

XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2007.

# **La Salud Pública en la Venezuela de las décadas centrales del Siglo XX (1936-1952).**

Araujo Yaselli, Marian (Universidad Central de Venezuela / Universidad de Alicante).

Cita:

Araujo Yaselli, Marian (Universidad Central de Venezuela / Universidad de Alicante). (2007). *La Salud Pública en la Venezuela de las décadas centrales del Siglo XX (1936-1952)*. XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-108/892>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## XIº JORNADAS INTERESCUELAS / DEPARTAMENTOS DE HISTORIA

Tucumán, 19 al 22 de septiembre de 2007

**Título:** La Salud Pública en la Venezuela de las décadas centrales del Siglo XX (1936-1952).

**Mesa Temática Abierta:** Historia de políticas públicas de salud, enfermedades e instituciones en Argentina y América Latina en los Siglos XIX y XX.

**Universidad, Facultad, Dependencia:** 1) Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición y Dietética, Dpto. Ciencias Sociales y Económicas. 2) Becaria del Programa de Doctorado de Salud Pública, Universidad de Alicante, España.

**Autora:** Araujo Yaselli, Marian. Profesora Asistente.

**Dirección, Telf., e-mails:** Ancha de Castelar No. 89, Entreplanta 1, San Vicente del Raspeig, 03690, Alicante-España. Telf. 0034-637876751, e-mails: [mmay@alu.ua.es](mailto:mmay@alu.ua.es), [marianaraujoyaselli@yahoo.com](mailto:marianaraujoyaselli@yahoo.com)

### LA SALUD PÚBLICA EN LA VENEZUELA DE LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XX (1936-1952)

**Araujo-Yaselli, Marian<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Facultad de Medicina; Universidad Central de de Venezuela.

<sup>2</sup> Becaria del Programa de Doctorado de Salud Pública. Universidad de Alicante, España.

La muerte del general Juan Vicente Gómez en 1935, supuso para Venezuela el inicio de una etapa de profundas transformaciones políticas, socioeconómicas y sanitarias. La salud pública, y en general la modernización sanitaria, se convirtieron en uno de los objetivos prioritarios de los sucesivos gobiernos que regentaron el país entre 1936 y 1952. A partir del informe “Estudio de la Organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela”, presentado en 1952 y publicado con motivo del XXXV Aniversario del Ministerio en 1971, el trabajo que presentamos pretende analizar los parámetros conceptuales y metodológicos que guiaron las políticas de salud pública durante aquel período, así como el papel que jugaron los sanitarios españoles exiliados a Venezuela con motivo de la guerra civil española de 1936-1939, y la influencia que ejercieron las políticas desarrolladas por los organismos sanitarios internacionales e instituciones como la Fundación Rockefeller.

# LA SALUD PÚBLICA EN LA VENEZUELA DE LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XX (1936-1952) Araujo-Yaselli, Marian<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Medicina; Universidad Central de de Venezuela. <sup>2</sup> Becaria del Programa de Doctorado de Salud Pública. Universidad de Alicante, España.

## INTRODUCCIÓN

Si definir el concepto de salud es, de por sí, un asunto polémico, mucho más difícil es precisar las directrices y estructuras que deben incorporarse y coordinarse para el desarrollo de la salud pública de un país. El reto se torna más complejo cuando el contexto general (político, económico, ambiental, educativo y social) que define en tiempo y espacio a una población, le es adverso. Tal fue el caso de la Venezuela del primer tercio del siglo XX.

Intentar realizar una aproximación al estudio de la salud pública venezolana sin tomar en cuenta la situación nacional previa a la creación de la primera institución gubernamental con funciones sanitarias específicas, sería, además de incorrecto, injusto con la propia evolución histórica del país. Sumado a ello, el acontecer internacional, que dibujó y desdibujó el paisaje interno a través de acuerdos y compromisos firmados, donde todo tipo de intereses entraron en juego.

Puntualizado el escenario básico donde se desarrolla el tema objeto de estudio, solo quedaría definir los problemas a dilucidar: ¿Cómo se desarrolló la institucionalización de la salud pública venezolana durante sus primeros 16 años de existencia? y ¿Qué elementos internacionales participaron o influyeron en su desarrollo?

El trabajo que presentamos a continuación se enmarca en la última colaboración de la Fundación Rockefeller (FR) en Venezuela fue la elaboración del Informe “Estudio de la Organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, MSAS” (1952), donde el Dr. R. Hill coordinó a los expertos extranjeros. (MSAS 1971: 10). Se pretende analizar, a partir del citado informe, los orígenes y evolución de la institucionalización de la Salud Pública en Venezuela, considerando los factores internos y externos que influenciaron su desarrollo durante los primeros 16 años de existencia (1936-1952).

## MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio es de carácter histórico descriptivo y representa la primera aproximación al tema, a través de una revisión sistemática de documentos y trabajos publicados sobre el origen y evolución histórica de la salud pública venezolana.

