociales de la salud y prevención de enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de una institución educativa, lima - 2021. Universidad Autónoma de Ica; 2021.
2. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable [Internet]. Who.int. [citado el 21 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
3. González M, González M. Manual de Microbiología Médica. Universidad de Carabobo; 2011
4. Mendoza L, Urdaneta J, Silva C, Maggiolo I, Baabel N, Mejía R. Virus de papiloma humano y lesión intraepitelial cervical en adolescentes embarazadas. Revista Digital de Postgrado [Internet]. [citado el 18 de febrero de 2024];11(1). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/1012349003/>
5. Jara, S. Nivel de conocimiento sobre el virus del papiloma humano y conductas de riesgo para contraer la enfermedad en mujeres que acuden al consultorio externo de ginecología de los centros asistenciales de nivel I de MINSA Y ESSALUD 2018. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
6. Rosas D. Conocimientos sobre el virus del papiloma humano en mujeres atendidas en consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2020. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020.
7. Galvez, A. Conocimientos y prácticas preventivas sobre la infección por Virus del Papiloma Humano en mujeres de 20 a 25 años de edad. Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión, 2020. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
8. Núñez J, Romano A, Medina M, Cardozo R. Suggestive changes of human papillomavirus infection in students at a public university. Actual Medica [Internet]. 2021 [citado el 18 de febrero de 2024]; 106(106(812)):30–7. Disponible en: https://actualidadmedica.es/articulo/812_or04/
9. Rivera C, Torrejon Y, Quispe T, La Torre D. Nivel de Conocimiento Sobre Infección por Virus del Papiloma Humano en Adolescentes Atendidas en el Centro de Salud Las Pirias - Jaén, 2021. Universidad Nacional de Jaén; 2022.
10. Franco K. Conocimiento sobre infección por VPH en pacientes de 15-19 años en la UMF No. 1, Aguascalientes. 2022 [citado el 22 de febrero de 2023]; Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2258>
11. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6a ed. México DF: McGraw-Hill Education; 2014.



12. Ortunio M, Guevara H, Herrera E, Jiménez K, Cardozo R, Sánchez K. Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009 Sep. [citado 2024 Feb 20]; 69 (3): 179-185. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300006&lng=es
13. CNO-11 [Internet]. Enclaveformacion.com. [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://enclaveformacion.com/cno-11/>
14. Hernández T, González V, Ozal N, González M. Infección genital por el virus de papiloma humano: Grado de información que poseen las pacientes. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2016 Sep [citado 2025 Jul 25] ; 76(3): 248-259. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400004&lng=es
15. Salazar LD, Cantuñi V del P. Conductas de riesgos y conocimiento del virus de papiloma humano (VPH). Salud Cienc Tecnol. 2023; 3:309. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023309>
16. Medina I, Gallegos R, Cervera M, Cob-Tejeda R, Jiménez J, Ibarra O. Conocimiento del virus del papiloma humano y su vacuna por parte de mujeres de una zona rural de Querétaro, México. Enferm Actual Costa Rica [Internet]. 2016 [citado el 22 de noviembre de 2024];(32). Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/6534645b9e09322c1a9d66da55d782d26a03cc74>
17. Pérez Pérez Y. Virus del Papiloma Humano y Barreras Percibidas para el Uso del Condón en Universitarios Indígenas: Estudio Mixto [Tesis de Maestría en Enfermería]. Puebla, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020 [consultado 25 Jul 2025]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/10803/275955/1/PAM_TESIS.pdf
18. Contreras-González R., Magaly-Santana A., Jiménez-Torres E., Gallegos-Torres R., Xequé-Morales Á., Palomé-Vega G. et al . Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2025 Jul 25]; 14(2): 104-110. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632017000200104&lng=es

Consejo de Derechos Humanos

59° período de sesiones

16 de junio –11 de julio de 2025

Tema 4 del programa

**Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del
Alto Comisionado y del Secretario General**

Situaciones de derechos humanos que requieren la atención del Consejo

Situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela

Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos^{*, **, *}**

Resumen

De conformidad con la resolución 57/36 del Consejo de Derechos Humanos, el presente informe se centra en los acontecimientos más recientes relacionados con los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho a un medio ambiente sano, el estado de derecho, la rendición de cuentas y el espacio cívico, así como el nivel de implementación de las recomendaciones previamente formuladas a la República Bolivariana de Venezuela.

* The summary of the report is being circulated in all official languages. The report itself, which is annexed to the summary, is being circulated in the language of submission and Spanish only.

** The present report was submitted after the deadline in order to reflect recent developments.

*** The Appendix to the present document is reproduced as received, in the language of submission only.

I. Introducción y metodología

1. Este informe se presenta de conformidad con la resolución 57/36 del Consejo de Derechos Humanos, en la que el Consejo solicitó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que presentara un informe exhaustivo sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela (Venezuela) que contuviera una evaluación detallada de la aplicación de las recomendaciones formuladas en informes anteriores y que lo presentara al Consejo en su 59º periodo de sesiones.
2. El presente informe abarca el período comprendido entre el 1 de mayo de 2024 y el 30 de abril de 2025 y se centra en los últimos acontecimientos relacionados con los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho a un medio ambiente sano, saludable y sostenible, el espacio cívico y el estado de derecho, adoptando al mismo tiempo una perspectiva de género y un enfoque interseccional. El informe se basa en información recopilada y analizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), en particular mediante entrevistas con víctimas y testigos y reuniones con funcionarios del gobierno y organizaciones de la sociedad civil.
3. Las conclusiones del presente informe se basan en el análisis de la información recopilada y corroborada de conformidad con la metodología del ACNUDH, el cual actuó con la debida diligencia para evaluar la credibilidad y fiabilidad de las fuentes y cotejó la información recopilada. Solicitó el consentimiento informado de las personas entrevistadas y adoptó las medidas adecuadas para proteger su identidad y garantizar la confidencialidad. El ACNUDH evaluó la información recopilada y la legislación nacional a la luz de las normas internacionales de derechos humanos.
4. El ACNUDH tomó nota de los esfuerzos realizados para la aplicación de algunas recomendaciones emitidas anteriormente. El siguiente informe hace hincapié en los vacíos y prioridades en consonancia con estas recomendaciones.
5. Desde febrero de 2024, cuando el Gobierno suspendió la aplicación de la Carta de Entendimiento firmada con el ACNUDH, solicitando a su personal que abandonara Venezuela, el ACNUDH ha mantenido un diálogo permanente con las autoridades, con miras a restablecer su presencia en el país para desempeñar plenamente su mandato, de conformidad con la Carta de Entendimiento. En noviembre de 2024, el Gobierno acordó reanudar su cooperación con el ACNUDH con efecto inmediato, en virtud de la Carta de Entendimiento. Sin embargo, a la fecha de redacción de este informe, sólo un miembro del personal internacional permanece en el país, y el resto del personal internacional asignado a este equipo realiza su trabajo a distancia. A pesar de las garantías dadas por las autoridades en varias ocasiones de que se permitiría el regreso de más personal, y tras una serie de solicitudes presentadas oficialmente por el ACNUDH a este respecto, en el momento de redactar el presente informe no se han concedido visados adicionales para el pleno regreso del personal. El ACNUDH sigue comprometido con continuar su cooperación con Venezuela, sobre la base de un marco claro. Lamentablemente, la cooperación del Gobierno sigue estancada, aún no se ha acordado un nuevo marco para las futuras operaciones en el país.

