

Planes y programas para enfermedades especiales en Venezuela: el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1936

Plans and programs for special diseases in Venezuela: The Ministry of Health and Social Assistance, 1936

Dra. Arq. Ana Elisa Fato Osorio

Arquitecta (Universidad Nacional Experimental del Táchira-UNET, 1996), Magíster Scientiarum en Historia de la Arquitectura y del Urbanismo (Universidad Central de Venezuela-UCV, 2005). Doctora en Arquitectura (UCV, 2013). Investigadora adscrita al Decanato de Investigación de la Universidad Nacional Experimental del Táchira-UNET (Venezuela), en la Coordinación de Investigación Socio Cultural. Docente del Núcleo de Historia de la Arquitectura en las asignaturas de Historia de la Arquitectura de la Carrera Arquitectura. Correo-e: anae71@gmail.com/afato@unet.edu.ve

RESUMEN

El Estado venezolano, a partir de 1936, inició un proceso de institucionalización para la construcción de obras públicas entre las cuales tuvieron especial interés aquellas para la atención de la salud. En este trabajo se construye una historia de la institución asistencial partiendo de la organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) para atender enfermedades especiales (lepra, tuberculosis y mentales), clasificadas así por ser contagiosas y peligrosas para la sociedad y por requerir aislamiento para sus tratamientos. El objetivo es conocer la estructura del MSAS y la forma como participó en la propuesta de planes, programas y edificios asistenciales. Para ello se localizó y analizó información bibliográfica, hemerográfica y documental referida al tema que se articuló con la creación del Ministerio y otras dependencias del país. Se advierte que la compleja estructura institucional fue estratégica para el Estado en uno de los momentos históricos más importantes en la modernización venezolana.

DESCRIPTORES

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela; políticas de salud; red asistencial en Venezuela.

ABSTRACT

The Venezuelan State, starting in 1936, began an institutionalization process for the construction of public works, and those for health care were of special interest. Next, a history of the care institution is built based on the organization of the Ministry of Health and Social Assistance (MSAS) to treat special diseases (leprosy, tuberculosis and mental illnesses), classified as such because they are contagious and dangerous for society and for requiring isolation for their treatments; The objective is to know the structure of the MSAS and the way in which it participated in the proposal of plans, programs and welfare buildings. Bibliographic, newspaper and documentary information related to the subject that was articulated with the creation of the Ministry and other dependencies of the country was located and analyzed. It is noted that the complex institutional structure was strategic for the State in one of the most important historical moments in Venezuelan modernization.

DESCRIPTORS

Ministry of Health and Social Assistance in Venezuela, modernization, health policies, healthcare network in Venezuela.

Detrás del proceso de modernización en Venezuela se encuentran temas ignorados en la historia de las instituciones, los cuales dan cuenta de un diálogo constante con los avances de la planificación y organización del Estado. Desde principios de la cuarta década del siglo XX se gestó un proceso de intervención de las diferentes dependencias estatales que para 1936, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), ya era en una moderna y novedosa organización para la atención de la salud de los venezolanos.

Fue así como ese ministerio, en conjunto con el ya creado Ministerio de Obras Públicas (MOP, 1874), realizaron un trabajo enfocado en responder a las ambiciones del nuevo papel del Estado en la planificación y construcción de una red hospitalaria a nivel nacional en la que participaron médicos, arquitectos e ingenieros.

Entre las particularidades propias de este proceso en Venezuela encontramos especial dedicación a algunas enfermedades como la lepra, la tuberculosis y las enfermedades mentales cuyo interés se remonta a 1912, cuando la Academia de la Medicina las separó de otras enfermedades curables y evitables. Como expresó Ricardo Álvarez (1942), “la lepra y las formas incurables de la enajenación mental son capaces de comprometer seriamente el porvenir de la sociedad (...) las otras enfermedades como el alcoholismo crónico, la epilepsia esencial, la sífilis pueden curarse y ser evitables” (p.155). Estaba ya comprobado que los efectos de estas enfermedades limitaban la capacidad productiva del capital humano y representaban una amenaza en las políticas de saneamiento del país, por lo tanto, la condición de contagiosas y peligrosas para la sociedad les confirió la clasificación de enfermedades especiales, para las cuales se requirió de espacios aislados en la estructura urbana de las ciudades.

Para atender a este grupo de enfermos, no sólo se programaron estrategias institucionales, sino que se construyeron edificios aislados para aplicar tratamientos médicos especiales;

con ello el MSAS se estrenó como planificador y organizador de una estructura institucional dedicada a estas condiciones de salud, ajustando sus actividades al proceso de modernización venezolano, al cual se le puede atribuir el interés por romper con los lugares de imagen poco agradable descritos por Sonia Cedrés (2007, p. 19) como “instituciones repulsivas”, y los métodos tradicionales de curación aberrantes y desagradables por otros privilegiados y amparados por la institucionalización de la medicina.

El hilo conductor de este artículo lleva a conocer –desde la perspectiva de la historia de las instituciones– esta moderna organización y estructura del MSAS, así como la creación de planes dedicados al control y la vigilancia de las enfermedades especiales. Para ello se presenta cómo se desarrolló este proceso de modernización institucional: en la primera parte veremos cómo el Estado utilizó políticas para masificar la atención de la salud; en la segunda, nos dedicamos al conocimiento de la creación de una red asistencial que abarcó todos los ámbitos relacionados con la medicina y, finalmente, en la tercera, nos referimos a la construcción de los planes y programas especiales para atender cada una de las enfermedades especiales.

ESTADO Y SALUD: UN PROYECTO MODERNIZADOR EN VENEZUELA

Al detenernos en las estadísticas de población, nacimientos y defunciones en los primeros cincuenta años del siglo XX en Venezuela, encontramos importantes logros alcanzados por el Estado en materia de salud. En 1905 se registraron 68.978 nacimientos y 58.889 defunciones, con un crecimiento vegetativo de 31.459 equivalente al 9,6%, cifras que fueron superadas en 1953, cuando fueron contabilizados 250.922 nacimientos y 53.889 defunciones equivalentes a un crecimiento vegetativo de 197.033 representando un 37,5% (Zúñiga, 1955, p. 42). Si se analizan los datos de los censos oficiales, resulta no menos representativo y

alentador como se produce un incremento que pasa de 2.411.952 habitantes en el censo de 1920 a 4.985.716 en el de 1950 (Zúñiga, 1955, p. 37), y cómo detrás de estos números se descubre un nuevo sistema de funciones del Estado en un escenario caracterizado por las incipientes condiciones de la vida moderna.

