

Darío Novoa Montero

**ALGUNOS ASPECTOS DEL EJERCICIO MÉDICO EN EL SUR
DEL LAGO DE MARACAIBO**

MÉRIDA-VENEZUELA/1973

Darío Novoa Montero

Algunos Aspectos del Ejercicio Médico en el Sur del Lago de Maracaibo

Mérida 1973

**A MIS ALUMNOS
Y EXALUMNOS EN
CLÍNICA MÉDICA**

PÓRTICO

"Hay dos modos de conciencia:
una es luz y otra, paciencia.
Una estriba en alumbrar
otra en hacer penitencia
con caña o red, y esperar
el pez, como el pescador.
Dime tú: ¿cuál es mejor?
Conciencia de visionario
que mira en el hondo acuario
peces vivos,
fugitivos,
que no se pueden pescar,
¿o esa maldita faena, muertos, los peces del mar?".

Las notas reproducidas en este libro corresponden a una serie de observaciones que hice cuando me desempeñé como médico **semi-urbano** en la zona sur del Lago de Maracaibo entre 1962 y 1968. Incluyo en estas páginas una serie de apreciaciones sobre los problemas cotidianos que se nos presentaron –a mí y a los médicos que hicieron **medicina en equipo** conmigo-.

La idea de publicar este material me surgió del interés que tengo porque los médicos jóvenes y estudiantes que cada día formo en una Cátedra de Clínica Médica, vivan de cerca una serie de aspectos que nunca encontrarán en ningún libro de Patología Médica, pero que no por ello deben dejar de conocer.

Con este libro aumento la serie de observaciones que he publicado sobre la **Medicina Rural** y que fueron procedidos por: "Historia de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Distrito Colón – Semblanza autobiográfica de algunos de sus médicos". Y "Vivencias de un médico rural". Todo el material de estas 3 publicaciones procede del libro mimeografiado –que salió a la luz en 1969 –"Estudio Médico-Social de una Comunidad: El Distrito Colón (años 1962-1968)". Claro que he hecho las necesarias modificaciones para adaptar el material a esta publicación que ahora presento.

Presento esta obra con alegría, especialmente si alguno de los ejemplares ayuda a cualquiera de nuestros médicos alguna vez y si las observaciones que hago sirven para "formar cultura" en cualquiera de las disciplinas que reocupan del hombre venezolano.

Darío Novoa Montero
Mérida, Abril de 1973.

* Véase "Estudio Médico-Social de Una Comunidad: El Distrito Colón (Años 1962-1968)". Mimeografiado.

PRIMERA PARTE

EL REGIMEN COMUNITARIO EN UN EQUIPO MÉDICO PRIVADO

Comentaremos a continuación algunos aspectos del ejercicio de la Medicina en relación con la Comunidad del Distrito Colón cuando realizamos **medicina privada en equipo**:

(1) **Las atenciones médicas a nivel de nuestro equipo y el drenaje de enfermos a otros centros**: Aquí debemos distinguir dos grupos de pacientes: los que concurren a la Clínica no hubieran sido atendido por no existir un equipo médico que resolviera el problema y los que a pesar de garantizárseles servicios eficientes preferían concurrir a centros foráneos capitalinos. Podemos manifestar con orgullo que nos hicimos responsables y atendimos casos de la más diversa índole y obtuvimos **muy buenos resultados**. Cuando habiéndonos hecho cargo de un paciente necesitamos la cooperación de algún especialista (frecuente en Traumatología) le ofrecimos al colega material y humano y se realizaron excelentes tratamientos. Hicimos cuadros estadísticos donde se demuestran esas actividades.*

En lo que respecta a pacientes que preferían las atenciones capitalinas o que, debido a nuestra impotencia para atenderlos, debíamos referir a otros centros (preferentemente a Maracaibo y a Mérida), siempre portaron un resumen o informe donde exponíamos nuestros criterios. Muchos pacientes se trasladaron por su propia cuenta, en contra de nuestra temas de opinión.

(2) El estudio de los casos clínicos y el mejoramiento de los diagnósticos: Una revisión somera o exhaustiva de nuestro material de historias clínicas, especialmente las de hospitalización, puede mostrar fehacientemente cómo estudiamos los casos. Allí, cronológicamente, puede verse desde una primera historia con dos escuálidas páginas donde se anotó todo lo que se hizo **el 29.12.61**, pues no teníamos historias clínicas impresas, hasta historias completas con todos los estudios clínicos y complementarios que se realizaron, así como evolución del paciente en sucesivas consultas externas, registro importante, pues da cuenta de hechos que la historia clínica de hospitalización no pone de manifiesto. Es de advertir que ya este registro de Consulta Externa posthospitalización no fue 100% llevado, muchas veces por pereza del médico que lo atendía o por olvido de la enfermera de guardia que no pasaba la historia correspondiente. De todos modos la labor fue positiva. El material recogido puede servir para múltiples trabajos clínicos sobre nuestro medio y elaboramos el material en el libro que nos sirvió de base para extractar estas notas.* Así mismo -- como figura en la relación de trabajos publicados por nosotros

* Véase "Estudio Médico-Social de una Comunidad: el Distrito Colón (Años 1962-1968)". Mimeografiado. San Carlos de Zulia., 1969.

- ya hemos publicado o tenemos para publicar temas de interés universal. Me limito a citar ahora nada más que el caso de SIRENOMELIA O SYMPODIA, de la cual sólo se publicaron 3 casos en todo el mundo en el año 1969.*

Algo que vale la pena destacar es que nos impusimos la tarea de resumir en cada historia el caso clínico en pocas palabras con el fin de orientarnos cada vez que tuv⁴éramos que consultar algo sobre el sujeto de estudio. Ese resumen corresponde más o menos al juicio clínico de los autores europeos. Ya el hecho de que siempre se realizara ese ejercicio representa un gran avance con respecto a la medicina que se ejerce corrientemente en casi todo nuestro país.

También es de mencionar que los médicos colaboradores fueron siempre reacios a todo tipo de registro. Apenas si accedían - y no siempre - a escribir las órdenes del médico y muchas veces querían dejar dichera fle boca a la enfermera de guardia los medicamentos que *debían* recibir los pacientes. Para mantener las buenas relaciones con los colegas, uno de nosotros (el médico de guardia) las escribía mientras le insinuaba [alcolezla. la](#) responsabilidad que tal tipo de suministro tiene. La historia clínica general y la hoja de evolución casi siempre fueron llenadas por nosotros, o por lo menos anotábamos los datos más esenciales. Excepción hecha de algunos médicos, debemos resaltar que en este medio (y en la mayoría de las Clínicas privadas que tuve oportunidad de visitar en distintas ciudades del país) el **médico NO QUIERE Y NO VALORA la historia clínica ordenada y metódica, grave mal para su propio criterio y especialmente para el paciente, a quien debemos todos nuestros desvelos y cuidados.**

* Véase Medicina Clínica, 52:2: Barcelona (España) 1969; y Tribuna Médica Venezolana VI: 279. Caracas, febrero 24/69. Idem: Birth Defects, Abstracts of Selected Articles, *NFMOD* 69990 Vol. 6, N° 12, The National Foundation - March of Dimes. New York, Dec. 1969.

(3) Los estudios de especialización realizados por nosotros gracias al sistema de distribución del trabajo: Resulta verdaderamente interesante destacar este punto. La, principal ver, taja personal que teníamos en nuestra sociedad radicaba en la posibilidad de hacer estudios de especialización que nos permitieran W mresar dentro de nuestra carrera sin tener que recurrir a ningún Instituto Oficial o tener que estudiar con los ahorros hechos por cada uno. Resultaba así r ue nuestra propia Institución nos becaba, nos pagaba los nasnies (en su casi totalidad) y producía mientras nosotros estudiábamos. Como el equipo médico era de 3, podía salir uno, mientras los otros dos trabajaban con un poco más de ahínco, con la esperanza cierta de que al regresar su compañero le tocaría a él. As; -os fuimos rotando: en el agio 1965 salió el Dr. Daniel Novoa Montero que se especializó en Cirugía Abdominal; entre 1966 y 1967 salió a estudiar el Dr. Darío Novoa Montero, que se especializó en Enfermedades del Corazón v de los Vasos (Cardiología) ; y entre 1967 y 1968 el Dr. Rafael Rivadeaneira Gómez se especializó en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Es decir, que el medio semi-urba. no, ejerciendo la Medicina en equipo, en vez de resultar un. factor atrofiante para nosotros, fue elemento básico en la estructuración de nuestro edificio científico. Resultaría similar, pero más merecido, al Año Sabático que acostumbran otorgar nuestras Universidades, con la ventaja de recibirlo cada 3 años y no cada 7, como sucede en estos centros.

4) La estabilidad económica de los médicos socios: La experiencia en 6 años nos demostró que la distribución proporcional de líos beneficios y de las pérdidas siempre nos fue favorable a todos los médicos socios como quiera que fuese: mantuvimos un Ingreso mínimo mensual superior al de sueldos oficiales, tuvimos retiros proporcionales de fondos económicos Dara eventualidades especiales, pagamos puntualmente los "impuestos locales y nacionales, mantuvimos nuestras familias con un nivel de vida acorde con nuestro categoría social, hicimos cursos de especialización, completamos nuestros ingresos con actividades privadas en la comunidad (profesorado de secundaria, visitas domiciliarias ...), contribuimos al mejoramiento cultural de la sociedad, tomamos nuestras vacaciones anuales y creamos una Institución de indiscutible valor para la colectividad.