II. Derechos económicos, sociales, y culturales

6. Durante el periodo que abarca este informe, las personas en el país continuaron enfrentando importantes desafíos para acceder a servicios de salud, a un trabajo decente

y a un nivel de vida adecuado. El Gobierno ha mantenido programas sociales para superar estos retos, incluyendo la provisión de vivienda. Estos esfuerzos han sido obstaculizados por un nuevo aumento de la inflación, la inminencia de sanciones sectoriales y el cumplimiento excesivo de sanciones anteriores. La ausencia de datos financieros públicos sobre las sanciones impide una evaluación exhaustiva de su impacto sobre los derechos humanos de la población en Venezuela.

7. Las restricciones de las Licencias Generales 41A y B del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, anunciadas en marzo de 2025, en combinación con los aranceles recíprocos y secundarios sobre las exportaciones venezolanas, redujeron aún más la disponibilidad de recursos económicos y financieros públicos para prestar servicios básicos a la población,¹ lo cual afecta desproporcionadamente a los segmentos más pobres.
8. La suspensión del financiamiento en materia humanitaria por parte de algunos donantes extranjeros exacerbó los problemas de acceso de la población venezolana a la salud, alimentos y educación, entre otras necesidades.
9. El 3 de diciembre de 2024, la Asamblea Nacional aprobó en primera lectura el proyecto de Ley de Presupuesto Nacional 2025. Según declaraciones oficiales, el 77,6% de los recursos asignados se destinaron a cubrir programas y proyectos de inversión y desarrollo social, incluyendo proyectos en materia de infraestructura, educación, salud, vivienda, seguridad, entre otros. El ACNUDH observa que el proyecto de ley no ha sido publicado, y que el presupuesto nacional no se ha hecho público desde 2017.
10. Los cortes eléctricos y la escasez en el suministro de agua potable fueron recurrentes en todo el país, siendo, según la información recibida, los estados de Zulia, Mérida y Falcón los más afectados.² Entre mayo de 2024 y enero de 2025, el promedio de horas sin electricidad fue de 14,15 horas al día, y el promedio de fallas fue de 47.812 por mes. El alcance de las carencias y los recortes repercute en el bienestar económico, físico y mental de las personas, afectando de forma desproporcionada a las personas de rentas más bajas.
11. A partir de septiembre de 2024 las escuelas reanudaron sus operaciones en todo el país, con más de 6 millones de estudiantes matriculados en los distintos niveles, según cifras del Ministerio de Educación³. Las autoridades venezolanas anunciaron la remodelación de unas 2.000 instalaciones escolares y esfuerzos para garantizar el retorno a un calendario escolar estandarizado. En 2024, la asistencia escolar siguió siendo un reto, ya que se estima que la asistencia irregular en el nivel básico era del 48 por ciento debido, entre

¹ The Impact of the New US Oil Tariffs on Venezuela - Center on Global Energy Policy at Columbia University SIPA | CGEP %

² Información recopilada de los reportes mensuales del *Monitor de Servicios Básicos* para el periodo del informe, publicados por el Centro de Divulgación del Conocimiento Económico, A.C.

³ Ministerio del Poder Popular para la Educación MPPE 27 de noviembre de 2024.

otros factores, a la ausencia de profesores, la suspensión de clases y la falta de recursos económicos para el alumnado⁴

12. Las universidades continuaron enfrentándose a retos para salvaguardar su libertad académica, lo que afecta el derecho a la educación y el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones. Según se informa, las universidades recibieron el cuatro por ciento de los presupuestos que solicitaron, lo que afectó en parte al pago de salarios. Las elecciones de los consejos directivos de la Universidad de los Andes y la Universidad de Carabobo siguieron suspendidas.⁵ También se denunciaron actos de intimidación y acoso por parte de diversos agentes, incluidos funcionarios del Estado, contra estudiantes y personal tras las elecciones presidenciales.

A. Derecho al trabajo, condiciones laborales justas y favorables y seguridad social

13. El 1 de mayo de 2024, el «ingreso mínimo integral», una transferencia directa mensual en efectivo aumentó de 60USD a 90USD mensuales por trabajador. Sin embargo, este monto, combinado con el salario mínimo legal (actualmente 130 bolívares mensuales)⁶ sin cambios desde marzo de 2022, y el bono de alimentación (40USD mensuales por trabajador), fueron considerados insuficientes para cubrir las necesidades de la canasta alimentaria, que se estima supera los 526USD para una familia de cinco miembros.⁷ Las demandas por mejores condiciones laborales y salarios dignos continuaron siendo una fuente importante de protestas en Venezuela, con 604 protestas registradas entre mayo de 2024 y enero de 2025.⁸
14. El 29 de mayo de 2024, las autoridades anunciaron la creación del Ministerio del Poder Popular para los Adultos y Adultas Mayores, Abuelos y Abuelas de la Patria para facilitar la implementación de políticas públicas y medidas para garantizar una vida digna a las personas adultas mayores.
15. El ACNUDH recibió alegaciones de suspensión de salarios de personal docente y despidos de trabajadores públicos sin notificación formal y, en la mayoría de los casos, sin indemnización. El ACNUDH recibió denuncias y documentó los casos de cinco profesores a quienes se les han suspendido los salarios, incluso como represalia por protestar por las condiciones de trabajo y exigir un salario digno.
16. El 17 de marzo de 2025, el Consejo de Administración de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) instó al gobierno a acelerar la implementación de los compromisos asumidos en relación con las recomendaciones de la Comisión de Encuesta de 2019, relativas al Convenio sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos (núm. 26); al

⁴ Diagnóstico Comunitario HumVenezuela 2024, p10

⁵ A/HRC/56/63 parra 44

⁶ Aproximadamente 1.50 USD, según el cambio de divisas del 29 de abril de 2025.

⁷ <https://diarioelnacionalista.com/2025/04/21/el-costo-de-la-canasta-alimentaria-en-venezuela-se-ubico-en-52683-dolares/>.

⁸ Estimaciones extraídas por el *Observatorio Venezolano de Conflictividad Social*

Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (núm. 87) y al Convenio sobre la consulta tripartita (núm. 144). El Consejo de Administración también pidió medidas inmediatas para facilitar la presencia del asesor especial de la OIT sobre diálogo social en el país e invitó al gobierno a convocar el quinto Foro de Diálogo Social a la mayor brevedad.⁹

B. Derecho a la salud

17. Las personas en todo el país han denunciado la falta de medicamentos y equipos esenciales en los centros sanitarios públicos. Las sanciones sectoriales y su cumplimiento excesivo, junto con la disminución del financiamiento en materia humanitaria de donantes internacionales clave, exacerbaron estos problemas. Pacientes en espera de trasplantes denunciaron la falta de medicamentos inmunosupresores vitales en las farmacias del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, y su alto coste en las farmacias comerciales. A pesar del Programa nacional de fibrosis quística del Ministerio de Salud, pacientes de fibrosis quística y sus familiares han denunciado que el apoyo del Estado para acceder a parte del tratamiento finalizó en mayo de 2024.
18. Algunos hospitales y clínicas en el país informaron de una menor disponibilidad de material médico. Según las estimaciones, entre enero y julio de 2024, el 91 por ciento de los hospitales encuestados pidieron a los pacientes que trajeran suministros para ingresar en los quirófanos.¹⁰ La falta de información pública impidió una evaluación completa de la escala y gravedad de la preocupación, incluido el impacto en la tasa de mortalidad.
19. El Ministerio de Salud, con el apoyo de las Naciones Unidas, ha continuado sus esfuerzos para fortalecer la educación sobre salud sexual y reproductiva. Esto incluyó la publicación de la primera Directriz técnica para la atención en salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, así como esfuerzos para ampliar el alcance del programa de Educación Sexual Integral, incluso a través de consultas con las comunidades indígenas.
20. La realización de los derechos sexuales y reproductivos continuó enfrentando importantes retos. Las estimaciones indicaron que al menos el 40 por ciento de las mujeres y adolescentes en edad reproductiva no utilizan métodos anticonceptivos.¹¹ Factores que influyen en esta situación son variados. El costo de los métodos anticonceptivos ha oscilado entre 2 y 23 USD, lo que los hace inaccesibles para las mujeres y adolescentes de hogares de bajos ingresos. Otros factores incluyen la falta de conocimiento y educación sobre salud sexual y reproductiva. Según se informa, el 53 por ciento de las mujeres, y adolescentes sufrieron violencia obstétrica en Venezuela al momento del parto, lo que afectó de forma desproporcionada a las que procedían de hogares de bajos ingresos.

