

ΞE ENSAYO Y ERROR

Nueva Etapa. Año XVIII. N° 36. Caracas, 2009, pp. 57-77

Revista de Educación y Ciencias Sociales

Universidad Simón Rodríguez

Depósito Legal: pp. 92-0490 ISSN: 1315-2149

Enfermedad, muerte y epidemias. El servicio médico-asistencial caritativo durante el período guzmancista en Venezuela, 1870-1888

Disease, death and epidemics; charitable medicine and welfare assistance service during Guzmán Blanco period, 1870-1888

Cristian Camacho*

cristian753@gmail.com

Resumen

El objetivo de este artículo es plantear el caso de la atención médico-asistencial y sanitaria en Venezuela durante el período guzmancista, como un servicio público y privado principalmente regido bajo criterios de caridad y beneficencia. A través de cuadros estadísticos se intenta demostrar que las enfermedades más comunes atendidas bajo estos criterios tenían un origen infeccioso, parasitario y digestivo, lo cual, en su conjunto, causaba el mayor número de muertes generales e infantiles (morbi-mortalidad).

Palabras clave: Guzmán Blanco, caridad, beneficencia, epidemias, enfermedades, muerte, morbilidad, mortalidad.

* Docente investigador de la Escuela de Historia de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Grupo de Investigación de Historia y Arte de las Regiones americanas, GIHARA.

Abstract

This paper aims to put forward the charitable healthcare and welfare assistance service in Venezuela during Guzmán Blanco governments. These services were rendered in form of public and private service driven by charity and welfare criteria. We intent to state the infectious, parasitary and digestive origin of most common diseases treated under these criteria, using statistical charts. These diseases altogether were the main cause of general and child deaths (morbidity-mortality).

Key words: Guzmán Blanco, charity, welfare, epidemics, diseases, death, morbidity, mortality.

Introducción

Dentro del intento guzmancista de ordenar el funcionamiento institucional de Venezuela hubo ensayos por mejorar la administración fiscal, estabilizar el país y arraigar la institucionalidad. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, no se avanzó lo necesario. Después del guzmancismo continuó el desorden fiscal, la inestabilidad política y la desorganización institucional. No obstante, sí hubo elementos positivos dignos de tomarse en cuenta. El más importante fue el de integrar al país. Esta aspiración básica de la administración guzmancista se expresó a través de políticas de pacificación, unidad nacional, integración del territorio e intentos por establecer condiciones que a mediano y largo plazo hicieran posible la existencia de un mercado nacional: economía productiva, vialidad e infraestructura en general. Como parte de ese intento de integración estuvo el fallido de organizar la sanidad nacional. Venezuela necesitaba no solamente de carreteras y ferrocarriles, de inmigrantes y educación pública; clamaba también por un servicio sanitario contra el paludismo y la fiebre amarilla, para que el venezolano tuviese mejores condiciones de salud y se integrara con éxito a la vida productiva del país.

El Estado guzmancista y el problema de la sanidad nacional

El Estado surgido de la Guerra Federal y reformado por Guzmán no se planteó como objetivo de importancia establecer una organización racional

y eficiente de la sanidad venezolana, aun siendo las deficiencias sanitarias un factor agravante de la crisis política vivida por la Venezuela de la época. Sin embargo, de alguna manera, el Estado atendió el problema médico-asistencial. En un principio, su contribución estuvo orientada a estimular la práctica de la medicina de caridad, colaborando con sus instituciones o interviniendo en las mismas. Posterior a la consolidación del Gobierno se intentó una mayor participación en la administración sanitaria, a través de la expropiación de los bienes eclesiales a favor de la Beneficencia, y creando una legislación con la intención de colocar al Estado al frente de los organismos de salud. Pero la situación política existente y la arraigada tradición caritativa heredada de España, impidieron que este objetivo fuera plenamente alcanzado. La práctica médica continuó de hecho en manos de religiosos y particulares. El Cuadro 1 indica que las Sociedades Benéficas eran el instrumento más utilizado para disputarle al Estado una buena parte de la administración sanitaria. La existencia de 33 sociedades benéficas en una ciudad tan pequeña como Caracas era una competencia administrativa muy respetable que tenía el Estado; era también un descargo de responsabilidad para el gobierno y un pequeño refugio para la Iglesia perseguida por Guzmán Blanco.

CUADRO 1
 SOCIEDADES BENÉFICAS EXISTENTES EN CARACAS PARA 1888

PERÍODO DE FUNDACIÓN	NÚMERO DE SOCIEDADES
1863-1868	10
1873-1877	5
1880-1888	8
1888*	10
Total para 1888	33

* Sociedades existentes en Caracas para 1888 sin fecha de fundación conocida

Fuente: AHANH. Archivo del General Manuel Landaeta Rosales. Vol. 18, t. II. Historia de la Iglesia, Sección XVI, f. 147 y ss.