A partir de 1936 el Estado formuló un ideario de planes para responder a las profundas transformaciones metropolitanas producto de la dinámica de la vida moderna. Para ello fue necesario imponer mecanismos de control a la nueva población incorporada a las apenas nacientes metrópolis venezolanas y fue precisamente uno de los objetivos de la modernización afrontar los problemas masivos propios de la gran ciudad: el hacinamiento, la promiscuidad, la insalubridad, entre otros.

De esta manera los programas emprendidos durante el gobierno de Eleazar López Contreras (1935-1941) mantuvieron su continuidad durante los gobiernos sucesivos hasta la caída de Marcos Pérez Jiménez (quien gobernó entre 1952 y 1958), teniendo como criterio común demostrar la fuerza que el Estado alcanzó a partir de las prácticas modernas de organización. En todos ellos se manifiesta una clara urgencia por mejorar la capacidad productiva del país con la aplicación de programas apoyados en acciones específicas para cada sector.

La responsabilidad que se impuso el mismo Estado tenía como objetivo construir modernas políticas necesarias para la sociedad entre las cuales el sistema de salud debía permitir que el individuo se mantuviera sano para poder ser parte del ciclo productivo del país y que ese aporte pudiera cuantificarse.

Los antecedentes de “planificar” antes de “ejecutar” los encontramos desde 1910 cuando Román Cárdenas como ministro de Obras Públicas del gobierno de Juan Vicente Gómez (1908-1935) expresó: “la base para permitir la definición de un programa de obras orientado al desarrollo, sometido por vez primera, además, a licitación pública bajo el control de la

recién fundada Sala Técnica, capaz de preparar una estructura de partidas y costos por tipo de obra. Al asumirse la necesidad de planificar, de estudiar, de presupuestar y de licitar antes de ejecutar, estaban sentándose las bases de un Ministerio ejecutor de la política de construcción nacional del Estado orientada al desarrollo económico y a las obras reproductivas”, cita por Martín, J. (1995, p. 127).

Tiempo después, con la formulación del *Programa de Febrero* (1936) y el *Plan Trienal* (1938) durante el gobierno de López Contreras se crearon los primeros instrumentos para la planificación, los cuales a finales de los años cuarenta forman parte de las acciones del Estado utilizadas como un rasgo de poder sobre el comportamiento de la colectividad¹.

Los esquemas de planificación del Estado conformaron un escenario complejo que intentó abarcar los diferentes ámbitos de la vida nacional. No era función fácil ordenar, controlar y normar lo que por años se había desarrollado a merced de la voluntad individual, familiar o de la Iglesia.

La planificación se estableció como un instrumento civilizatorio para transformar el Estado desde la protección de la economía, la eliminación de los monopolios, el fomento de la inmigración, el cuidado de la salud pública, la formación de personal técnico (por ejemplo, para la educación y la salud) y el control del desarrollo urbano y territorial; toda una operación política para superar las debilidades institucionales del país.

De esta manera entre 1936 y 1958 el Estado se consolidó como principal ejecutor de obras públicas y organizador de las ciudades venezolanas con la formulación y aplicación de planes y programas para la atención de los sectores considerados más importantes: la educación, la vivienda, la comunicación y la salud. Y de esta manera se construyó una relación indisoluble entre la modernización y la planificación, en tanto que ambos procesos advirtieron el incremento y la movilización de la población,

junto con la transformación de los diferentes espacios de la vida nacional. La concentración de población en algunas ciudades venezolanas requirió de mecanismos de control que solo pudieron ofrecerlos los métodos de organización en general; con estos se tejió una trama de complejidades en la institucionalización de las competencias del Estado.

La nueva condición del Estado interventor promovió una política según la cual “el mejoramiento material del país tiene estrecho nexo con la producción abundante de bienes de uso y de consumo, así como la eficaz prestación de servicios” (Betancourt, 1979, p. 375); tal mejoramiento no sólo se expresó en algunos cambios físicos muy localizados en las principales ciudades, sino también en la articulación del país y –hasta cierta medida– con el mundo y con la idea de que la gran ciudad debía ser el lugar para producir, distribuir, intercambiar y consumir mercancías que solo era posible en un contexto con población educada, moral y físicamente sana viviendo en buenos lugares de habitación.

Todo este ideario de planificación y modernización se aceleró desde que un grupo de personalidades del mundo político involucradas con la nueva democracia y con los gobiernos, se plantearon la construcción de una estructura institucional dedicada a la atención de las deficiencias en el área asistencial que, junto con las vías de comunicación, la vivienda y la educación formarían las intervenciones indispensables para la modernización del país.

Una de las primeras acciones en el campo de la salud fue la evaluación de las funciones del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría. Recordemos que desde el momento de su creación, en agosto de 1930, sus objetivos fueron promover “la agricultura sobre bases científicas que permitan su más amplio y ventajoso desarrollo, por ser dicha industria una de las principales fuentes de prosperidad nacional” (Pino, 1993, p. 135). Se organizó en dos Direcciones: la de Salubridad Pública y la de Agricultura y Cría,

dos áreas de interés nacional que fueron así atendidas en un único Ministerio.

Entre las competencias de la Dirección de Salubridad Pública estuvieron sanidad nacional, inspección de los servicios sanitarios de las municipalidades; leprocomios, estaciones cuarentenarias, sanatorios y aplicación de disposiciones legales médico-farmacéuticas. Para ello el Ministerio ameritó de un nuevo Decreto Orgánico de Sanidad Nacional, el cual quedó promulgado en septiembre de 1930, y de una nueva Ley de Sanidad Nacional de julio de 1931.

Con estos instrumentos legales la atención de la salubridad del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría se organizó en: la Dirección de Salubridad Pública y la Dirección de Sanidad del Distrito Federal, direcciones que permanecieron hasta 1936 cuando, finalmente, el Ministerio fue dividido en Agricultura y Sanidad y Asistencia Social.

Las razones para que se produjera esta división pueden encontrarse en la contradicción de mantener en un mismo Ministerio dos áreas relativamente diferentes en funcionamiento: a la de Salubridad le correspondía la atención de la salud en la población, mientras que la de Agricultura debía atender las políticas económicas de producción y alimentación.