⁹ GB.353/INS/8(Rev.1)/ Decision del 17 de marzo del 2025

¹⁰ *Encuesta Nacional de Hospitales (2025) Informe de mitad de año 2024*, p7

¹¹ Instituto Prensa y Sociedad and Red de Mujeres Constructoras de Paz *El alto precio de la desigualdad: Mujeres de estratos bajos tienen mayores barreras para acceder a salud sexual y reproductivo- 2024*

21. La legislación sobre el aborto sigue siendo restrictiva, e incluso penaliza el aborto en caso de violación, incesto o malformación grave del feto, a pesar de las recomendaciones formuladas anteriormente por los mecanismos de derechos humanos, así como por el ACNUDH.¹² El aborto seguro y la atención postaborto también continúan siendo limitados, causando daños irreversibles en algunos casos y poniendo en peligro la vida de las mujeres y las adolescentes.
22. Las autoridades realizaron esfuerzos para apoyar iniciativas inclusivas de salud, entre otras cosas, mediante el mantenimiento de programas comunitarios para el diagnóstico y el tratamiento de base comunitaria en zonas indígenas de los estados de Bolívar, Amazonas, Sucre y Delta Amacuro. A pesar de estos esfuerzos, el ACNUDH recibió información indicando que los problemas de salud para los pueblos indígenas continuaron, en particular por una mayor exposición a la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA. La falta de medicamentos y suministros médicos, así como la ausencia de rutas y transporte, pusieron aún más a prueba las capacidades locales para responder eficazmente a los brotes.
23. El ACNUDH recibió informes preocupantes sobre la morbilidad y la mortalidad maternas en los territorios indígenas Ye'kwana y Sanemá. Al parecer, sólo se dispone de tres médicos por cada 7.448 habitantes, y los 20 centros de salud comunitarios del territorio carecen de medicamentos, material básico y equipos, incluidos los de diagnóstico. Pacientes también han denunciado el difícil acceso a los servicios de urgencias, que suelen encontrarse a cientos de kilómetros de distancia, sin transporte disponible.

III. Derecho a un ambiente limpio, sano y sostenible

24. El periodo examinado estuvo marcado por importantes desafíos en relación con el derecho a un medio ambiente limpio, sano y sostenible, como la pérdida del último glaciar de Venezuela., La Corona, pese a los esfuerzos sostenidos para su preservación. En 2024, el Ministerio del Poder Popular para el Ecosocialismo desarrolló el Plan Nacional de Reforestación 2024 y la Estrategia Nacional de Conservación de la Biodiversidad, dirigidos a detener la degradación ambiental.
25. Las organizaciones de la sociedad civil han denunciado opacidad en las políticas y acciones gubernamentales de conservación, así como amenazas y hostigamiento contra las personas defensoras de derechos ambientales, tanto por parte de actores estatales como no estatales. El ACNUDH insta a las autoridades a tomar medidas para garantizar el acceso a la información y la participación significativa en la toma de decisiones ambientales, así como adoptar medidas para proteger de manera eficaz a personas

¹²A/HRC/53/54 parra 74(d), A/HRC/56/63 parra 80(f), A/HRC/48/19 parra 67(1); CEDAW/C/VEN/CO/9 parra 38(a)

defensoras del medio ambiente, incluso mediante la ratificación del Acuerdo de Escazú, tal como indicó en recomendaciones anteriores.¹³

26. En septiembre de 2024, se anunció la creación de grupos técnicos de trabajo del Ministerio de Ecosocialismo con la empresa petrolera estatal, Petróleos de Venezuela S.A. El grupo deberá evaluar las acciones para controlar y atender los derrames petroleros. Este es un paso importante en línea con las recomendaciones formuladas previamente por el ACNUDH. Sin embargo, los derrames de petróleo continuaron durante el período que abarca el informe, incluso en el Lago de Maracaibo, donde el ACNUDH corroboró por imágenes satelitales rastros de petróleo que cubrían un área de 2198,47 km².
27. Las comunidades pesqueras del estado de Falcón han denunciado la contaminación del agua y del ecosistema marino local por vertidos de petróleo supuestamente causados por un oleoducto cercano dañado. Esto ha afectado a la seguridad alimentaria y a los medios de vida en general de estas comunidades. El ACNUDH pudo corroborar los rastros de petróleo en Golfo Triste, que abarcan 195 km².

IV. Derechos de los Pueblos Indígenas

28. Durante su examen periódico de Venezuela en agosto de 2024, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) destacó la falta de un censo de población actualizado desde 2011. Observó que la ausencia de datos desglosados y de indicadores socioeconómicos impedía su evaluación de la realización y el disfrute de los derechos contenidos en la Convención por parte de los Pueblos Indígenas y afrodescendientes, así como de otros grupos en Venezuela.¹⁴
29. El ACNUDH continuó observando la falta de implementación del proceso de demarcación de los territorios de los Pueblos Indígenas, a pesar de recomendaciones anteriores.¹⁵ Las autoridades Indígenas Pemón informaron que no se había expedido ningún título para la mayor parte de su territorio a pesar de su solicitud a la Comisión Nacional de Demarcación del Hábitat y Tierras de los Pueblos y Comunidades Indígenas en 2011. Del mismo modo, los Pueblos Indígenas Ye'kwana y Sanemá de la cuenca del río Caura informaron haber presentado su solicitud de titulación colectiva de tierras en 2002, la cual no presenta avances desde 2006.
30. El ACNUDH observó que la falta de demarcación de los territorios de los Pueblos Indígenas contribuyó a permitir actividades mineras ilegales, así como la presencia de

¹³ A/HRC/48/19 Para 67(k)

¹⁴ CERD/C/VEN/CO22-24, paras. 8-9

¹⁵ A/HRC/44/54 Para 71(s), A/HRC/53/54 Para 73(a), A/HRC/48/19 Para 66(i)

grupos armados no estatales u organizaciones delictivas. Continuaron las alegaciones de desplazamientos forzosos de comunidades indígenas, así como de enfrentamientos entre Pueblos Indígenas y personas que se asentaban en las minas, y de degradación ambiental y contaminación del agua.

31. El ACNUDH recibió denuncias de que continuaban las actividades mineras ilegales en los territorios indígenas del estado de Amazonas, incluido el Parque Nacional Yapacana, a pesar de haber sido declarado «libre de minería» en 2023, tras operaciones militares. Según se informa, la extracción ilegal de oro en territorios Ye'kwana de Amazonas provocó violentos enfrentamientos entre las comunidades indígenas y personas relacionadas con las minas. El 4 de septiembre de 2024, un guardián territorial Indígena Ye'kwana y defensor del medio ambiente murió a causa de las heridas sufridas tras ser atacado por individuos no identificados. El ACNUDH expresa su preocupación por el retraso en las investigaciones de los asesinatos y otras violaciones contra los Pueblos Indígenas denunciados anteriormente.¹⁶
32. El ACNUDH tomó nota de los esfuerzos realizados por las autoridades judiciales en algunos territorios para hacer frente a los problemas de coordinación y al conflicto de competencias entre el sistema de justicia ordinario y el sistema de justicia indígena. Este es un paso importante, alineado con las recomendaciones formuladas por el CERD,¹⁷ para garantizar el acceso a la justicia y el derecho a la libre determinación. Persistieron desafíos, incluido la asignación de fondos para los tribunales Indígenas, que impiden la plena implementación de estos esfuerzos y la realización de los derechos de los Pueblos Indígenas.