La proliferación de sociedades benéficas y la actividad creciente de la medicina caritativa era un hecho históricamente explicable. Esta concepción médica retrocedió en Europa con el avance de la economía de mercado pues era un obstáculo para sus objetivos. En realidad, era una concepción cargada de un profundo humanismo cuya finalidad era mitigar la agonía frente a la muerte, pero sin responder a las nuevas tendencias económicas, las cuales requerían para su crecimiento de una medicina curativa y preventiva que disminuyera la morbi-mortalidad de la población, garantizara la prosecución laboral de los trabajadores y controlara las epidemias¹.

En Venezuela la realidad fue otra. El sistema productivo se basaba en el desarrollo del sector agropecuario. La provisión de manufacturas era satisfecha con importaciones. La economía estaba nacionalmente descapitalizada. Las finanzas utilizadas en la producción del café y otros rubros eran controladas por capitales extranjeros. Ellos manejaban la magnitud de las inversiones y el país se beneficiaba poco con el escaso capital circulante que ligeramente dejaba algo en impuestos y salarios. Por otra parte, existía un déficit

¹ La economía europea de aquella época, como la de ahora, no podía soportar índices tan elevados de mortalidad, menos entre la clase trabajadora. La clase patronal sabía lo caro de un día de trabajo y la improductividad de un obrero enfermo o accidentado. Por ejemplo, en Baviera, para 1873, la enfermedad hacía perder más de 3.400.000 días de trabajo (Pedro Laín Entralgo: *El médico y el enfermo*, Guadarrama, Madrid, 1969, p. 131). La relación entre salud y productividad fue estudiada por el médico alemán Max von Pettenkofer, quien publicó en 1873 sus lecciones acerca de la consideración de la enfermedad en la higiene pública. Pettenkofer fijó las pérdidas diarias por la enfermedad en un florín. Para 1873, la población de Munich era de 170 mil habitantes, con una mortalidad anual de 33 por mil, es decir, 5.610 muertes anuales. Planteaba que si la mortalidad descendiera a 30 por mil, es decir, 5.100 muertes anuales (510 muertes menos), la morbilidad lo haría proporcionalmente ya que por cada muerte ocurrían 34 casos de enfermedad, lo cual representaba un descenso de 17.340 enfermos; y siendo 20 días la duración media de la enfermedad, se obtendría una reducción de 346.000 días de enfermedad y un ahorro de igual número de florines, que invirtiéndolos a un interés de 5% anual, proporcionaría 6.936.000 florines, cifra que finalmente debía invertirse en mejorar la salud pública (Ver Max von Pettenkofer, «La consideración económica de la enfermedad en la higiene pública», en J.M. López Piñero (comp.): *Medicina. Historia, Sociedad (antología de clásicos médicos)*, Ariel, Barcelona-España, 1973, pp. 47 y ss.).

de recursos humanos capacitados. La instrucción pública era muy escasa. Existía una baja densidad demográfica. Las técnicas de producción eran atrasadas y no había un ambiente propicio para las innovaciones. El latifundio ocupaba improductivamente una buena porción del territorio nacional, mientras que los trabajadores del campo eran víctimas de la miseria y prácticamente «esclavos libres» del terrateniente, sin derechos políticos reales ni posibilidades auténticas de movilidad social. Los sistemas de transporte eran muy primitivos y los pocos ferrocarriles existentes se circunscribían a la región central. Las regiones tenían serios problemas para comunicarse regularmente y el comercio inter-regional era muy pobre. Este conjunto de factores produjo subdesarrollo y desarticulación económica. En consecuencia, no hubo una estructura que propiciara el desarrollo industrial y científico sobre el cual se afincara el progreso de la medicina moderna; por consiguiente, la educación médica universitaria era mecánicamente transportada de las escuelas europeas, sin enfocar la realidad de la salud pública nacional.

Este carácter, agregado a la herencia caritativa y benéfica, produjo una corriente donde la caridad estuvo por encima del afán científico y el progreso nacional. La caridad pública y privada se agrupaba en torno a organizaciones de carácter humanitario y religioso, integradas por elementos sociales diversos. Las diferencias sociales no eran obstáculo para la conformación solidaria de aquellos organismos porque su objetivo no era el lucro, sino la práctica de la bien llamada caridad cristiana. En esa misión religiosa, liberadora ante Dios del espíritu practicante, no era esencial restituir la salud ni prolongar la vida del enfermo, sino prepararlo espiritualmente para la eternidad. Para ello se ocupaban de crear ciertas condiciones: asistencia religiosa, cuidados paramédicos, recolección de contribuciones y otros asuntos. Es justo reconocer la importancia de esas organizaciones de caridad. En el fondo actuaron como instituciones autogestionarias de la salud, ante las limitaciones políticas y administrativas del Estado.