(5) La hermandad de los médicos-socios: Cuando comentaba nuestra labor en diversos corrillos médicos del país siempre veía en los colegas una cierta cara de asombro, pues no podían concebir el régimen comunitario en nuestra profesión "liberal", donde cada uno quiere "tirar para su lado", independientemente de la Institución donde labore, que en último término sería solidaria con ellos en un sentido mercantilista solamente, sin que nunca encontrara que en e realizar-la-profesión les hiciera sentir la obra como par te de sí mismos. A veces meditaba sobre lo que de quijotesco pudiera tener ese compartir-nos-en, para finalidades múltiples comunes, a sabiendas de que muchas veces representaba un sobre-esfuerzo (sin compensación económica inmediata) para alguno de nosotros. El observar a través de todo este tiempo nuestra hermandad me hace pensar que sí se puede deja a un lado el egoísano-inmediato y obtener grandes frutos y grandes satisfacciones con un egoísmo mediato es decir, que el trabajo en equipo es mejor.

(6) Cómo miraron los médicos locales a nuestra Institución: Cuando comenzamos con nuestra obra acompañados de ese entusiasmo juvenil característica de la década de los veinte años, nos hicimos cargo una Clínica destaralada, dejada por un colega loco al retirarse de la profesión para dedicarse a las faenas agropecuarias. La Clínica había sido ofrecida a otros médicos locales que, enclaustrados en su quehacer cotidiano, donde alternaban sus labores oficiales con las privadas médicas y no médicas, poco interés podían demostrar en "complicarse la vida". Desde luego que siendo nosotros recién graduados, venidos de Universidades extranjeras, aunque nacidos en la región, comenzamos a ser vistos con el escepticismo propio de esos medios y comenzamos una labor silenciosa, con las pretensiones que establecimos para que la Institución fueran de provecho comunitario. Esta labor no fue conocida ni reconocida por ninguno de ellos. Lo menos mientras existió la Institución.

Si llamamos a esos médicos locales A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, podemos decir lo siguiente: El Dr. G. comenzó admirando nuestra labor y colaboró en varias oportunidades, trató de ponerse al día en varias técnicas, pero su manera de ser personal no metodizada lo fue alejando. Ocasionalmente: hacía con nosotros alguna junta médica o investigaba un problema o atendía alguno de sus pacientes. El Dr. I, desde su llegada manifestó su deseo de trabajar con nosotros. Primero hizo labor común con el Dr. O. hasta que éste se retiró. Luego siguió siendo un buen colaborador de la Clínica y fue preocupado por el estudio a fondo de sus pacientes cuando el caso lo ameritó. El Dr. O. estuvo colaborando con nosotros y, rociado a todo tipo de sistematización, comprendió que nuestro sistema de trabajo era bueno. El Dr. P. colaboró con nosotros cuando llegó, pero el resto del tiempo sólo trabajó en su centro oficial y en su clínica privada. Los Dres. A y M nunca tuvieron ningún tipo de relación con nosotros ni con nuestra Institución, desde el punto de vista médico. El Dr. E fue colaborador ocasional, sin fijarse en las ventajas o desventajas de la medicina en equipo. El Dr. K fue colaborador ocasional y en los últimos períodos manifestó su deseo de hacer su medicina hospitalaria en el centro nuestro. Los Dres. B, C, D, F, H, desconocieron totalmente nuestra labor de medicina en equipo y la vieron como una manera más de ejercer la medicina en el medio. El Dr. D. manifestó a uno de nosotros la posibilidad que tenía de clausurar nuestro centro, problema que, ventilado a los niveles respectivos en forma extraoficial, se quedó tranquilo. El Dr. J. colaboró ocasionalmente cuando algún paciente suyo escogió nuestro centro para ser atendido. El Dr. N. fue, totalmente no a todo tipo de medicina, no ya nuestro, sino de comunidad, cuando se salía de su campo especializado. El Dr. P. estuvo siempre en el medio rural, sin contó con la medicina local, a pesar de haber sido invitado muy especialmente por nosotros.

(7) Los cursos de especialización que realizamos: finalidad más importante de nuestra asociación desde el punto de vista personal, fue la realización de un curso de post-grado que nos permitiera avanzar dentro de nuestra profesión. Podemos decir que se logró totalmente. El Dr. Daniel Novoa-Montero hizo curso de Cirugía Abdominal en 1965, el Dr. Darío Novoa-

Montero lo hizo de Cardiología en 1966-67 y el Rafael Rivadeneira-Gómez de Cirugía Ortopédica' Traumatología en 1968-69.

Por lo que a mis experiencias personales corresponde, puedo decir que a pesar de mi esfuerzo continuo por mantenerme al día, cuando salí a realizar curso de post-grado en la Universidad de Barco (España), tenía una sensación de profunda "o ción" profesional. Iba con enormes deseos de "p me al día", primero en la Clínica Médica general inmediato adquirir la Especialidad que me proponía. Debo confesar que me fue relativamente fácil dialogar dentro de los equipos médicos universitarios, que debí trasnochar mucho para "ponerme al Sin embargo, pude valorar cómo en ese equipo bien se producía una revolución interna. Se tra la suplantación de la Medicina tradicional esp que tiene como figura central al Catedrático, por nueva de Medicina en equipo. Pude por ello aprovechar las enseñanzas de; mis viejos maestros Prof. Dr. Máximo Soriano-Jiménez y Prof. Dr. Agustín Pedro-Pons y l-?s frutos de un nuevo equipo de Cardiólogos, con equipos materiales y humanos de cirugía extra-corpórea, con formación mixta mejicano-catalana, asesorados por médicos mejicanos, incluso el Dr. Espino Vela. De esta manera mi formación clínico-cardiológico fue compendio de las enseñanzas de la escuela clínica del Dr. Soriano, de las enseñanzas y prácticas del quipo cardiológico del Centro Quirúrgico "San Jorge" y de la.s enseñanzas de la Escuela Mejicana. Pude realizar trabajos de investigación entre los que destaca: "Cianosis por sulfohemoglobinemia enterógena postgastrectomía", publicado en Medicina Clínica de Barcelona y que me sirvió como trabajo de ingreso la Academia de Medicina del Zulia. Igualmente preparé un trabajo Bio!;ráfico solare uno de los catedreticos más estimados en la Medicina Catalana, el lar. Francisco Ferrer-Solérvicens: era la manifestación de mi agradecimiento a la Escuela Médica que me formó v una contribución a la Historia de la Medicina Española, en la que llenaba así una página en blanco.

Valorando serenamente esta etapa de mi vida puedo decir que vino a ser el complemento necesario para la, maduración de toda la experiencia adquirida en es r_Q mpclin semiurbano y para resistematizar mi mente de nuevo en las disciplinas universitarias, poniéndome en capacidad de poder reingresar a la vida Universitaria.

SEGUNDA PARTE

ALGUNOS PROBLEMAS QUE SE NOS PRESENTARON CUANDO EJERCIMOS LA MEDICINA EN ESE MEDIO SEMI-URBANO

LA CONSULTA EXTERNA Y LOS PACIENTES

A lo largo de todo nuestro período de observación pudimos comprobar que nuestra gente es reacia a todo tipo de sistematización de horarios para la consulta externa en lo que a medicina, tanto privada como hospitalaria, se refiere. Son sencillamente caprichosos y desean ser atendidos a la hora que a ellos les "dé la gana" y con frecuencia añaden - aunque no delante del médico - "porque para eso pago".

Fue en vano nuestra campaña dirigida a lograr que trajeran sus pacientes cuando aparecían los primeros síntomas de enfermedad. No es nada extraño "tener" que atender gonococias crónicas a las 3 de la madrugada, cuadros "gastroenteríticos" que vienen a ser consultados con el médico después de siete u ocho días de evolución y casi siempre a las 2 ó 3 de la mañana y cuyos familiares no aceptan que sea el niño internado o remitido a ningún centro de rehidratación e insisten en que- "se le formulen medicinas para ver si mejora"...

Para mejores controles en nuestra Clínica, y en beneficio del paciente, cada receta llevaba un número fácilmente cotejable con nuestro libro de consulta externa. Sólo un 10% de los pacientes lo trajeron a visitas sucesivas, de manera que la relación de consultas sucesivas se hizo poco menos que imposible.

Fue prácticamente imposible fijar una nueva visita y comprobar que el paciente la cumplía. Nuestra gente no tiene noción del tiempo (o no quiere tenerla). Si fijábamos una nueva visita para el día 3 de junio a las 10 a.m., p. ej., se aparecían el 4 de junio a las 7 de la tarde, precisamente a la hora en que el médico estaba bañándose o trataba de cenar o de escribir o de ver un programa de televisión.

No es nada raro que el mismo paciente figure una vez con un apellido y en otras oportunidades con otro, especialmente cuando se trataba de niños que eran traídos en una ocasión por un familiar y en otra ocasión por otro.

La lucha que nos propusimos contra las enfermedades hídricas poniendo instrucciones impresas en cada receta a pesar de que oralmente insistíamos, en que siguieran nuestras recomendaciones y lo subrayábamos en rojo, fue efectivo en menos del 5% de los casos. Es decir que, a pesar de estar escrito en cada receta, no lo leían: A pesar de explicárselo personalmente e insistirles en cómo evitar las enfermedades hídricas, no hacían el menor caso.

Un termómetro para valorar ciertos detalles de las mujeres que entraban a consulta lo constituyó el cuidado que tenían algunas de arreglar la cama a la

exploración clínica una vez terminada la consulta. Algunas demostraban gran delicadeza doblando la sabana con que se habían cubierto; otras, en cambio, dejaban la camilla en completo desorden.

Otro detalle importante es la conducta de la gente del medio al tratar con el personal de enfermería. Cuando tuvimos enfermeras era frecuente la libertad de confianza con que, las trataban. Con frecuencia las llamaban "negrita", o "negritita", cuando no le añadían algún término amoroso, que muchas veces hacía tensa la situación, sin dejar de reconocer la parte de culpa que al mismo personaje de enfermería le toca. Con frecuencia - tanto cuando tuvimos enfermeras, como cuando tuvimos monjas - la gente se dirigía a ellas en tono fuerte, muchas veces presas de la angustia que el familiar enfermo —i les proporcionaba, pero que no en todo momento toleraron nuestras ayudantes.