V. Espacio cívico y democrático

33. Durante el período que abarca el informe, el ACNUDH observó un aumento de las restricciones del espacio cívico, incluida la criminalización y la detención arbitraria de voces consideradas disidentes, como manifestantes y personas que observaban las protestas, así como de 58 miembros de la oposición. Enrique Márquez, candidato presidencial que cuestionó la decisión de la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia que confirmó los resultados de las elecciones, fue detenido arbitrariamente y desaparecido forzosamente desde enero de 2025. El ACNUDH documentó la detención arbitraria de 10 periodistas, ocho personas defensoras de derechos humanos y seis personas trabajadoras humanitarias, así como otras limitaciones de las libertades de expresión y opinión. En agosto de 2024, las autoridades reactivaron la Operación Tun Tun, una serie de redadas para detener a presuntos manifestantes y disidentes.
34. En vista de los controvertidos resultados electorales de las elecciones presidenciales del 28 de julio de 2024, el Secretario General de las Naciones Unidas hizo un llamado para

¹⁶ A/HRC/50/59 Para 9, A/HRC/53/54 Para 29; A/HRC/56/63 para 31, 75

¹⁷ CERD/VEN/CO/22-24, párras 36-37

que las disputas electorales se resolvieran pacíficamente, con total transparencia, y alentó la publicación oportuna de los resultados electorales y un desglose por colegios electorales.¹⁸

35. Desde el 29 de julio de 2024, al menos 75 hombres y 41 mujeres, incluidas personas defensoras de derechos humanos, periodistas, sindicalistas y dirigentes sindicales, así como testigos de mesa y miembros de partidos de la oposición, se sintieron obligadas a abandonar el país, o a esconderse, por temor a sufrir persecución. Estas personas denunciaron represalias, tal como intimidaciones por parte de diversas autoridades a sus familiares en Venezuela.
36. Entre mayo y julio de 2024, previo a las elecciones presidenciales, el ACNUDH recibió alegaciones de represalias contra personas que tenían vínculos directos o indirectos con la campaña electoral de partidos de la oposición, incluidas 99 de acoso e intimidación, 64 de vigilancia y amenazas, incluidas de muerte, y 30 de cierres ilegales de negocios o confiscación de bienes, entre otras. En este mismo período, el ACNUDH verificó 27 casos de detenciones arbitrarias, bajo cargos de terrorismo, asociación para delinquir, incitación al odio y conspiración de miembros de la oposición, simpatizantes y proveedores de servicios a las campañas de partidos de la oposición.
37. Tanto antes como el día de la votación, el ACNUDH recibió información sobre la limitada disponibilidad y adecuación de la información y los materiales en lenguajes inclusivos para personas con discapacidad visual o auditiva, o en lenguas indígenas. El ACNUDH recuerda que los Estados están obligados a adoptar todas las medidas necesarias para garantizar que todos los ciudadanos tengan el derecho efectivo a participar en pie de igualdad en los asuntos públicos, y a eliminar las leyes, reglamentos y prácticas que discriminen directa o indirectamente a la ciudadanía en este derecho.
38. Según se informa, la retórica sexista y contraria a las personas LGBTQ+ en los medios de comunicación públicos se utilizó por funcionarios del Estado, incluso de altos rangos, para desacreditar a simpatizantes y miembros de partidos contrarios. El discurso de odio contra las mujeres, las personas LGBTQ+ u otros grupos contribuye a erosionar el derecho a participar en los asuntos públicos sin discriminación.
39. Ante el anuncio de elecciones parlamentarias y regionales para el mes de mayo de 2025, el ACNUDH observó que el Consejo Nacional Electoral (CNE) aún no había divulgado el calendario electoral y de campaña ni las circunscripciones de votación. El ACNUDH también observó que no se han establecido garantías para asegurar la paridad en los procesos de nominación y selección para los cargos de toma de decisiones en estos niveles.¹⁹

¹⁸ Venezuela: Guterres calls for ‘complete transparency’ following disputed presidential election 29 July 2024

¹⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) Recomendación general n40, párra 26(e)

40. Entre el 29 y el 30 de julio de 2024, inmediatamente después de las elecciones, se produjeron protestas a lo largo del país. Aunque la mayoría de estas protestas fueron pacíficas, se reportaron casos de violencia en ciertas partes del país. Una organización de la sociedad civil informó de 915 protestas ciudadanas en todo el país entre esas fechas, 138 de las cuales fueron reprimidas por la seguridad del Estado, en coordinación con grupos civiles armados, partidarios del partido gobernante (colectivos).²⁰ En el contexto de las protestas postelectorales, el ACNUDH recibió informes sobre el uso desproporcionado de la fuerza por parte de las fuerzas del orden, junto con la violencia ejercida por los colectivos. Los datos oficiales refieren 28 muertes en el contexto de las protestas, la mayoría manifestantes y dos Guardias Nacionales Bolivarianos. Se ha señalado el uso de gases lacrimógenos y disparos de advertencia por parte de las fuerzas de seguridad del Estado (tanto policiales como militares). El ACNUDH recuerda su recomendación anterior de evitar el uso desproporcionado de la fuerza durante las protestas.²¹
41. Tras las elecciones presidenciales, funcionarios públicos, incluidos de las fuerzas de seguridad, difundieron vídeos, fotos y datos personales de personas detenidas en las redes sociales, incluso de adolescentes, exacerbando el temor entre la población general. Las autoridades promovieron la utilización de una aplicación móvil específica para facilitar las denuncias de personas consideradas «fascistas» o «terroristas» por su presunta implicación en protestas. Agentes de las fuerzas de seguridad llevaron a cabo operaciones de detención y registro en las que inspeccionaban arbitrariamente los teléfonos en busca de cualquier indicio de vínculos con la oposición o de presunta participación en protestas. Al parecer, esto dio lugar a extorsiones bajo amenaza de detención, así como a detenciones.
42. El 15 de agosto de 2024, las autoridades anunciaron la detención de más de 2.400 personas bajo cargos de terrorismo y por intentar desestabilizar el país en las protestas postelectorales. Estas detenciones incluían mujeres, personas indígenas, adolescentes y personas con discapacidad. A pesar de la liberación condicional escalonada de algunas personas detenidas, desde septiembre de 2024, estas detenciones tuvieron un efecto amedrentador general sobre otras personas, contribuyendo a restringir el derecho a la libertad de reunión y la libertad de expresión.
43. Preocupa al ACNUDH que, a pesar de las recomendaciones de no aprobarla en su forma actual, la Ley de Fiscalización, Regularización, Actuación y Financiamiento de las Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones Sociales sin Fines de Lucro (Ley de ONG) entró en vigor en noviembre de 2024.²² La aprobación acelerada, el 28 de noviembre de 2024, de la Ley Orgánica del Libertador Simón Bolívar contra el Bloqueo

²⁰ Comunicado del *Observatorio Venezolano de Conflictividad Social* del 9 de agosto 2024, consultado el 5 de febrero 2025

²¹ A/HRC/41/18 parra 81(h)

²² A/HRC/53/54 parra 69

Imperialista y en Defensa de la República Bolivariana de Venezuela, así como la reintroducción en la agenda legislativa de 2025 de la Ley de Cooperación Internacional, también agravaron las preocupaciones sobre el riesgo de aplicación arbitraria como resultado de las amplias y vagas definiciones contenidas en esta legislación.