Las organizaciones benéficas eran de carácter local. Existían en casi todo el país, pero sin conformar una organización nacional integrada. Las de mayor efectividad estaban en ciudades de importancia. Esa localización fue es-

timulada por el Estado, el cual tenía la política de concentrar su máxima capacidad en las zonas portuarias que vinculaban la producción agropecuaria con el mercado mundial. La presencia del servicio médico-asistencial en algunas ciudades de importancia fue consecuencia de la regionalización del crecimiento económico. En la Venezuela de la época, la producción se organizaba en torno a la explotación de materias primas alrededor de puertos y ciudades importantes. En estas ciudades la actividad económica producida por el comercio exterior generaba un excedente económico del cual se extraía una parte, como contribución piadosa de los propietarios y el Estado, para ser invertida por las sociedades y la Iglesia en el servicio de caridad.

En consecuencia, las regiones deprimidas no tenían el dinamismo comercial necesario para que parte del excedente fuera donado por los propietarios y el Estado. Un informe del gobierno central (junio 9, 1879) sobre las condiciones económicas en el estado Cojedes para enfrentar el problema de las epidemias, es ilustrativo al respecto:

Reducidas las rentas del estado al situado constitucional, y a los insignificantes productos de papel sellado y de la contribución sobre el cocuy, aguardiente de caña y sus compuestos, no [se] ha podido (...) acordar la suma bastante a remediar las necesidades de los pobres atacados de la fiebre, ni para precaverlos de tan terrible epidemia (...) Los cojedeños ven perecer a sus infelices hermanos de hambre y por falta de medicamentos, sin que les sea dable impedirlo...²

Esta era por lo general la situación económica de las poblaciones aisladas a la hora de enfrentar las endemias tropicales. El ingreso estatal dependía, en este caso, de un insignificante Situado Constitucional consumido por el gasto corriente; del impuesto sobre bebidas alcohólicas y de la venta del papel sellado, los cuales no representaban un recurso económico ni siquiera mediano, comparados con los gastos exigidos por una urgencia

² «Informe de Nicacio Barreto, del Poder Ejecutivo del estado Cojedes al Ministro de Relaciones Interiores»; Documento N° 24, en: *Memoria del Ministerio de Relaciones Interiores, 1880*. Imprenta Nacional. Caracas, 1880.

epidémica. Por esta razón, poblaciones como la de Cojedes carecían de una infraestructura sanitaria como la de Caracas, La Guaira, Maracaibo, Puerto Cabello, Valencia y Barquisimeto. Debido a una mejor condición económica, estas ciudades generaban un mayor incremento del servicio médico-asistencial caritativo.

La pobreza económica ocasionaba el aislamiento político, administrativo y sanitario. Este factor, junto a la baja de precios de las materias primas en el mercado mundial, agudizaba la inestabilidad política del país. La inestabilidad limitaba el crecimiento económico y mantenía la tensión permanente del conflicto social. En este sentido, la insalubridad y las epidemias, junto a las dificultades del Estado para atender a la población víctima de esos flagelos, fueron elementos importantes de la crisis política de Venezuela en el siglo XIX, especialmente durante el guzmancismo.

Salubridad y epidemias

El conflicto social tenía su explicación desde el punto de vista sanitario. No podía existir paz en un país con tantas necesidades sociales, pero además, con una población mayoritariamente viviendo en condiciones de insalubridad, pobreza y epidemias. Esa era una característica de Venezuela en aquel tiempo. Así, de 1852 a 1898 el sarampión invadió el país; el cólera apareció en Margarita en 1854 y en La Guaira y Caracas en 1855, para luego extenderse por casi todo el territorio nacional. La tos ferina causó estragos en 1854, reapareció en 1870 y se prolongó hasta 1894. La fiebre amarilla se mantuvo epidémica en casi toda Venezuela hasta muy entrado el siglo XX³. De igual manera, la parasitosis afectaba extensamen-

³ Archivo Histórico de la Academia Nacional de la Historia (AHANH). Archivador 4. Gaveta G2. Carpeta 27. Datos sobre acontecimientos sucedidos en Caracas (en recortes y manuscritos). La información completa de estos «recortes y manuscritos» es como sigue: La fiebre amarilla hizo estragos en Trujillo en 1853; en Aragua y pueblos del centro en 1862; en toda Venezuela entre 1884 y 1885; en Guarenas en 1886; en Táchira en enero y febrero de 1887; en Trujillo en enero y febrero de 1889; en Valencia en febrero de 1889; en

te a la población venezolana, especialmente a la infancia. En la práctica era endémica, pero agravada por el desconocimiento de normas elementales de higiene. A esto deben agregársele algunos factores predisponentes como andar descalzo o en alpargata, sin albañales y letrinas, muchas veces sin acueductos, sin canales de aguas negras y sin servicios públicos medianamente organizados. Tal circunstancia, unida a la ausencia de una adecuada política de salud pública, permitía que la parasitosis prácticamente se adueñara del organismo humano.