Se decidió iniciar el estudio de la institucionalización de la salud pública en Venezuela, con el análisis del “Estudio de la Organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela”, trabajo que fue presentado ante el Dr. Pedro Gutiérrez Alfaro, Ministro de Sanidad y Asistencia Social en diciembre de 1952, luego de un año de intensa búsqueda de información y análisis de situación, llevado a cabo por una Comisión nombrada por el Ministro Soulés Baldo y conformada por expertos nacionales (funcionarios del MSAS) e internacionales (miembros de la Fundación Rockefeller).<sup>1</sup> (Cuadro 1)

**Cuadro 1. Miembros de la Comisión Ministerial designados para realizar el estudio, desde el 8 de julio de 1951 hasta el 15 de diciembre de 1952.**

Experto	Procedencia / Especialidad
Dr. Guillermo Arbona	Puerto Rico: Departamento de Salud y Escuela de Medicina.
Dr. Rolla Hill	Estados Unidos: Fundación Rockefeller.
Dr. Leonard S. Rosenfeld	Estados Unidos: Servicio de Salud Pública.
Ing. John M. Henderson	Estados Unidos: Escuela de Salud Pública, Universidad de Columbia, NY.
Sr. Manuel Quiñones	Puerto Rico: Departamento de Salud.
Dr. Demetrio Castillo	Venezuela: División de Educación Sanitaria, MSAS.
Dr. Leopoldo García Maldonado	Venezuela: Instituto de Hospitales, MSAS.
Dr. J. A. Jove	Venezuela: División de Ingeniería Sanitaria, MSAS.
Dr. Daniel Orellana	Venezuela: Dirección de Salud Pública, MSAS.

Fuente: MSAS 1971: 20-21.

<sup>1</sup> El origen de la iniciativa se remonta al año 1949, cuando el Dr. Carlos Luis González, Director de Salud Pública, comunica al Dr. Rolla Hill, Director de la División Internacional de Salud para América Latina de la FR, su interés por replicar la experiencia italiana en la evaluación de su Ministerio. Inmediatamente hubo entusiasmo por la idea, tanto por FR como por el Dr. Antonio Martín Araujo, Ministro de Sanidad y Asistencia Social y su equipo. En mayo del siguiente año, oficialmente se solicitó la ayuda de la FR para el proyecto, sustentado en las siguientes razones: 1) El MSAS lleva 15 años de funciones sin revisión de conjunto de su organización; 2) Continuo incremento de su presupuesto (9 veces mayor al de 1936); 3) Ampliación y creación de servicios; 4) Combinación inadecuada de esfuerzos sanitarios entre el Gobierno Federal y los Gobiernos Estadales. Luego, en diciembre de 1950, la solicitud fue ratificada por el nuevo Ministro, Dr. Raúl Soulés Baldo, respondiendo afirmativamente el Dr. George Strode, Jefe de la División Internacional de Salud de la FR, quien confía al Dr. Rolla Hill los detalles del proyecto. (MSAS 1971: 6, 19,20)

La metodología de trabajo que siguió el grupo fue muy coherente: 1) cada miembro de la Comisión leyó y analizó previamente una documentación base; 2) primera reunión en Caracas por un mes aprox. (julio 1951), para visitar las dependencias centrales y algunos locales, realizaron entrevistas y reuniones diarias informales, así como también, se dividieron en 4 grupos según campo de conocimientos e intereses especiales; 3) hubo constante intercambio de correspondencia entre miembros extranjeros y nacionales, preparando estos últimos los proyectos preliminares de los capítulos; 4) segunda reunión en Caracas por una semana (noviembre 1951) pero solo el Dr. Hill con los miembros nacionales; 5) tercera reunión en San Juan de Puerto Rico por una semana (febrero 1952) los Dres. Orellana, Jove, Hill y Arbona, y el Sr. Quiñones; 6) se distribuyeron los proyectos de cada capítulo; 7) el Dr. Arbona visitó Caracas para dictar conferencias por una semana (junio 1952), reuniéndose con los miembros nacionales; 8) quinta reunión en Caracas por una semana (julio 1952), toda la Comisión en pleno tomaron las últimas decisiones y aprobaron el informe. El Dr. Orellana actuó como coordinador y secretario general a los fines de centralizar el material.

Aunque no incluyeron referencias bibliográficas formales, los autores sintetizan información proveniente de los servicios centrales y locales del MSAS,<sup>2</sup> se desplazan a los centros y realizan entrevistas a los funcionarios. Tal como lo describe Orellana en el Prólogo de 1971, el estudio fue “un verdadero laboratorio en el terreno y sus recomendaciones representan en buena medida un consenso de los anhelos e inquietudes del equipo humano del MSAS”. Además, “ya existía entre los dirigentes del Ministerio una amplia conciencia de los problemas de la organización y una clara visión de las soluciones.” (MSAS 1971: 8, 28)

Estas inquietudes fueron condensadas en un cuerpo de sugerencias basadas sobre el análisis de la estructura global de la organización. De esta forma, presentaron un trabajo

---

<sup>2</sup> “Varias de las observaciones y recomendaciones que aparecen en el presente Informe, ya habían sido materias de consideración por diferentes organismos y funcionarios del Ministerio, según consta en distintas publicaciones e informes”. Algunos de ellos son: 1era. Conferencia Nacional de Médicos Jefes de Unidades Sanitarias (1943); Comisión Planificadora de Instituciones Médico-Asistenciales (nov 1945 a mar 1946); Consejo Técnico del Ministerio (1947); Orellana (1948): Comentarios sobre la Organización Sanitaria venezolana [inérito]; Materiales presentados en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (oct 1950); Orellana y González (1951): La asistencia médica en el medio rural venezolano; 2da. Conferencia Nacional de Jefes de Unidades Sanitarias: Cárdenas, González Mijares, Sequera y Varo (nov 1951): El trabajo de las Unidades Sanitarias tipo “C” [ponencia]. (MSAS 1971: 25-28)

de 297 páginas, con 8 capítulos y un total de 76 recomendaciones (11 generales, 56 específicas y 9 bases), que a continuación se detallan. (Cuadro 2)

