

El impacto del paludismo en Venezuela y la organización de la Dirección Especial de Malariología en 1936

Germán Yépez Colmenares

Instituto de Estudios Hispanoamericanos
Facultad de Humanidades y Educación
Universidad Central de Venezuela
Caracas - Venezuela

Palabras claves:

Paludismo - Impacto - Malariología - Mortalidad -
Descenso - D.D.T.

Resumen

Se hace una aproximación referida al impacto demográfico y económico que la enfermedad del paludismo o malaria generaba en Venezuela durante las primeras décadas del siglo XX. Se analizan algunas de las iniciativas que el Gobierno venezolano adelantaba a nivel nacional y regional para tratar de enfrentar esta enfermedad endémica y en muchos períodos epidémica, como antecedentes a la estructuración de una definitiva y permanente política nacional antimalárica. Asimismo, se ubica el contexto político en el cual se plantea la necesidad de crear una legislación y en particular un organismo público sanitario, por medio del cual se organice la lucha contra la enfermedad y sus secuelas. Es en este marco donde se crea la Dirección Especial de Malariología en 1936, la cual comenzará a cosechar importantes triunfos frente al paludismo, aún antes de incorporar el insecticida Dicloro-Difenil-Tricloroetano conocido ampliamente como D.D.T. Entre 1936 y 1948 los indicadores referidos a la mortalidad por malaria, comienzan a descender en forma evidente, acentuándose este proceso con la incorporación del nuevo insecticida ya señalado, el cual tiene un amplio efecto residual.

La presencia del paludismo a comienzos del siglo XX

Los territorios contenidos en una nación tienen valor y sirven de atracción al inmigrante y al habitante original de esa región, en la medida en que la mano del hombre pueda hacerla productiva y provechosa. El caso de Venezuela resultaba dramático, ya que contando con una extensión territorial de aproximadamente 915.741 Km², se encontraban afectados por la malaria o paludismo más de 600.000 Km², es decir que los habitantes de Venezuela estaban obligados a ubicarse en forma restrictiva en una tercera parte del territorio nacional. Como acertadamente señalaba el líder de la lucha antimalárica en el país, el Dr. Arnoldo Gabaldón:

...»Nadie se aventuraba irse de Caracas a Ortiz en Guárico, a Ospino en Portuguesa, o a Monay en Trujillo, para citar sólo tres lugares tristemente célebres, pues sabían que lo que allí podrían invertir sería tarde o temprano perdido»... (Gabaldón, A., 1965)

Esta afirmación nos coloca frente al testimonio agudo de uno de los principales protagonistas en la lucha contra esta enfermedad. La malaria se extendía por los valles de la cordillera, los llanos, la Guayana y la costa, donde todas las entidades político-administrativas del país, se encontraban golpeadas en diversas medidas por esta enfermedad metaxénica, transmitida por zancudos o mosquitos del género *Anopheles*.

La estructura demográfica del país se veía afectada por el impacto del paludismo. En la mayoría de los estados y regiones se presentaba para estos años de comienzos del siglo XX, cifras decrecientes de la composición poblacional derivadas del mayor número de muertos que de nacimientos. Esta patogenia golpeaba en forma drástica a los habitantes de la nación y las perspectivas de progreso económico

de ésta. Algunos cálculos permiten señalar que:

...»producía anualmente pérdidas no menores de 15% del ingreso nacional, y que corrientemente en un año hasta el 25% de nuestra población era afectada por ella, produciendo para todo el país, en algunos quinquenios tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por encima de 300, pero muchas de las divisiones políticas primarias tuvieron tasas de mortalidad por encima de 500 y hasta de 1.000.»... (M.S.A.S., 1974)

La malaria representaba una de las principales causas de despoblación en Venezuela, tanto por el aumento de número de muertos como por la reducción del número de nacimientos. Entre los años de 1910 y 1945, hubo 63 veces en que para una entidad el número de muertos fue mayor que el de nacimientos, es decir que se produjeron índices negativos. De estos 63 sólo 11 sucedieron en años en que la mortalidad por malaria fue menor de 300 por 100.000. (M.S.A.S., 1974). Una muestra contundente del impacto del paludismo o malaria sobre la estructura demográfica venezolana, puede verse en la Tabla 1.