Por otra parte, eran totalmente reacios a esperar. Muchas veces no esperaban a que llegáramos desde nuestras casas, distantes menos de 100 metros de la Clínica, es decir, no esperaban ni cinco minutos.

En general el paciente y los familiares de pacientes enfermos, que ellos consideren de gravedad, no buscan a su médico sino "al primer médico que encuentren", así tengan al de su confianza dos o tres cuadras más allá y con frecuencia un paciente "grave" es visto por 3 y más médicos en un día.

LAS VISITAS A DOMICILIO

Es algo verdaderamente desagradable hacer una visita a domicilio en este medio. En los barrios pobres existe tal hacinamiento en cada casa humilde que - especialmente por la noche - resultaba una proeza deslizarse por entre las múltiples hamacas que se entrecruzaban en distintos estratos. Apenas si alguna vez existía una bombilla eléctrica y un ventilador que nos hacía sentirla, ilusión de eliminar un poco el calor sofocante. La exploración del enfermo en una hamaca era algo difícil y la congregación de todos los familiares y gran parte de los vecinos en la habitación. y a través de ventanas, puertas, cancelas, rendijas era algo desesperante. Irritante. Atender un parto en estas casitas es algo que ya marca el límite de la "resistencia" humana, desde el punto de vista de la Medicina actual. En una canta o catre, no muy higiénico, y sirviendo como testigos innumerables cucarachas que salían de cajas de cartón donde, había innumerables trapos, sin luz, o muy mal dispuesta, con moscas por doquier, con un calor sofocante y sudando profusamente. .. A veces, para facilitar la tarea, se ocupaba la mesa del comedor a manera de mesa de partos. La episiotomía y la sutura había que hacerlas en condiciones muy difíciles. A nuestra gente poco le gusta parir en un centro hospitalario y es preferible nuestro sacrificio al de; dejarlas en manos de las comadronas.

COMO CONCEPTUABAN ALGUNOS PACIENTES AL CENTRO DE SALUD DE LA LOCALIDAD

Es necesario destacar la aversión intensa que mucha gente del pueblo en el Sur del Lago tiene a los Centros de Salud locales. En conversaciones privadas con el Dr. Romer Arapé García, de los Servicios Cooperativos locales, le pedía que procurara hacer una encuesta a fondo del porqué de tal aversión. Mucha gente nos decía con frecuencia: "prefiero morir antes que ir a ese hospital". No es la finalidad de nuestro trabajo investigar ese porqué. Creo que es suficiente, y quizá abusivo, que lo hagamos constar para que quizá sea: tomado en cuenta por

las autoridades respectivas y tomen las medidas necesarias. En nuestras historias clínicas tenemos pacientes que, en inminente peligro de muerte, se alegaron rotundamente a recibir ningún tipo de atención del Centro de Salud.

LOS PACIENTES CONVIRTIERON LAS HABITACIONES DE LA CLINICA "SAN CARLOS" EN ALGO SIMILAR COMO SU PROPIO "HABITAT"

Es interesante destacar cómo los pacientes convertían la habitación que les servía para hospedaje en una semblanza de su propia habitación familiar. Nuestra gente del campo, especialmente ciertos grupos, acostumbran dormir en habitaciones herméticamente cerradas. Era frecuente que cuando pasábamos visita por la noche nos encontráramos con que habían desconectado el ventilador y tenían cerradas todas las ventanas y puertas de la habitación. Se respiraba una atmósfera cargada y cuando abríamos las ventanas de nuevo, podíamos asegurar que un rato después estarían cerradas de nuevo. No se escapaba tampoco el uso del "MARAZUL" y "agua de malagueta", con cuyas lociones bañaban a menudo a la gente enferma. Tienen a estos perfumes como panacea de sus males y especialmente las usan para "revivir a la gente cuando le dan ataques". .

COMENTARIO EN TORNO A LOS DEPOSITOS Y CANCELACIONES DE CUENTAS EN LA CLINICA:

Mientras mantuvimos la Clínica San Carlos atendimos a todo tipo de paciente sin anteponer ninguna idea de lucro previa. Partíamos de la base de, que en la mayor parte de los casos se cubrieran ciertos gastos mínimos. Y siempre alcanzó para todos y para todo. Podemos afirmar, en general, que fue la clase, media y pobre (sin ser miserable) la que mantuvo nuestra Institución y que, en general, eran más puntuales en lagar sus deudas las personas medianamente pudientes que no las enteramente pudientes, a los cuales debía "rogárseles" muchas veces para hacer efectivas sus deudas. con las consecuencias de la pérdida de clientela p*ara nosotros.

LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO DE LA CLINICA Y LAS TARIFAS COBRADAS POR HOSPITALIZACION

En nuestro medio se considera exagerado cobrar los servicios de hospitalización en cifras de, tres guarismos. Con el fin de mantener la hospitalización y diferenciar las posibilidades económicas, fijamos 3 tipos de tarifa: Camas a Bs. 40 (un cuarto con 2 camas), cuartos a Bs. 50 y 60 (con ventiladores y sanitarios compartidos) y cuartos a Bs. 80 (con aire acondicionado y sanitarios individuales). Dado el número de hospitalizaciones, relativamente pequeño, y a pesar de los ingresos que la Clínica tenía por otros conceptos (radiología, consulta externa, curas, derechos de, pabellón, medicinas, anestesia, material de cura, acompañante, oxigenoterapia, etc.) nunca se llegó a cubrir los gastos de mantenimiento, que oscilaban alrededor de los Bs. 19.000,00 mensuales y debíamos hacer fondo común de los honorarios médicos para completar los gastos ocasionados cada mes. De todos modos la labor realizada fue hermosa y logramos muestra superación científica, a la par que servimos a todo un pueblo sin tener que lamentar tampoco que nuestros ingresos fueran inferiores a

los que proporciona cualquier salario oficial, con la ventaja de la libertad personal que representa la libre empresa, a pesar de que muchas veces, esa libertad obliga más todavía.

EL HORARIO ESTABLECIDO PARA LA VISITA DE LOS PACIENTES Y EL INCUMPLIMIENTO DEL REGLAMENTO DE ACOMPAÑANTES EN LAS SALAS p DE HOSPITALIZACION

Los integrantes de la comunidad no respetaban el horario de visita a los pacientes ni el reglamento de acompañantes.

Desde, la fundación del Centro el Reglamento de hospitalización establecía la prohibición de la visita de niños menores de 12 años y regulaba el horario de 8, 19, en la mañana y de 3 a 9 en la tarde. Así mismo tratamos de establecer la presencia de un solo acompañante después de las 9 p.m., a menos que se tratara de un caso grave. En cuanto a esto último se cumplió estrictamente. En los últimos tiempos toleramos frecuentemente la presencia de hasta 2 acompañar".antes. Las órdenes de evitar la presencia de niños en las visitas y que éstas se realizaran en un, horario determinado no fue posible lograr que se respetara.

Era frecuente también que cuando ingresaba algún accidentado, concurrían a la Clínica, como por encanto, hasta 100 y más personas, haciendo prácticamente intransitable los pasillos y dando la impresión de un espectáculo de feria.

NUESTRAS EXPERIENCIAS SOBRE ATENCIONES MEDICAS PRESTADAS A LAS COMPAÑIAS Y EMPRESAS LOCALES

Las Empresas Lácteas locales hospitalizaron esporádicamente algunos de sus pacientes en nuestra Clínica.

Las Empresas Constructoras y las Contratistas de Carreteras en las obras hidráulicas del Sur del Lago también tuvieron buenas relaciones con nuestra Institución. Sólo surgían problemas frecuentemente "buscados" por los obreros, que pedían diagnosticáramos "lier ii as" cuando no existían o apenas si existía algún anillo natural ligeramente agrandado que pasó a desapercibido y otro colega lo interpretaba como tal. En alguno de esos casos ofrecimos a la Compañía que se sentía "perjudicada" atender completamente gratis a los obreros o cobrando mínimos gastos. En esos casos los obreros (a los que sólo interesaba las prestaciones que de ello podían derivar) casi nunca se presentaron a la intervención quirúrgica. Problema delicado era también el llenar a posteriori planillas de Seguros que las Compañías tenían para ciertos obreros suyos, porque de hacerlo comprometíamos nuestra buena solvencia moral, ya que el Seguro había sido hecho con posterioridad al reconocimiento nuestro.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA PRESTACION DE DE SERVICIOS AL IPAS-ME

4

Fuimos llamados para trabajar como médicos de libre elección para atender a los pacientes del IPAS-ME local. Tuvimos muchos problemas para aten der a los pacientes y para realizar los cobros al organismo correspondiente. Existían en la zona alrededor ne 1.000 maestros. El IPAS-ME no les reconoce más que el 50% de los gastos médicos (excepto las consultas corrientes que pagaba completas y a precios fijados por el IPAS-ME previamente). Luego, como queriendo dificultar los cobros, la Institución del M.E. pedía partidas de nacimiento para

niños de empleados, constancias de trabado, etc. Demoraba con frecuencia las cancelaciones de nuestros honorarios y servicios prestados durante, 12 y más meses y no reconocía `certainas atenciones por considerarlas "especializa.d: c". Como consecuencia surgió desagrado entre los maestros, (que no podían, con sus escasos sueldos, pagar sus enfermedades y a los que muchas veces exonerábamos voluntariamente); entre nosotros, (7'o, que nuestra Institución no podía esperar tanto tiempo Dara medio-cobrar y a veces cobrar un tercio de 1,9 cantidad justa; pues el IDAS-ME la recortaba como quería): z, el IPAS-ME mismo que se imaginaba que nuestra institución prestaba servicios que – según ellos -- sólo podían recibir los maestros en Maracaibo. Alegaban que debíamos enviar los partos o, la Unidad de Maracaibo, como si Maracaibo estuviera a la vuelta de la esquina (¡435 kilómetros por vía terrestre!), n,,e los heridos debían también ser remitidos allá,. etc. Como consecuencia, desde 1967 dejamos de prestar servicios al IPAS-ME y desde entonces los maestros, que pagan. el 6% de sus sueldos, ayudan a engrosar la burocracia de urna Institución que no les sirve mora nada y es "obligatoria".