Sin embargo, en ese entonces no se tuvo conciencia de tan importante realidad, por lo cual la población estuvo sometida a elevados índices de morbimortalidad, con su consecuente repercusión en la vida política y económica del país. Las condiciones de salubridad y las entidades patológicas variaban conforme a las diferentes regiones del país. Así, en la región andina, la viruela y fiebre amarilla causaban mayores estragos que el paludismo. Tuvieron especial significación las epidemias de viruela y fiebre tifoidea en Boconó (1854); ambas también afectaron a los pueblos de Burbusay, San Miguel, Tostós, Niquitao y Las Mesitas (1868). Sin embargo, en las zonas menos altas de los Andes la fiebre amarilla también causó algunos efectos, tal como ocurrió en 1853 y de 1894 a 1902. Esto provocó el éxodo de las poblaciones de Trujillo y Valera⁴.

No obstante, fueron las zonas de relieve plano las más afectadas por la insalubridad. Existen informes donde se describen las penurias de la población llanera del oeste ante el avance de las epidemias. En algunos de ellos se destaca «la desaparición de familias enteras, atacadas por la fiebre y devora-

San Casimiro, de abril a julio de 1889 y en el Tinaco en julio de 1889. *El cólera morbus* apareció en Margarita el 13 de septiembre de 1854, en La Guaira el 13 de agosto de 1855 y en Caracas el 25 de agosto de ese mismo año, para luego extenderse a todo el país. El sarampión se mantuvo en todo el país en 1852, 1862 y 1865; nuevamente se estableció en 1885, 1888, 1889 y de 1895 a 1898. La tos ferina afectó a todo el país en 1854, 1870, 1880, 1885, 1889 y 1894.

⁴ José María Baptista. *Crónicas del Boconó de ayer*, Imprenta del Ministerio de Educación, Ediciones del Ateneo de Boconó, Caracas, 1962, pp. 81-82.

das por el hambre»⁵; también se menciona el caso de pueblos prácticamente deshabitados⁶ y una elevada mortalidad epidémica que hacía huir a las personas de sus lugares de trabajo⁷. Lo mismo ocurría en los llanos orientales y en la depresión occidental del Zulia, lugares donde la población se hallaba a merced de la fiebre amarilla y el paludismo, y cuyos microbios tenían condiciones ideales para su reproducción, en los esteros, lagunas y pantanos formados en épocas de lluviosidad. Una referencia de tal circunstancia la hizo Karl Ferdinand Appun, quien a su paso por las regiones del golfo de Maracaibo (1871) narra el infeliz encuentro con nubes de mosquitos de los cuales las embarcaciones «tenían mucho cuidado de no ir a su encuentro porque si lo hicieran la tripulación perecería por sus picadas»⁸.

En menor magnitud, pero siempre bajo riesgo, transcurría la situación en ciudades como Caracas. El agua consumida por la gente de esta ciudad no era higiénicamente potable. El 22 de diciembre de 1873 la Sociedad de Ciencias Físicas y Naturales se quejaba por la putrefacción del estanque de Catuche, surtidor de agua a la población. Según esta Sociedad, las tuberías del acueducto estaban contaminadas con sustancias nocivas debido a la ausencia de mantenimiento y limpieza regular⁹. Otro factor de insalubridad en la mayoría de residencias particulares era la suciedad de letrinas y albañales. Esto fue reconocido en un Informe del Ministerio de Fomento (1875-1876), otorgándosele responsabilidad mayor en la generación de enfermedades contagiosas¹⁰. También influía la ausencia de sistemas regulares de transporte y almacenaje, situación que conducía al consumo de alimentos contamina-

⁵ Archivo General de la Nación (AGN). Epoca Republicana. 1879. Tomo CMXCVI, f. 296.

⁶ 6 AGN. Epoca Republicana. 1879. Tomo CMXCVII, f. 247.

⁷ *Ibidem*, f. 344 y ss.

⁸ Karl Ferdinand Appun. *En los trópicos*, UCV, Caracas, 1961, p. 313.

⁹ Blas Bruni Celli (comp.). *Actas de la Sociedad de Ciencias Físicas y Naturales de Caracas (1867-1878)*, t. II, año de 1873, BCV, Caracas, 1968, pp. 125-126.