**Cuadro 2. Estructura resumida de la publicación “Estudio de la Organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela”. Caracas, 1971**

SECCIONES	# págs.	% extensión Sección *
<b>Prólogo, Daniel Orellana, mayo 1971. (pp. 5-11)</b>	7	2,47
<b>Prólogo, junio 1958. (pp. 13-14)</b>	2	0,71
<b>Comunicación de entrega del Informe, diciembre 1952. (pp. 17-18)</b>	2	0,71
<b>Capítulo I. Introducción y Recomendaciones Generales. (pp. 19-33)</b> Recomendaciones generales: 11 ítems.	15	5,30
<b>Capítulo II. Organización Central. (pp. 35-69)</b> Recomendaciones: 7 ítems.	35	12,37
<b>Capítulo III. Servicios Administrativos Auxiliares. (pp. 71-91)</b> I. Presupuesto: Recomendaciones: 6 ítems. II. Compras y Suministros: Recomendaciones: 6 ítems.	21	7,42
<b>Capítulo IV. Organización Local. (pp. 93-146)</b> Recomendaciones: 6 ítems.	54	19,08
<b>Capítulo V. Hospitales y Cuidados Médicos. (pp. 147-188)</b> Recomendaciones: 9 ítems.	42	14,84
<b>Capítulo VI. Saneamiento. (189-224)</b> Recomendaciones: 15 ítems.	36	12,72
<b>Capítulo VII. Personal. (225-249)</b> II. Preparación de personal: Recomendaciones: 4 ítems. III. Administración de Personal: Recomend.: 3 ítems.	25	8,83
<b>Capítulo VIII. Coordinación de Servicios Nacionales, Estadales y Municipales. (251-270)</b> Bases para la Coordinación de Servicios Nacionales, Estadales y Municipales: 9 ítems.	20	7,07
<b>Apéndice, diciembre 1952. (pp. 271-281)</b> Bases para un Plan de Regionalización Sanitaria. Ejemplo: Región Sanitaria Lara-Portuguesa-Yaracuy.	11	3,87
<b>Apéndice, mayo 1971. (pp. 285-297)</b> Carta del Dr. Arnoldo Gabaldón. Comentarios a una carta del Dr. Gabaldón.	13	4,59

\* n = 283 páginas con texto.

Fuente: Cálculos propios.

## RESULTADOS

La Comisión replanteó los objetivos y principios fundamentales, es decir, las directrices organizativas de la institución, sin entrar a cuestionar los detalles administrativos de los programas en ejecución. Con respecto a esto último, pensaban que al introducir las propuestas generales, inevitablemente el funcionamiento de cada División sería más efectivo y eficiente. Tal como lo expresan en el informe: “La idea

rectora de este estudio ha sido, en síntesis, la máxima utilización de los elementos administrativos disponibles mediante cambios estructurales adecuados y la implantación de nuevos sistemas, pero esto último principalmente dentro de la categoría de las funciones auxiliares”. (MSAS 1971: 7, 26)

Otro rasgo característico en la evolución del MSAS fue su continuo crecimiento, cada vez más complejo, a medida que se expandían los antiguos servicios y se añadían otros nuevos. Junto a ello, la necesidad imperiosa de contar con personal capacitado que justificase el mantenimiento de los nuevos servicios, cada vez más especializados. Este agudo problema permaneció, no obstante los frecuentes cambios políticos de Ministro – que afortunadamente no afectaron a los funcionarios técnicos-, y los considerables esfuerzos que se hicieron para resolverlo: becas de organizaciones internacionales, del MSAS y cursos regulares al personal.

La Ley de Sanidad Nacional promulgada en 1938, estableció que la dirección máxima de la sanidad nacional correspondía ejercerla al MSAS y en consecuencia, era de “interés público... la coordinación y cooperación de la Nación, Estados y Municipalidades...” para “a) la observancia de principios técnicos uniformes... y b) la unificación de procedimientos sanitarios que se pondrán en práctica en toda la República, pero dejando a salvo la iniciativa de los Estados y Municipalidades respecto a la creación de servicios de higiene y asistencia social”. (MSAS 1971: 35, 36)

Más adelante, según la reforma de la Constitución de los Estados Unidos de Venezuela (1947) se indicaba que: “La Ley podrá establecer la nacionalización de estos servicios públicos de acuerdo con el interés colectivo” y que las Municipalidades podrán “Organizar sus servicios de asistencia social con sujeción a las leyes y reglamentos nacionales y bajo la inspección y vigilancia del respectivo servicio nacional”. (MSAS 1971: 35)