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA ATENCION MÉDICA A LOS OBREROS DE LAS HACIENDAS LOCALES

Muchos hacendados lo entienden lo que significa el mantenimiento de la salud-humana-era-los-empleados y muchas veces ni en ellos mismos. Sin embargo, gastan grandes sumas de dinero en vaqueras, casas de cemento para terneros, medicinas veterinarias a granel, vacunación del ganado con cierta regularidad; 7 los niños comen barro, padecen no menos de, 3 grupos de vermes parásitos intestinales, amibiasis, todas las eruptivas, micosis cutáneas, piodermitis, etc. No se trata de un problema de solvencia o no solvencia, de riqueza o pobreza económica solamente, sino de ignorancia supina y falta de valoración por parte de nuestra gente, tanto humilde como pudiente.

UNA ANÉCDOTA INTERESANTE SOBRE LA APARIENCIA PERSONAL Y LA CAPACIDAD ECONOMICA DE MUCHA GENTE

En una ocasión hice un estudio clínico, radiológico, de laboratorio, etc., a un paciente. Una vez hecho el diagnóstico, cuando me preguntó el total de gastos, le hice un presupuesto acorde con la presencia paupérrima del señor, donde apenas si recibía la Clínica la quinta o la sexta parte de lo que debía percibir. Mi sorpresa fue grande cuando le vi sacar un fajo de billetes que estimé en no menos de 10.000 bolívares de uno de sus bolsillos.

TERCERA PARTE NUESTRA EXPERIENCIA EN RELACIÓN CON EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS AUXILIARES

INTRODUCCION AL TEMA

Resulta una proeza inimaginable para ciertos médicos, acostumbrados al ambiente hospitalario, con equipos de enfermeras entrenadas, entender cómo se puede rendir una labor efectiva con elementos totalmente neófitos en el campo de la enfermería.

Cuando se comenzó a trabajar en nuestra Clínica, en el año 1962, sólo contábamos con 2 muchachas sin ningún conocimiento de enfermería, que "rellenaban" la labor de atención de los pacientes con una buena voluntad mayor que la evangélica. Nos correspondía a nosotros como médicos atender hasta el más mínimo detalle en la preparación de equipos quirúrgicos, intervenciones menores y mayores, asepsia, antisepsia, etc.

Cuando teníamos 2 reses trabajando en la Clínica ya contamos con una, enfermera auxiliar que había sido entrenada debidamente por nosotros cuando trabajamos en equipo en el Centro de Salud de Mene Grande en 1961.

La enfermera E.M. conocía bastante bien el manejo de todo el equipo de cirugía, esterilización, preparación del material de cura y quirúrgico, atención de hospitalizados, venoclisis, etc. Nos tomamos apenas el trabajo de enseñarle el **funcionamiento** de la Clínica y los objetivos que perseguíamos y completamos el equipo auxiliar con 3 enfermeras más (alguna de ellas comenzó con nosotros el entrenamiento), por manera que cada una tuviera su jornada de 8 horas y el descanso fuera hecho por E.M.; que trabajaba a tiempo completo.

No tardamos en mantener la espada de Damocles de la inseguridad laboral: desde los primeros tiempos. Era una amenaza continua el retiro voluntario de las enfermeras auxiliares. alguna vez tuvimos que despedir alguna también. La falta de personal enfermero llegó a convertirse en un "dolor de cabeza" continuo para nosotros. Tratamos de encontrar, infructuosamente, una enfermera graduada para que llevara el control interno. Para completar el personal debíamos preparar a cada rato muchachas que "tenían inclinación por la enfermería" y que duraban poco en su trabajo. Analizando serenamente la labor que todos realizaron debemos admitir que las muchachas rindieron más de lo que se les podía pedir.

MICROBIOGRAFIAS LABORALES ANONIMAS DE LAS ENFERMERAS AUXILIARES QUE TRABAJARON CON NOSOTROS

Revisemos algunas de las fichas de enfermeras auxiliares que trabajaron en esos tiempos difíciles:

la.) X-1, 32 años, 6º grado de primaria.)Enfermera Auxiliar durante 10 años. Experiencia: Hospital Quirúrgico, Hospital Chiquinquirá, Hospital de Niños (Maracaibo). Recomendaciones (según la informante) Dr. Rincón Fuenmayor, Dr. Omar Sánchez Soto, Enfermera Julia de Vargas. Prácticas: Curso de 1 año en Hospital Chiquinquirá. Pasantías durante su labor diaria por pediatría, partos, instrumentista en pabellón, post-operatorios de cirugía, y medicina general. Rendimiento en la Clínica: Trabajó como jefe de enfermeras (después del

retiro de E.M.) durante casi 1 año. Rendimiento excelente. Conducta personal fuera del trabajo: deficiente, causa agravante para los corrillos sociales que en definitiva influyen sobre el Centro.

2a.) X-2, 33 años, 1° año Bachillerato (1946). Profesiones: Oficinista, Cajera de Dovilla en Caracas (1954-1955). Posteriormente se dedicó a la enfermería. Experiencia: Maternidad de Caracas (1950-1952), Clínica "Sta. Ana" (1955), Hospital Universitario de Caracas (1956-1958), Hospital "Chiquinquirá" (1960-1965). Prácticas: Pediatría, circular de cirugía, atención de salas de medicina general. - Rendimiento en la Clínica: Regular. Eficiente sólo cuando se le presionaba y vigilaba. Conducta personal fuera del trabajo: sin trascendencia negativa.

3a.) X-3, 29 años, 6° grado de primaria, Profesiones: Enfermera desde los 17 años. Hospital "Colón" (San Carlos del Zulia) de los 17 a los 20 años. Hospital "Chiquinquirá" (Maracaibo) de, 20-21 años; Hospital Coromoto de 21-22 años; Clínica "Paraíso", de 22 a 23 años; Sanatorio de Maracaibo desde (1960-1963). Sin trabajar desde 1963-1965 cuando nos solicitó empleo. Trabajó muy poco tiempo en la Clínica..

4a.) X-4, 28 años, 6U grado de primaria. Profesiones: Enfermera auxiliar en Hospital "Colón" desde. 1957. Enfermera auxiliar en la Medicatura de Santa Cruz del Zulia en 1959-1960. Enfermera en la Medicatura de "El Guayabo" durante mi permanencia en ese Centro (Agosto-diciembre 1961). - Se trata de un caso interesantísimo de lo que significa el esfuerzo personal para ascender en la vida, en cualquier parte del mundo. Su preparación era poco menos que mediocre cuando llegó a trabajar en mi Medicatura. La ilusión de mi trabajo primigenio me hizo convertir la Medicatura de "El Guayabo" de, un local abandonado y ruinoso en una Institución productiva de Salud para la comunidad. X-4 me fue pilar fundamental en la organización del Centro. Comencé por enseñarle a escribir las palabras correctamente. Luego aprendió como clasificar las cosas (medicinas, papeles, carpetas, vacunas, nombres, fichas...). luego la enseñé los elementos teóricos de la enfermería básica: antisepsia, asepsia, preparación de instrumental, etc. Con unos apuntes editados por un organismo oficial del Estado Zulia y un libro de enfermería en español fui logrando modelar los conceptos básicos y, en la rutina diaria de la medicina curativa, preventiva y educacional, la fui preparando de manera que ella les dictaba charlas a las embarazadas, preparaba murales para los avisos de la Medicatura, ayudaba eficientemente en las vacunaciones tanto en la Medicatura como en las escuelas, y centros poblados dispersos en el monte, atendía las hospitalizaciones que se hacían, ayudaba en los legados uterinos y preparaba toda el material de enfermería. La envié a un curso en uno de los centros piloto del Estado y logró la mejor calificación en el grupo. Trabajó en Maracaibo y en el Hospital Colón y en 1964-1965 la empleamos en nuestra Clínica, donde llegó a ser enfermera-jefe y fue el elemento de transición cuando se cambió el equipo de enfermeras por el de monjas.

5a.) X-5, 22 años, 6° grado de primaria: ninguna experiencia en enfermería. La tuvimos en la Clínica -Durante 3 meses hasta que llegó a conocer la técnica y la rutina. Obtuvimos de ella rendimientos satisfactorios.

6a.) X-6, 33 años, 3º grado de primaria. Trabajó enfermería en varias oportunidades. Aplicada al trabajo, pero de escasa capacidad mental por lo que debíamos vigilarla a menudo. Buen rendimiento durante 2 oportunidades en que trabajó en la Clínica.

7a.) Fichas de Enfermeras que solicitaron trabajo y no se les concedió.

A) X-7, 29 años, comenzó a los 14 años como camarera (oficios de limpieza de casas); trabajó durante 6 meses en la Clínica Colón, de la localidad. Estaba desempleada desde 3 meses antes de solicitar trabajo. No ha asistido a la escuela.

B) X-8, 34 años, 3º grado educación primaria, comenzó como enfermera auxiliar en Hospital Colón durante 6 meses (en 1950). En 1952-53 trabajó en la Clínica privada de un colega local durante 18 meses. Desde entonces no hace labor enfermera.

C) X-9, 26 años, 5º grado "aprendió" enfermería en el Hospital Colón durante 6 meses, en 1958. Sin experiencia.

