

Resúmenes de los trabajos presentados en las sesiones de la Academia Nacional de Medicina

Dr. J.M. Avilán Rovira

Individuo de Número

Sesión extraordinaria del 22 de abril de 2010

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

La boca. La promoción de la salud, por el Dr. Manlio Sardi Muñoz.

Se incluyen en el trabajo los elementos anatómicos que la conforman, así como de su atractivo.

Cumple con diversas funciones: asiento del gusto, parte fundamental del lenguaje, su importancia en la sexualidad, en la estética, en la masticación, fase fundamental para la absorción de los nutrientes de la comida.

Intencionalmente se promueve su estudio interdisciplinario, se citan diversas opiniones y se incluyen más de diez estudios relacionados con su función. Se hace especial énfasis en las caries como causa muy importante de morbilidad y eventualmente de mortalidad. Se describen los métodos preventivos individuales y colectivos. Se insiste en la placa bacteriana como punto de partida. Son los microorganismos incluidos en ella los causantes y se los enumera y clasifica.

Se señala en forma especial la enfermedad periodontal, la cual es descrita en detalle, citando autoridades científicas que hablan de ella. Tanto las caries como la enfermedad periodontal tienen alta prevalencia e incidencia. Se hacen consideraciones de importancia de la salud oral como para la salud en general.

La Oficina Sanitaria Panamericana en 2005 clasificó los países latinoamericanos, de acuerdo al

índice CPO (dientes cariados, perdidos y obturados) en: 1. En decrecimiento (menos de 3, allí se encuentra Venezuela). 2. En crecimiento 8 y en emergencia 2. Según Fundacredesa (1981-87) la incidencia ha disminuido.

Se explican las recomendaciones para su control, insistiendo en el cepillado de los dientes después de las comidas y la visita al odontólogo al menos una vez al año.

Se recomienda el uso del flúor como preventivo y para impedir la placa, la erradicación del sarro, entre otros.

Intervinieron los doctores José Guevara, Oscar Rodríguez Grimán, José A Ravelo Celis, José M. Avilán Rovira, Alfredo Díaz Bruzual, Ítalo Marsiglia, Berando López Moreno, Lilia Cruz de Montbrun, Harry Acquatella y Saúl Kizer.

Sesión extraordinaria del 29 de abril de 2010

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

No hubo presentación de trabajos porque la sesión se dedicó a la elección de los miembros de la Junta Directiva para el bienio 2010-2012. Detalles en la sección "Vida de la Academia y notas bibliográficas" del número anterior de la revista.

Sesión extraordinaria del 06 de mayo de 2010

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

Proyecto Fisioma, por la Dra. Lilia Cruz de Montbrun

El estudio de los seres vivos y particularmente, el ser humano, ha sido tradicionalmente subdividido de diversas maneras: por disciplinas (anatomía, fisiología, bioquímica, patología, etc.), especialidades (cardiología, cirugía, reumatología, inmunología, etc.), subsistemas (cardiovascular, digestivo, nervioso, respiratorio, etc.), nivel de organización o escala dimensional (biología molecular, biología celular, etc.) y realizado con un enfoque reduccionista.

Los seres vivos son sistemas complejos. En un sistema el todo es más que la suma de sus partes debido a las relaciones e interacciones que existen entre ellas. El todo tiene propiedades que no es posible conocer solo con el análisis de las partes. Para elevar el nivel de comprensión se requiere complementar las investigaciones convencionales (subdivididas) con un enfoque integrativo, de sistemas dinámicos que permita combinar observaciones, teorías y predicciones a través de múltiples escalas de tiempo, espacio y niveles de organización aplicando los avances tecnológicos y conceptuales derivados de las matemáticas y las ciencias de la información y la computación. La integración del conocimiento acerca del cuerpo humano es un desafío para la medicina y la biología y se espera que contribuya significativamente a fomentar la salud, mejorar la calidad de vida y obtener soluciones preventivas o terapéuticas para problemas complejos como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y el síndrome plurimetabólico, envejecimiento y otros.