¹⁰ Ministerio de Fomento. *Apuntes Estadísticos del Distrito Federal (1875-1876)*, Imprenta Federal, Caracas, 1875, f. 262.

dos¹¹. Todos estos hechos agudizaban la crisis económica en las cuales se vio envuelto el país durante buena parte del siglo XIX, particularmente durante el guzmancismo, debido a que las epidemias producían la huida de los habitantes de pueblos y ciudades y obstaculizaban el tráfico comercial. En consecuencia, quedaban limitados la agricultura y el escaso comercio entre las regiones sometidas al impacto de las epidemias.

Pero las deficientes condiciones higiénicas también generaban una diversidad de enfermedades causantes de muchas muertes en niños y adultos.

CUADRO 2

TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES EN GENERAL OCASIONADAS POR GRUPOS DE ENFERMEDAD. DISTRITO FEDERAL (VENEZUELA). SEGUNDO SEMESTRE DE 1878

GRUPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Infeciosas y parasitarias	87	37.3
del Aparato Digestivo	58	25.0
del Sistema nervioso	19	8.1
del Aparato circulatorio	15	6.4
propias de la Primera infancia	15	6.4
del Aparato respiratorio	12	5.1
Otras	27	11.5

Fuente: *Gaceta Oficial*. Obituario, II semestre 1878.

¹¹ Marco Aurelio Vila. *Aspectos de la población urbana de Venezuela*, UCV, Caracas, 1984, pp. 9-10. La ausencia de regulares sistemas de transporte y almacenaje, se mantuvo en Venezuela hasta bien entrado el siglo XX. El mismo profesor Vila dice al respecto: «Los alimentos llegaban a los mercados y comercios (...) en condiciones poco deseables (...) No existían almacenes debidamente acondicionados para su preservación. Si se deseaba comer pescado fresco, era necesario trasladarse al litoral. El pescado salado y la carne seca y salada (...) no eran preparados con los cuidados requeridos. El queso llanero, manufacturado sin higiene alguna, durante su traslado de las queseras a los mercados de consumo, era tratado como una mercancía no destinada a la alimentación».

Las enfermedades infecciosas y parasitarias, junto a las digestivas, eran las de mayor incidencia. En Caracas y el Distrito Federal se manifestaba esta situación. Según el Cuadro 2, las enfermedades infecto-parasitarias y digestivas causaban aproximadamente el 62 por ciento de las muertes registradas en los obituarios, mientras que el resto apenas generaba poco más de 37 por ciento. Estas cifras son una referencia acerca de la insalubridad reinante en Caracas y en otros lugares. La población de estos territorios, como la del resto del país¹², estaba sometida a la acción de los microbios

CUADRO 3
TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES INFANTILES OCASIONADAS
POR GRUPOS DE ENFERMEDAD. DISTRITO FEDERAL (VENEZUELA).
SEGUNDO SEMESTRE DE 1878

GRUPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Del aparato digestivo	26	28,9
Infecciosas y parasitarias	22	24,5
Propias de la primera infancia	15	16,6
del sistema nervioso	9	10,0
del aparato respiratorio	5	5,5
Otras	13	14,5

Fuente: *Gaceta Oficial*. Obituario, II semestre 1878.

¹² Sin embargo, no todo el territorio era insalubre. Un informe acerca de la salubridad pública en el Territorio Federal Goagira, dice que el estado sanitario de esta región «ha sido excelente en toda época» debido a «la topografía del país y la constitución geológica de su suelo, por virtud de las cuales bañan constantemente sus despejadas costas los salutíferos alisios, son escuetas sus llanuras, inocuas sus aguas, sanas y suculentas las carnes de sus ganados y saludables y nutritivas sus producciones vegetales». El Informe concluye que «el estado sanitario del territorio (...) puede calificarse de excelente». Ver *Cuenta que el Congreso de los Estados Unidos de Venezuela en 1887 presenta el Ministro de Relaciones Interiores 1887*. Documentos de la Memoria de Relaciones Interiores. Documento L-39, Nº 39. Caracas. Imprenta Nacional, 1887, p. 212.

por desconocer las más elementales reglas de higiene. Era usual la permanencia de tuberculosos al lado de personas sanas debido al desconocimiento etiológico de la enfermedad. Solamente se aislaban las víctimas de fiebre amarilla, de tifus y peste bubónica. Respecto de las muertes infantiles, el Cuadro 3 muestra algunas tendencias en Caracas y el Distrito Federal. Más del 53 por ciento de la muerte de niños, según el cuadro, era causada por enfermedades infecciosas, parasitarias y digestivas. El otro 46,5 por ciento se debía a enfermedades diferentes.