Luego de la evaluación del funcionamiento del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría en 1932, el doctor Enrique Tejera² declaró en la Memoria de este Ministerio publicada en 1933, que el Ministerio “debía limitarse antes que todo a la labor de salubridad pública, de prevención sanitaria social y por lo tanto no puede dedicarse a estar distribuyendo medicinas, porque eso sería utilizar las actividades oficiales en obra de beneficencia pública, ramo que no está bajo la dependencia de este Departamento” (citado por Ricardo Archila, 1956, p. 227).

La declaración del doctor Tejera vislumbró un Ministerio moderno, con mayor alcance de acción y participación sobre los temas de salud pública, acordes con los objetivos de los gobiernos entre 1936 y 1958; por lo tanto, se inició la

formación de un sistema que sustituyó las tradicionales formas de organización. Entre esas acciones se encuentra la creación del MSAS y mejorar las condiciones sanitarias en las que se encontraba el país; así fue como el Estado se propuso superar el número reducido de 3.644 camas distribuidas en 51 hospitales y aumentar la esperanza de vida que para entonces era de 37,5 años. Para ello, la planificación debió alcanzar a todas las regiones y controlar la salud pública en respuesta a las exigencias de un Estado afanado en responder a los problemas que tenían la capacidad productiva de la población.

El sistema tradicional de atención médica se fue transformando paulatinamente para convertirlo en un sistema articulado y jerarquizado de manera tal que formara una red asistencial a nivel nacional. Los resultados se manifestaron cuando en 1941 la expectativa de vida aumentó a 47 años y, para 1946 se alcanzó una cifra de 12.700 camas que siguió creciendo hasta alcanzar una década después la cantidad 21.500 camas.

Las funciones del MSAS fueron delineadas desde la puesta en práctica del *Programa de Febrero*: se definieron los tratamientos curativos y preventivos en la praxis médica, fue coordinada la distribución de camas generales en los centros hospitalarios a nivel nacional; se superó la carencia de una organización con competencias específicas de supervisión y control. Los ideales del gobierno estaban plasmados en un programa, el cual fue definido en el Editorial del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* del año 1939 de la siguiente manera: “trabaja en la solución eficaz de los problemas básicos de la higiene pública, tales como educación sanitaria, profilaxis de endemias y epidemias, alimentos protegidos, provisión de aguas, saneamiento del suelo, eliminación de desperdicios y asistencia médica” (op. cit., p. 1178).

El doctor Tejera se encargó de dirigir el Ministerio en su primer año de funcionamiento. Entre sus acciones iniciales destacó la de escoger “el equipo de hombres capacitados que

acometerá la labor de acabar con las enfermedades endémicas, entre ellas la malaria, que asolaba a Venezuela, y rebajar la tasa de mortalidad infantil” (Lizcano, 1979, p. 900) junto con el planteamiento de tecnificar progresivamente los temas asistenciales.

En consonancia con el *Plan Trienal* cuyos objetivos fueron *sanear, educar y poblar*, el propio presidente Eleazar López Contreras confirmó los planes para “la higienización del hombre y del medio en que vive, la construcción de hospitales y centros de asistencia social, la creación de campañas de educación sanitaria por medio de revistas, folletos, carteles, radio-difusiones, cines y conferencias” (López C., 1938, p. 588). Con esto se fomentó la conciencia higiénica en la población; la intención del MSAS fue “que cada ciudadano de una localidad conozca la existencia de la Autoridad Sanitaria respectiva” (Lairer, 1944, p. 292).

Detrás de todas estas acciones podemos reconocer la compleja organización del MSAS en una red institucional, la cual se planificó de manera deliberada para el mejoramiento de la salud de los venezolanos. Tanto la aplicación de tratamientos como los lugares para la atención de los pacientes encontraron en este Ministerio su principal catalizador. Allí se planificó una nueva estructura sanitaria y se institucionalizó la actividad médica. Este proceso respondió a los problemas asistenciales que no cumplían con las normas y los programas propuestos por médicos especialistas; un nuevo escenario para la salud de los venezolanos se comenzó a construir a partir del fortalecimiento del ejercicio de la medicina y de la definición de objetivos institucionales.

Se precisaron los roles de las instituciones partícipes de los cambios, la actividad del MSAS se complementó y reforzó con la inclusión del MOP, especialmente, en actividades relativas a su competencia (proyección y construcción de obras públicas). Estaba más que comprobada la capacitación de los ingenieros y arquitectos para emprender las diligencias en pro del cum-

plimiento de los objetivos del Estado en materia de salud: involucrar a las organizaciones internacionales y los progresos médicos en tratamientos y terapias para los venezolanos con enfermedades especiales.

UNA RED INSTITUCIONAL PARA ATENDER LA SALUD

Fue así como la atención de la salud, a partir de 1936, se fue transformando de un sistema fragmentado y desarticulado, heredado de los siglos precedentes, por uno organizado y planificado a partir de la implantación de una malla institucional coordinada por el Estado. Para ello tanto el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-MSAS como el Ministerio de Obras Públicas-MOP avalaron todo este proceso a través de la formulación de programas, planes y proyectos de manera racional y moderna en dependencias especializadas. Con la participación de estos Ministerios se instrumentalizó una serie de medidas orientadas a la ampliación de las competencias estatales con el fin de abarcar de forma integral la atención médica y la asistencia social de toda la población sin distinciones.

Por medio de estas acciones el Estado demostró el poder que ostentó, ya que con ellas se impuso el control, la norma, la regulación, la vigilancia y la disciplina. Así fue como se construyó una suerte de tejido institucional, con el cual fueron cubiertas las fallas en las dispersas funciones de la familia, la Iglesia y las viejas estructuras que operaban sin conexión entre sí.

La planificación emprendida bajo las instancias de estos Ministerios fue producto de la valoración y del conocimiento de procedimientos médicos y formas de organización utilizadas desde las primeras prácticas para la asistencia médica. Entre las nuevas responsabilidades del moderno Estado estaban “atacar y resolver los problemas que entorpecían su progreso, y avanzar a ritmo acelerado” (Zúñiga, 1955, p. 40), por ello el MSAS fue conducido hacia la modernización de la asistencia médica para garantizar

“un óptimo estado de bienestar físico, mental y social y no la simple carencia de enfermedad o sufrimiento” (Díaz, 1954, p. 233).