Muchos cambios radicales en la manera de pensar, investigar, trabajar y enseñar en medicina se requieren para abordar con éxito el desafío de la integración del conocimiento y su aplicación para el beneficio de la humanidad. Con esta perspectiva fueron creados los proyectos fisioma.

La palabra fisioma (fisiología, oma= como un todo, en su totalidad) denota la integración de todas las funciones fisiológicas de un ser vivo. En el caso del hombre tenemos el fisioma humano.

Los proyectos fisioma están siendo desarrollados por diversas organizaciones y comunidades internacionales. Proponen innovadores enfoques investigativos, formas de organización y utilización de recursos para comprender integralmente al ser

humano y otros eucariotas, desde la concepción hasta la muerte, a través de múltiples escalas de dimensión (rango: 10^9 en la escala métrica), tiempo (rango: 3×10^{15} segundos) y organización (moléculas, células, tejidos, órganos, organismos). Se pone gran énfasis en el uso de modelos matemáticos/computacionales como herramientas para integración del conocimiento, la experimentación virtual in silico, el trabajo colaborativo de numerosos grupos multidisciplinarios internacionales, la creación de grandes bases de datos, ontologías, lenguajes estandarizados, metodologías, infraestructura, repositorios de instrumentos de trabajo, el entrenamiento de nuevos investigadores interdisciplinarios, el desarrollo de organizaciones y comunidades para obtener apoyo financiero, considerar aspectos éticos y legales, validar los modelos, facilitar la aplicación de resultados en la clínica, en la industria, en la enseñanza de los profesionales y en la educación del público, con el fin de maximizar el beneficio social.

En el trabajo son considerados: 1. El proyecto Fisioma de la Unión Internacional de Ciencias Fisiológicas (IUPS), coordinado por la Universidad de Auckland en Nueva Zelandia. 2. El "Humano Fisiológico Virtual", Eurofisioma, apoyado por la Unión Europea. 3. En Estados Unidos. El Recurso Nacional de Simulación, NSR, el Instituto Nacional de Imágenes Biomédicas y Bioingeniería (NIBIB) y el Grupo Interagencias de Modelado y Análisis (IMAG), el cual creó el *Multiscale Modeling (MSM) Consortium*.

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó y Oscar Rodríguez Grimán.

Suma Médica, por el Dr. Otto Lima Gómez

En su trabajo, el ponente desarrolló los siguientes aspectos:

1. Origen de la medicina occidental a partir de la concepción hipocrática de la enfermedad y de la posibilidad de llegar a conocerla a través de los sentidos del médico.
2. Desarrollo de la medicina por la ampliación de la capacidad indagatoria del médico con ayuda de instrumentos de exploración del cuerpo.
3. Grandes tendencias de medicina moderna: anatomoclínica, fisiopatología y etiopatología. El enfermo como objeto de estudio.
4. El estudio de la neurosis y su importancia para la medicina y la psicología. Necesidad de un modelo transaccional.

5. La enfermedad humana. Tres puntos de vista:
¿Qué es la enfermedad? ¿Quién es el enfermo?
¿Qué significa estar enfermo?
6. Urdimbres patogénicas. La etiología como oportunidad biográfica.

Sesión ordinaria del 13 de mayo de 2010

Preside: Antonio Clemente H.

De médicos, corbatas y otras prendas de vestir, por el Dr. Rafael Muci-Mendoza.

Una manifiesta y justificada conspiración en contra del uso de batas blancas, corbatas y otras prendas de vestir, han venido expresándose en ambientes médicos, primero en forma tímida y ahora con mayor fuerza, al aportarse pruebas convincentes acerca de la inconveniencia de llevarlas. La consigna es la eliminación de las corbatas durante la visita médica al considerárselas como diseminadoras de infecciones adquiridas en el hospital. Las corbatas más que un potencial reservorio de gérmenes son prendas innecesarias por lo que el médico debe reconocer su potencial riesgo. Desde Ignaz Semmelweis (1818-1865)d, los médicos hemos sido compelidos a lavarnos las manos cada vez que vamos a examinar un paciente. Debemos aceptar demás que el paciente nos pregunte si lo hemos hecho....