Esta situación indica la aplicación incompleta de atenciones especiales hacia la población infantil. Las reglas de higiene más elementales no eran observadas en el hogar. Tampoco en los hospitales existía un departamento infantil, aun cuando en Europa ya existía la pediatría como especialidad médica. Para 1880 funcionaba en Caracas un Asilo de Huérfanos donde los médicos Francisco Padrón, Manuel Velásquez Level y Adolfo Frydemberg

CUADRO 4
TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES EN GENERAL OCASIONADAS
POR GRUPOS DE ENFERMEDAD. CARACAS (VENEZUELA).
PRIMER BIMESTRE DE 1881

GRUPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Infeciosas y parasitarias	84	35,9
del aparato digestivo	49	21,0
del aparato circulatorio	32	13,6
del sistema nervioso	25	0,7
del aparato respiratorio	18	7,7
Neoplasmas	15	6,4
Otras	11	4,7

Fuente: *La Unión Médica*. Año I. Meses I-II. Números 1-2. Caracas, febrero-marzo 1881.

(hijo) atendían gratuitamente a los niños. Sin embargo, este era un servicio muy restringido y no especializado¹³. Para 1881 las muertes en general de Caracas presentaban signos parecidos a los de 1878. El Cuadro 4 muestra las tendencias de ese año.

El 57 por ciento de las enfermedades era causado por enfermedades infecciosas, parasitarias y digestivas. Las iniciativas particulares por investigar científicamente esta situación chocaban con la crisis política existente, la cual no permitía una acción eficaz por parte del Gobierno para mejorar las condiciones ambientales y reducir el número de muertes. Por otra parte, algunos médicos no estaban suficientemente informados acerca de la teoría microbiana, la cual en Europa demostraba ser bastante eficaz.

CUADRO 5
TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES INFANTILES OCASIONADAS
POR GRUPOS DE ENFERMEDAD. CARACAS (VENEZUELA).
PRIMER BIMESTRE DE 1881

GRUPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Infeciosas y parasitarias	34	33,0
del aparato digestivo	32	31,1
del aparato respiratorio	12	11,7
del sistema nervioso	9	8,7
propias de la primera infancia	7	6,8
del aparato circulatorio	2	1,9
Otras	7	6,8

Fuente: La *Unión Médica*. Año I. Meses I-II. Números 1-2. Caracas, febrero-marzo 1881.

¹³ «Aviso. Asilo de Huérfanos. Plaza del Panteón». En *Gaceta Oficial*, Nº 1970. Enero 2 de 1880.

Si un número importante de médicos desconocía o no aplicaba esta teoría, era muy difícil que la población pudiera tener algún tipo de resguardo. En consecuencia, gran parte de las personas desconocía normas preventivas para evadir la acción de los microbios y el contagio. Tampoco para los niños había cambiado el panorama en 1881. El cuadro 6 muestra el 64 por ciento de muertes infantiles causada por enfermedades digestivas, infecciosas y parasitarias, mientras que sólo el 36 por ciento correspondía a otras enfermedades. Los problemas seguían siendo los mismos: ausencia de cuidados especiales y de normas elementales de higiene.

En el caso de las muertes en general, la realidad varió poco en 1888. El Cuadro 6 indica que las enfermedades del aparato circulatorio causaban casi el 26 por ciento de las muertes; sin embargo, las infecciosas, parasitarias y digestivas originaban poco más de 33 por ciento del total. Aquí es conveniente observar que las enfermedades del aparato circulatorio, causantes de casi el 26 por ciento de las muertes, ocurrieron entre la población adulta, resultando los niños mayormente afectados por enfermedades de tipo infeccioso y digestivo.

CUADRO 6

TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES EN GENERAL OCASIONADAS
POR GRUPOS DE ENFERMEDAD. CARACAS (VENEZUELA).
PRIMER TRIMESTRE DE 1888

GRUPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Del aparato circulatorio	118	25,7
Infecciosas y parasitarias	88	19,1
del aparato digestivo	65	14,1
del aparato respiratorio	62	13,5
del sistema nervioso	27	5,8
Neoplasmas	15	3,2
Otras	84	18,3

Fuente: *La Unión Médica*. Año VIII. Número 166. Caracas, julio 15, 1888, p. 101.

En el caso de la muerte de niños también se hallaron algunas variaciones para el primer bimestre de 1888.