El MSAS se dedicó a la resolución de los problemas administrativos de los hospitales y las leproserías, otorgándole esas funciones a la Dirección de Asistencia Social; las actividades vinculadas con las enfermedades del sector social más afectado: la tuberculosis y la anquilostomiasis, fueron atendidas por la Dirección de Salubridad Pública. El mantener en una sola Dirección la atención de diversas enfermedades fue un asunto considerado durante la modernización, a lo que el Estado, a través de los Ministerios, respondió con la especialización y la profundización en investigaciones científicas que permitieron orientar las acciones hacia prácticas preventivas; de este modo se crearon unidades de investigación y laboratorios, finalmente, reunidos en Divisiones por enfermedad, entre ellas: la División de Malariología (1936), la División de Tuberculosis (1936) y el Instituto de Higiene (1938).

Entre las funciones del MSAS estaba dar soluciones y respuestas a los problemas del sistema asistencial venezolano para lo cual se construyó un tejido institucional que formó una red que fue creciendo al ritmo de las políticas de los gobiernos, de la maduración intelectual de los profesionales y de los resultados científicos para la atención de cada enfermedad; es por ello que el ordenamiento de las dependencias del MSAS se realizó progresivamente.

El Ministerio mostró una compleja organización que procuró abarcar, de forma independiente, todos los ámbitos de su competencia coordinados por el Ministro y la Dirección de Salubridad Pública; a partir de estos, se tejió la red: desde el Ministro surgieron la Dirección Administrativa, de Gabinete, de Asistencia Social y Consultoría Jurídica; y la gran Dirección de Salubridad Pública se dividió en Direcciones y Divisiones especializadas, entre ellas las Direcciones de Profilaxis y Fiebre Amarilla, Unidades Sanitarias, Higiene Escolar e Instituto Nacional

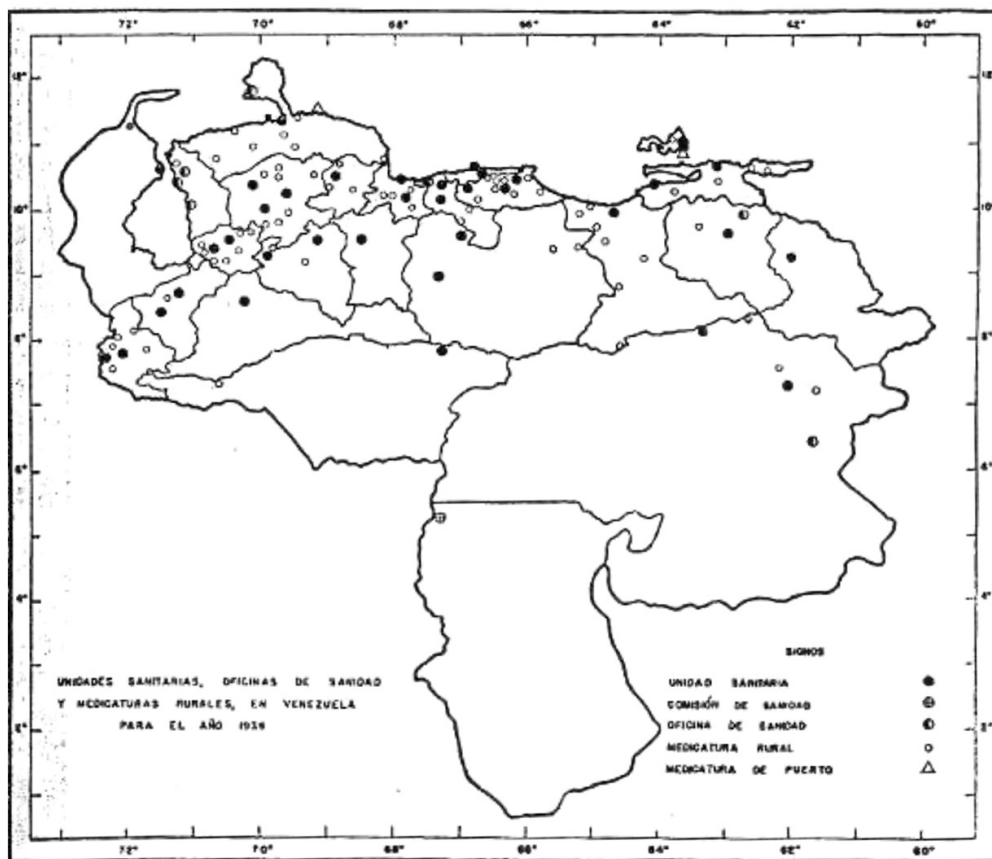
Las viejas Oficinas Sanitarias pertenecientes a la Dirección de Salubridad Pública fueron sustituidas por Unidades Sanitarias desde 1938, las cuales tuvieron como objetivo fomentar la educación sanitaria (mapa 1). La voluntad de imponer un sistema educativo alrededor de la salud pública encuentra sus antecedentes después de 1919, como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, cuando se demostró que el atraso cultural no contribuyó a la superación de las consecuencias de esa guerra. En tal sentido, el Estado se valió de la educación como un mecanismo para instruir a la población sobre los géneros que la medicina podía abarcar y así con la educación se llegó a las masas de población incorporadas a la vida urbana y a la

aceptación general de las nuevas intervenciones para el mejoramiento de la salud.

El funcionamiento del MSAS hasta 1945 fue considerado como una clara “expresión de una racional división del trabajo y de la creciente complejidad en importancia de los problemas a su cargo” (Silva, 1979, p. 793). Tiene el valor institucional de ser el primer paso hacia la modernización e institucionalización de la asistencia médica en Venezuela.

Durante diez años el MSAS asumió de una manera formal –a escala nacional– la responsabilidad del control de las instituciones hospitalarias, especialmente, aquellas destinadas a enfermedades endémicas, y consideró entre las más importantes todas aquellas acciones diri-

Mapa 1. Unidades sanitarias, oficinas de sanidad y medicaturas rurales en Venezuela para el



Fuente: García, J. *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, año 20, nº 10, 1940, p. 963.

gidas a la organización hospitalaria para enfermedades contagiosas y peligrosas. Por lo tanto, para el control de la lepra, la tuberculosis y la insania fue fundamental su papel, no sólo en la creación de una red institucional específica, sino en la construcción de edificios especiales en el país (lámina 1).

La continuidad en las acciones del MSAS procuró la defensa de la política en el área asistencial. Para ello se mantuvo el incremento de los recursos destinados para la prevención, saneamiento ambiental y tratamientos médicos-asistenciales, y un aumento que pasó de 28.850.136 bolívares presupuestados en los años 1945-1946 a 55.295.773 bolívares para los años 1946-1947 demostrando que la salud era prioridad en la modernización del país.

