



Compendium  
ISSN: 1317-6099  
ISSN: 2477-9725  
ahernand@ucla.edu.ve  
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado  
Venezuela

# ORIGEN Y ANTECEDENTES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LA CIUDAD-REGIÓN BARQUISIMETO: ASCARDIO

**Arteta Bracamonte, Federico**

ORIGEN Y ANTECEDENTES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LA CIUDAD-REGIÓN BARQUISIMETO:  
ASCARDIO

Compendium, vol. 22, núm. 43, 2019

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Venezuela

**Disponible en:** <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88063978002>

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

# ORIGEN Y ANTECEDENTES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LA CIUDAD-REGIÓN BARQUISIMETO: ASCARDIO

ORIGIN AND BACKGROUND OF A HEALTH INSTITUTION FROM THE BARQUISIMETO CITY-REGION: ASCARDIO

Federico Arteta Bracamonte\*  
 Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado,  
 Venezuela  
 fartet@yahoo.com

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88063978002>

 <http://orcid.org/0000-0001-6159-3872>

Recepción: 07 Julio 2020  
 Aprobación: 20 Julio 2020

## RESUMEN:

La investigación tiene como objetivo la reconstrucción de la historia de la Asociación Cardiovascular Centro-occidental de Venezuela (Ascardio) y del Centro Regional de Enfermedades Cardiovasculares del Estado Lara, en el contexto de la historia de la Ciudad-Región de Barquisimeto. Se describen los antecedentes institucionales y su inserción en la historia de las instituciones de salud en Venezuela y en la Región en el contexto histórico social del último cuarto del siglo XX. Adicionalmente, se presentan sus antecedentes históricos y el análisis de la realidad de las instituciones en Venezuela.

**PALABRAS CLAVE:** Ascardio, Historia de la Cardiología, Cardiología en Venezuela, Historia de la Ciudad Región de Barquisimeto.

## ABSTRACT:

The aim of this research is to reconstruct the history of the Central-Western Cardiovascular Association of Venezuela (Ascardio) and the Regional Center for Cardiovascular Diseases of the State of Lara, in the context of the history of the Barquisimeto City-Region. The institutional antecedents and their insertion in the history of health institutions in Venezuela and in the Region in the historical social context of the last quarter of the 20th century are described. Additionally, their historical antecedents and the analysis of the reality of the institutions in Venezuela are presented.

**KEYWORDS:** Ascardio, History of Cardiology, Cardiology in Venezuela, History of the Barquisimeto City-Region.

## INTRODUCCIÓN

La historia de las instituciones en la ciudad-región Barquisimeto, a semejanza de las instituciones surgidas en la era petrolera de Venezuela en los últimos 100 años, han sido objeto de grandes oscilaciones y adaptaciones a un Estado cada vez más poderoso desde 1920. Muchas de ellas nacieron de una lectura correcta de experiencias históricas exitosas, heredando una metodología de trabajo institucional. Su flexibilidad y capacidad de adaptación de algunas de ellas, como Ascardio, nacida en el último cuarto de siglo XX, les ha permitido sobrevivir a condiciones únicas en la historia de la república venezolana, de alta tensión económica y social, como la etapa de 2012 a 2020 <sup>1</sup>

---

## NOTAS DE AUTOR

- \* Médico internista y Neumólogo. Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas. Venezuela.  
 Magister Scientiarum en Historia. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)- Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Barquisimeto (UPEL). Venezuela.  
 Doctor en Historia. UCV.  
 Profesor-Investigador del Decanato de Ciencias de la Salud. UCLA

## UNA INSTITUCIÓN INNOVADORA DEL ÚLTIMO CUARTO DEL SIGLO XX

Ascardio nace en un momento de auge económico y social en 1976, cuando el producto interno bruto per capita era semejante a muchos países de Europa Occidental y uno de los más altos de América Latina, ello no supuso, un nacimiento fácil. Pero permitió un crecimiento inicial rápido de la institución que debió y supo adaptarse con éxito a un periodo de crisis económico y social de 1983 a 2002 que permitió su transformación con un innovador modelo organizativo y gerencial. En un momento contradictorio con el ascenso económico de 2003 a 2012, pero de grandes amenazas ante un Estado que intento manejar de manera centralizada la vida del país, logró adaptarse de nuevo e invertir en momentos de altos ingresos para el país y ahorrar sus energías humanas y materiales que le permitió sobrevivir en estos últimos años.