Según el Cuadro 7, las muertes infantiles por enfermedades infecto-parasitarias y digestivas, disminuyeron considerablemente en comparación con las muertes ocurridas en 1881. Aumentó la mortalidad por enfermedades del Aparato Respiratorio del 11,7 por ciento en 1881 al 23 por ciento en 1888. No obstante, el 35,5 por ciento de esas muertes tenía las mismas causas: las epidemias productoras de enfermedades infecciosas y digestivas. Lo más probable es que estas diferencias en las cifras de mortalidad se debieron a otras razones, antes que a efectos terapéuticos

CUADRO 7
TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES INFANTILES OCASIONADAS
POR GRUPOS DE ENFERMEDAD. CARACAS (VENEZUELA).
PRIMER BIMESTRE DE 1888

GRUPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Del aparato digestivo	45	23,5
Infecciosas y parasitarias	23	12,0
del aparato respiratorio	44	23,0
del sistema nervioso	17	8,9
del aparato circulatorio	14	7,3
propias de la primera infancia	4	2,0
Otras	44	23,0

Fuente: *La Unión Médica*. Año VIII. Número 166. Caracas, julio 15 1888, p. 101.

Por otra parte, la mayor frecuencia de esas enfermedades ocurría en los grupos etarios de 0 a 9 y de 20 a 29 años, tal como lo señala el Cuadro 8. La muerte en escolares, según el cuadro, se reducía, en comparación con las del

primer grupo. En cambio se elevaba entre 20 y 29 años, para descender a partir de los 30, hasta llegar a un 3 por ciento en el grupo de 80 años y más. En los adultos, las enfermedades de mayor mortalidad eran las de tipo infeccioso como la tuberculosis¹⁴, la cual, según los médicos, tenía una mortalidad de 400 por 100.000. En lo respectivo a la mortalidad por sexo, era relativamente igual entre infantes de 0 a 9 años, y en adolescentes entre 10 y 19.

CUADRO 8
TASAS DE MORTALIDAD POR EDAD EN CARACAS.
ENERO 1874 A JUNIO 1876

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-9	2.094	45,01
10-19	342	7,35
20-29	441	9,47
30-39	433	9,30
40-39	390	8,38
50-59	273	5,86
60-69	277	5,95
70-79	254	5,46
80 y más	148	3,18

Fuente: Ministerio de Fomento. *Apuntes estadísticos del Distrito Federal (1875-1876)*, f. 220.

¹⁴ Para 1888, según las estimaciones del doctor Angulo Arvelo, esta cifra de 400 por 100 mil fueron realizadas sobre la base de una población de 55.638 habitantes (Ver Angulo Arvelo, L.A): *Resumen cronológico de la Historia de la Medicina en Venezuela, desde la época precolombina hasta 1978*. Ediciones OBE. Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1979, p. 57. Para 1877, un Informe militar indica lo siguiente: «...la fiebre intermitente ha causado la mayor cifra numérica de enfermos [entre la tropa] (...) si las fiebres

No obstante, el Cuadro 9 revela que los varones del primer grupo etario superaban la mortalidad de las hembras en 5,2 por ciento. Según este cuadro, hasta los 59 años los varones tenían porcentajes de muerte superiores a los de las hembras. Sin embargo, a partir de los 60 las hembras mostraban cifras superiores a las masculinas. Nótese también el pronunciado descenso de la mortalidad en varones de 60 años y más, en comparación con el de las hembras. No puede afirmarse con propiedad que este comportamiento de-

CUADRO 9
TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN CARACAS.
ENERO 1874 A JUNIO 1876

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	VARONES	FRECUENCIA	HEMBRAS
0 – 9	1.084	47,6	1.010	42,4
10-19	160	7,0	182	7,6
20-29	250	10,9	191	8,0
30-39	240	10,5	193	8,1
40-39	204	8,9	186	7,8
50-59	130	5,7	143	6,0
60-69	99	9,3	178	7,4
70-79	82	3,6	172	7,2
80 y más	25	1,0	123	5,1

Fuente: Ministerio de Fomento. *Apuntes estadísticos del Distrito Federal (1875-1876)*, f. 220.

intermitentes no han dado un solo caso de muerte, la tuberculosis ha sido mortal en todos sus casos...». El oficial redactor del Informe recomendaba «licenciar inmediatamente al soldado que sufra tal enfermedad» ya que el Gobierno no reportaría «otra cosa que verles perecer sin haber utilizado sus servicios» (Ver «Informe sobre el Hospital Militar de Caracas, Caracas, noviembre 27 de 1877», en: *Gaceta Oficial*, Nº 1281, Caracas, diciembre 1º de 1877).

mográfico fuera común a todo el período guzmancista, sin embargo, a finales del período no había ocurrido nada extraordinario como para imaginar cambios importantes en el futuro inmediato.

En el caso de Caracas, el Cuadro 10 permite observar diferencias en el número y porcentaje de muertes en una y otra parroquia de la capital. Según este cuadro, la parroquia Catedral tenía las menores cifras de mortalidad, seguida de San Juan y Candelaria; en tanto que Altagracia, Santa Rosalía y Santa Teresa tenían las cifras más elevadas.