Con posterioridad, el Estatuto Orgánico de Ministerios (1950) en su Artículo 25, precisó las funciones que correspondían al MSAS: “1. Fomento, conservación y restitución de la salud; 2. Programas, proyectos, organización, dirección técnica, administración de todos los servicios directamente destinados al fomento y conservación de la salud; 3. Programas, proyectos, organización, dirección técnica, administración de todos los

servicios destinados a la restitución de la salud; 4. Aprobación e inspección de todos los servicios de restitución de la salud; 5. Coordinación de las actividades nacionales, estatales, municipales y privadas; 6. Ejecución de obras destinadas a la lucha contra enfermedades hídricas o telúricas, que no estén atribuidas especialmente a otro Ministerio; 7. Las estadísticas sanitarias; 8. Vigilancia del ejercicio del médico, farmacéutico y odontólogo; aprobación de Reglamentos Internos, de acuerdo con la Ley; 9. Vigilancia de las actividades profesionales de enfermería, asistencia no médica de partos, trabajo social, laboratorios y otros similares; 10. Preparación técnica del personal necesario; 11. Organización y dirección de servicios de veterinaria que se relacionan con la salud pública; y 12. Las relaciones y supervisión del funcionamiento de los Institutos Autónomos adscritos al Despacho. (MSAS 1971: 36, 37)

Este marco legal, con sus pros y contras, permitió definir la organización del MSAS y la forma como los gobiernos estatales y municipales procedieron para dar respuesta a los problemas de salud que confrontaban. Supuso entonces, la creación de una estructura sanitaria a múltiples niveles desarticulados y que propició a su vez, la diversidad de fuentes emisoras de procedimientos.

En el primer capítulo se resumen los principales logros de los últimos años del período en estudio: 1) El saneamiento había recibido constante atención: abastos de agua, control de parasitosis intestinales y esquistosomiasis; 2) Malariología había llegado a la eliminación del paludismo como causa importante de mortalidad y se habían recuperado valiosas zonas del territorio nacional; 3) El descenso de las mortalidades por TBC y la infantil; 4) La fijación de necesidades, el desarrollo de bases doctrinarias y elaboración de un plan de hospitales; y 5) Atención a los problemas de nutrición y de protección materno-infantil.

Como síntesis de todo el estudio, la Comisión presentó en el capítulo introductorio 11 **Recomendaciones Generales**, a saber: (MSAS 1971: 31-33)

1. Apoyar la política de integración de servicios preventivos y curativos.
2. Reorganización funcional del MSAS: definición y ubicación precisas de las funciones directivas y asesoras, ejecutivas y auxiliares; de modo que se faciliten



las actividades de planificación, coordinación e integración de los distintos servicios.

3. Descentralización administrativa del MSAS, mediante los necesarios grados o niveles entre las oficinas centrales, y los servicios regionales y locales, a los cuales debe concederse más autonomía y responsabilidades; al mismo tiempo que se recomendaba el estímulo de la participación de las comunidades en el desarrollo de las actividades locales.
4. Extensión del trabajo preventivo a la población rural.
5. Conceder mayor importancia al saneamiento.
6. Aumentar el número de camas de hospitales sobre la base de la regionalización asistencial y paralelamente proporcionar actividades de preparación de personal.
7. Coordinación de servicios del MSAS con los de otras organizaciones.
8. Necesidad de más información ecológica y social, demográfica; como una de las bases para la planificación. Creación de un organismo de estudios a esos fines.
9. La necesidad más importante del momento era disponer de más personal altamente capacitado, especialmente en enfermería y saneamiento; complementándose con medidas administrativas que ofrecieran estabilidad, seguridad social y oportunidades de mejoramiento económico y profesional a todo el personal sanitario.
10. Estudiar para la determinación de los recursos financieros que a la larga se requieran para asegurar el desarrollo progresivo del sistema hospitalario.
11. Reformar la educación médica: junto al entrenamiento clínico, el preventivo, social y ambiental; para permitir un incremento de la responsabilidad profesional con los problemas colectivos.

En los siguientes capítulos del Informe se abordaron una a una las principales áreas administrativas del MSAS, describiendo su evolución desde el año 1936 hasta 1952, los problemas y las limitaciones determinantes, para luego sintetizar en breves recomendaciones las acciones que se consideraban más adecuadas.

A continuación se presentan solo las **Recomendaciones Específicas**, dado que en buena parte reflejaron las deficiencias existentes y las vías de solución propuestas.

Recomendaciones para el nivel de **Organización Central** (MSAS 1971: 53-66):

Recomendación 1: La Dirección de SP deberá funcionar como una Dirección Técnica General del MSAS con responsabilidad y autoridad sobre toda la actividad técnica y sujeta solamente a la autoridad superior del Ministro.

Recomendación 2: Las unidades funcionales integrantes de la Dirección Técnica General, bien sean de su dependencia directiva (Divisiones) o adscritas a ella a los fines de coordinación (Institutos Autónomos), deberán agruparse en un número reducido de secciones o departamentos.

Recomendación 3: Será responsabilidad de las divisiones la elaboración de los programas especiales, de acuerdo con la naturaleza de los problemas a su cargo, y de normas para la ejecución y supervisión de esos programas en los servicios locales.

Recomendación 4: Deberá prestarse especial atención a la constitución y funcionamiento, dentro de la Dirección Técnica General, de organismos dedicados exclusivamente a las actividades de planificación y asesoramiento.

Recomendación 5: Las funciones encomendadas hoy a algunas Divisiones o Dependencias autóctonas de la DSP, podrían integrarse con las funciones de otras Divisiones.

Recomendación 6: Deberá incrementarse el proceso de revisión de la legislación sanitaria actual, y propugnar la elaboración y promulgación de un Código Sanitario.