## LAS REDES DE ATENCIÓN Y UN NUEVO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Desde 1936, cuando se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, sus fundadores con experiencias traídas desde Europa y Norteamérica, crean un sistema de prevención y atención de las principales enfermedades del país. Surgen así las “divisiones” para atacar los grandes males de país, las parasitosis, la malnutrición infantil, la malaria y la tuberculosis, estas dos últimas acababan literalmente con la población, la lepra y la sífilis, todas enfermedades infectas contagiosas. La organización se desarrolló en redes de atención de complejidad creciente, con centros nacionales en Caracas y Maracay, y centros regionales que a la vez organizaban centros distritales, municipales, hasta locales en poblados de baja densidad y muy aislados. Se crearon programas de formación de personal a todos los niveles con cursos de salud pública, programas de visitas periódicas donde los centros más desarrollados atendían a los menos desarrollados. En 1958 y 1959, esas divisiones transformadas en departamentos se extienden a nuevas enfermedades que se hacen predominantes en el país, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Es allí cuando al doctor Bartolomé Finizola se le encomienda abrir un Centro Regional para la atención de enfermedades cardiovasculares en la Región Centro Occidental cuya cabecera es Barquisimeto, y que comprendía Portuguesa, Yaracuy y Falcó

Ascardio unido al Centro Cardiovascular Regional (CCR), se convirtió en la sede de los programas de prevención y atención de la salud cardiovascular en la ciudad- región de Barquisimeto. Región denominada en los años 1970s como Región centro-occidental de Venezuela. Su historia ha estado determinada por la experiencia historia de la salud y la asistencia médica, así como por las circunstancias históricas de la región y de la nación venezolana.

Su especificidad está vinculada a los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, que adquirieron especial significación en Venezuela en la era petrolera. Época que transformó cultural y socialmente la sociedad venezolana, las formas de enfermar y morir de los venezolanos, y las respuestas médicas, en especial, de sus instituciones de salud. A partir de la mitad del siglo XX las enfermedades cardiovasculares comenzaron a jugar un papel preponderante, como principal causa de mortalidad, como en todo el planeta. Dentro de los cambios relevantes de la institucionalidad en esa era petrolera, tuvo especialmente significación, la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936, como producto de una serie de proyectos organizativos por parte del Estado venezolano.

## APRENDER DE LAS EXPERIENCIAS HISTÓRICAS Y DEL ESTUDIO DE LA REALIDAD

La Venezuela de enfermedades infectocontagiosas y parasito carenciales, fueron la principal causa de enfermedad y muerte hasta la explotación petrolera en Venezuela, con una tasa de analfabetismo, malnutrición y mortalidad infantil, con una expectativa de vida de menos 30 años, se organizaron servicios

eficientes de asistencia médica y social, en una correcta lectura de las experiencias históricas que se vivieron en el planeta y en especial en América a final del siglo XIX y comienzos de siglo XX.

Uno de esos antecedentes es la experiencia de *lucha antimalárica y antituberculosa* de la década de los treinta y cuarenta del siglo XX, episodio de los más importantes de la historia de la sanidad venezolana, vinculado a la viabilidad de la explotación petrolera. Otro es la creación de la red hospitalaria en la década del cincuenta, siendo otra etapa significativa de desarrollo institucional. Por último, la etapa del desarrollismo de los setenta y ochenta, cuando surgen las modificaciones estructurales de toda la institucionalidad del Estado, que promueve el re-diseño de todo el sistema de salud como lo llamó Richard Smith en su editorial del *British Medical Journal*, precisamente es el período histórico donde se inscribe la vida de la *Asociación Cardiovascular de la Región Centro Occidental de Venezuela*: Ascardio.

La relevancia de Ascardio tiene que ver con tres características que la hacen significativa: permanencia en el tiempo, crecimiento y desarrollo constante, y reproducción de otras instituciones similares. Medio siglo ininterrumpido en una institución, es un hecho poco frecuente en la historia de Venezuela. La única institución de atención médica con vida continua, de más de un siglo desde su fundación es el Hospital Vargas de Caracas en 1891, hoy en franca decadencia. Sin embargo, sería insuficiente este criterio “necesario” de relevancia institucional, sino añadiésemos, las características de crecimiento y desarrollo. El crecimiento de los servicios que presta, su área de influencia; su importancia en la educación médica y salud cardiovascular, la participación en la investigación, su desarrollo organizativo para aumentar su capacidad de resolución, y el crecimiento de su estructura física. Este aspecto unido a la reproducción del modelo, en estados como Monagas, Cojedes, Yaracuy, Táchira, creando un nivel superior de organización en Venezuela, la *Fundación Venezolana de Cardiología*.

Ascardio plantea un reto fundamental en una época de cambios significativos en la ciencia y tecnología a nivel mundial. En un mundo de avance tecnológico jamás visto, al acceso de los adelantos científicos y técnicos aplicados a la salud como un derecho humano. Ello crea un dilema moral, ¿cómo dar a “todos” lo mejor posible de esos avances de manera equitativa? Sobre estos imperativos se construyó una visión de lo que debió ser la institución, y se delineó su misión.