Frente a este cuadro socio-sanitario tan preocupante se intentan tomar algunas iniciativas que pretenden frenar el negativo efecto de esta enfermedad sobre la sociedad. El 19 de diciembre de 1923 se aprueba el decreto sobre Saneamiento de los Llanos de Venezuela, cuyas comisiones apuntaban más hacia el tratamiento de enfermos y profilaxis medicamentosa, sin constituir una lucha efectiva contra la enfermedad y su mecanismo de transmisión. Más adelante se lleva a cabo una iniciativa más coherente y de mayor cobertura científica, constituida por una misión de la Fundación Rockefeller, institución que a partir de 1925 comienza a prestar ayuda técnica, científica y financiera al Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría. Así llega a Venezuela el Dr. Rolla B. Hill, quien trabaja conjuntamente con el médico venezolano Elías Benarroch y el entomólogo Pablo Cova

TABLA 1

Impacto del paludismo o malaria sobre la estructura demográfica de Venezuela

PREVALENCIA DE LA MALARIA DEMOSTRADA POR LAS TASAS DE MORTALIDAD EN LAS TRES ZONAS DE VENEZUELA*
EN RELACION CON LA POBLACION Y EL INDICE VITAL

Región	1911-1915	1916-1920	1921-1925	1926-1930	1931-1935	1936-1940	1941-1945
Costa Cordillera:							
Población	1.958.865	2.050.944	2.184.447	2.357.140	2.542.240	2.782.450	3.155.393
Índice de población	100	105	112	120	130	142	161
Tasa de mortal. por malaria	211	253	172	140	131	75	93
Índice vital	151	137	158	164	154	189	221
Los Llanos:							
Población	516.336	492.526	499.837	529.231	556.907	610.465	717.724
Índice de población	100	95	97	102	108	118	139
Tasa de mortal. por malaria	527	653	497	418	329	323	217
Índice vital	121	103	109	140	138	165	196
Guayana:							
Población	71.224	74.670	77.343	79.499	81.655	85.807	98.106
Índice de población	100	105	109	112	115	120	138
Tasa de mortal. por malaria	156	151	162	172	154	110	121
Índice vital	162	208	172	176	196	294	260
Venezuela							
Población	2.546.425	2.618.140	2.761.627	2.965.870	2.180.802	3.478.722	3.971.213
Índice de población	100	103	108	116	125	137	157
Tasa de mortal. por malaria	276	308	232	190	164	103	112
Índice vital	145	134	150	161	152	126	218

* Con exclusión de datos pertenecientes a los Territorios Federales Amazonas y Delta Amacuro.

Fuente: La Campaña de Escala Nacional contra la Malaria en Venezuela. A. Gabaldón, 1949.

FIGURA 1
Distribución original de la Malaria en Venezuela
Año 1930 - 1945



Fuente: López Ramírez, Tulio. (1987)

Historia de la Escuela de Malariología y Sanamiento Ambiental de Venezuela. Caracas, Ediciones de la Dirección General de Malariología y Saneamiento Ambiental, p. 31.

García, en la elaboración de la primera encuesta malárica nacional que se realiza en el país y donde se determina la presencia de dos de los principales anófeles vectores de importancia: *Anopheles albimanus* y *Anopheles darlingi*. (M.S.A.S., 1974).

Otro intento de particular importancia en la lucha para enfrentar la malaria, ejecutado antes de la creación de la Dirección Especial de Malariología en 1936, es la preparación y desarrollo de la Conferencia Sanitaria Nacional de 1931. En este último evento se recogió una gran cantidad de informaciones relacionadas con la epidemiología de la enfermedad, los vectores presentes en las diversas regiones, los daños y las medidas propuestas para combatirlas. (M.S.A.S., 1974)

Otras acciones importantes que se realizan antes de 1936 lo constituye la organización de la Semana Sanitaria Contra el Zancudo en 1933, que intenta por medio de diversos mecanismos propagandísticos alertar a las comunidades acerca de las medidas preventivas que pueden tomarse para evitar contraer ésta y otras enfermedades transmitidas por mosquitos o zancudos. (Cova-García, 1940). En este mismo año se reglamenta el precio de las sales de quinina. Para 1935 se organizan las Legiones Sanitarias Escalares y el Dr. A. J. Fernández, por su propia iniciativa realiza un estudio de tratamientos antimalárico en algunas poblaciones del Estado Guárico, cuyos resultados fueron publicados a principios del año de 1936. (Cova-García, 1940). Estas iniciativas acompañadas de otras que involucraban a los empleados de algunas dependencias públicas como correo, telégrafo y educación en el reparto gratuito de quinina, constituyen una muestra importante de las acciones que desde el Estado, el Gobierno y otros organismos nacionales e internacionales se adelantan para tratar de controlar, minimizar o erradicar la malaria y sus secuelas de morbilidad y mortalidad.

Las cifras estadísticas de población referidas a Venezuela en los años comprendidos entre 1905 y 1935, arrojan un

total de 1.770.539 defunciones de las cuales se le adjudican al paludismo una cantidad de 222.646, es decir, que para cada 100 muertos en el país, 12,57 se producían por paludismo. (Fernández, 1937). Venezuela contaba para estos años de mediados de la década del 30 con una población de aproximadamente 3.364.347 habitantes, el 71,1% de estos pobladores estaban ubicados en las zonas rurales que resultaban las más golpeadas por el paludismo y otras enfermedades como la anquilostomiasis, mal de chagas, disentería amebiana, bilharzia y elefantiasis.