Además, para el Estado fue primordial la creación de un sistema administrativo sanitario-asistencial para facilitar la coordinación e integración de los servicios nacionales, estatales y municipales, por lo que en el ejercicio del año 1945, publicado en la *Memoria y Cuenta del MSAS (1946)* se expusieron con claridad los objetivos propuestos: “mejoramiento de la asistencia médica en general y especialmente

en el medio rural, (...) devolver la salud a los habitantes del territorio nacional que la hubieren perdido, y cuya importancia se destaca al considerar que buena parte de los enfermos lo constituyen adultos en el mejor momento de su capacidad económica, la cual, al lesionarse o perderse definitivamente, provoca no solamente la pérdida de una unidad de producción, sino con frecuencia el desquiciamiento de toda una familia” (p. II).

La División de Ingeniería Sanitaria y las Divisiones de Instituciones Médico-Asistenciales se reorganizaron; fueron incorporadas tres nuevas dependencias con funciones específicas en el MSAS: la División de Hospitales, la Comisión Programadora de Instituciones Sanitarias del MSAS y la Comisión Interministerial del MOP y el MSAS. El ideario de esta última Comisión anunció la adecuación del sistema sanitario del país a las transformaciones propias de la modernización; los conceptos de defensa, fomento y restitución debían reunirse en el único organismo capacitado para legislar, dirigir, coordinar y proponer técnicas a los problemas sanitarios por parte del Estado. Este organismo era el MSAS.

Lámina 1. Nuevas construcciones sanitarias para la atención de enfermedades específicas

Asilo de Enajenados, posterior Hospital Municipal Psiquiátrico, Caracas, *circa* 1938. Arq. Carlos Raúl Villanueva



Fuente: Fundación Arquitectura y Ciudad, **Boletín**: “1938-Hospital Municipal Psiquiátrico”, 29 de noviembre 2018.

Vista aérea del Sanatorio Antituberculoso El Algodonal, Caracas, *circa* 1939. Arq. Carlos Guinand



Fuente: Wallis, Domínguez, Guinand. **Arquitectos pioneros de una época**. Fundación Galería de Arte Nacional, 1998, p. 59.

La forma como se organizaron el MSAS y el MOP –como fue señalado en páginas anteriores– respondió de forma deliberada a la intención de montar institucionalmente un aparato normalizador de los asuntos asistenciales. Fue la manera como el Estado actuó directamente en cada uno de los espacios involucrados con la salud y los medios para lograr bienestar en la población. En tal sentido, la distribución de “las divisiones del Ministerio, [actuaron] como organismos normativos [para dar] pasos encaminados a organizar en ellos sus actividades especializadas” (MSAS, 1971, pp. 126-127), actividades todas relacionadas con la programación, la organización, la proyección y la construcción de edificaciones asistenciales.

No quedan dudas acerca de la transformación institucional para atender la salud que supuso la creación del MSAS. Sus repercusiones arroparon todos los ámbitos de su competencia de manera especializada y programada. El alcance de tal transformación se mostró en los índices de mortalidad a nivel nacional, los cuales fueron disminuyendo gradualmente: “valiéndose del cálculo abreviado para tabla de mortalidad, que facilita grandemente el proceso, se ha introducido la esperanza de vida al nacer como la medida más apropiada de nuestras condiciones de salud, ya que, en efecto, el objetivo fundamental de nuestras labores sanitarias al disminuir las muertes es prolongar los años de vida. Para 1941-1942 la esperanza de vida al nacer del venezolano era de 47 años; ésta aumentó a 57 años para 1951-1952, o sea que hubo un aumento de algo más de un año de vida por cada año civil” (MSAS, *Memoria y Cuenta*, 1960, p. X).

El MSAS también atendió las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de otros Ministerios; su participación se extendió hasta la consideración de las instalaciones necesarias para la aplicación y la efectividad de cada uno de los planes. El amplio proceso de modernización cubría todos los lugares posibles de intervención, incluso el de infraestruc-

tura, que fue evolucionando al ritmo en que crecían la experiencia de los profesionales de la medicina y las inversiones que el Estado realizó en el campo de la salud.

PLANES Y PROGRAMAS PARA ENFERMEDADES ESPECIALES

Los planes y programas institucionales para atender cada una de las enfermedades referidas con anterioridad forman parte de la progresiva planificación del MSAS. Estos fueron dedicados a solventar los problemas vinculados con la enfermedad de su competencia, la mayoría amparados por Divisiones que formaban parte de la organización del MSAS, reafirmando y legitimando la especialización como uno de los pilares para la institucionalización de la medicina.

Las Divisiones del MSAS se organizaron a partir del conocimiento médico previo sobre cada enfermedad; la trayectoria del personal médico que formaba parte del Ministerio desde su creación, tenía la experiencia necesaria en el diagnóstico y las formas de cómo tratarlas.

Los antecedentes para la creación de la División de Lepra, en julio de 1946, se encuentran desde que el doctor Honorio Sigala asumió la dirección del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1937 y coordinó las leproserías mediante la aplicación de un reglamento vigente desde agosto de 1936, el cual contemplaba la sustitución del personal religioso por “uno laico más competente y numeroso” (Sigala, 1937, p. 934), que contó también con la incorporación de profesionales extranjeros. Adicionalmente, las actividades del personal del MSAS fueron canalizadas para ampliar y mejorar los controles sanitarios en la población. Uno de los primeros niveles de atención aplicados –como lo explica el doctor Martín Vegas en 1943– fue el de los dispensarios especiales donde los enfermos eran examinados por algún tiempo para tratarles en caso de que aparecieran los primeros síntomas de la lepra.

En la *Memoria* del MSAS de 1938, correspondiente a lo actuado en 1937, el doctor Sigala, como ministro, informaba haber ampliado “la acción del organismo sanitario por medio de la creación de nuevos servicios y modificación de los ya existentes con el fin de extender a todas las regiones del país los beneficios de la Higiene y la Asistencia Social.” (MSAS, *Memoria*, 1938, p. V).

Se dejó atrás el encarcelamiento de los leprosos como una forma de curación y fueron incorporándose en las leproserías actividades para el trabajo y la recreación, como medidas para la integración del paciente a la vida social de la que estuvo excluido por largo tiempo. Todas estas medidas sentaron las bases para incorporar en el sistema de salud estructurado

por el MSAS la División de Lepra, cuyo objetivo fue superar la deficiencia en la atención de esta enfermedad, la cual hasta ese momento solo se ocupaba de la cuantificación de los enfermos en las leproserías nacionales existentes.