44. En virtud de la Ley de ONG, las organizaciones no gubernamentales que operan en Venezuela deben inscribirse en el Registro Nacional de Organizaciones No Gubernamentales. Esto se suma a otros procesos burocráticos impuestos anteriormente a las organizaciones de la sociedad civil. Muchas organizaciones denunciaron la falta de claridad en cuanto a los procedimientos y su preocupación por la percepción de una aplicación arbitraria de la ley, incluyendo la solicitud de tarifas y otros requisitos no estipulados en la ley.
45. El 30 de marzo de 2025, la Gaceta Oficial publicó las medidas adoptadas por la Superintendencia de las Instituciones del Sector Bancario de Venezuela en relación con la supervisión de las ONG y la adición de requisitos administrativos onerosos para la sociedad civil, así como ejercer un mayor control sobre la financiación y el gasto de las organizaciones no gubernamentales. Esto podría resultar en el cierre de las cuentas de las organizaciones que no puedan cumplir. Tales medidas administrativas contravienen las recomendaciones formuladas por el Grupo de Acción Financiera del Caribe en su revisión de Venezuela.²³
46. Según se informa, algunas organizaciones no gubernamentales venezolanas han cesado sus actividades en medio de denuncias de vigilancia, persecución y actos de represalias, incluidas detenciones selectivas. El cierre o suspensión de estas organizaciones contribuyó a deteriorar aún más el espacio cívico y democrático, y la protección de las poblaciones marginadas.
47. El 13 de agosto de 2024, las autoridades venezolanas anunciaron la creación de una Comisión Nacional e Internacional contra el Fascismo, el Odio y la Violencia, al tiempo que reiniciaron el debate sobre el proyecto de ley contra el fascismo, el neofascismo y expresiones similares. A pesar del aplazamiento de la discusión del proyecto de ley, al ACNUDH le preocupa que haya contribuido a restringir el espacio cívico, exacerbando las preocupaciones en cuanto a su potencial aplicación arbitraria para limitar la libertad de expresión y opinión, en particular de las voces percibidas como opositoras o disidentes.
48. El 4 de octubre de 2024, la Corte de Apelaciones confirmó la condena a 16 años de prisión, bajo medida sustitutiva a la privación de libertad, contra seis sindicalistas liberados condicionalmente en diciembre de 2023, tras su detención en julio de 2022, en virtud de la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, acusados de conspiración y asociación para delinquir, a pesar de los llamamientos para su liberación plena.²⁴

²³ A/HRC/53/54 parra 70; A/HRC/56/63 parra 49

²⁴ A/HRC/53/54 parra 15, A/HRC/56/63 parra 35

49. Tanto antes como durante las elecciones presidenciales, el ACNUDH observó restricciones indebidas al derecho a la libertad de expresión y otras violaciones de derechos humanos. Esto incluyó nuevos cierres de emisoras de radio, detenciones y desapariciones forzadas de periodistas y trabajadores de los medios de comunicación, o la restricción del acceso a sitios web. Una organización de la sociedad civil denunció el bloqueo de más de 60 sitios web durante el segundo semestre de 2024. Según se informa, durante este periodo también se bloquearon aplicaciones de redes sociales como X y Signal, así como redes privadas virtuales, sin que mediara orden judicial.
50. Autoridades, organizaciones de la sociedad civil y personas usuarias denunciaron incidentes de pirateo de sitios web aparentemente para atizar las tensiones políticas durante las elecciones presidenciales y después de ellas. Se utilizaron plataformas en línea y redes sociales para intimidar, estigmatizar y permitir la detención de personas presuntamente disidentes, por ejemplo, mediante tácticas de *phishing*, sembrando el miedo entre personas usuarias.
51. El 6 de agosto de 2024, el presidente de la República Bolivariana de Venezuela declaró que la Comisión Nacional de Telecomunicaciones iniciaría una investigación sobre la circulación de mensajes de «odio» contra la presidencia y su partido en WhatsApp. El anuncio de esta investigación exacerbó los temores y la autocensura. El ACNUDH reitera sus recomendaciones, y hace eco de las preocupaciones expresadas por el CERD, en el sentido de que la legislación relativa al odio y la coexistencia pacífica carece de precisión en su definición de lo que constituye incitación al odio, y que no debe utilizarse para limitar la libertad de expresión.²⁵
52. Desde el 29 de julio de 2024, el ACNUDH confirmó la cancelación arbitraria de los pasaportes de 19 personas defensoras de derechos humanos, ocho figuras políticas de la oposición, cuatro periodistas y un trabajador humanitario. En 16 de estos casos se trataba de mujeres. Un defensor de derechos humanos, Yendri Velásquez, fue detenido arbitrariamente cuando viajaba para participar en la consideración del examen periódico de Venezuela por el CERD. El ACNUDH se une al llamado del CERD para que se tomen medidas que garanticen que personas defensoras de derechos humanos y líderes de la sociedad civil no sean objeto de restricciones arbitrarias que les impidan asistir y participar en reuniones y actividades organizadas por los mecanismos internacionales de derechos humanos²⁶, recordando que los estados tienen una obligación de prevenir y poner fin a las represalias en contra de las personas que cooperan con las Naciones Unidas y sus mecanismos de derechos humanos.

VI. Estado de derecho y rendición de cuentas

²⁵ CERD/C/VEN/CO/22-24 parra 13

²⁶ CERD/C/VEN/CO/22-24 parra 7(b)

53. El 15 de diciembre de 2024 se eligieron 28.374 jueces comunales tras una reforma de la Ley Orgánica de la Jurisdicción Especial de Justicia de Paz Comunal, que sustituye la administración del sistema de justicia a nivel comunitario, en 4.840 circuitos, incluidas 353 comunidades indígenas.
54. Tras las elecciones presidenciales, el ACNUDH observó un aumento de violaciones de los derechos a la vida y a la integridad personal, a la libertad y a la seguridad, así como del derecho a un juicio justo y al debido proceso. El monitoreo indicó desafíos para las víctimas que buscan justicia y reparación, junto con el temor a represalias que contribuyó a la falta de denuncias de estos casos.

A. Administración de la justicia y derecho al debido proceso

55. El 31 de octubre de 2024 tuvo lugar el proceso de postulación de los representantes de los órganos que constituyen el Poder Civil de Venezuela, a saber, el Fiscal General, el Defensor del Pueblo y el Contralor General. Una fiscal, que había presentado su candidatura para el cargo de Fiscal General, se enfrentó a un procedimiento disciplinario, que resultó en su destitución por motivos que incluían su participación en el proceso de nominación. Al ACNUDH le preocupa que esto pueda constituir un acto de represalia contra la fiscal, y que se ponga de relieve la falta de imparcialidad del proceso disciplinario.
56. Todas las personas detenidas vinculadas al contexto electoral fueron acusadas de delitos de terrorismo y otros cargos conexos. El ACNUDH observó con preocupación el aumento de la aplicación de la legislación antiterrorista, que contiene delitos que no se ajustan al principio de legalidad y seguridad jurídica, y el uso generalizado de tribunales especiales contra el terrorismo, incluso para adolescentes.
57. La mayoría de las personas detenidas por delitos relacionados con el terrorismo fueron sometidas a audiencias virtuales que no cumplían las normas internacionales sobre el derecho a un juicio justo, y de sistemas de comunicación defectuosos que afectaban negativamente al derecho a la defensa.²⁷ Tras las elecciones presidenciales, el ACNUDH recibió información sobre 278 casos enjuiciados en el marco de los Tribunales especiales con competencia en casos vinculados con delitos asociados al Terrorismo, en los que no se permitía a los acusados designar al abogado de su elección y se les imponía una defensa pública. Esta última proporcionaba escasa información a los acusados y a sus familiares. El ACNUDH había expresado anteriormente su preocupación por la incompatibilidad de los procedimientos llevados a cabo por estos tribunales con los derechos a un juicio justo y a la defensa.²⁸

²⁷ A/79/296 parra 42

²⁸ A/HRC/56/63, parra. 64; A/HRC/44/54, parra. 14.