Las pérdidas económicas se calculaban en 200 millones de bolívares anuales por los efectos del paludismo en la merma o decrecimiento del rendimiento humano en la actividad económica, lo cual resultaba una situación bastante difícil para una nación donde la mayoría de sus habitantes desarrollaban actividades relacionadas con la agricultura y la cría. (Zúñiga Cisneros, 1966). Las actividades de explotación petrolera que se vienen incentivando en Venezuela desde comienzos de la década de 1920, todavía ocupan escasa población en contraste con la que se dedicaba a otras labores productivas. Además, las empresas petroleras aplican políticas de saneamiento y organización poblacional que les permitía resguardar la productividad de la mano de obra que empleaban en sus actividades. Un ejemplo ilustrativo de esta afirmación podemos ubicarlo en un trabajo presentado por un médico coetáneo de los años referidos, quien señala que comparando:

...»el número de casos de malaria que acarreaban incapacidad para el trabajo entre el grupo de obreros residentes en los campamentos de la S.O.V. (Standar Oil Venezuela), y el grupo de los que viven en las aldeas vecinas, encontramos las cifras siguientes, que corresponden al año de 1934:

TABLA 2

**VENEZUELA: POBLACION RURAL Y URBANA
(1926-1950)**

Año	Urbana * absoluta	% del total	Rural absoluta	% del total	Total
1926	442.120	15,0	2.392.011	85,0	2.814.131
1936	971.903	28,9	2.392.444	71,1	3.364.347
1941	1206.746	31,3	2.644.025	68,7	3.850.771
1950	2411.811	47,9	2.623.027	52,1	5.034.838

(*) Hasta el censo de 1961, el término urbano fue aplicado a población de 1.000 o más.

Las cifras correspondientes a 1926 están basadas en esta definición, lo cual exagera el grado de urbanización del país. Las cifras de los años 1936, 1941 y 1950 están registradas de acuerdo con los siguientes criterios:

Urbana: más de 2.500 habitantes

Rural: menos de 2.500 habitantes

Fuente: PEÑA, Luis. «La malaria y la diplomacia estadounidense en Venezuela (1941-1945)». Tierra Firme. Vol. IV, N° 13, 1986, pp. 60-61.

Número de enfermos por año:

Campamentos de la S.O.V. 86,29 por mil
empleados

Poblaciones vecinas 449,00 por mil
empleados

(Aguilera, 1939)

Estas medidas preventivas se acompañaban de otras referidas a los enfermos de paludismo, quienes debían cumplir con un tratamiento disciplinario, cuyo incumplimiento acarrearía sanciones que llegaban hasta el despido.

**El inicio del diseño
y ejecución de una acción
antimalárica organizada
por el Estado**

Después de la muerte del General Juan Vicente Gómez, ocurrida a finales de 1935, se inicia un intenso debate político en el país. En esta discusión participan diversos sectores e individualidades que buscan diagnosticar la sociedad y proponer posibles

caminos, orientaciones e iniciativas concretas para impulsar un desarrollo socio-económico, político, institucional y científico-técnico de Venezuela, partiendo de las perspectivas ideológicas y doctrinarias que prevalecían en el debate internacional de estos años. Uno de los aspectos que se somete a discusión es el referido a la salud pública y las enfermedades específicas que más daño ocasionaban a la población, con todas sus repercusiones en las actividades productivas del país.

En el «Programa de Febrero» que el Presidente de la República, General Eleazar López Contreras, ofrece en alocución pública el 21 de febrero de 1936, se incorporan elementos que merecen señalarse. En la parte referida a la Higiene Pública y Asistencia Social se afirma que la despoblación es uno de los factores limitantes del desarrollo, siendo una de las causas importantes del problema demográfico, la presencia de enfermedades que reducen la capacidad de trabajo y su vigor intelectual. De allí la pertinencia y urgencia de poner en práctica un amplio

plan de higiene pública y asistencia social. (Suárez Figueroa, 1983)

Este Plan de Gobierno anunciado por el sustituto del fallecido Presidente J.V. Gómez, apunta hacia la ejecución de un conjunto de iniciativas que incluye crear un Instituto de Higiene, una Administración Sanitaria y Estadística Vital; acción permanente de Higiene Rural y luchar contra la anquilostomiasis, el paludismo y la tripanosomiasis; Programa de Higiene Urbana que atienda el agua potable, leche pura, acción contra el zancudo, las moscas y sistema de cloacas. De igual manera se plantea la creación de una sección especial de propaganda sanitaria y educación pública de salud, particularmente relacionada con la educación pública y el servicio militar obligatorio. (Suárez Figueroa, 1983).