La organización de esta División estaba formada por un organismo central, los Servicios Leprosos Regionales, las Leproserías de Cabo Blanco, Providencia y la Casa Hogar San Juan Bosco. Entre las funciones más relevantes asumidas cuenta la organización y supervisión de propaganda sanitaria, además de los avances científicos y otros del MSAS que permitieron la programación de la División a partir del estudio epidemiológico en centros urbanos de importantes focos de lepra (lámina 3).

Lámina 3. Nuevas construcciones sanitarias para la atención de enfermedades específicas

Vista aérea Leprocomio Cabo Blanco (demolido). La Guaira, Venezuela (circa 1936).Venezuela.



Fuente: MOP, *Memoria y Cuenta*, vol. I, s.p., 1945.

La efectividad del programa propuesto por la División de Lepra disminuyó en un 90% el número de pacientes hospitalizados en Cabo Blanco y en Providencia. Además, el programa consideró la inclusión de instituciones de carácter regional en los lugares con mayor índice de población enferma, las cuales complementaron el programa del Estado.

El Plan en contra de la lepra fue reforzado con una campaña especial que indicaba que el tratamiento para la enfermedad debía ser institucional y que, mientras se realizara, el paciente debía estar aislado y recibiendo atención periódica en los dispensarios ubicados en las regiones leprógenas. Adicionalmente, la División de Lepra recurrió a la propaganda sanitaria a través de conferencias y el uso de megáfonos en lugares públicos.

Tanto la campaña publicitaria como la aplicación de la vacunación de la B.C.G. a menores de 15 años durante cuatro años consecutivos, el saneamiento y mejores condiciones de vida de la población tuvieron como resultados la inmunización de un sector significativo de la población, evitando la aparición de nuevos casos. De esta manera, desde 1955 comenzó a disminuir los porcentajes de población con el padecimiento de estas enfermedades a nivel nacional.

La fundación del primer dispensario antituberculoso de Caracas en 1928, la producción de la vacuna B.C.G. en Venezuela desde 1932 y la creación del Servicio Nacional de Tuberculosis en julio de 1936 fueron los antecedentes para la creación de la División de Tuberculosis en ese mismo año.

La producción de la vacuna –que se realizó en el Laboratorio Bacilo Calmette Guérin (1932) adscrito a la Sanidad Nacional del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría– fue una de las primeras iniciativas del Estado para atacar enfermedades como la tuberculosis. En este campo de la medicina Venezuela fue pionera en Latinoamérica y sentó las bases para la producción de la vacuna con el mismo nombre en otros países del continente, Colombia entre ellos.

El Laboratorio, organizado por los doctores Alberto Fernández Marquis y como adjunto José Ignacio Baldó³, contó con los mejores esquemas para su funcionamiento, no solo para la producción de la vacuna, sino en los controles para su administración, el control de los niños vacunados y la forma de llevar las estadísticas.

Los índices de mortalidad por tuberculosis fueron superados en una primera fase con el Servicio Nacional de Tuberculosis. La atención de esta enfermedad en 1935 estaba concentrada casi de manera exclusiva en los habitantes de la capital, quedando sin atención regiones del interior con importantes índices de mortalidad. Desde la puesta en funcionamiento del MSAS la extensión de los servicios alcanzó otras ciudades con la instalación de ocho dispensarios y el fortalecimiento de tres dispensarios de Caracas.

El Servicio Nacional de Tuberculosis estuvo dirigido por el doctor Baldó y desde el momento de la creación de la División de Tuberculosis los objetivos fueron claramente definidos: “estudiar el problema sanitario asistencial de la tuberculosis en el país, planificar las actividades de lucha antituberculosa, presentar los planes estudiados, preparar el personal necesario para su ejecución, dictar las pautas del trabajo de rutina y supervisar la marcha de los servicios” (MSAS, 1955, p.220).

Las funciones de la División estuvieron articuladas desde el momento de su fundación con el Instituto Nacional de Tuberculosis (1936), el cual funcionó como organismo científico y tenía “por finalidad el fomento, la organización y el desarrollo de todas las actividades científicas en el campo de estudio de la tuberculosis, para servir a los fines de la campaña antituberculosa nacional.” (MSAS, *Memoria*, 1955, p. 220).

El Plan para la lucha antituberculosa se articuló con las recomendaciones de la OMS en 1936. Por lo tanto, la colocación de la vacuna era un procedimiento sencillo, aplicado en todo el territorio nacional. La División formó las denominadas Brigadas de B.C.G., integradas por un grupo de médicos y enfermeras que reali-

zaban las pruebas de la vacuna y adiestraban al personal para su aplicación y garantizaban la estabilidad del Plan y la rutina del mismo.

En cuanto a la creación de la División de Higiene Mental en 1946, sus antecedentes se situaban en los años veinte, cuando los manicmios y hospitales psiquiátricos fueron reorganizados con el objetivo de aplicar modernos tratamientos. Entre las personalidades que mayor contribución prestaron para estos logros de la psiquiatría en Venezuela está el doctor José Francisco Torrealba (1896-1973), médico de la Escuela de Medicina de Caracas (1923) quien fue director del Asilo de Enajenados de Caracas en 1924 (posteriormente Hospital Municipal Psiquiátrico) y propuso mejorar las condiciones de alojamiento de los pacientes, suprimió en lo posible todos los métodos violentos de coerción, trató de inculcar normas humanitarias al reducido personal del Asilo y procuró establecer diagnósticos psiquiátricos precisos e implantar tratamientos racionales.

El primer Plan para la higiene mental se formuló con el de Asistencia Psiquiátrica durante la gestión de Félix Lairret como ministro de Sanidad y Asistencia Social entre 1941 y 1945. Se le atribuye al doctor José Ortega Durán⁴ su elaboración en 1942, mientras se encargó de la Dirección del Servicio de Higiene Escolar del MSAS; al cese de las actividades de la Comisión Asesora Psiquiátrica del MSAS, fue cuando se creó la División de Higiene Mental dirigida por él, con objetivos claramente definidos: “creación de centros de profilaxis, docencia e higiene mental y la organización de una asistencia psiquiátrica precoz, eficiente y completa” (MSAS, 1955, p. 286).

Desde la puesta en funcionamiento de la División se solventaron las carencias de instituciones psiquiátricas en el país, así como se preparó el personal en esta área para su puesta en funcionamiento.