Aunque el hospital está lejos de no ser un receptor de y diseminador de infecciones adquiridas o nosocomiales como nos gusta llamarlas, también debe asentarse que las enfermeras, camareras, pacientes, visitantes y especialmente los médicos deberíamos adherirnos a esta cruzada contra la diseminación de plagas, pues lo cierto es que entre un 15 % y un 30 % de ellas son prevenibles.

Es bueno saber que infecciones por organismos tales como el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticlina y el *Clostridium difficile* contribuyen a la muerte de cerca de cinco mil pacientes por año en el Reino Unido. El tratamiento de estos supergérmenes le cuestan a esa nación cerca un billón de libras esterlinas cada año.

Las nuevas guías de la *Brithish Medical Association*, incluyen un mayor énfasis en el lavado de las manos, que de acuerdo a ella “es la intervención más importante en el control de infecciones”. Igualmente un mejor diseño de las salas de hospitalización, mejor provisión de lavamanos o geles antisépticos, políticas

más inteligentes en la prescripción de antibióticos y eliminar el uso de ítems tales como corbatas, a veces usada la misma sin solución de continuidad por semanas y solo por rareza enviadas a la lavandería.

Se comunica una pequeña experiencia inédita realizada en el Hospital Vargas de Caracas en 2003, investigando la contaminación de estetoscopios de médicos residentes como vehículos potenciales de transmisión de gérmenes nosocomiales. Además de la contaminación por gérmenes habituales de la flora cutánea (*Staphylococcus coagulasa negativo*), se aislaron gérmenes potencialmente patógenos como el *S.aureus* y *Acinetobacter baumannii*.

Duda no hay de que los médicos, nuestras manos y uñas, nuestras fosas nasales, los instrumentos que empleamos en el diagnóstico y nuestras prendas de vestir están colonizados de gérmenes peligrosos. Elevamos una plegaria para que tratemos de controlar un peligro creciente desde todo el personal de salud al indefenso paciente, ese que podríamos ser nosotros....

Intervinieron los doctores José A Ravelo Celis, Luis Ceballos García, Leopoldo Briceño-Iragorry, Alfredo Díaz Bruzual, Saúl Kízer, Itic Zighelboim y Carlos A Hernández H.

Transmisión oral de la enfermedad de Chagas, por la Dra. Claudia B. de Suárez y col.

En 2009 se cumplieron los cien años del descubrimiento de la enfermedad que hoy lleva su nombre por el científico Carlos Chagas, quien curiosamente descubrió primero el agente causal (*Tripanosoma cruzi*), en 1907. Después de cien años la enfermedad ha aumentado especialmente en la Amazonia y en la periferia de las grandes ciudades latinoamericanas. En Venezuela se ha considerado como una enfermedad emergente (o millones de personas en 198 municipios de 14 entidades federales), la cual ha adquirido especial gravedad con las dos últimas epidemias de Chagas por transmisión oral en dos planteles educativos de la Gran Caracas y región costera del Estado Vargas, donde se vieron involucrados 80 y 47 individuos respectivamente, con el fallecimiento de cuatro de ellos en la última epidemia.

El *Tripanosoma cruzi* (protozoo, sarcocistidophora, kinetoplastida, tripanosomidae) o agente causal de la enfermedad, es un protozoario digenético y polifacético, el cual se multiplica en los tejidos de los vertebrados (hombre y animales domésticos, peridomésticos y selváticos) y en el

insecto vector (unidad ecológica).

Los vectores son triatominos del orden hemíptero, familia reduviidae y subfamilia triatominae. Se han descrito 8 040 especies, cuya distribución varía según las regiones del continente americano. En Venezuela el vector principal es el *Rodnius prolixus*, aunque en el Valle de Caracas, predominan el *Panstrongylus geniculatus* y el *Triatoma infestans* en los gallineros. Las tres especies se han hallado en palmeras sobre todo en las hojas y troncos secos y en las viviendas con techo de paja.

La transmisión de la enfermedad puede ser natural (dérmica, transplacentaria, conjuntival, por leche materna u otros líquidos y por transmisión sexual) y adquirida (por transfusión de sangre, trasplantes de órganos y accidentes de laboratorio). Generalmente la transmisión es vectorial, dejando como evidencias: los chagomas de inoculación y metastáticos y otras lesiones cutáneas, con adenopatías regionales.