D) X-10, 32 años, colombiana, 4º grado de educación primaria. Dice haberse dedicado a la enfermería auxiliar desde hace 16 años. Habla de prácticas en Hospital de San Vicente (Sur de Santander, Colombia) durante 1½ año; Hospital de Pie de Cuesta, durante 5 años; Clínica Bucaramanga, durante 2 años; Cruz Roja de San Cristóbal (Venezuela) durante 2½ años; Clínica José Gregorio Hernández (Sta. Bárbara de, Zulia) durante 5 meses; Clínica de "El Carmen (El Vigía, Estado Mérida) durante 16 meses. Habla de experiencia en Maternidad, Pediatría, Cirugía, Consulta Externa, Hospitalización. Jurso de enfermería de 1 año en Bucaramanga (1949).

E) X-11, 23 años, 6º grado de educación primaria. A los 22 años practicó durante 6 meses en el Hospital "Los Andes", Hospital de Niños de Mérida y Dispensario Central. Trabajó desde noviembre de 1964 hasta abril de 1965 en la Clínica "Mérida". Habla de experiencia en Consulta Externa, partos, niños, hospitalización.

F) X-12, se explica en una carta por sí misma de la siguiente manera: "Bucaramanga, Enero 8 de 1965. - Señor director: Por medio de la presente me dirijo a Ud. en solicitud de empleo, pues me han dicho que en esa Institución en la casi es Ud. Director necesitan personal de enfermería. - Yo estoy ejerciendo mi profesión de enfermera hace aproximadamente doce (12) años, pero especialmente he trabajado de Cirugía como Instrumentadora práctica. Actualmente trabajo en la Clínica "Santa Teresa" de esta Ciudad, pero como mi anhelo ha sido trabajar en ésta, haciendo averiguaciones, di con su dirección, y me he tomado la libertad de escribirle pidiéndole el favor me ayude. También le agradecería me informe sobre el asunto del papeleo. aunque creo que si de ésta me envían un contrato de Trabajo y presentándolo en la Embajada de Venezuela. (sic) en esta Ciudad, me, cieren la Visa de Residente. Sabré agradecerle el interés que se tome en ésta y para cualquier comunicación conmigo puede hacerlo a la Clínica o a la siguiente dirección: Calle 45 N4 21-59.

Si es necesario puedo hacerle llegar informes sobre mi persona tan pronto me los pida. - Sin otro particular me despido de Ud. muy At. enviándole mi saludo respetuoso".

PROBLEMAS QUE SE NOS PRESENTARON CON LAS ENFERMERAS AUXILIARES

Desde el 29.12.61, fecha en que comenzamos a registrar nuestras historias clínicas, hasta mayo de 1965, hicimos miles de combinaciones para configurar un cuadro enfermeril eficiente y ordenado. Tratamos de encontrar una enfermera graduada, sin lograrlo. Organizamos el servicio con nuestras propias enfermeras auxiliares, algunas de, cuyas fichas vimos antes. Es justí) afirmar que la labora fue eficiente, rendidora, social. Las preparamos con cursos dictados por nosotros mismos donde se les enseñaba y se les hacia tomar nota de elementos teóricos de aplicación práctica inmediata, de relaciones sociales, cortesía, etc. Aunque el aprovechamiento nunca fue excelente - excepción hecha de unas 3 enfermeras -- se logró formar un equipo laboral bastante efectivo.

Pero, surgían a menudo problemas desesperantes. Después de mucho bregar para preparar el personal que ya trabajaba en equipo, sin esperarse, cualquier enfermera pedía su retiro quedando sin reemplazo posible inmediato y quedando al azar su reemplazo mediato, ya que es imposible encontrar personal capacitado, como explicamos antes.

Por otra parte, aunque advertíamos que nuestro interés fundamental era el rendimiento laboral eficaz, sin inmiscuirnos en sus asuntos extralaborales, a menudo cualquier desliz - normal y humano en cualquier persona de sus edades - servía para que la comunidad las señalara y continuamente tuviéramos que oír cuestiones que no nos interesaban desde el punto de vista personal, pero que incidían directamente sobre la Institución.

Para comienzos del año 1965 la situación se puso tan tensa que, comenzamos a estudiar en serio la posibilidad de reemplazar el equipo de enfermeras por otro de religiosas. Y así fue como comenzamos a partir de julio de 1965.

CUARTA ETAPA

EL TRABAJO DE UNA COMUNIDAD RELIGIOSA COMO ENFERMERAS AUXILIARES

Los problemas, ya agobiantes y fastidiosos, que presentaba el equipo de enfermeras auxiliares nos hizo acariciar la idea de contratar a un conjunto de, para realizar la labor enfermera. De un tiempo a esta parte las hermanas enfermeras se han venido eliminando de casi todos nuestros hospitales. Pensamos que sería relativamente fácil encontrarlas. Primero tanteamos la posibilidad de contratarlas en España, pero todos los sondeos fueron infructuosos.

Un buen día, por iniciativa de un fraile local, perteneciente a la Congregación de Padres Carmelitas Españoles, apareció como posible entendernos con la Congregación de Hermanas Carmelitas de Venezuela.

Hicimos un viaje a Caracas, luego a Mérida y a La Fría y logramos definir, en principio, la aceptación por parte de ellas y tomamos nota de los elementos necesarios, y así firmamos un contrato laboral con la Congregación, previa autorización del Obispo de Maracaibo.

El día 8 de Agosto de 1965 se realizó la REINAUGURACION de la Clínica "San Carlos" con el nuevo servicio de Hermanas enfermeras. Se pasaron invitaciones con doble tapa, en la izquierda la correspondiente a 1--3. Clínica que decía: "La Chulea `San Carlos' se complace en invitar a Ud. (s) y a su distinguida familia para el ACTO DE INAUGURACION de sus nuevos Servicios Hospitalarios y Administrativos que ha encomendado a la Congregación de RR. HH. Terciarias Carmelitas Venezolanas. - Dr. Darío Novoa-Montero. Dr. Daniel Novoa-Montera. Dr. Rafael Rivadeneira-Gómez". En la otra tapa decía: "La M.R.M. Superiora General, Madre Rosa Salazar, la Superiora local, Sor Caridad de San Eliseo, y comunidad de RR. HH. Terciarias Carmelitas Venezolanas, se complacen en INVITAR a Ud. y a su distinguida familia a la toma de posesión de los 'Servicios Hospitalario y Administrativo de la Clínica 'San Carlos'. - Este acto será presidido por Mons. Dr. Domingo Roa Pérez, Obispo de la Diócesis—.

Se invitaron al Acto a los Médicos del Pueblo, Farmacéutas, Abogados, Sacerdotes (locales y vecinos), Hermanas Religiosas (locales y vecinas), Personal directivo de Liceos, Concentraciones y Escuelas, Autoridades Municipales, de Tránsito, Prefecturas, Judiciales, Fuerzas Armadas, Agadeco, * Malariología, Comunicaciones, Bancos, Clubes, Industrias Lácteas, Identificación, Consulados, Emisora local (que retransmitió el Acto) y vecinos. Se les participó a los Laboratorios de Especialidades Farmacéuticas y a algunas Clínicas extranjeras.

* (Asociación de Ganaderos del Distrito Colón).

El Acto resultó lucido. Las palabras de Monseñor Dr. Domingo Roa Pérez destacaron la importancia que la iniciativa privada tiene en el desarrollo comunal y cómo era deber de la Iglesia colaborar en ese desarrollo. Ese día se inauguró también la Casa de la Comunidad, antigua residencia de los Médicos, que fue acondicionada para tal fin. Mis palabras en esa oportunidad destacaron la idea central de nuestra Institución: mancomunarse esfuerzos para lograr un solo objetivo: ser útil al pueblo, a la comunidad, desde todos los ángulos y unir la acción benéfica de la Iglesia a una Institución privada que deseaba demostrar cómo trabajando con entusiasmo y dedicación podía solucionar médicamente todos los problemas que se les presentaran, sin necesidad de derivarlos a otros centros, y con una óptima calidad en su atención y acorde con la capacidad económica de cada uno, según nos habíamos trazado en nuestro reglamento interno de trabajo.

Comenzamos desde el 8 de Agosto de 1965 un camino difícil, muy difícil. Las hermanas que recibimos para ayudarnos no sabían absolutamente nada de enfermería. Contamos con la valiosa ayuda de la señorita B.G. - enfermera de quien hablamos antes - que, con paciencia franciscana, fue poniéndolas al corriente de todas las menudencias de la Clínica. Pronto se fueron viendo los rendimientos. Dos de las hermanas se mostraron más dúctiles que las otras y el Servicio comenzó a marchar. A eso se unieron largas horas de dedicación por parte nuestra para enseñarles los conocimientos teóricos básicos, que, dada la escasa preparación de las hermanas, fue de muy lenta asimilación. Por otra parte, tuvimos el inconveniente de que la Superiora General de Caracas cambiaba a las hermanas con frecuencia, con lo que rompía el equilibrio en nuestro funcionamiento interno y no podíamos reemplazarlas por otras que tuvieran la misma disposición ni la misma capacidad ni aptitud ni buena, voluntad, para la tarea a realizar.

Así, cojeando a ratos, fuimos educando en una forma lentísima y preparando un personal auxiliar que rindió una labor eficiente después de varias crisis, la última de las cuales se presentó en febrero-marzo de 1968.

Quiero dejar constancia de que mucho tienen que agradecer San Carlos y Sta. Bárbara, y todo el distrito Colón, a unas mujeres, consagradas a su religión, que, partiendo del punto "cero" y sin una preparación grande, pusieron todo su esfuerzo por realizar una tarea nunca corácida por ellas y, perdonando los defectos humanos, lo lograron.