B. Detención y derecho a la libertad y seguridad de una persona

58. Las autoridades anunciaron la liberación condicional y por fases de 2.006 personas, tras su detención después de las elecciones presidenciales. La sociedad civil corroboró 1.500 de estas liberaciones, incluyendo 191 mujeres y 173 adolescentes. Las personas liberadas y sus familiares fueron, según se informó, obligadas a firmar un compromiso de mantener el secreto sobre sus casos y se les solicitó presentarse ante los tribunales en Caracas, a pesar de vivir en otros estados, lo que implica una mayor presión sobre la economía familiar para trasladarse.
59. El ACNUDH recibió información sobre la detención y desaparición forzada de 28 personas de ciudadanía extranjera de al menos 13 países, incluida una mujer, tres de las cuales han sido liberadas. Hasta la fecha, a ninguna se les ha concedido acceso a servicios consulares.²⁹
60. Los centros de detención del Estado, Máxima Seguridad del Área Metropolitana de Caracas I y II (conocidos como Helicoide y Boleíta respectivamente) presuntamente habrían cambiado su administración, del Ministerio para el Servicio Penitenciario al Servicio Bolivariano de Inteligencia Nacional (SEBIN) y a la Dirección General de Contrainteligencia Militar (DGCIM) respectivamente, a pesar de un decreto de 2021 para transferir la custodia de las personas privadas de libertad en dichos centros al Ministerio para el Servicio Penitenciario.³⁰ Se ha informado también que el centro de detención Rodeo 1 pasaría a depender de la DGCIM. El traspaso de la gestión de los centros de detención a los servicios de inteligencia civiles y militares refleja un retroceso en la aplicación de la recomendación previa del ACNUDH de transferir a todas las personas detenidas en instalaciones de los servicios de inteligencia a centros bajo autoridad civil.³¹
61. La escala de traslados entre centros de detención, y a través de diferentes estados, habría aumentado después de las elecciones presidenciales, incluyendo a los centros de detención de Tocarón y Tocuyito, en los estados Aragua y Carabobo respectivamente.³² Según se informa, los familiares y abogados no fueron notificados de estos traslados y el ACNUDH recibió denuncias de malos tratos y tortura en estos nuevos centros o durante los traslados, así como la denegación de comunicación y visitas a los familiares y abogados de las personas detenidas.
62. El ACNUDH también recibió informes que indicaban que a las personas detenidas se les negaba el acceso a la atención médica y a la medicación, y que carecían de acceso a alimentos y agua para su consumo y para sus necesidades de higiene, en particular las mujeres, las personas con discapacidad, personas mayores y las personas con problemas

²⁹ CCPR/C/GC/35, parra. 58 y 1963 Convención de Viena sobre Relaciones Consulares, ratificada por Venezuela (República Bolivariana de) en 1965.

³⁰ Decreto 4,510, 5 diciembre 2021

³¹ A/HRC/44/20 parra 86(g)

³² A/HRC/56/63 parra 55

de salud. Estas preocupaciones parecían exacerbarse en el caso de las personas detenidas por cargos relacionados con el terrorismo.

63. En diferentes centros de detención del país, incluyendo centros de detención preventiva, las personas privadas de libertad protestaron por las condiciones de detención, incluso mediante huelgas de hambre. Las reivindicaciones se referían a la alimentación, el agua e higiene, así como a desafíos procesales, como los vinculados a las visitas y la comunicación con los familiares. Aproximadamente en junio de 2024 tuvo lugar una huelga a escala nacional, tanto en centros penitenciarios como de detención preventiva, que finalizó tras los compromisos asumidos por el recién nombrado Ministro para el Servicio Penitenciario. El ACNUDH recuerda sus recomendaciones anteriores para asegurar que las condiciones de detención se ajusten a los estándares internacionales.³³
64. El ACNUDH ha seguido de cerca los casos de 75 personas privadas de libertad que padecen problemas de salud, incluyendo a personas con discapacidad. El ACNUDH documentó la muerte de tres personas detenidas, como consecuencia del deterioro de su salud, al parecer debido a la falta de atención sanitaria y asistencia oportuna y adecuadas. Estas muertes deben ser investigadas por un órgano independiente e imparcial y deben ser exhaustivas, eficaces y transparentes, en consonancia con el Protocolo de Minnesota sobre la investigación de muertes potencialmente ilícitas.
65. El ACNUDH monitoreó los casos de ocho personas que siguen detenidas arbitrariamente al no haberse dictado órdenes de puesta en libertad tras cumplir su condena. En al menos cuatro casos adicionales, uno del 2021, de personas a punto de ser puestas en libertad o que ya lo habían sido, se abrieron nuevas causas contra ellas basadas en los mismos hechos por los cuales fueron condenados, violando así el principio de doble incriminación.
66. Al menos 81 personas en detención preventiva, con derecho a medidas alternativas a la detención en virtud del artículo 230 del Código Orgánico Procesal Penal, permanecen detenidas, incluyendo 66 del período del informe anterior.³⁴

C. Detención y violencia basada en género

67. El ACNUDH monitoreó los casos de 32 mujeres y cuatro adolescentes detenidas durante el período que abarca este informe, incluidas dos mujeres embarazadas. Preocupa al ACNUDH las alegaciones relativas a la falta de acceso a la atención y a los servicios de salud sexual y reproductiva en algunos centros. En un centro de detención, se negó a las reclusas kits de higiene menstrual, supuestamente como represalia por las denuncias de sus familiares sobre las condiciones de detención.

³³ A/HRC/56/63 parra 80(1)

³⁴ A/HRC/56/63 parra 58, A/HRC/53/54 parra 38, 73(i), A/HRC/50/59 parra 22, 48

68. El 29 de agosto de 2024, el Grupo de Respuesta Inmediata en Custodia, del Ministerio para el Servicio Penitenciario, junto con cuerpos de seguridad de la Guardia Nacional Bolivariana y de la Policía Nacional Bolivariana, realizaron un allanamiento en el Instituto Nacional de Orientación Femenina, centro de reclusión femenino del estado Miranda. Organizaciones de la sociedad civil y familiares de las detenidas denunciaron el uso de gases lacrimógenos dentro del centro penitenciario. Asimismo, surgieron denuncias de malos tratos, incluidas agresiones físicas y trato degradante durante las requisas corporales por parte de funcionarios de seguridad.
69. El ACNUDH recibió más denuncias de discriminación y violencia contra personas LGBTQ+ privadas de libertad, incluidas adolescentes. Entre otras cosas, se les obligaba a realizar tareas para otras personas detenidas. Al ACNUDH también le preocupan las alegaciones según las cuales las personas trans fueron asignadas a centros de detención según su sexo de nacimiento, lo que las exponía aún más a riesgos de protección durante su custodia.
70. A las personas detenidas en el contexto de los acontecimientos electorales sólo se les permitían las visitas de familiares mujeres. Esto impone una carga diferenciada a las parientes mujeres, que a menudo deben viajar lejos para llevar medicamentos y alimentos a su pariente, y conlleva el riesgo de aislar aún más a otras personas detenidas que no tienen parientes mujeres.
71. Se denunciaron tratos degradantes a familiares mujeres de personas detenidas durante sus visitas, incluida una niña como parte de los registros y requisas corporales sin ropa. El ACNUDH recuerda que los registros y requisas corporales sin ropa sólo deben realizarse si son absolutamente necesarios, de manera que se respete la dignidad y la intimidad de la persona, y deben ser llevados a cabo por personal capacitado del mismo sexo, en un entorno privado.³⁵

D. Derecho a la vida y a la integridad personal

72. El ACNUDH documentó 84 casos de desapariciones forzadas (62 hombres, 15 mujeres y siete adolescentes) por periodos que van de uno a 159 días. Preocupa al ACNUDH que otras 36 personas, entre ellas tres mujeres, continúen desaparecidas. Cuarenta y uno de los casos documentados de desapariciones forzadas, parecían haber sido cometidas por agentes del Servicio Bolivariano de Inteligencia Nacional (SEBIN), 41 por agentes de la Dirección General de Contra Inteligencia Militar (DGCIM), 21 por otros actores policiales o militares, y 17 por perpetradores no identificados. Paralelamente, el ACNUDH fue informado de hasta 20 personas que, a pesar de conocerse su paradero, permanecían incomunicadas.