Este mismo año se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en sustitución del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría. La conformación de estas instituciones sanitarias pueden explicarse porque:

... "cuando es un hecho la consolidación progresiva del Estado Nacional orientado y vinculado hacia y con el desarrollo de un modelo económico de tipo capitalista se hace importante el cuidado de las condiciones de vida de los trabajadores (...) Ello necesitaba de un desarrollo racional de una Organización Sanitaria Nacional y de políticas referidas hacia la medicina preventiva" ... (Maignon, 1990)

El 10 de julio de 1936, el Presidente de la República le coloca el ejecútase a la **Ley de Defensa Contra el Paludismo**, que le había sido remitida por el Congreso de los Estados Unidos de Venezuela. En este instrumento legal, que por primera vez se sanciona en Venezuela, se incorporan aspectos de gran importancia. Se concretaba la formación de un organismo que en forma permanente, organizada, científica, a nivel nacional y con el necesario apoyo del Poder Legislativo y Ejecutivo, se encargara de planificar y dirigir la lucha contra

la malaria: **La Dirección Especial de Malariología**. (Tejera, 1976). El instrumento de formación de los miembros del personal que debía asumir la inmensa responsabilidad de enfrentar el paludismo a nivel de toda Venezuela, quedaba garantizado teóricamente con la creación de la **Escuela para la Formación de Expertos Malariólogos**.

El Dr. Arnoldo Gabaldón, quien es nombrado primer director de la recién creada institución, se dedica desde el pequeño local que le es asignado para el funcionamiento de la oficina, a organizar el equipo multidisciplinario que lo acompañará en esta difícil responsabilidad de dirigir la lucha contra la malaria o paludismo en Venezuela. Se incorporan un grupo de alrededor de diez ingenieros recién graduados entre los cuales estaban Arturo Luis Berti, Mario Montesinos y Salvador Carrillo; también un grupo de médicos entre ellos Félix Pifano, Tarcisio Anzola y Manuel Vicente Méndez Gimón. La presencia de este grupo fundador y del líder de los malariólogos venezolanos, constituye el bastión fundamental desde donde se emprendieron las diversas acciones anti-maláricas que anteceden a la incorporación del **Dicloro-Difenil Tricloroetano (D.D.T.)** a finales de 1945.

Como apuntara en una entrevista el Dr. Enrique Tejera, ... "para hacer una campaña, era necesario formar un grupo, un Estado Mayor, y ese fue el papel del Dr. Gabaldón, (...). El también supo reunir sus hombres." ... (Tejera, 1976). Este equipo inicial formado por estos profesionales y otros que no hemos nombrado, conjuntamente con los técnicos de laboratorio, el personal administrativo, peritos, topógrafos, albañiles, enfermeras, visitadoras y los heroicos rociadores que recorren el país, utilizando las rudimentarias vías de comunicación y los no menos rústicos medios de transporte como mulas, burros, caballos, canoas, bicicletas, automóviles y también a pie, con la intención de rociar los lugares considerados como zonas palúdicas, con sustancias como piretro, verde de París

y petróleo. Estos elementos constituyen los recursos humanos fundamentales con los cuales se conquistó un espacio de gran importancia en la Historia Social y Científico-Técnica de Venezuela. Luego incorporan el **D.D.T.**, cuando ya existe una práctica de rociamiento a nivel nacional y se tiene una importante experiencia de trabajo en equipo organizado y disciplinado.

El programa de rociamiento con la nueva sustancia, comenzó el 2 de diciembre de 1945, día Panamericano de la Salud, para ello fue seleccionada la población de Morón en el Estado Carabobo. Este lugar fue escogido por ser una de las poblaciones más palúdicas de la región y el país. La campaña de rociamiento se expande hacia toda Venezuela, teniendo como ventaja el carácter residual del producto, lo cual permitía una efectividad mortal contra los zancudos o mosquitos hasta cuatro meses después de haberse rociado las viviendas. En estas labores se emplearon todos los medios de transporte disponibles. Para finales de 1946, 18.000 casas de 10 Estados Provinciales de Venezuela habían recibido las visitas de las esforzadas cuadrillas de rociadores de malariología. En 1950 se han rociado un total aproximado de cuatrocientos veinte mil (420.000) viviendas que significaron la protección de dos millones de habitantes (2.000.000). Las cifras de

mortalidad por malaria en toda Venezuela permiten constatar el alcance de los esfuerzos que el equipo de malariólogos adelantó entre 1936 y 1948. En este sentido es pertinente mostrar estos resultados en las formas siguientes:

Estas tasas referidas a la mortalidad en el país en varios años y las cifras de casos confirmados de malaria entre 1937 y 1949 expresados en la tabla 3 y la figura 2, nos ayudan a fundamentar algunas consideraciones de particular importancia. En primer lugar observamos que indudablemente la incorporación del D.D.T. en las acciones contra el paludismo en Venezuela a partir de diciembre de 1945, significó un salto cualitativo y un aporte de alto valor. Sin embargo, los resultados favorables tan rápidos y contundentes en la disminución de la mortalidad por malaria a través del ataque al vector (*Anopheles*), fueron posible debido a la existencia de un liderazgo reconocido y ejercido en la conducción del Programa Nacional Antimalárico; la conformación de un equipo coherente, disciplinado, organizado, con una remuneración digna y con un gran sentido de la moral laboral; asimismo es importante la participación de organismos provenientes del exterior, como el Departamento de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica y la Fundación Rockefeller. Estos aspectos

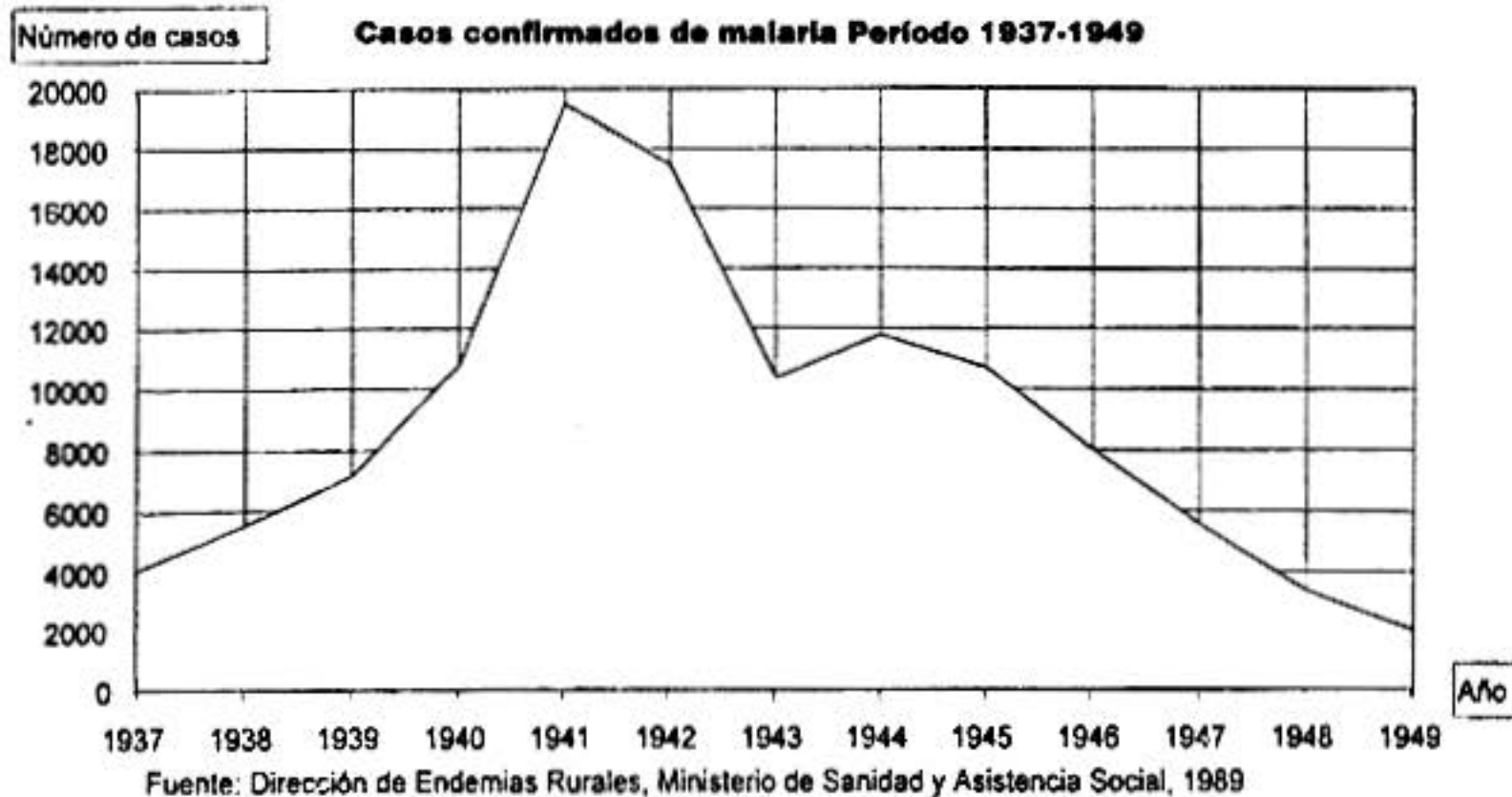
TABLA 3

Tasas medias de mortalidad por malaria

Años	Porcentajes
1930 - 1935	164 por 100.000 habitantes
1936 - 1945	112 por 100.000 habitantes
1946 - 1949	9 por 100.000 habitantes

Fuente: Gottberg, Carlos. Imagen y huella de Arnoldo Gabaldón. Caracas. Publicaciones del INTEVEP, 1981, p. 61.