Con la Congregación Religiosa la Clínica ganó nombre en concepto regional y apaciguó la "comadrería local", dejó de ser el plato favorito que, se ensañó numerosas veces con el personal de enfermeras auxiliares, que aunque no religioso, también era humano. Se acabaron los problemas laborales, ganó la limpieza del local, de las habitaciones, mejoró la asistencia hospitalaria y culinaria y adquirió el Centro seriedad y respeto.

La Clínica "San Carlos" fue una gran institución dentro de la colectividad, independiente de sus médicos, y demostró que la Medicina en Equipo rinde muy buenos dividendos cuando hay buena voluntad y deseo de servir.

QUINTA PARTE

OBSERVACIONES SOBRE ASPECTOS MÉDICOS EN RELACIÓN CON LA COMUNIDAD LOS PACIENTES Y SUS COMENTARIOS ACERCA DE LOS MÉDICOS

Uno de los detalles que olvida el médico frecuentemente es el de que así como él "diagnostica enfermedades" - y algunas veces enfermos - los pacientes, en su mayoría, "lo diagnostican a él" cada vez que van a su consulta. Durante el tiempo de trabajo en el Sur del Lago pudimos comprobar más de una vez este acierto cuando, con el rigor que nos impulsamos, examinábamos con detalle a los pacientes, los interrogábamos sin prisas y les hacíamos tratamientos bien razonados. Con frecuencia surgía en la conversación la queja del paciente de, que "el médico no lo oyó" y que "cuando él le cuenta sus males va el médico está escribiendo la receta", "sin saber qué tiene uno". En más de una ocasión me han confesado los pacientes: "Dr., al salir del consultorio, después de pagarle al médico X, rompí la receta... porque, esas medicinas no me podían servir (o servir a mi niño) si el médico no me había escuchado".

A. los pacientes les disgusta mucho la intranquilidad del médico por "acabar rápido, pues tiene otras cosas que hacer". Desean - y es natural - que se les atienda, se les escuche y se les consuele, sin prisas y en forma afable. De allí el gran éxito que tienen los brujos y curanderos con esta gente. Muchos van Ellos cuando "ya los médicos los han desahuciado" o cuando se han cansado de visitar médicos sin lograr mejoría, curación o consuelo a sus males. Y **como brujos son**, en el fondo, artistas, y el médico al no compartirse-con-sus-enfermos deja de ser artista y pierde su categoría científica, nuestra gente se retira y descontenta, cuando no resentida.

Así mismo sienten una gran satisfacción cuando van a otro medio (Los Andes, por ejemplo) y dicen que "aquel médico sí me oyó..." , "cómo me examinó, cómo me revisó..."

En cuanto a las consecuencias de esta observación de?_?o nacer notar que la llegada de cualquier médico especialmente extranjero, representa in que en tiempos normales. Al comenzar a ejercer ,in nuevo colega (y a veces se filtran muchos que no 'n —nn) acuden a él?. los 5.6 primeros meses como las !i-toscar a la, miel... También acuden con mucha fe los médicos que dicen ser espiritistas...

LOS PACIENTES Y SUS EXIGENCIAS SOBRE EXPLORACIONES MEDICAS COMPLEMENTARIAS

Ejercer científicamente la medicina en estos medios es una proeza digna de admiración. A pesar de que gracias a nuestro equipo médico logramos mantener esa tónica a través del tiempo, nos resultaba muy difícil practicar las exploraciones complementarias por tratarse de que trabajábamos en un centro clínico privado que funcionaba en un medio subdesarrollado,?o.

Generalmente la gente es reacia a los exámenes complementarios. Quieren "que les pongan medicinas" _~ les parece muchas veces que hasta el interrogatorio -bien llevado es innecesario. Piensan a menudo cuando se les piden exámenes complementarios que lo hacemos "para sacarles plata". Igual cuando se trata de exámenes radiológicos.

Sin embargo, no era infrecuente que nos topáramos con el polo opuesto: cuando el paciente prácticamente nos obligaba a que le mandáramos a hacer una, ser m- de, "análisis de sangre y de orina y de colesterol porque le habían dicho..." o nos decía.: "Dr., vengo para que me haga una radiografía de pulmones", o "de las rodillas", o "de la cabeza", "de la vñ.=ícula", etc. Cuando el paciente era medianamente comprensivo lo persuadíamos, después de hacerle su historia clínica, de que no era necesario tal o cual examen o radiografía o de que en realidad lo que necesitaba eran otros o menos de los que exigía., pero, lo confieso, en la mayoría de, las oportunidades, para no tener un paciente disgustado le, pedíamos los análisis que "exigía" y le ordenábamos la exploración de Rayos X que él "creía necesaria", siempre que no implicara riesgos para el paciente.

El caso extremo en cuanto a lo exagerado en la "petición" de exámenes complementarios lo tenemos en Señor Ch. V. que eximió a un médico e., otro centro que le hiciera todos los análisis conocidos "para saber cómo estaba". Esto lo vemos en el cuadro que reproducimos a continuación. Estos pacientes se imaginan que el laboratorio debe, darles la, clave de su buen o mal estado de salud. No sé hasta qué punto el colega que ordenó esos análisis, "forzado" por el paciente, pudo hacer labor educativa con él. Desde luego, que en el fondo, es una situación muy difícil para, el médico en su consulta privada.

**ANALISIS MEDICOS COMPLEMENTARIOS QUE "EXIGIO"
UN PACIENTE. (*)**

SANGRE:	OTROS EXAMENES:
Glóbulos Rojos:	Urea: 0.31 grs.%
5.000.000 por mm ³	Creatinina 1.10 mgs%
Hemoglobina:	Glucosa 1.20 grs.%
14.8 grs. % 102.0%	Colesterol total 2.89 grs.%
Microhematócrito: 46%	Hanger en 24 horas
Valor globular:	POSITIVA (+ +)
Glóbulos Blancos: 12.500	Acetato de Cu en 24 hrs.
por mm ³	Negativa
Fórmula Blanca:	Takata-Ara en 24 hrs.
Neutrófilos: 62%	Positiva (+ +)
Linfocitos 18%	Transaminasa oxalacética:
Monocitos 1%	42 unidades
Eosinófilos 15%	Transaminasa pirúvica:
Basófilos 0%	52 unidades
Meta-mielictos 2%	Bilirrubina total 1.10 mgs.%
Stab (Cayados) 2%	Bilirrubina directa 0.00 mgs.%
Grupo Sanguíneo:	Bilirrubina indirecta:
"B" Factor Rh "Positivo"	1.10 mgs.%
Plaquetas: 390.000 por mm ³	Proteínas totales: 7.62 grs.%
T. de Sangría (DUKE)	Albúmina: 4.37 grs.%
0,30 min. seg.	Globulinas: 3.25 grs.%
T. de Coagulación (Lee and White) 4.30 min. seg.	Relación A/G.: 1.30
T. de Protrombina (Quick)	Fosfatasa alcalina:
12.0 segundos	1.2 U. Bodansky
T. de Testigo 13.0 segundos	Calcio: 9.5 mgs.%
Activid.-Protrombínica: 113.0%	Fósforo inorgánico: 2 mgs.%
Eritrosedimentación:	Fosfatasa ácida:
Westgreen:	0.0 U. Bodansky
1ra. hora 45.0 mm.	Cloro: 135 mEq/1
2da. hora 58.0 mm.	Sodio: 110mEq/1
I. de Katz 37.0mm.	Potasio: 5.0 mEq/1
	Timol: 2.0 Un. M.

(*) Respetamos la ortografía de la hoja que copiamos.

Proteína C. Reactiva: Negativa

R. A. Test reumatis-arti-agu.

Negativa

Acido úrico: 5.5 mgs.%

V.D.R.L.: Reactivo

(0 Unidades): Débil

Widal Rápido:

Elbert "O": Positivo 1/80.

Eberth "H": Negativo

Para "A": Negativo

Para "B" Negativo

Proteux 0X19: Negativo

Brucellas: Positivo 1/40

Antiestreptolisina: 100 u. Todd

OTROS EXAMENES:

Urobilinógeno: Normal

Indicán: Normal.

Diacético: Normal.

Betaoxibutírico: Normal.

HECES: CONCENTRADO

Físico:

Olor: Pútrido.

Color: Normal.

Aspecto: Heterogéneo.

Consistencia: Blanda.

Sangre: No contiene.

Moco: Contiene escaso.

Químico:

Sangre oculta: Positiva.

Reacción: Normal pH 7.5.

Microscopio:

Huevos de tricocéfalo: 2 a 3 x c.

Restos de alimentos abundan-
no digeridos.

Leucocitos de 4 a 10 x c.

Eritrocitos de 2 a 3 x c.

ORINA: COMPLETO

Físico:

Cantidad: 34ml.

Color: normal

Olor: Normal

Aspecto: límpido

Densidad: 1.010

Sedimento: No contiene

Químico:

Albúmina: Negativa

Glucosa: Normal

Acetona: Normal

pH 5.5 aproxi.

Hemoglob.: Huellas

Fig. Bilia: Positivo (+)

Sales: Normal

Urobilina: Normal

MICROSCOPIO:

Cilindros: Hialinos: 4 en 150
campos.

Cilindros Hialinos-granulados:
3 en 150 campos.

Piocitos: 4 en 150 campos.

Leucocitos: de 4 a 10, de 3 a
15, de 0 a 10, de 2 a 4,
5 a 20 por campos.

Eritrocitos:

de 1 a 3 por campos.

OBSERVACIONES SOBRE LA BRUJERIA, EL CURANDERISMO Y EL ESPIRITISMO EN EL SUR DEL LAGO

Es poca da experiencia directa que pude recoger al respecto durante, mi permanencia en el Sur del Lago. Sin embargo, puedo hacer la composición de lugar con los datos que día a día iba recogiendo de nuestros pacientes, de las conversaciones en diferentes círculos sociales, y con personas "enteradas", y por medio de algunas visitas a domicilio donde había huellas de curanderismo o donde encontré gente en plena tarea curanderil (y esto sólo sucedió una vez).