La transmisión oral de la enfermedad se hace a través de alimentos contaminados con las heces o secreciones de los reservorios del *T. cruzi* o por medio de las patas y aparato bucal de moscas u otros insectos, así como trituración de los vectores al elaborar jugos. La enfermedad de Chagas por transmisión oral es una forma más grave y aguda y cursa generalmente como una invasión multisular del parásito con especial preferencia por el tejido miocárdico, causando una pancarditis aguda como lo pudimos comprobar en dos casos autopsiados y examinados por nosotros.

En el hombre se caracteriza por episodios súbitos sin evidencias de puertas de entrada, de grupos pequeños de personas susceptibles en espacios físicos definidos, el registro de la presencia de vectores y/o reservorios infectados en las inmediaciones del evento y la exclusión de otras formas de transmisión.

Como regla general, la constatación y estudio se hace posteriormente al brote de un caso o casos. En las dos epidemias ocurridas en nuestro país, la causa fue la ingesta de jugo de guayaba infectado con el *T. cruzi*.

Las posibles causas de los repuntes de la enfermedad con esta modalidad de transmisión son: las migraciones de población humana infectada, acompañadas de animales domésticos (reservorios), deforestación y colonización descontrolada con alteraciones del equilibrio entre los reservorios y vectores silvestres. Influye en su gravedad y la mortalidad, las bajas defensas del individuo, desnutrición y presencia de otras enfermedades

parasitarias.

Intervinieron los doctores Francisco Herrera, Enrique López Loyo, Juan José Puigbó, José Enrique López y Doris Perdomo de Ponce.

Sesión extraordinaria del 20 de mayo de 2010

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

La trisomía 21: 50 años después de Lejeune, por la Dra. Rosa Cedeño de Rincón.

El síndrome de Down es la causa más frecuente de discapacidad intelectual y fue descrito por primera vez en 1886, durante una era de grandes cambios en el conocimiento de la genética y la evolución.

Ocurre con una frecuencia de 1 por cada 700 nacidos vivos. En muchos casos la historia de la investigación del síndrome ha sido fuente de grandes progresos en la genética humana. En esta revisión se describe la interrelación entre los avances del conocimiento de la genética y el conocimiento del síndrome. Al celebrarse en el año 2009 los 50 años del descubrimiento de la trisomía 21, hallazgo realizado en 1959 por Jerome Lejeune, se seleccionó este descubrimiento como marcador cronológico de las etapas de producción de conocimiento sobre este síndrome, demarcando la era pre y pos-Lejeune. Desde su descripción inicial al presente sobre la base de esta perspectiva histórica se discuten brevemente los últimos avances en la investigación en el síndrome que han dado como resultado la secuenciación del cromosoma 21, los aportes en la correlación genotipo-fenotipo del síndrome, así como el uso de los modelos murinos utilizados en la investigación genética del síndrome.

Intervinieron los doctores Rafael Arteaga Romero, Francisco Miranda Ruiz, Alfredo Díaz Bruzual, Oscar Rodríguez Grimán, Doris Perdomo de Ponce, Cutberto Guarapo Rodríguez, Saúl Kizer, David Steinberg y J. M. Avilán Rovira.

Sesión ordinaria del 27 de mayo de 2010

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

Parto pre-término. Impacto perinatal y la medicina genómica, por el Dr. Pedro Faneite Antique.

El parto pre-término es el mayor reto de la medicina

perinatal. Nos propusimos analizarlo para conocer su repercusión en la morbilidad perinatal y la morbilidad materna y finalmente conocer los alcances de la medicina genómica sobre esta entidad perinatal.

Se realiza una revisión sistémica y un análisis de las publicaciones que sobre esta patología se han originado en el hospital de Puerto Cabello entre 1970 y 2010. Además se revisó la literatura mundial en las bases de datos médicos en Internet desde 1982 a la actualidad para obtener la relación científica de la medicina genómica y el parto pre-término.