En la División de Higiene Mental se planificó la asistencia psiquiátrica y la programación de la mayor parte de sus instituciones. Lo fundamental fue ofrecer asistencia rápida, completa

y fomentar el intercambio con instituciones en América y Europa respetando las condiciones venezolanas, “huyendo en todo momento de la implantación rígida de planes universales, por más que su eficacia hubiera empezado a comprobarse en otros países” (Alonso, 1974, p. 24). Para ello se propuso el Plan Nacional de Profilaxis y Asistencia Psiquiátrica en 1946 que sustituyó el Plan de Asistencia Psiquiátrica. La reformulación contempló reconocer la agravante condición en la que se atendió al paciente en los primeros años del siglo XX, lo cual implicó que los servicios de higiene mental fueran incluidos como parte de la salud pública nacional, con la participación de higienistas y psiquiatras. Los problemas sociales surgidos a partir de conductas consideradas irregulares y peligrosas por las doctrinas psicológicas y psiquiátricas fueron asuntos directos del Estado moderno. El origen de estas conductas se atribuyó a las condiciones de las grandes ciudades, y también, como comentó Alberto Alonso “a la ausencia de progreso ético, al ingente desarrollo industrial, a la tecnificación, al intervencionismo del Estado, a la depreciación de los valores espirituales, a la mercantilización de la vida y al alto tributo exigido a las libertades humanas”. (Alonso, 1955, p. 19).

El impacto que produjeron en el hombre del siglo XX las transformaciones debido a la modernización, influyó en la desviación del comportamiento con relación a lo considerado normal. Es así como la División de Higiene Mental se ocupó de planificar un sistema incluido en la red sanitaria a nivel nacional, para facilitar la aplicación de tratamientos especiales por la alteración de la conducta.

Entre las acciones tomadas estaba la contabilización del número de camas, el cual en 1947 era inferior al requerido en instituciones psiquiátricas. A finales de los años cuarenta se disponía de 1.689 camas cuando el número necesario era de 9.600 para enfermos mentales, por ello, entre los objetivos de la División estaba: “estudiar la creación de nuevos servicios,

programar la puesta en ejecución de la organización psiquiátrica planeada para el país, y reorganizar y dotar al Hospital Municipal Psiquiátrico, que fue traspasado de la Beneficencia Pública del Distrito Federal al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el mes de febrero del pasado año 1947” (MSAS, 1948, p. 528).

En el transcurso de los años cincuenta la evolución en los tratamientos farmacológicos en la psiquiatría fue comprobada mediante la incorporación de los pacientes al núcleo familiar y la asistencia extra-nosocomio. Esta nueva modalidad fue atendida con planes y campañas sobre las bondades del ambiente familiar y social para el enfermo.

La División de Higiene Mental coordinó sus programas y planes con otras instancias del Estado, fundamentalmente los ministerios de

Justicia, de Educación, del Trabajo, de Agricultura y Cría y el Consejo Venezolano del Niño. El objetivo de tal integración fue superar las dificultades que los individuos mostraban como nocivas para la salud mental colectiva.

La cuantificación y condiciones de los centros asistenciales para enfermos mentales en Venezuela fueron evaluadas por la Comisión de Higiene Mental, fue así como la División de Higiene Mental dedicó su gestión a la programación, la organización de nuevos servicios, y a dotar y reorganizar el antiguo Asilo de Enajenados. En 1952 se aplicó un plan que incorporó 700 camas con la construcción de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula, y los pabellones del Hospital Municipal Psiquiátrico de Caracas y de la Clínica de Urgencias Mentales de Barquisimeto (lámina 4).

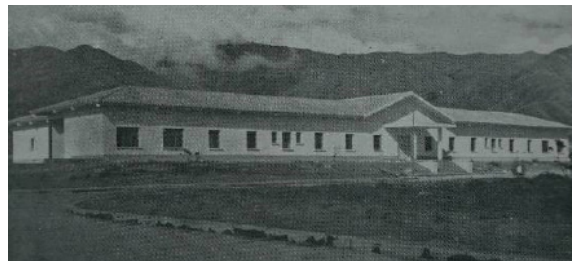
Lámina 4. Nuevas construcciones sanitarias para la atención de enfermedades mentales / psiquiátricas

Vista del edificio de Servicios Generales del Hospital Municipal Psiquiátrico. Caracas, Venezuela (circa 1951). Arq. Carlos Villanueva



Fuente: Venezuela Antigua 1. Colección de fotos de mi propiedad, [en línea]. Disponible en <http://yv5mm6.blogspot.com/2011/06/venezuela-antigua-1-coleccion-de-fotos.html> [2022, 28 de septiembre].

Pabellón de Niños en la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Valencia, estado Carabobo, Venezuela. Capacidad 60 plazas. Inaugurado en diciembre de 1954, con otras obras de importancia en la misma Colonia.



Fuente: MSAS, *Memoria*, 1955, p. 290.

Pabellón de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Valencia, estado Carabobo, Venezuela.



Fuente: MSAS, *Memoria Gráfica*, 1953, s/p.

Entre 1950 y 1955 fueron aplicados los programas Profiláctico y Asistencial. El primero de ellos, con la apertura de actividades como psicohigiene, psicoterapia y trabajo social de grupo; el segundo, con el inicio de laborerapias y la creación de brigadas artesanales que se encargarían de trabajos de carpintería, albañilería, pintura, reforestación y jardinería. Se propuso igualmente la preparación de terrenos para el cultivo, la construcción de vaquerías, gallineros y porquerizas a través de la colaboración del Ministerio de Agricultura y Cría y de las necesidades y requerimientos administrativos para la proyección y construcción de los psiquiátricos.

El resultado positivo de estos programas y el incremento de camas en los principales hospitales y colonias psiquiátricas fueron unas de las razones por las que clausuraron algunos de los viejos centros asistenciales para enfermos mentales; los tratamientos represivos e inhumanos fueron sustituidos por estos modernos programas que junto con los nuevos tratamientos farmacológicos ofrecieron mejores condiciones para los pacientes con trastornos mentales.

CONCLUSIONES

En Venezuela la necesidad de progreso tuvo como correlato directo la organización y la pla-

nificación para la atención de la salud. Indudablemente, los niveles de progreso estaban estrechamente vinculados con la capacidad productiva de los habitantes y el saneamiento del país, por lo tanto, mejorar el sistema de atención médica, como una forma de ejercicio del poder del Estado, garantizó la incorporación paulatina al ciclo económico productivo de aquellos que no gozaban de buena salud.