Recomendación 7: Es necesario que el MSAS desarrolle en mayor grado la coordinación de las actividades nacionales relacionadas con la SP, y las investigaciones sociológicas que tienen especial significación en sus programas.

Recomendaciones para la elaboración del **Presupuesto** (MSAS 1971: 79-84):

Recomendación 1: Que para la preparación del presupuesto se exigiera que las diferentes dependencias presentaran una estimación cuidadosamente detallada de sus gastos generales.

Recomendación 2: Que se proveyera a las diferentes dependencias del MSAS de su presupuesto de funcionamiento al principio del año económico.

Recomendación 3: Que una vez aprobados los presupuestos de las diferentes dependencias, estos no fueran alterados sin el consentimiento de los Jefes de las dependencias afectadas.

Recomendación 4: Que los proyectos de presupuesto fueran sometidos conjuntamente con un programa de las actividades que se iban a desarrollar durante el año con las asignaciones solicitadas, y que la aprobación de los presupuestos fuera subsecuente a la aprobación del programa anual.

Recomendación 5: Que se estructuraran dentro del MSAS las organizaciones necesarias para el manejo adecuado y permanente de los problemas de presupuesto.

Recomendación 6: Que las distintas dependencias fueran informadas mensualmente de los gastos en que hubiesen incurrido y de los saldos favorables a su disposición.

#### Recomendaciones para los servicios de **Compras y Suministro** (MSAS 1971: 87-91):

Recomendación 7: Que se elaboraran listas con precios, revisados periódicamente, de los equipos y materiales existentes en la Proveduría del MSAS, y que estas listas estuvieran a disposición de los Jefes de las distintas dependencias.

Recomendación 8: Que se uniformizaran, hasta donde fuera, posible los equipos y materiales más comúnmente usados.

Recomendación 9: Que se considerara detenidamente la posibilidad de establecer depósitos regionales destinados a contrarrestar las dificultades que ocasionaban los medios deficientes de comunicación, especialmente en algunas áreas y durante la estación de lluvias.

Recomendación 10: Que los servicios de la Proveduría cubrieran más completamente los hospitales y algunas otras dependencias del MSAS.

Recomendación 11: Que el costo de los efectos suplidos a las distintas dependencias fuera cargado a las partidas asignadas a cada dependencia; y que los jefes de estas fueran notificados de estos costos y cargos.

Recomendación 12: Aunque la existencia real de efectos en la Proveduría no constituía legalmente un fondo rotatorio (circulante), en la práctica debía funcionar como tal.

Las recomendaciones de la Comisión para la **Organización Local** fueron las siguientes (MSAS 1971: 134-145):

Recomendación 1: Que se ampliara la jurisdicción de las Unidades Sanitarias (US) de modo que los servicios que aquellas prestaban, protegieran a una mayor proporción de población, incluyendo la población rural.

Recomendación 2: Que se aumentara el grado de autoridad y responsabilidad conferido a las US, de modo que fuera más fácil adaptar sus programas de salud pública a las necesidades de las comunidades que servían, siempre de acuerdo con las normas nacionales.

Recomendación 3: Frente a la necesidad de estimular la colaboración local, debía concederse importancia a la constitución de organismos representativos de la comunidad y de aquellas entidades que participaban de los servicios médicos y sanitarios locales.

Recomendación 4: Que se intensificaran los esfuerzos para conseguir los diferentes tipos de personal calificado que requerían las US y otros servicios locales, y para asegurar su mejoramiento progresivo.

Recomendación 5: Que la coordinación de las actividades que debían efectuar las US, se realizara por las oficinas centrales del MSAS, de modo que los servicios locales actuaran sobre planes coordinados de antemano.

Recomendación 6: Que se incrementaran y unificaran los métodos de supervisión de las Medicaturas Rurales.

Sintetizaron en nueve puntos, las vías de acción más prudentes a seguir para la organización de **Hospitales y Cuidados Médicos:** (MSAS 1971: 178-186):

Recomendación 1: Que las revisiones periódicas y las modificaciones consecuenciales posibles del Plan Nacional de Construcción de Hospitales del MSAS se hicieran con la ayuda de un comité consultivo, en donde estuvieran representados por lo menos las Universidades, el gremio médico y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en la aplicación del Plan se recomendaba, además, la intervención de comités de coordinación regionales cuya composición variase según la región.

Recomendación 2: Que se planteara la necesidad de una política definitiva nacional en relación a servicios nacionales de asistencia médica y hospitalaria. El Seguro Social inició actividades en 1944 adscrito al Ministerio del Trabajo y no debía haber un plan de hospitales, ni de salud pública para asegurados, paralelo y eventualmente divergente del plan para el resto de la población. La más estrecha e inteligente cooperación entre las entidades nacional, estatal y municipal era indispensable, pero no bastaba y había que exigir además: a) que se cobraran los servicios a quien pudiera pagarlos, en proporción a la capacidad económica del beneficiario; b) una política tributaria ampliada de carácter general; c) una política gubernamental unívoca en relación con los servicios sanitarios del Seguro Social y MSAS.

Recomendación 3: Que se incrementara la autonomía de modo de conceder mayor flexibilidad a la administración hospitalaria.

Recomendación 4: Que se revisaran las leyes y reglamentos que regían la inspección y aprobación de hospitales.