CUADRO 10
TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES EN PARROQUIAS
EN CARACAS. PRIMER BIMESTRE 1881

PARROQUIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Altagracia	61	25,2
Santa Rosalía	47	19,4
Santa Teresa	41	16,9
Candelaria	37	15,3
San Juan	31	12,8
Catedral	25	10,3

Fuente: *La Unión Médica*. Año I, meses I-II. Números 1-2. Caracas, enero-febrero 1881.

La ausencia de información en períodos más largos impide llegar a conclusiones más precisas, no obstante, al observar el Cuadro 11 llama la atención que la distribución de las muertes en las parroquias de Caracas tuvo un comportamiento diferente en épocas anteriores. Así, para 1867 la parroquia Catedral tenía el mayor número de muertes, seguida de Altagracia y San Pablo. Las parroquias más alejadas del centro (Santa Rosalía, San Juan y

Candelaria) tenían los porcentajes más bajos. También se desprende del Cuadro 11 que el porcentaje de muertes era relativamente uniforme entre sus áreas ricas y pobres, y por consiguiente, no existían mayores diferencias entre enfermedad y posición económica de la población.

CUADRO 11
TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE MUERTES POR PARROQUIAS
EN CARACAS. 1867

PARROQUIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Catedral	214	20,6
Altagracia	188	18,1
San Pablo	180	17,4
Santa Rosalía	164	15,8
San Juan	161	15,5
Candelaria	127	12,2

Fuente: AHANH. Archivo del general Manuel Landaeta Rosales. Registro de entierros, f. 60 y ss.

Conclusiones

De manera general, el problema médico-asistencial y sanitario es presentado en el estudio como un elemento adicional de la crisis venezolana del siglo XIX. Formando parte de estos elementos críticos se hallaba el servicio médico-asistencial, cuyos criterios de aplicación respondían a un servicio de caridad y auxilio benéfico cuando ponían en práctica los principios de la medicina curativa que caracterizaba el ejercicio profesional. Conociendo esta realidad, Guzmán Blanco intentó colocar al Estado al frente de los organismos de salud, pero sin marginar a los institutos de beneficencia, los cuales, por su experiencia y capacidad para movilizar personal de apoyo y conseguir

recursos económicos, eran imprescindibles para atender las frecuentes urgencias epidémicas que golpeaba a los venezolanos de la época. La circunstancia epidémica se hacía más crítica porque un número importante de médicos desconocía la teoría microbiana y, adicionalmente, debían aplicar sus conocimientos en un medio poblacional que ignoraba las más elementales normas de higiene personal, además de no saber protegerse de los terribles efectos de microbios y parásitos, causantes del mayor número de enfermedades y epidemias. En consecuencia, al desconocerse los factores etiológicos y, por consiguiente, no aplicarse acciones terapéuticas adecuadas, las enfermedades infecciosas, parasitarias y digestivas causaban la mayoría de los casos de enfermedad y muerte, tal como se demostró con los cuadros, los cuales indican las tendencias de morbi-mortalidad en Venezuela durante el período estudiado.

Referencias bibliográficas

- APPUN, Karl Ferdinand (1972). *En los trópicos*. Caracas: UCV. 1961, Caracas.
- BAPTISTA, María José (1962). *Crónicas del Boconó de ayer*. Boconó: Ediciones del Ateneo de Boconó, Caracas.
- BRUNI CELLI, Blas (comp.) (1968). *Actas de la Sociedad de Ciencias Físicas y Naturales de Caracas (1867-1878)*, t. II, año de 1873, Caracas: BCV.
- ENTRALGO, Laín (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: Guadarrama.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M (comp.) (1973). *Medicina. Historia, Sociedad (antología de clásicos médicos)*. Barcelona: Ariel.
- VILA, Marco Aurelio (1984). *Aspectos de la población urbana de Venezuela*. Caracas: UCV.
- MINISTERIO DE FOMENTO (1875). *Apuntes Estadísticos del Distrito Federal (1875-1876)*. Caracas: Imprenta Federal.

Hemerografía

- GACETA OFICIAL*. Dos números de 1877 y 1880.
- MINISTERIO DE RELACIONES INTERIORES (1880). *Memoria, 1880*. Caracas: Imprenta Nacional.
- Cuenta que al Congreso de los Estados Unidos de Venezuela en 1887 presenta el Ministro de Relaciones Interiores 1887*. Imprenta Nacional, Caracas, 1887.

Documentos

- Archivo General de la Nación (AGN) y del Archivo Histórico de la Academia Nacional de la Historia (AHANH). Documentos varios.