FIGURA 2



estuvieron inscritos dentro del establecimiento de una firme Política de Estado, de parte de los gobiernos presididos por el General Eleazar López Contreras (1936-1941); General Isaías Medina Angarita (1941-1945); Rómulo Betancourt (1945-1947) y Rómulo Gallegos (1947-1948), quienes respetaron el carácter profesional, científico-técnico y de institución Estatal de la División de Malariología. Como puede verse, el descenso en la tasa de mortalidad registrada entre 1935 y 1945 no es producto de la aplicación del D.D.T., sino de las distintas obras de ingeniería sanitaria, las medidas antilarvarias, el reparto gratuito de medicamentos y las acciones contra el zancudo adulto que ejecutó la División durante este lapso. A partir de 1946 si participa activamente este insecticida en la brusca y marcada reducción de las tasas de mortalidad observada en el último período comprendido entre 1946 y 1949.

En las iniciativas desarrolladas contra esta enfermedad y en beneficio del saneamiento de una parte amplia del territorio venezolano, planificadas y ejecutadas desde la institución malariológica, desempeña un papel destacado y particular el jefe y líder de

la campaña sanitaria: el Dr. Arnoldo Gabaldón. Después de graduado de médico, realiza estudios de postgrados sobre malaria en Hamburgo, regresa a Venezuela a trabajar en sus provincias y partir nuevamente al exterior, esta vez a la Universidad John Hopkins, donde obtiene un Doctorado en Ciencias de la Higiene con especialidad en Protozoología en el año de 1936. Regresa al país y colocado al frente del organismo sanitario, Gabaldón participa directamente en la elaboración de manuales para secretarías y otros para inspectores de sanidad, en la preparación y evaluación de los cursos por correspondencia en la publicación de Tijeretazos sobre Malaria y luego en el Boletín Informativo de la División de Malariología, está pendiente del trabajo de los recolectores de muestra de sangre, de larvas, de zancudos y de los rociadores de sustancias insecticidas y antilarvarias como petróleo, verde de París, piretro y a partir de diciembre de 1945 el DDT.

El equipo que acompaña al Dr. Gabaldón en su trabajo desplegado por los amplios espacios afectados por la presencia del zancudo infectado por parásitos de Plasmodium en las cuatro especies que

afectan al ser humano (*falciparum*, *vivax*, *malariae* y *ovale*), organiza el reparto gratuito de quinina y otros medicamentos utilizados para combatir la enfermedad producida por el parásito. En este sentido se establecen centros o puestos de distribución, que fueron identificados con avisos que contenían escritos como el siguiente: "...Aquí se regala quinina. Cure su paludismo. Tome QUININA sin pagar nada?" (Gabaldón, 1937). Para llevar a cabo la distribución de quinina y otras medicinas antimaláricas, se incorporó a los empleados dependientes de los organismos públicos, quienes en forma gratuita se encargaban de hacer llegar estos medicamentos a los pobladores afectados o en peligro potencial de contraer la enfermedad.

Fue muy amplia la variedad de empleados públicos y voluntarios particulares que se incorporaron durante estos años posteriores a 1936 a la lucha contra el paludismo: maestros de las escuelas federales, administradores de las rentas de estampillas y de licores, jefes y trabajadores telegráficos, jefes civiles, inspectores de trabajo, sacerdotes, activistas políticos, dueños de haciendas y hatos ganaderos, jefes y directivos de empresas; además de organizaciones tan variadas como la Sociedad Bolivariana de Venezuela y agrupaciones religiosas como las Hijas de María. Entre 1936 y 1948 se establecieron alrededor de 2.400 locales de reparto, por medio de los cuales llegaron a las manos de los habitantes del país, una cifra mayor a los cuatro millones ochocientos mil (4.800.000) tratamientos antipalúdicos. (Gabaldón, 1949) La participación de diversos sectores públicos y privados en estas campañas de distribución de medicina, puede considerarse como una de las primeras iniciativas de participación comunitaria en el campo de la salud en Venezuela, con un importante resultado favorable y exitoso.