Recomendación 5: Que se estudiase los límites y la magnitud del problema en el país para desarrollar un plan que coordinara los aspectos hospitalarios, ambulatorios y domiciliarios de la asistencia, con especial énfasis en la rehabilitación.

Recomendación 6: Que los sanatorios antituberculosos, las leproserías, los hospitales psiquiátricos y los de cáncer fueran traspasados por último al Instituto de Hospitales.

Recomendación 7: Que las Escuelas de Medicina asumieran la dirección de una enseñanza graduada y post-graduada concebida para preparar en número y calidad, adecuados médicos generales y especialistas que requería el país.

Recomendación 8: Abocarse al estudio de una nueva Ley de Ejercicio de la Medicina y del Reglamento correspondiente.

Recomendación 9: Formulación de un reglamento o de pautas de nacionalización de hospitales que tendieran a conservar las ventajas eliminando las desventajas.

Las quince recomendaciones sobre **Saneamiento** resultaron ser las más numerosas de todos los capítulos, ocupando esta sección el tercer lugar de extensión de todo el libro. (MSAS 1971: 214-224)

Recomendación 1: Que el MSAS gestionara ante el INOS lo siguiente: a) Que el INOS continuara su política de operación de los abastecimientos de agua municipales. Cuando las Municipalidades se encontraran en condiciones para atenderlos debidamente, estas los administraran de nuevo. b) Que toda la renta producida por el servicio de abastecimiento de agua fuera dedicada exclusivamente a su mantenimiento, ampliación y mejora de la red cloacal. c) Que el INOS se esforzara por suministrar siempre agua clorinada, bajo servicio continuo y presión suficientes en todos los acueductos que le fueran entregados.

Recomendación 2: Que el MSAS auspiciara la formación de una comisión compuesta por representantes suyos y del INOS, para tratar los problemas que interesaran a ambos organismos y muy especialmente para asignarles prioridad a las obras sanitarias.

Recomendación 3: Que el MSAS hiciera lo posible por atraer a su servicio un número de ingenieros sanitarios suficiente como para que supliera las necesidades de las Divisiones de Ingeniería Sanitaria, Malariología y US.

Recomendación 4: Que se diera la mayor flexibilidad posible a los presupuestos destinados a obras de saneamiento, con el fin de poder ser administrados eficientemente.

Recomendación 5: Que se continuara la campaña contra la malaria sostenidamente para mantener el control de la endemia en el país y lograr su posible erradicación.

Recomendación 6: Que las Divisiones que prestaran servicios locales directos, establecieran y fomentaran relaciones de trabajo con las US, Regiones, Centros de Salud y Medicaturas Rurales, intercambiando información y servicio para la mejor marcha de las campañas.

Recomendación 7: Que la División de Fiebre Amarilla y Peste fuera fundida con la División de Malariología.

Recomendación 8: Que se creara una nueva y superior categoría de personal subalterno de saneamiento, a través de la selección entre los candidatos mejor calificados, entrenado adecuadamente sobre los problemas específicos de

saneamiento y su solución; y sería confiado con mayores responsabilidades que los actuales inspectores de sanidad.

Recomendación 9: Que se creara una Sección de Inspección de Servicios Sanitarios Municipales con el fin de inspeccionar, asesorar y hacer recomendaciones necesarias para el mejor funcionamiento de dichos servicios.

Recomendación 10: Que a medida que la disponibilidad de personal lo permitiese, la División de Ingeniería Sanitaria destacara ingenieros a las organizaciones regionales más importantes.

Recomendación 11: Que la recolección y disposición de basuras continuara siendo de la competencia municipal y que la supervisión de los sistemas correspondía a las US.

Recomendación 12: Que la División de Ingeniería Sanitaria y la Oficina Cooperativa Interamericana de Salud Pública, emprendieran la protección de manantiales y otras pequeñas fuentes de agua en el medio rural, y que consideraran la posibilidad de colocar tuberías para alimentar fuentes públicas a lo largo de caminos en zonas sub-urbanas.

Recomendación 13: Que la División de US solicitase que tanto los Médicos Jefes como el personal de inspectores y enfermeras, prestaran especial atención a los problemas de saneamiento en sus áreas de influencia. Todo el personal empleado debía estar debidamente instruido acerca de la importancia del saneamiento con respecto a la defensa de la salud.

Recomendación 14: Que los Médicos Jefes de las US procuraran información acerca de las obras de saneamiento que proyectaran llevar a cabo los Estados y las Municipalidades y vigilaran con el fin de que el MSAS pudiera asesorarlos a su debido tiempo.

Recomendación 15: Que el MSAS promoviera la reunión periódica de los representantes de los organismos gubernamentales que se interesaran por el problema de la vivienda con el fin de coordinar sus respectivas actividades.

#### Recomendaciones sobre la **Preparación de Personal:** (MSAS 1971: 238-241)

Recomendación 1: Que el MSAS pusiera en práctica sistemas de atracción de candidatos para capacitación ulterior entre estudiantes universitarios de cursos superiores, de escuelas de enseñanza superior y de bachillerato.

Recomendación 2: Que el MSAS desarrollara sistemas de selección para estudios y adiestramiento avanzados entre el personal ya en servicio.

Recomendación 3: Que se confiara la coordinación de las actividades de adiestramiento de personal a una organización con suficiente autoridad para elaborar y recomendar un programa general para todo el MSAS.