El MSAS tuvo un papel protagónico por tener la capacidad técnica, intelectual y organizativa de atender las exigencias de un Estado deseoso por garantizar la aplicación de modernas políticas. Estructuró el sistema médico-asistencial a partir de articulaciones, jerarquías y especializaciones de las dependencias a su cargo con lo cual alcanzó la institucionalización de la medicina. Este proceso se consolidó con la construcción de una red institucional de la que formaron parte las Divisiones de Lepra, Tuberculosis e Higiene Mental.

Las funciones asumidas por el MSAS constituyen “mecanismos disciplinarios” del Estado sobre las condiciones de la salud del venezolano, para ser atendido de manera controlada por el Estado a través de instituciones públicas que acogieron, regularon y normaron la asistencia médica en la población, en tanto ésta representó parte del aparato productivo del país.

NOTAS

1 Se asume el concepto de planificación como las intervenciones sobre los diversos ámbitos a nivel nacional, a través de la participación de profesionales y técnicos especializados, quienes aplicaron un saber a solicitud del Estado en pro de un interés general; tiene como objetivo consciente hacer ajustes sobre el orden social, cultural, económico a partir del conocimiento completo del sistema de la sociedad y de sus formas de funcionamiento sin convertirse en una fuerza arbitraria.

2 Enrique Tejera (1899-1980), médico, investigador, biólogo y político. Trabajó como médico cirujano en la Caribbean Petroleum Company y publicó numerosos trabajos en revistas médicas venezolanas. Fue ministro de Salubridad y Agricultura y Cría desde 1936, posteriormente de Sanidad y Asistencia Social, luego ministro de Educación en 1939; preparador del laboratorio de Bacteriología de Sanidad Nacional entre 1924 y 1931.

3 José Ignacio Baldó (1898-1976), médico neumonólogo, graduado de doctor en Ciencias Médicas de la Escuela de Medicina de Caracas (1920), estudió en Estados Unidos, Suiza, Hamburgo y Munich. A su regreso a Venezuela en 1926, junto con el doctor Martín Vegas planificó la lucha contra la tuberculosis y la lepra desde el ejercicio

de la medicina privada y pública. Fue Ministro de Agricultura y Cría (1933), elaboró los programas médicos para el Sanatorio Antituberculoso El Algodonal en 1940 y los de medicina simplificada para las prácticas curativas del personal no médico en zonas apartadas y fronterizas.

4 José Ortega Durán (1905-1965), español, llegó a Venezuela en 1939 con experiencia científica, asistencial y académica. Graduado de médico en la Universidad de Madrid (1929) se especializó en psiquiatría en la Universidad de Barcelona. Ocupó cargos importantes en esa ciudad como jefe del Servicio de Psiquiatría del Instituto Psicotécnico, director de la Clínica Santa Coloma. La amplia trayectoria de Ortega Durán en la psiquiatría lo hace una personalidad importante en la formación del Plan Psiquiátrico en Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, A. (1955). "Higiene mental y salud pública", *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. XX (1, 2), 17-24.
- Alonso, A. (1974). *Evolución de la higiene mental en Venezuela*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Arcila, E. (1974). *Centenario del Ministerio de Obras Públicas. Influencia de este ministerio en el desarrollo, 1874-1974*. Caracas: Ministerio de Obras Públicas.
- Archila, R. (1956). *Historia de la sanidad en Venezuela*. Caracas: Imprenta Nacional.
- Álvarez, R. (1942). *La psiquiatría en Venezuela desde la época precolombina hasta nuestros días*. Caracas: Talleres de la Lotería de la Beneficencia Pública del Distrito Capital.
- Betancourt, R. (1979). *Venezuela política y petróleo*. España: Seix Barral.
- Cedrés, S. (2007). "Desarrollo tecnológico y construcción de los hospitales venezolanos en el siglo XX". *Tecnología y Construcción* (23 -1), 17-31.
- Díaz, J. (1954). "Incorporación de las Medicaturas Rurales al trabajo integral de Salud Pública", *Salud Pública*, I (2), 229-265.
- Fato, A. (2021). *Arquitectura y salud en Venezuela. Hospitales para el aislamiento a mediados del siglo XX*. Mauritius: Editorial Académica Española.
- Fundación Galería de Arte Nacional (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*. Caracas: FGAN.
- Fundación Arquitectura y Ciudad (2018) "1938-Hospital Municipal Psiquiátrico", *Boletín de la Fundación Arquitectura y Ciudad*. Disponible en <https://fundaayc.com/2018/11/29/1938-hospital-municipal-psi-quiatrico-li-dice/> [2023, 18 de febrero].
- García, J. (1940). "La Sanidad y Asistencia social en Venezuela", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 20 (10), p. 962-999.
- "Los adelantos sanitarios en Venezuela" (Editorial), *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1939, Año 18 (12), 1178.
- Martín, J. (1995). *Planes, planos y proyectos para Venezuela 1908-1958*. Caracas: CDCH-UCV.
- 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
- Lairet, F. (1944). "La sanidad en Venezuela", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 25 (4), 290-295.
- Lizcano, J. (1979). "Líneas de desarrollo de la cultura venezolana en los últimos cincuenta años". En: Autores

- Varios. *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1976*. (pp. 865-963). Caracas: Ariel.
- López, E. (1938). "La sanidad en Venezuela", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*,
- MOP-Ministerio de Obras Públicas. (1945). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional.
- MOP- Ministerio de Obras Públicas. (1953). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional.
- MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1938). *Memoria*. Caracas: Imprenta Nacional.
- MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1945). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional.
- MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1946). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Venezuela. MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1948). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional.
- MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1953). *Memoria Gráfica*. Caracas: Imprenta Nacional.
- MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1955). *Memoria*. Caracas: Imprenta Nacional.
- MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1960). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional.
- Pino, E. (1993). *Juan Vicente Gómez y su época*. Caracas: Monte Ávila.
- Sigala, H. (1937). "La sanidad en Venezuela", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 16
- Silva, C. (1979). Bosquejo histórico del desenvolvimiento de la economía venezolana en el siglo XX. En: Autores Varios. *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1976* (pp. 765-861). Caracas: Ariel.
- Téllez, P. (2005). *Historia de la psiquiatría en Carabobo (1951-2001)*. Valencia: Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones.
- Venezuela Antigua 1 Colección de fotos de mi propiedad [en línea]. Disponible en en <http://yv5mm6.blogspot.com/2011/06/venezuela-antigua-1-coleccion-de-fotos.html> [2022, 28 de septiembre].
- Zúñiga, M. (1955). "Papel de la medicina en el reciente progreso de Venezuela". *Revista de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina*, III (7), enero-abril, 35-52.