La incidencia del parto pre-término estudiada en dos series con 636 casos en el lapso 2003-2007 reveló un promedio porcentual de 4,19. La incidencia de morbilidad perinatal analizada en cuatro series de partos pre-término que totalizan 1 441 casos, entre 1991 y 2007, la morbilidad promedio fue de 27,79 %, la mortalidad fetal 21,66 %, la mortalidad perinatal 38,18 % y la mortalidad neonatal 15,62 %. La patología más frecuente fue el síndrome de insuficiencia respiratoria. La participación del parto pre-término en la mortalidad perinatal (muerte fetal y neonatal) encontrada en cuatro publicaciones con total de 1 430 muertes, entre 1993 y 2002, fue de 68,65 %.

El aporte del parto pre-término en la morbilidad materna evaluada por hospitalización antenatal, en una muestra de 256 gestantes, en los años 1991-1993, se asoció al 23,4 % como amenaza de parto pre-término y en una población de 1 326 gestantes hospitalizadas, aportó un 25,72 %.

La medicina genómica se muestra como una alternativa novedosa ante el parto pre-término, con tecnología de avanzada, en los conocimientos etiogénicos, recursos diagnósticos y terapéuticos precoces y posibles acciones preventivas futurísticas.

Se concluye que el parto pre-término implica elevadas cifras de morbilidad perinatal, aportadas principalmente por deficiencias respiratorias, además incide en la morbilidad materna. La medicina genómica se avizora con esperanzas prometedoras en aspectos etiopatogénicos y conductas. Entre tanto debemos acentuar los programas preventivos y mejorar la atención neonatal.

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, José A Ravelo Celis, Itic Zighelboim, David Steinberg, Otto Rodríguez Armas, Isis Nezer de Landaeta, Ofelia Uzcátegui, Rafael Arteaga, Saúl Kizer, Rogelio Pérez D'Gregorio, Saúl Krivoy, Alfredo Díaz Bruzual, Peter Gunczler, Claudio Aoñ y Fanny Fleitas.

Sesión extraordinaria del 03 de junio de 2010

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

Una historia y cinco ejemplos de destierro, por el Dr. David Steinberg.

Se describen sucintamente seis casos de destierros de la era moderna que tiene causa común y las infamias que los acompañaron.

Sigmund Freud, nacido en Freiberg en 1856, miembro activo de la asociación hebrea de la B'nai Brit, recibió el premio Goethe por su contribución a la psicología, literatura y cultura germana, después de la ocupación nazi, fue sometido a interminables requisiciones y su hija Anna fue arrestada. Cuando sus libros fueron quemados exclamó: "Cuánto ha avanzado el mundo: en la edad media me habrían quemado a mí!" Logró desterrarse con su esposa e hijos, pero no sus hermanas, posteriormente asesinadas en los campos de concentración. Fumador empedernido, murió a consecuencias de un cáncer bucal en 1939.

Albert Einstein, nacido en Ulm en 1879, de niño había leído "La crítica de la razón pura" de Kant, ganó el premio Nobel de física en 1921 por su explicación del efecto fotoeléctrico. Es mejor conocido por sus fundamentos de la teoría general de la relatividad. Apoyó la creación de una patria hebrea y fue acusado por el Tercer Reich de traición a la patria, sus libros quemados y sus méritos transferidos para que lucieran como una creación aria. Sus ideas pacifistas forzaron su salida de Alemania en 1933. Rehusó intervenir por la ruptura de un aneurisma que le causó la muerte en 1955.

Otto Loewi, fisiólogo, médico y farmacólogo estadounidense de origen alemán nació en Frankfurt del Mein en 1873. Recibió el premio Nobel en 1936. Fue el último profesor hebreo de la Universidad de Graz. El día que los nazis se apoderaron de Austria fue hecho preso junto a sus hijos y solo después de transferir dinero del premio a un banco nazi, le permitieron emigrar. Murió en Nueva York en 1961.

Wilhelm Siegmund Feldberg nació en Hamburgo en el seno de una familia hebrea en 1900. Recibió doctorados honoríficos en ocho universidades, condecoraciones como la medalla Real de la Sociedad Real, la orden al mérito de la República Federal, la placa Schmiedberg y la medalla Welcome de oro. Fue despedido del Instituto Fisiológico de Berlín el día que Hitler asumió el poder. Con los fondos recibidos creó la Fundación Feldberg que todavía hoy

día subvenciona los intercambios científicos.