Recomendación 4: Que el MSAS continuara adiestrando personal en el exterior.

Recomendaciones sobre **Administración de Personal**: (MSAS 1971: 246-249)

Recomendación 5: Que el MSAS propiciara la preparación de expertos en el campo de la administración de personal, para que se llevara a cabo un estudio completo de la situación y se formularan las bases de un sistema compatible con las condiciones y la legislación del país.

Recomendación 6: Las actividades de manejo del personal debían centralizarse en una Oficina de Personal.

Recomendación 7: La Oficina de Personal debía organizarse como una dependencia de la Dirección Técnica General.

En el último capítulo presentaron las “Bases para la Coordinación de Servicios Nacionales, Estadales y Municipales”, en forma de sugerencias y no de recomendaciones, porque varias de ellas no podían concretarse en la implementación inmediata de medidas técnicas o administrativas y también porque, algunas de ellas desbordaban los límites de competencia del MSAS. Las sugerencias iban encaminadas hacia: la planificación nacional, los convenios administrativos y económicos, la normativa nacional, la preparación de los presupuestos estatales, la clasificación de los Directores estatales, los organismos coordinadores, el fortalecimiento de la representación local del MSAS, el asesoramiento a las Municipalidades, y sobre las regiones sanitarias. (MSAS 1971: 263-270)

Finalmente, fueron tres los apéndices que contiene el informe analizado. El primero de ellos, correspondió a un ejemplo de las Bases para un Plan de Regionalización Sanitaria. Los otros dos apéndices, correspondieron a opiniones dadas sobre la organización del



MSAS y una futura reestructuración de la institución, <sup>3</sup> específicamente, el segundo apéndice fue una carta del Dr. Arnoldo Gabaldón dirigida al Dr. Rolla Hill; y el tercero, los Comentarios a una carta del Dr. Gabaldón realizados por el Dr. Santiago Ruesta Marco.

## **DISCUSIÓN**

¿Qué hemos hecho? y ¿A dónde queremos ir? Parecieron ser las preguntas que se formularon los miembros de la Comisión Mixta MSAS-FR. El Informe de 1952 se caracterizó por ser un trabajo de carácter sintético y autocrítico, donde la extensión y calidad de su contenido reflejó la intencionalidad de una herramienta para el progreso del funcionamiento de la institución. Realizaron un esbozo de evolución lógica y deseable del MSAS, sugiriendo recomendaciones que sintetizaron en gran parte las ideas del equipo técnico, puesto que fueron inspiradas en documentos oficiales y trabajos de investigación presentados por las Divisiones y otros organismos del ministerio, sumado a entrevistas que la Comisión realizó como un verdadero “Laboratorio en el terreno” sobre lo administrativo y lo doctrinario del MSAS.

El año 1936 marcó un antes y un después en la evolución de la organización sanitaria venezolana. Se evidenció una profunda reforma de la salud pública bajo el respaldo económico de circunstancias nacionales e intereses internacionales que conllevaron a un desenfrenado desarrollo de la industria petrolera, la cual desplazó los tradicionales rubros de producción y generó un importante aumento en los ingresos del Estado.

El marco legal existente favoreció el surgimiento de estructuras sanitarias paralelas a las de la Dirección de Salud Pública del MSAS. Los Estados y Municipios, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y los propios Institutos Autónomos del MSAS, tuvieron iniciativas y concretaron acciones inconsultas a la máxima autoridad sanitaria del país. Se evidenció una atomización de la salud pública y luchas por el poder técnico y económico dentro de la institución. Algunos líderes se desarticulaban del contexto sanitario general, favorecidos quizás por la ausencia de una base doctrinal que orientara y vinculara los esfuerzos de cada grupo de especialistas.

---

<sup>3</sup> En opinión de Orellana: “...representan verdaderos documentos para la historia de nuestra organización. Se reproducen dos de ellas al final de este informe...”. (MSAS 1971: 8)

La falta de participación comunitaria respondió a razones históricas y sociales de una población que, entre otras razones, permaneció por muchos años sometida a un régimen dictatorial con muy limitado acceso a la educación formal.

Una de las principales amenazas al proceso de institucionalización de la salud pública venezolana fue el déficit de recurso humano especializado y la inestabilidad de la carrera de sanitarista, la cual no contó para la fecha con el soporte legal correspondiente que brindara confianza y atractivo suficiente a los jóvenes profesionales para dedicarse exclusivamente a ella.

## **CONCLUSIONES**

El Informe de 1952 representó un estudio diagnóstico de la salud pública venezolana, donde también se aportaron posibles vías de acción, desde una perspectiva sanitaria integral, multicausal e interdisciplinar.

Venezuela se comportó como un Estado con políticas centralistas, de economía rentista y dependiente, con déficit en: vivienda, vialidad y educación general y especializada conllevando a falta de recursos humanos profesional y técnico; con una inconciencia de la colectividad como fuerza social de cambio, con contraposición de intereses privados y públicos, y en donde a pesar de los esfuerzos iniciados en algunos sectores, prevalecía un déficit en la planificación nacional, entre otros rasgos.

Tres encuentros fueron claves y sinérgicos: por un lado los médicos y enfermeras españoles exiliados en Venezuela; por otro, los expertos y las comisiones permanentes de la FR en el país; y finalmente, los médicos venezolanos formados en el país y con estudios de especialización en Europa y en Norteamérica.