³⁵ Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) regla 52

73. El ACNUDH documentó 32 personas víctimas de tortura y tratos crueles ocurridos durante el período que se examina, en particular contra cuatro mujeres, una de las cuales estaba embarazada, 15 adolescentes (una niña) y tres personas con discapacidad. Veinte parecían haber sido cometidos por agentes militares, organismos de inteligencia militares y civiles, ocho por la Policía, y en cinco casos los responsables no fueron identificados. Todas las víctimas fueron detenidas en el período que siguió a las elecciones presidenciales.
74. Se han denunciado casos de tortura y tratos crueles incluso en forma de detención en régimen de incomunicación, como represalia por denunciar las condiciones de detención. Las autoridades del centro de detención Rodeo I prohibieron las visitas familiares y la comunicación a algunas personas detenidas, durante un periodo de 12 semanas, tras su participación en una huelga de hambre que tuvo lugar el 12 de diciembre de 2024. Según se informa, en el centro de detención Fuerte Guaicaipuro, estado Miranda, cinco personas detenidas fueron sometidas a malos tratos físicos y a detención en régimen de incomunicación durante varias semanas tras su traslado desde el centro de detención Yare 3 en enero de 2025, después de que denunciaran sus condiciones.
75. El ACNUDH toma nota de las operaciones de seguridad en curso en diferentes partes del país, en las que funcionarios del Estado habrían cometido tratos crueles e inhumanos, así como uso de la fuerza con resultado de privación arbitraria de la vida. Preocupa al ACNUDH que un clima general de temor entre la población ha llevado a que no se denuncien todas las violaciones de derechos humanos vinculadas a estos operativos. El ACNUDH confirmó dos muertes en operaciones de seguridad, cometidas por agentes del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, de hombres jóvenes de escasos recursos, lo que apunta a un perfil de víctima similar a los casos documentados anteriormente. Asimismo, las zonas residenciales de bajos ingresos, incluidas las afueras de Caracas, fueron sometidas con frecuencia a operativos de seguridad, especialmente en los meses posteriores a las elecciones presidenciales.
76. Según el Ministerio Público, 540 hombres fueron sentenciados por delitos de feminicidios en los últimos siete años. El ACNUDH recibió informes que indican que al menos 185 asesinatos por razones de género ocurrieron entre enero y diciembre de 2024.³⁶ Si bien el ACNUDH celebra la sanción de estos crímenes, no se ha avanzado hacia el establecimiento de un observatorio nacional de violencia de género y asesinatos por razones de género, a pesar de recomendaciones anteriores. El ACNUDH alienta a las autoridades a reanudar los esfuerzos para la creación de un protocolo para la investigación de los crímenes de feminicidios/femicidios y para su implementación, alineado con el Protocolo Modelo Latinoamericano para la investigación de homicidios de mujeres por razones de género.

E. Acceso a la justicia

³⁶ Utopix (febrero 2025) Monitor de femicidios diciembre de 2024, recuperado el 7 de marzo del 2025

77. Las investigaciones y enjuiciamientos por violaciones del derecho a la vida continuaron enfrentando retrasos y paralizaciones, incluso en casos de muertes en protestas que datan de 2014, 2017 y 2019, y de muertes en operativos de seguridad. El ACNUDH fue informado de que el 21 de noviembre de 2024, el Tribunal 15 del Área Metropolitana de Caracas, absolvió a tres agentes de la Policía Nacional Bolivariana, anteriormente miembros de las ahora disueltas Fuerzas de Acciones Especiales, acusados de una muerte en 2017 en un operativo de seguridad. La sentencia aún no ha sido publicada, limitando así la posibilidad de apelación e imponiendo nuevos obstáculos a la justicia y a la reparación de las víctimas. De acuerdo con recomendaciones anteriores, el ACNUDH insta a las autoridades a garantizar que las familias de las víctimas tengan acceso a la justicia y a la reparación, y a asegurar la rendición de cuentas por los crímenes cometidos, tanto de los autores directos como en la cadena de responsabilidad de mando.³⁷
78. Se reportaron otros obstáculos en el proceso de denuncia de violaciones de derechos humanos ante el sistema de justicia. Presuntamente, las denuncias ante el Ministerio Público y ante la Defensoría del Pueblo fueron rechazadas o quedaron sin respuesta por parte de estas instituciones. En la mayoría de los casos reportados al ACNUDH, los tribunales rechazaron sistemáticamente la admisión de acciones de *hábeas corpus* presentadas por familiares y representantes legales de detenidos y desaparecidos, sin ofrecer fundamentación.
79. El 22 de enero de 2025, el Tribunal Supremo de Justicia confirmó la decisión del Juez Provisional del Tribunal de Juicio No.5 del Circuito Judicial Penal de Mérida, condenando a Naibelys Noel, víctima de violencia de género, a 30 años por “comisión por omisión en el delito de homicidio intencional calificado con alevosía y por motivos innobles con la agravante de haber sido cometido en perjuicio de un niño,” tras el asesinato de su hijo a manos de su ex pareja”.³⁸ El ACNUDH lamenta esta decisión que pasó por alto los estereotipos de género en la base de la sentencia original, así como la condición de Naibelys Noel de víctima de violencia de género por parte de su expareja.³⁹
80. Según se informa, desde 2008 seguían sin investigarse más de 138 homicidios de personas trans. No se informó de ningún avance en la elaboración y adopción de un protocolo de investigación específico para los crímenes motivados por la orientación sexual o la identidad de género de la víctima.⁴⁰

VII. Conclusión y recomendaciones

81. La situación de los derechos humanos en Venezuela se deterioró durante el período que abarca el informe como consecuencia de diversos factores. El disfrute de los derechos

³⁷ A/HRC/41/18 parra 81(c); A/HRC/44/20 parra 86(f); A/HRC/50/59 parra 65(c); A/HRC/44/54 parra 71(e); A/HRC/53/54 parra 74(h)

³⁸ Organización representativa de Naibelys Noel

³⁹ A/HRC/56/63 parra 28

⁴⁰ A/HRC/56/63 parra 80(h)

económicos, sociales y culturales continuó enfrentándose a importantes desafíos en el contexto de una inflación exacerbada, agravada por las sanciones sectoriales y la suspensión de la financiación humanitaria por parte de algunos donantes extranjeros. Se observó un aumento de las restricciones al espacio cívico, incluida la criminalización y la detención arbitraria, así como las desapariciones forzadas de personas consideradas disidentes. El acceso a la justicia y a la reparación integral de las violaciones de derechos humanos continuó enfrentándose a diversos obstáculos.