Bernard Katz nació en Leipzig en 1911, donde fue rechazado para ingresar al colegio. Durante sus estudios de medicina ganó el premio Siegfried Garten, pero públicamente se anunció que no podía recibirlo por no ser de origen ario. Fue un ícono de la biofísica, el último de una generación de fisiólogos desterrados por el Tercer Reich. Recibió el premio Nobel en 1970 por sus trabajos sobre la transmisión de los impulsos nerviosos.

Henry Kissinger nació en Fürth en 1923, es el emigrante legendario que empezó con nada y lo ganó todo: fama, honores y fortuna. La noche del Kristallnacht la sinagoga de su pueblo fue quemada y la mayoría de los israelitas deportados y asesinados, entre ellos su abuela materna. Emigró a Nueva York donde trabajó en una fábrica de brochas. Fue consejero del presidente Nixon desde 1969, fue el principal inspirador de la política de distensión con China y la URSS y la retirada de las tropas estadounidenses de Vietnam. Premio Nobel de la paz en 1973.

Estos seis personajes se destacaron en sus respectivas áreas intelectuales y por causa de su fe religiosa escogieron el destierro para triunfar, vivir y morir en libertad, como dijera uno de ellos.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Saúl Kizer y Oscar Rodríguez Grimán.

Sesión solemne del 10 de junio de 2010

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

No hubo presentaciones de trabajos pues la sesión se dedicó a la toma de posesión de la nueva Junta Directiva para el bienio 2010-2012.

Sesión ordinaria del 17 de junio de 2010

Preside: Dr. Claudio Aoñin S.

Lesión pulmonar inducida por ventilación mecánica, por el Dr. Huniades Urbina Medina.

La ventilación mecánica es una terapéutica necesaria en patologías críticas que cursan con insuficiencia respiratoria, pudiendo producir lesión pulmonar aguda.

Los objetivos del trabajo fue identificar lesiones pulmonares agudas por citología de lavado

bronquioalveolar y determinar la relación causal con la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2), presión en las vías aéreas ($PrVA$), presión positiva al final de la espiración (PEEP), saturación de oxígeno ($SatO_2$) y tiempo de exposición.

Se realizó una investigación clínica longitudinal, de enero a julio de 2007, que incluyó 51 pacientes que ameritaron ventilación mecánica. Se obtuvo 153 muestras de lavado bronquioalveolar en las cuales se procesaron citologías.

Se encontraron alteraciones citológicas a las 12, 72 y 144 horas de iniciada la ventilación mecánica. Se evidenció asociación estadísticamente significativa con la FiO_2 a las 12 y 72 horas, con la PEEP a las 12 horas, al igual que con las $PrVA$ y $SatO_2$.

Se evidencia que las alteraciones producidas por la ventilación mecánica tienen relación con la FiO_2 , la $SatO_2$, la ausencia o baja presión positiva al final de la espiración y las presiones elevadas en vías aéreas.

En conclusión las alteraciones citológicas del epitelio bronquioalveolar se presentan en presencia de FiO_2 y baja PEEP, presión en las vías aéreas y la saturación de oxígeno.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Rafael Arteaga, Itic Zhigheboim, David Steinberg, Otto Rodríguez Armas, Doris Perdomo de Ponce y José A Ravelo Celis.

Sesión ordinaria del 24 de junio de 2010

No hubo sesión por ser día de fiesta nacional.

Sesión extraordinaria del 1º de julio de 2010

Preside: Claudio Aoñin S.

Situación económica del país, por el Dr. Pedro Palma, Presidente de la Academia de Ciencias Económicas.

El país continúa dependiendo económicamente de una sola fuente de ingresos, es decir, de sus hidrocarburos.

Después del colapso de los precios de exportación de petróleo en la segunda mitad de 2008 debido a la profunda crisis financiera internacional, estos mostraron una franca recuperación en los primeros 8 meses de 2009, para luego estabilizarse cerca de 70 dólares el barril.