Con esa valoración no sistematizable puedo afirmar que:

1) Existen numerosos centros de espiritismo en el medio, unos son de tipo curanderil y otros de tipo "científico-filosófico". Los de tipo curanderil adoptan variadas formas de acuerdo con el "medium" correspondiente y de acuerdo con la esfera humana a que pertenezcan (desarrollo social, nivel cultural, etc.) y son una mezcla de prácticas "pseudo-mediumnámicas", con brujería negroide y popular. Existen curanderos que recurren, como para ayudarse, a ese tipo de espiritismo y existe una escuela con pretensiones "filosóficas", que no se dedica a ningún tipo de curanderismo y que tiene en su seno profesionales de diversas ramas (incluso médicos).

2) Existen numerosos "curiosos" que tienen, según dice la gente, "facultades" para curar. Se trata de individuos normales dentro de la sociedad, que por habilidad natural recetan "productos patentados" muchas veces sin gran afán de lucro, y que tienen "su clientela" de gente que confía ciegamente en ellos.

3) Los "sobadores" son personas que se ocupan de "sobar" "articulaciones descompuestas" y curar la "carne huida". Se valen de linimentos, mentol, etc.

4) Existen verdaderos brujos en el sentido de que ejercen abiertamente la medicina empírica y se hacen famosos en el medio y que mucha gente acostumbra a llamar según el sitio donde trabajen; p. ej.: "La Bruja del 35". En la localidad es famosa, por ser combinación de brujería empírica y espiritismo, una mujer llamada "La Bachaca", que alguna vez visitó, como paciente, nuestros consultorios médicos.

5) "Los Curanderos": Con esta palabra distinguen a unas personas que se encargan de curar las picadas de culebra por medio de rezos y algunas fórmulas de su exclusiva propiedad. Hay algunos de ellos que se han creado leyenda en toda la zona y son respetados o reverenciados.

Sólo en una oportunidad pude presenciar la mise en scene de un acto curanderil. Me llamaron una noche a ver a una, joven de, 15 años en uno de los barrios locales. La encontré en plena crisis pitiática y yo mismo le inyecté un cóctel soporífero y dejé indicados fármacos para que le siguieran una cura de sueño para dominar el cuadro. Ya en la habitación existía cierto olor a sahumeros. Sin embargo, no pensé nada extraño en esos momentos. A la noche siguiente, mientras paseaba en mi automóvil, se me ocurrió detenerme en la casa de la paciente para preguntar por ella y ver su evolución. En ese instante estaban unas 5 mujeres, de negro en su

mayoría, quemando algunas hierbas, de, las que encontré residuos dispersos por la cama. La enferma tenía un Cristo sobre el pecho y presentaba convulsiones histéricas (no le habían hecho mi medicación). Las mujeres recitaban una serie de rezos y conjuros. Traté de portarme natural, le tomo el pulso a la paciente y me retiré después de despedirme. La adolescente fue llevada luego a Maracaibo a un centro espiritista o de brujería... Parece que en el Centro local no le pudieron "sacar el espíritu maligno..."

NUESTRA GENTE Y EL CONCEPTO DE LA MUERTE

En nuestro medio el concepto de la muerte es negativo desde todo punto de vista. Así como los pueblos andinos y otros pueblos en Venezuela distinguen entre la muerte de "un angelito" - lo que constituye una alegría y da pie a la fiesta del "Velorio de An-e lito" -- y, la muerte de un adulto - que es motivo de duelo -- nuestra gente sólo interpreta a la muerte como motivo de duelo. Ya se están haciendo menos frecuentes los largos lutos que duraban diez o más años. En realidad era admirable ver llevar a una viuda un traje negro (con sombrero y velo delante de los ojos) durante largos años,

Cuando sucede, un accidente con frecuencia "a., delantan" la muerte de, mucha gente. Crean una gran tensión en el ambiente y las malas noticias (verdaderas o falsas) las propalan a igual velocidad que la de la luz.

Con frecuencia lo que le niegan (o están imposibilitados de ofrecer) al deudo en su lecho de enfermo se lo dan (o se empeñan para dárselo) cuando está muerto. Gastan verdaderas fortunas en los entierros. entiéndase por fortuna lo que pueden ser miles de bolívares (muchos o pocos) para familias pobres.

Aun siendo católicos sólo piden la ayuda espiritual en casos muy extremos. Recuerdo ahora de un paciente de unos 45 años, relativamente rico, que presentaba un infarto anterolateral extenso, a quien debí hacer pronóstico de gravedad. Lo acompañaba en su lecho de enfermo una concubina, joven de unos 18 años. En una de las visitas que le hice, sin insistir mucho. le pregunté si quería recibir su ayuda espiritual. Me dijo: "No, doctor, yo no me muero de ésta". Se recuperó, después de un mes de descanso. visitó centros de Cardiología de fama mundial y murió después de 2 años por absceso hepático difuso de etiología amibiana.

SEXTA PARTE
LABOR DE BIONALISTA SR. CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ EN SAN CARLOS DEL
ZULIA

Cuando comenzamos nuestra labor en la Clínica "San Carlos" ya estaba trabajando en ella el Sr. Carlos Alberto González. Cuando ordenamos nuestros estatutos, internos lo llamamos para trabajar en armonía. Se Yepsó en un arrendamiento del local de trabajo; pero - dadas las circunstancias del ejercicio privado -- de común acuerdo, él pensó que a cambio de los servicios que la Clínica le prestaba, incluyendo los propios pacientes que necesitaran esos servicios, daría un porcentaje, de modo que cuando no trabajara (estaba enfermo ya y se sobrepuso cierto tiempo hasta que una complicación de su enfermedad lo llevó a la tumba) no tuviera ninguna obligación para con la Clínica, El caso del Sr. Carlos Alberto González es una demostración interesante de lo que puede hacerse en nuestros medios cuando la voluntad y el esfuerzo personal se aunan. Carlos Alberto González fue un egresado de la Promoción de Laboratotristas Clínicos "Carlos Salas" de la Universidad de Los Andes, cuando sólo pedían el 6° grado para formarlos como técnicos. Desde esos años hasta 1958, estuvo trabajando oficialmente en el Hospital Colón, y en su laboratorio particular al salir del trabajo oficial.

Así se ganó la confianza de los médicos y de la colectividad en general, que lo apreciaba "como a una institución". En 1958 presentó ictus apoplético con hemiparesia derecha y afasia, la que ya recuperada dejó cierta lesión en el centro del motor del habla. A base, de fisioterapia se recuperó de tal manera que apenas si se reconocía la hemiparesia derecha y quedó cierto dejo de tartamudez. Cuando comenzó a trabajar con nosotros llevaba unos meses de actividad después de una larga convalecencia. Trataba de recuperarse económicamente y estaba vacante de toda labor oficial donde lo tildaron de "inútil" y lo liquidaron. Cuando lo conocí le manifesté el deseo que tenía de desarrollar una labor verdaderamente útil a la, colectividad zuliana donde - descartado el beneficio económico que por lógica debía producirla - se mantuviera un nivel científico aceptable. El hombre entendió mi mensaje. Su labor en todos los aros anteriores a nuestra llegada se había reducido a una rutina desesperante para cualquier espíritu inquieto: recuento rojo, recuento blanco, V.S.G., tiempo de sangría, coagulación, algún grupo sanguíneo, factor Rh, V.D.R.L.; orina; algún exudado. i asrinal o espermatograma, alguna prueba hepática antimia, heces; alguna glicemia; ocasionalmente una investigación de BK ó de hemoparásitos... el mismo González me manifestó su "fastidio". Aproveché la coyuntura que me daba su "descontento" para insinuarle cómo podíamos progresar juntos. Fue así como un hombre, con casi 20 años retirado de lag tporías. comenzó a leer conmigo las técnicas nuevas y se fue animando a realizar una labor inve5tigativa, nividardo, en harte, el interés económico. Así pronto ernrnezamos a realizar pruebas antes conocidas por él, pero - ^ue nu,,ca efectuaba, como antígenos febriles (Brucella, Proteus OX19, Tífico, Paratífico), urea. creatinina, calcemia, fosforemias, colesterol y ésteres, bilirrubinemias. Y así mismo lo a.dontramos en técnicas Osconocidas por él: reacciones modernas del embarazo (Gra•index), fosfatasas ácida., v alcalinas. amilasas, transaminaras (GOA y FP). bromosulfaleína. Pero su

gran sorpresa y su gran satisfacción lo constituyó la introducción en su laboratorio de la Microbiología. Me encargué de animarlo. Se estudió las nociones fundamentales, compró una estufa y unos medios de cultivo que fue-, preparando con celo especial y fuimos probando sus resultados y p)r vez primera en nuestro medio se hicieron urocultivos, hemocultivos y antibiogramas. Valor incalculable tuve ese equipo de Microbiología en la elaboración de mi tesis doctoral: "Estudio Preliminar de la Brucelosis humana en el Dto. Colón - Estado Zulia", que resultó ganadora del Premio Luis Razetti 1966 de la F.M.V. Allí el Sr. González me ayudó haciendo todas las titulaciones en 608 personas. Y aprendió la técnica de los hemocultivos desarrollados en medio de CO2 y los preparó en la estufa. Carlos Alberto murió cuando las bacterias brucelósicas comenzaron a crecer en los tubos de ensayo, que también se murieron antes de que el Dr. Guillermo Sánchez pudiera demostrar su presencia.

Otra gran ayuda prestada, por Carlos Alberto er nuestro equipo fue la del servicio de Transfusiones Sanguíneas.