La organización malariológica desarrolla importantes iniciativas para combatir los criaderos de larvas anofelinas buscando reducir y eliminar las colecciones de aguas

donde pudieran reproducirse y crecer hasta alcanzar la fase adulta de zancudo o mosquito. En este sentido se buscó dar continuidad y coherencia a las iniciativas antilarvarias que venían ejecutándose desde años anteriores; se emplean diversas técnicas relacionadas con la ingeniería sanitaria y el saneamiento ambiental. Para eliminar las lavas se utilizaban productos como el petróleo, gasoil, aceite quemado (aceite para motor desechado), kerosene, verde de París y también se emplearon mecanismos naturales como los peces larvivoros que digerían en forma activa las larvas de las aguas estancadas o corrientes. (Hernández, 1990).

A partir de 1936 se desarrollan en diversas regiones afectadas por el paludismo, un conjunto de trabajos que implicaban la construcción de obras de canalización, drenajes, rellenos, empotramientos, desagües, utilizando el cemento como ingrediente básico para reducir los criaderos de los vectores de la malaria. Estas actividades permitieron disminuir poderosos zancudos transmisores de los trópicos americanos como es el *Anopheles darlingi* y también contra otro peligroso portador de parásitos, el *Anopheles albimanus* abundante en las regiones del Caribe. (Gabaldón, 1949)

La intensa actividad de trabajo de campo y laboratorio que se desarrolla durante estos primeros 12 años (1936-1948) de acción del organismo oficial, permiten la identificación y descripción de otras 12 especies de *Anopheles* (en Venezuela se conocían hasta 1936 sólo 19 especies) que habitaban el territorio venezolano. Los principales vectores del paludismo en el país eran el *Anopheles darlingi*, *A. albimanus*, *A. pseudopunctipennis*, *A. albitarsis*, *A. aquasalis* y *A. emlianus*. De todos modos el más potente vector de la malaria en Venezuela y en Iberoamérica era el *A. darlingi*, siendo secundado en este proceso -en el país- por *A. albimanus*, *A. pseudopunctipennis* y *A. albitarsis*. Posteriormente se estableció que el *A. nuñez-tovari* también era un peligroso transmisor para las zonas del occidente del

territorio nacional (Cova-García, 1961). La rigurosidad y la constancia que se emplean en estos procedimientos de investigación entomológica relacionados con los mosquitos anofelinos, producen excelentes resultados en la identificación y localización de las especies.

Esos elementos constituyen una parte importante de las acciones programadas y ejecutadas por el equipo de la Dirección Especial de Malariología, bajo la conducción y liderazgo del Dr. Arnoldo Gabaldón, en los primeros años de actividades de este importante organismo sanitario del país. En otras publicaciones y en investigaciones que continuamos desarrollando desde la Universidad Central de Venezuela, seguimos estudiando la instrumentación de una acción antimalárica a nivel nacional que cosechó importantes éxitos y requiere ser evaluada para obtener reflexiones y recomendaciones que puedan ser utilizadas en la actualidad para incorporarlas a la lucha contra esta y otras enfermedades asociadas a la pobreza. (Yépez, 1995). En este último trabajo que referimos, también abordamos con mayor amplitud aspectos relacionados con los factores que motivaron la participación de organismos internacionales como el Departamento de Estado norteamericano y la Fundación Rockefeller, en la lucha para controlar y erradicar la malaria en Venezuela entre 1936 y 1948. Igualmente estudiamos el contexto político en el cual se inicia la instrumentación de la acción antimalárica formal por parte del estado venezolano.

REFERENCIAS

Aguilera, D., (1939). *El paludismo en la región petrolera de Monagas*. Caracas, Cooperativa de Artes Gráficas.

Archila, R. y Nieto, Mi., (1946). *Geografía Médico-Sanitaria del Estado Cojedes con Especial referencia al Paludismo*. Caracas, Editorial Grafolit.

Cova-García, P., (1940). *Legislación antimalárica venezolana y proyecto de reglamentación*. Caracas, División de Malariología.

Cova-García, P., (1961). *Notas sobre los anofelinos en Venezuela y su identificación*. Caracas, Editorial Grafos.

Fernández, A., (1937). *Curso de Malariología*. Caracas, Dirección Especial de Malariología.

Gabaldón, A., (1937). *Primer Informe Anual de la Dirección Especial de Malariología*. Caracas, Ediciones de la Dirección Especial de Malariología.

Gabaldón, A., (1949). *Conquistas de la Campaña Antimalárica en Venezuela*. Caracas, Tipografía a Vargas.

Gabaldón, A., (1965). *Una política sanitaria*. Caracas, Ediciones del M.S.A.S.

Gottberg, C., (1981). *Imagen y huella de Arnoldo Gabaldón*. Caracas, Publicaciones de INTEVEP.