De hecho, el precio promedio de exportación en lo que va de año es de 69,68 dólares por barril, el cual es mayor al de 2007, y muy superior al de los años anteriores. Incluso, si expresamos los precios de los años precedentes en dólares constantes de 2009, para así limpiarlos del efecto inflacionario, el precio actual es muy superior a los existentes en el período de bonanza petrolera que vivimos hasta 2007. De allí que sea muy válido preguntarnos por qué, a pesar de estar exportando a estos altos precios, la economía no solo no está creciendo, sino que se encuentra en una profunda recesión.

La respuesta a esa interrogante tiene varios componentes. El primero es que las altas tasas de crecimiento de los años de bonanza se produjeron principalmente como consecuencia de una política expansiva del gasto público, a través de la cual se inyectaban a la economía los recursos petroleros adicionales que ingresaban, lo que originaba un crecimiento sostenido de la oferta monetaria que, a su vez, estimulaba la demanda, particularmente al consumo privado. Esto último incentivaba la actividad productiva y se generaron altas tasas del crecimiento del PIB. Por ello, bien puede decirse que el factor locomotor central de aquella bonanza fue el franco crecimiento del gasto público.

De allí que durante esos años dijimos en múltiples ocasiones que una de las condiciones necesarias, mas no suficientes, para mantener el gran dinamismo económico era que los gastos gubernamentales reales siguieran mostrando altos crecimientos a lo largo del tiempo, para lo cual se requería que los ingresos petroleros, y en consecuencia los precios de exportación, experimentaran sostenidos y crecientes aumentos.

Decíamos entonces que no bastaba con que los precios se estabilizaran en niveles elevados, sino que debían seguir creciendo cada vez con mayor intensidad, como condición de base para aspirar a mantener las altas tasas de crecimiento de los años de bonanza, haciendo la salvedad de que aun cuando ese aumento de precios se diera, era probable que el crecimiento económico fuera menos intenso debido a los francos signos de agotamiento que ya mostraba el modelo económico aplicado. Los hechos nos dieron la razón. A pesar de que los precios se han

estabilizado en niveles elevados, no solo no hemos seguido creciendo, sino que nos encontramos en una gran recesión.

Otro factor que ha contribuido a este comportamiento tan adverso es la reducción de los volúmenes de producción y exportación de Pdvs, los cuales están muy por debajo de los reportados oficialmente, ratificándose los estimados de la Organización de Países Exportadores de Petróleo, la AIE y otra serie de fuentes de alto prestigio internacional, que coinciden en señalar que lo que exportamos es mucho menos de lo que oficialmente se dice. A ello hay que agregar que buena parte de los volúmenes que se exportan no generan ingreso de divisas porque están destinados a pagas ventas anticipadas de petróleo a China y a otros países se financian a largo plazo a través de programas como Petrocaribe o se envían a Cuba, nación que aparentemente los cancela con las prestación de servicios médicos o de otra índole.

El control de cambio y las medidas de inclinación socialista que está imponiendo el gobierno tienen un gran impacto en las actividades privadas. El resultado es que ahora múltiples empresas afrontan severas limitaciones en el acceso a las divisas, ya que no las pueden obtener en cantidades suficientes. Esta situación está creando graves problemas, pues la imposibilidad de disponer de múltiples insumos de origen externo impide o limita la producción, al punto que innumerables empresas están trabajando a media máquina, e incluso, están considerando la posibilidad de parar totalmente su actividad productiva en un futuro inmediato, una vez que se les agoten sus inventarios.

Esto, además de los problemas de desabastecimiento y agravamiento inflacionario que se materializarán, generará desempleo y destrucción del aparato productivo, por lo que urge que se flexibilice el acceso a las divisas aumentando la oferta de dólares preferenciales y permitiendo la realización de operaciones de compra y venta en un mercado libre o paralelo.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, José A Ravelo Celis, Antonio Clemente, Saúl Krivoy, Harry Acquatella, Francisco Herrera, David Steinberg, Carlos Orellana Bencomo, Doris Perdomo de Ponce, Saúl Kizer y Claudio Aoñin Soulie.