De nuevo tengo que repetir que creo sinceramente que nuestro país sería otra cosa si la gente respóndiera a las necesidades que presentan superándose co+r esfuerzo propio. El caso de Carlos Alberto en este aspecto es aleccionador. Necesitábamos hacer con cierta frecuencia transfusiones sanguíneas. No había Banco de Sangre en la localidad. Concebimos la idea siguiente: Se compraron equipos plásticos estériles al vatio y cada vez que se necesitaba una transfusión. rápidamente se, clasificaba al enfermo y se le hacía la siguiente ficha:

CLÍNICA "SAN CARLOS"	
San Carlos de Zulia	
Departamento de Tranfusiones	Nº.....
Sexo.....	Edad.....Peso.....
Dirección.....	
.....	
Tensión Máxima y Mínima.....	
Eritrocitos.....	Hematoc.....Hb.....
Serología.....	
Grupo Sanguíneo.....	Subgrupo.....Factor Rh.....
Nombre del Receptor.....	
Observaciones.....	
Fecha.....	

Se traía a muchos familiares y amigos (nada raro en nuestras familias numerosas) y se clasificaban hasta encontrar los sujetos que fueran aptos desde to do punto de vista. Se hacían las pruebas cruzadas y V.D.R.L. y se, tomaba la cantidad de sangre necesaria que se invectaba de ?nmediato o se guardaba bajo refrigeración. Constituimos así un pequeño banco de sangre para suministro inmediato o mediato. Como se conocían los sujetos con sangre de

difícil adquisición (O - RH -, etc.) se citaban en los casos de urgencia. Las F.A.C. prestaron auxilio desinteresado en varias oportunidades. Solucionamos con resultados 100% positivos un problema que para otros hubiera significado una barrera supeditada a la existencia del Banco de Sangre, local (que apenas hace poco fue instalado). El mismo hospital loco.] recurrió en varias ocasiones a nuestro "pequeño banco de sangre". Nunca tuvimos ningún :-accidente transfusional en más de 100 oportunidades, lo que revela caudados y organización de nuestra parte,.

Especial mención_ merece, por la trascendencia no tuvo en escala nacional, la colaboración prestada por el Sr. Carlos Alberto González en la realización de mi tesis doctoral sobre la Brucelosis Humana en Dto. Colón. Con paciencia frandiscana me ayudó a recoger las muestras en los más apartados rincones del Distrito (El Guayabo, Santa Cruz, Encontrados, El Moral to. Sta. Rasa, El Chivo, Concha, Caño Muerto...) y luego fue buscando, en la caja de HUDDLESON, uno a uno los resultados. Si multiplicamos 608 x 6 obtenemos 2.448 pruebas cualitativas y podemos calcular unas 5.000 cuantitativas.

El Sr. Carlos Albi:Yto González murió el 19.3.195 . Desde entonces el laboratorio, en manos de un bioanalista universitario, perdió su ritmo de trabajo y cayó dentro de la rutina ancestral, con e;sporádic~s exámenes e.zp?ciales y con deficiente rendimiento en Microbiología y en Química sanguínea.

Sean oportunas estas líneas para recordar los méritos de c .-,te bioanalista, pionero en su género en el Distrito colón, del Estado Zulia.

EPILOGO

UN SUEÑO: LA CONSTRUCCIÓN DE UNA MODERNA CLÍNICA EN SAN CARLOS DE ZULIA

Desde que llegamos al Sur del Lago de Maracaibo fue hz_ión compartida por nosotros destinar nuestros ahorros a la construcción de una Policlínica funcional y con capacidad para atenciones a una población creciente y en` desarrollo y así lo hicimos presente en nuestro Reglamento Interno. A tal fin compramos un terreno de 50 m x 27.5 m. situado en la confluencia de las carreteras que vienen de Encontrados y de El Vigía, y de la que va al Aeropuerto, es decir, en una zona residencial y a la vez "estratégica", pues llegaban a ella todas las vías de comunicación.

laespués de un meditado estudio llegamos a concebirla y pedimos a un arquitecto que elaborara un anteproyecto en el que; están estudiados con lujo de detalles, todos los problemas funcionales, incluso ?a atención con mínimo personal nocturno de guardia y máxima eficiencia.

Pero, cuando analizamos detenidamente los cc_:tos (le inversión, mantenimiento y ritmo de hospitalizaciones necesarios para llenar el mínimo del presu puesto mensual no pudimos más que darle largas al asunto y esperar que los frutos maduraran y así todo se quirj^ en ilusiones. Sencillamente una Policlínica, cc,mo la que estudiamos, no puede ser mantenida todavía nor la comunidad, a menos que la comunidad misma la administrara y la mantuviera, ya por medio de una organización benéfica o por medio de mantenimiento en conjunto, tipo Fundación, ideas que aún no h.an nacido en el medio.

Creemos que un centro como el que proyectamos sería factible en el medio dentro de unos 6 a 10 años. Actualmente,, ninguno de los médicos locales quiere "coinplicarse,la vida` con una abra de tal envergadura. Hicimos fondeos entre los colegas y ninguno manifestó el más leve interés en el asunto.

Hará falta pues una nueva generación y una mayor demanda médica privada por parte del pueblo para realizar esa idea.

Quizá una extensión del Seguro Social a todas las clases trabajadoras permita que funcione un centro no-oficial similar pero más grande al proyectado por nosotros.

ÍNDICE

Dedicatoria

Pórtico

PRIMERA PARTE:

EL RÉGIMEN COMUNITARIO EN UN EQUIPO MEDICO PRIVADO

- (1) Las atenciones médicas a nivel de nuestro equipo y el drenaje de enfermos a otros centros
- (2) El estudio de los casos clínicos y el mejoramiento de los diagnósticos
- (3) Los estudios de especialización realizados por nosotros gracias al sistema de distribución del trabajo
- (4) La estabilidad económica de los médicos socios
- (5) La hermandad de los médicos-socios
- (6) Cómo miraron los médicos locales a nuestra Institución
- (7) Los cursos de especialización que realizamos

SEGUNDA PARTE:

ALGUNOS PROBLEMAS QUE SE NOS PRESENTARON CUANDO EJERCIMOS LA MEDICINA EN ESE MEDIO SEMI-URBANO

La consulta externa y los pacientes

Cómo conceptuaban algunos pacientes al Centro de Pág. caid de la localidad

Los pacienteó convirtieron las habitaciones de la Clí nica San Catlos en algo similar a su "habitat"

Comentario en torno a los depósitos y cancelaciones de cuentas a la Clínica

Los gastos de mantenimiento de la Clínica y las tarifas cobradas por hospitalización

El horario establecido para la visita de los pacientes y el incumplimiento del reglamento de acompañantes en las salas de hospitalización

Nuestras experiencias sobre atenciones médicas a las Compañías y Empresas locales

Nuestra experiencia con el IPAS-ME

Nuestras experiencias en la atención médica a los obreros de las haciendas locales

Una anécdota interesante

TERCERA PARTE:

NUESTRA EXPERIENCIA EN RELACION CON EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS AUXILIARES

Introducción al tema Microbiografías laborales anónimas de las enfermeras auxiliares que trabajaron con nosotros

Problemas que se nos presentaron con las enfermeras auxiliares

CUARTA PARTE:

EL TRABAJO DE UNA COMUNIDAD RELIGIOSA COMO ENFERMERAS AUXILIARES

QUINTA PARTE:

OBSERVACIONES SOBRE ASPECTOS MEDICOS EN RELACION CON LA COMUNIDAD

Los apacientes y sus comentarios acerca de los médicos

Los pacientes y sus exigencias sobre exploraciones médicas complementarias

Análisis médicos complementarios que "exigió" un paciente

Observaciones sobre la brujería, el curanderismo y el espiritismo en el Sur del Lago

Nuestra gente y su concepto de la muerte

SEXTA PARTE:

LABOR DEL BIOANALISTA SR, CARLOS ALBERTO GONZALEZ EN SAN CARLOS DEL
ZULIA

EPILOGO

"Partidura del Niño" - Ensayo. Talleres Gráficos Universitarios. Dirección de Cultura. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 1957. (Agotado).

"Concha, belleza prístina zuliana" - Ensayo. Talleres Gráficos Universitarios. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 1965.

"Estudio preliminar de la Brucelosis Humana en el Dtto. Colón (Edo. Zulia)" - Tesis doctoral. 1966. Premio "Luis Razetti" de la F.M.V. 1966-67 Mimeografiado Segunda edición mimeografiada. Talleres Gráficos Universitarios. Mérida. 1970. "Estudio Médico~Social de una Comunidad: el Dtto. Colón (Años 1962-1968)" - Mimeografiado. Mención al Premio "Rafael Rangel" de la F.M.V. Año 1969. I Premio Internacional de la Revista "Médico Moderno" de Sao Paulo. Brasil. 1970. (Agotado).

"Francisco Ferrer-Solervicens - Apunte para una biografía" - Medicina de Historia. Fascículo XXXVII. Barcelona. España. Oct. 1967.

"Los 17 poemas" - (Presa poética). Editorial Fernández Editores. México. 1970. (Mención al Premio "Francisco Elvira" de la F.M.V. 1971).

"Congo Mirador, pueblo palafítico del Lago de Maracaibo" - Ensayo. Editorial Euroamérica. Mérida. 1971.

"Balance científico de la Revista del Colegio de médicos del Estado Mérida (Años 1948-1949)" - Editorial "El Vigilante". Mérida. Venezuela. 1971.

"El Profesor Luis Noguera Molins y la Universidad Venezolana" - (Apunte biográfico). Editorial "El Vigilante". Mérida. Venezuela. 1971.

"Historia de la Sociedad Médico-Quirúrgica -del Distrito Colón del Estado Zulia" - Semblanza autobiográfica de algunos de sus médicos. Editorial "El Vigilante". Mérida. Venezuela. 1971.

"Victorias de un médico rural" - Imprenta Oficial del Edo. Mérida. Venezuela. 1972.