Hernández, T., (1990). *El paludismo, una pesada carga del sub-desarrollo*. El Nacional. Caracas, C-4.

Maignon, T., (1990). *La intervención del Estado venezolano en la organización del sector salud: 1900-1936*. Cuadernos CENDES. Caracas, Ediciones Hermanos Vadell-CENDES.

Mcneill, W., (1984). *Plagas y pueblos*. Madrid, Siglo XXI de España Editores.

M.S.A.S., (1974). *Relación sobre el estado de la malaria en Venezuela*. Caracas, Ediciones del M.S.A.S.

Otero, M. (1982). *Casas Muertas*. España, Editorial Bruguera.

Peña, L. (1986). *La malaria y la diplomacia estadounidense en Venezuela (1941-1945)*. Tierra Firme. Caracas, Vol. IV, N° 13.

Rodríguez, L. (1983). *Gómez. Agricultura, petróleo y dependencia*. Caracas, Fondo Editorial Tropykos.

Suárez Figueroa, N. (1983). *Programas políticos venezolanos de la primera mitad del siglo XX*. Caracas, Publicaciones del Colegio Universitario Francisco de Miranda, T. I.

Tejera, E. (1976). *La victoria sobre la malaria*. Resumen. Caracas, N° 143.

Yépez, G. (1991). *La lucha contra el paludismo: un objetivo político del Gobierno de Acción Democrática 1945-1948*. I Jornadas de Investigación Histórica. Caracas, Ediciones del Rectorado, Universidad Central de Venezuela, pp. 305-323.

Yépez, G. (1992). *Antecedentes en la lucha para controlar y erradicar la malaria en Venezuela*. Anuario. Caracas, Instituto de Estudios Hispanoamericanos, UCV, 2da. Etapa, N° 4, pp. 67-82.

Facultad de Medicina

Noticias de Interés

CREACION DEL FONDO DE AYUDA A LA INVESTIGACION EN MEDICINA: La Facultad de Medicina creó un Fondo de ayuda a la Investigación. Dicho Fondo se iniciará con un presupuesto de 30 millones de bolívares. Podrán optar todos los investigadores activos de la Facultad.

PREMIO ANUAL A LA INVESTIGACION: Para el fortalecimiento al estímulo de la Investigación, se ha creado el Premio Anual a la Investigación, básica y/o clínica.

Consiste en una asignación en metálico de Bolívares 250.000 cada uno. Podrán optar todos los integrantes del personal docente y de investigación de la Facultad de Medicina.

BASE DE DATOS DEL PERSONAL DOCENTE Y DE INVESTIGACION: Con el objeto de conformar la base de datos actualizada del personal docente y de investigación de la Facultad de Medicina, se ha comenzado a recopilar la información correspondiente.

CENTRO DE ANALISIS DE IMAGENES BIOMEDICAS COMPUTARIZADAS: Actualmente se ha puesto en marcha el proceso para la creación del Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas (CAIBCO), coordinado por los Dres. HECTOR ARRECHEDERA y ANDRES RUIZ, dicho Centro tendrá como sede operativa al Instituto de Medicina Tropical de la Facultad.

CENSO PARA NUESTROS ESPECIALISTAS:

Conjuntamente con la Federación Médica Venezolana, la Asociación Venezolana de Escuelas y Facultades de Medicina (AVEFAM), y el Núcleo de Decanos de Facultades de Medicina del País, la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, realizará un Censo de especialistas médicos para definir las prioridades y necesidades de ellos en el País y programar los Postgrados Clínicos.

1er. CURSO DE BIOETICA: En marzo de 1995, se realizó por primera vez en nuestro País, un Curso de Bioética. El mismo fue coordinado por nuestra Facultad y dirigido a profesores de todas las Facultades y Escuelas de Medicina de Venezuela. Luego de la primera etapa del Curso, se aspira extender los cupos de participación a docentes de otras Facultades de la UCV, que deseen participar. Así mismo se ha creado el primer Centro de Bioética con sede en la Escuela de Enfermería.

HACIA UNA GESTION DE CALIDAD EN FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA:

Del 8 al 10 de marzo del presente año, se realizó en el Decanato de la Facultad de Medicina la primera reunión de Gestión de Calidad de las Facultades y Escuelas de Medicina del País.

En esta primera reunión, coordinada por los Decanos de las Facultades de Medicina de la Universidad de Los Andes (ULA) y de la Universidad Central de Venezuela (UCV), patrocinada por el Núcleo de Decanos y por AVEFAM, se elaborará la ponencia para el Congreso Mundial de Gestión de Calidad en Medicina, a realizarse en Bogotá - Colombia, durante los días 29 y 30 de septiembre y 1° y 2 de octubre de 1995.