El Informe de 1952 aportó el testimonio de dos protagonistas principales de la sanidad venezolana en el período estudiado, los Dres. Arnoldo Gabaldón y Santiago Ruesta Marco. En la consulta que se les hizo sobre el trabajo que venía realizando la Comisión MSAS-FR, ofrecieron valiosas aportaciones sobre 4 ideas principales: la necesidad de una base doctrinal, el esclarecimiento entre la Seguridad Social y el Bienestar Social, los estudios de la Población y aspectos de gestión administrativa.

## **RECOMENDACIONES**

Se requiere indagar más allá de los límites de actuación del MSAS, dado el carácter interdisciplinario de la salud. Junto a ello, los complejos “juegos de poder” que el desarrollo de la industria petrolera generó en todos los sectores vivos de la sociedad, siendo evidente la complejidad de las inserciones contextuales del tema sanitario y la exigencia de un estudio más amplio.

La metáfora de “río crecido” permite expresar la necesidad de analizar en profundidad la colaboración de la FR a la luz del impacto petrolero y la influencia del modelo de vida norteamericano en el *continuoum* histórico venezolano.

## **FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA**

Archila, R. (1956). Historia de la sanidad en Venezuela. Tomos I y II. Caracas, Imprenta Nacional.

Bernabeu-Mestre, J & Gascón, E. (1999). Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante, Universidad de Alicante.

Bernabeu-Mestre, J. (2000). La utopía reformadora de la Segunda República: La labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. Revista Española de Salud Pública, 74, pp. 1-13.

Bernabeu-Mestre, J. (2003). La contribución del exilio científico español al desarrollo de la salud pública venezolana: Santiago Ruesta Marco (1938-1960). IN: Barona, J.L. ed. Ciencia, salud pública y exilio (España, 1875-1939). Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

Cardozo-Soto, T. (1991). Semblanza de tres grandes figuras de España que contribuyeron decididamente al desarrollo de la medicina en Venezuela. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, 40 (59), pp. 65-72.

Cueto, Marcos. (2004). El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., OPS.

Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. (1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud Pública de México 33:448-462.

Fundación Polar (1997) Diccionario de Historia de Venezuela. Caracas, Fundación Polar [CD-ROM].

Gabaldón, A.J. (1974). Ensayos sobre desarrollo nacional. Caracas, Monte Ávila Editores, C.A.

Gascón, E. & Galiana, M.E. & Bernabeu-Mestre, J. (2003). La aportación de las enfermeras visitadoras sanitarias al desarrollo de la enfermería venezolana. IN: Barona, J.L. ed. Ciencia, salud pública y exilio (España, 1875-1939). Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

<http://www.ops-oms.org.ve/site/100-aniv/heroes/convit.htm>

(Consultada el 7-6-7)

<http://www.venezuelatuya.com/estados/imagenes/araguaubicacion.gif> (Consultada el 11-6-7)

Lares-Gabaldón, M. (1941). Trayectoria de la sanidad en Venezuela. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 20 (12) diciembre, pp. 1260-63

López, B. (s.a.). Salud Pública: José Ignacio Baldó. Conferencia presentada ante la Sociedad de Historia de Medicina. [inédito].

Martín-Frechilla, J.J. (2003). El difícil camino de la salud pública. Los médicos españoles exiliados en Venezuela, 1936-1950. La historia de la ciencia en América Latina. Montalbán UCAB No. 36. Caracas, Universidad Católica "Andrés Bello".

Martín-Frechilla, J.J. (2005). Ni bendito ni maldito. Visión de conjunto del impacto del petróleo en la sociedad venezolana. IN: Petróleo nuestro y ajeno. La ilusión de la modernidad. Martín-Frechilla, J.J. & Texera-Arnal, Y. ed. Caracas, CDCH-UCV.

Martín-Frechilla, J.J. (2006). Forja y crisol. La Universidad Central, Venezuela y los exiliados de la Guerra Civil Española: 1936-1958. Caracas, UCV, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1971). Estudio de la organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Informe presentado en 1952. Caracas, MSAS.

MSAS. (1936 – 1953). Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, MSAS.

OPS. (1999). El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. Washington, D.C., OPS.

OPS. (2003). Origen y evolución de la salud pública en Venezuela. Caracas, Representación de la OPS/OMS en Venezuela.

Puigbó, J.J. (2002). Homenaje a Don Santiago Ramón y Cajal. Gaceta Médica de Caracas, 110 (2), pp. 225-40.

Rodríguez-Ocaña, E. (2000). La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España. Revista Española de Salud Pública, 74, pp. 27-34.

Segnini, Y. (1987). Las luces del gomecismo. Caracas, Alfadil Ediciones S.A.

Uslar-Pietri, A. (1996). De una a otra Venezuela. 8va. ed. Caracas, Monte Ávila Editores Latinoamericana, C.A.

Velásquez, R. J. & Beroes, M. eds. (1983). Pensamiento Político Venezolano del Siglo XX. Documentos para su Estudio, vol. 14. Caracas, Congreso de la República.

Velásquez, R. J. & Beroes, M. eds. (1985). Pensamiento Político Venezolano del Siglo XX. Documentos para su Estudio, vol. 17. Caracas, Congreso de la República.