82. En noviembre de 2024, el Gobierno acordó reanudar su cooperación con el ACNUDH con efecto inmediato, en virtud de la Carta de Entendimiento. El ACNUDH lamenta el acceso muy limitado que se le ha concedido en el país desde entonces (solo se ha concedido el regreso a un funcionario internacional), lo que afecta su capacidad para desempeñar plenamente su mandato, incluida la supervisión y la presentación de informes, así como la asistencia técnica.
83. El ACNUDH reitera su compromiso de apoyar los esfuerzos para promover los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela a través de un equipo completo en el país. También alienta a las autoridades a fortalecer su cooperación con los mecanismos internacionales de derechos humanos.
84. El ACNUDH alienta además a las autoridades a proseguir sus esfuerzos para cumplir las obligaciones internacionales de Venezuela en materia de derechos humanos, incluidos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como el derecho a un medio ambiente limpio, seguro y sostenible. Esto incluye, pero no se limita a la protección y promoción de los derechos de los Pueblos Indígenas y hacia la igualdad de género.
85. El ACNUDH pide que se restablezca la confianza y el diálogo inclusivo, garantizando el espacio cívico, el derecho a participar en los asuntos públicos y protegiendo a los actores y organizaciones de la sociedad civil. Todas las personas detenidas arbitrariamente deben ser puestas en libertad de forma inmediata y completa, y las autoridades deben poner fin, investigar y sancionar todas las formas de desapariciones forzadas. El ACNUDH insta a las autoridades a garantizar la independencia del Sistema Judicial, asegurando ante todo que las víctimas tengan acceso efectivo a la justicia, sean escuchadas y que se proteja plenamente su derecho al debido proceso y se les otorgue una reparación integral.
86. **Además de reiterar las recomendaciones emitidas anteriormente, el ACNUDH hace un llamamiento al Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela para:**
 - a. **Garantizar que la realización de las operaciones de seguridad en los centros de detención, incluido el uso de la fuerza, las redadas en las prisiones y los registros, así como los cacheos y los cacheos al desnudo se ajusten al derecho y a los estándares internacionales de derechos humanos;**
 - b. **Garantizar que todas las detenciones cumplan plenamente el derecho internacional de los derechos humanos, incluidas las llevadas a cabo por los servicios de inteligencia en virtud de delitos de terrorismo. La legislación sobre delitos relacionados con el terrorismo debe derogarse o modificarse para adaptarla al derecho internacional, incluido el principio de legalidad.**
 - c. **Restringir la aplicación de la legislación de terrorismo para que cumpla estrictamente los estándares internacionales, evitando su uso para silenciar las voces percibidas como**

- disidentes. Los procedimientos en los tribunales especiales contra el terrorismo deben cumplir plenamente las garantías procesales;
- d. Garantizar los derechos a un juicio justo y a la defensa jurídica ante los tribunales, entre otras cosas asegurando la designación de un abogado de la elección del acusado y la participación de éste en el juicio, así como la celebración de audiencias virtuales, sólo de conformidad con las garantías procesales y los estándares internacionales;
 - e. Llevar a cabo investigaciones rápidas y exhaustivas de las denuncias y los casos de violaciones del derecho a la vida y del derecho a la integridad personal, incluidos los casos denunciados anteriormente, y llevar a los autores ante la justicia, garantizando al mismo tiempo que los familiares puedan participar con seguridad y libertad en estos procedimientos.
 - f. Derogar o enmendar urgentemente las leyes y normativas que limitan las libertades de reunión, asociación y expresión más allá de las limitaciones permitidas en el derecho internacional, incluida la Ley de Fiscalización, Regularización, Actuación y Financiamiento de las Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones Sociales sin Fines de Lucro (Ley de ONG);
 - g. Publicar datos sanitarios y epidemiológicos exhaustivos y desglosados, con especial atención a las necesidades de las mujeres y las adolescentes, los Pueblos Indígenas y la salud sexual y reproductiva, facilitando así la plena comprensión del alcance y la escala de las necesidades sanitarias, permitiendo una toma de decisiones informada y una asignación de recursos eficaz;
 - h. Establecer un diálogo inclusivo, genuino, transparente y eficaz con los sindicatos, incluso dentro del sector de la educación, sobre las condiciones de trabajo y la remuneración, con vistas a negociar un nuevo convenio colectivo. Además, deben tomarse medidas para garantizar el cumplimiento y la protección de todos los derechos laborales, también en relación con el salario;
 - i. Adoptar todas las medidas necesarias para garantizar que la producción, uso, liberación, almacenamiento y eliminación de sustancias y desechos peligrosos, en particular los procedentes de los sectores del petróleo, el gas y la minería, no representen una amenaza para los derechos de las personas venezolanas, con miras a proteger la salud humana y el medio ambiente;
 - j. Garantizar una adecuada asignación de fondos para apoyar el acceso de los Pueblos Indígenas a la justicia, incluyendo hacia el establecimiento de mecanismos de coordinación entre el sistema de justicia ordinario y los sistemas de justicia indígena existentes en Venezuela;
 - k. Adoptar medidas para salvaguardar el espacio digital, en particular para impedir el uso de la tecnología de Internet y las redes sociales para intimidar, estigmatizar y perseguir a quienes se percibe como voces disidentes, garantizando al mismo tiempo el derecho a la libertad de expresión y el acceso a la información;
87. El Alto Comisionado reitera su llamamiento a los Estados Miembros de las Naciones Unidas y a la comunidad internacional para que revisen y levanten las sanciones sectoriales que exacerban los problemas preexistentes y afectan negativamente al disfrute de los derechos humanos. También se alienta a los Estados Miembros a que

contribuyan a los esfuerzos encaminados a aliviar el sufrimiento humano en la República Bolivariana de Venezuela, incluso proporcionando financiación humanitaria.

Versión avanzada no editada



EVENTOS BIOETICA

1. X Congreso Internacional da Redbioética UNESCO. 5 al 5 de noviembre del 2025. Florianopolis, Brasil.
<https://www.xcongressoredbioetica.com.br/>
2. XXXI Seminario Internacional de Bioética - Las disrupciones contemporáneas de las tecnologías: Bioética y Biopolítica. 15, 16 y 17 de agosto 2025. Bogotá – Colombia.
<https://observatoriobioetica.unbosque.edu.co/evento/xxxi-seminario-internacional-de-bioetica-las-disrupciones-contemporaneas-de-las-tecnologias>
3. Maestría en Bioética convocatoria 2025 (2025-2027). Modalidad presencial. CISAV Querétaro. Inicio: 15 de agosto de 2025, docencia viernes por la tarde y sábados por la mañana. <https://cisav.mx/>
4. XV Congreso Internacional de Bioética AEBI 2025. Fecha 26 y 27 de septiembre de 2025 en la ciudad de Vigo – España.
<https://www.bioeticaweb.com/xv-congreso-internacional-de-bioetica-aebi-2025/>
5. CONGRESO MUNDIAL DE BIOÉTICA 2026. Fecha: 8-10 de julio de 2026. Lugar: Johannesburg, Sudáfrica. Tema: “Bioética reconfortante y perturbadora. <https://iabioethics.world>
6. El Congreso Humanista Mundial 2026 tendrá lugar del 7 al 9 de agosto en Ottawa, Canadá.
<https://humanists.international/es/evento/ga2026/>



ESTA VERSIÓN DIGITAL DE LA *REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA*, SE REALIZÓ CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EDICIÓN ELECTRÓNICA EN EL AÑO 2025 DEL VOLUMEN 30, NÚMERO 2. PUBLICADA EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL SABERULA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES – VENEZUELA

www.saber.ula.ve bioetica.revista@ula.ve

<http://saber.ula.ve/revistabioetica/>