Surgió en una de las etapas de bonanza económica de un país petrolero en plena crisis del capitalismo mundial en la segunda mitad de la década de los 70 en el siglo XX venezolano, pero crece y se desarrolla en tiempos de crisis. Crisis financiera y monetaria expresada en el “viernes negro” en 1983, que se profundizaría progresivamente hasta 1989 cuando surgió el primer cataclismo social en febrero, trayendo consigo una profunda reforma de la organización del Estado en aquel año, que sin embargo fue insuficiente para detener la crisis política que vino en 1992 con los golpes de Estado y la debacle de las organizaciones políticas históricas a final del siglo. Ciertamente esa crisis arrastró a buena parte de la institucionalidad construida a los largo de mas de cincuenta años de vida pública. ¿Cómo logró Ascardio sobrevivir, crecer y desarrollarse?, ¿Cómo logró sacar ventaja de entornos socialmente desfavorables, asumir retos san severos y aprender de ellos? son preguntas cuya respuesta indagaremos en estas páginas.

Se trata también de la historia de su comunidad humana, y sus determinaciones. Es el caso de su fundador, del equipo directivo, de la construcción de organizaciones y equipos humanos vinculados íntimamente al destino de una institución, de la cual hacen su proyecto de vida.

## SURGIMIENTO DE ASCARDIO. ALIANZAS SOCIALES Y GESTIÓN PARTICIPATIVA EN BARQUISIMETO

Barquisimeto como ciudad moderna surge como tal en el periodo de la Segunda Revolución Industrial (1870-1930) y la historia del Hospital de la Caridad (luego Hospital Antonio María Pineda), fue una primera experiencia en la región de alianzas sociales y gestión compartida, antecedente a mediano plazo de lo que serían las instituciones de salud que surgieron a finales del siglo XX en Barquisimeto, entre ellas, Ascardio,

el Hospital Pediátrico “*Agustín Zubillaga*” y la Cruz Roja de Lara. Otro elemento es la época y la cultura del petróleo, la cual comienza en la década del 30, crece exponencialmente en la década de los 40 y se consolida en la década de los 50 a los 70. Historia social, que pretende ser un “*un trabajo útil*”<sup>2</sup>.

Cuando se fundó Ascardio, hubo fenómenos sociales que influyeron en su aparición. En primer lugar la bonanza de los países petroleros, entre ellos Venezuela. En segundo lugar, los cambios demográficos, que transformaron a Venezuela en un país urbano, moderno, petrolero, con la desaparición de las grandes plagas como el paludismo y la tuberculosis, epidemias rurales y urbanas, y la gran disminución de la mortalidad general e infantil, con aumento de la natalidad y de la esperanza de vida. En fin, la hegemonía de las enfermedades cardiovasculares sobre las enfermedades infecciosas por primera vez en la historia de Venezuela.

## LA EXPERIENCIA DE DUACA. UN ANTECEDENTE SINGULAR.

En Duaca en 1971 se conformó una primera experiencia, antecedente singular en la concepción de Ascardio. Historia concreta unida a la experiencia de su fundador el doctor Bartolomé Finizola Celli<sup>3</sup>. En 1971, Finizola comenzó su ejercicio profesional de médico, en Duaca, al norte del Estado Lara. Había regresado de la UCV como médico al hogar familiar.

En Duaca fue director del Centro de Salud y desarrolló proyectos, como las redes cardiovasculares “*terciarias y cuaternarias*”<sup>4</sup>. Allí aprendió dos lecciones, que fueron fundamentales. La primera, la importancia de la participación de la comunidad en las labores del centro asistencial, y la conveniencia de hacer alianzas estratégicas con sectores sociales obtener objetivos comunes. Pero sería poco comprensible sino entendiésemos el contexto en el cual esas lecciones representaron un verdadero cambio de calidad.

Duaca, llamada la “*perla del norte*” fue en el período de 1870 a 1930 una población productora de café para exportar<sup>5</sup>. Estación del Ferrocarril Bolívar. Había una tradición organizativa creada en la bonanza del café como el *club Sucre* de 1890, el *club Bolívar* en *Sociedad Cooperativa de Consumo* en 1942, y un semanario *Ecos del Norte* de la época 1922, la gomeacist<sup>6</sup>. Cuando Finizola llegó a Duaca el Ferrocarril Bolívar había desaparecido. Duaca con una producción agro-pecuaria se convertía en una “ciudad satélite de Barquisimeto”. Tenía poco más de 7 mil habitantes en 1971<sup>7</sup>, pequeño como para tejer rápidamente relaciones de confianza.

El Estado venezolano había construido un pesado aparato burocrático centralizado, dificultando las iniciativas y las necesidades de poblaciones más pequeñas como Duaca, como los servicios de salud y educación. Finizola comprendió con el estudio de casos singulares, por ejemplo “*¿cuánto tardaba el Ministerio en dar respuesta a la petición de un electrocardiógrafo para el Centro de Salud de Yaritagua en el Estado Yaracuy? A pesar de grandes recursos del Estado venezolano, la petición en carta dirigida a niveles crecientes de autoridad, primero locales, luego regionales hasta llegar a las nacionales, se hacía de manera tan lenta, que al obtener el recurso, muchas veces ya no estaba el médico que lo había solicitado*”<sup>8</sup>, o las condiciones habían variado. El demostró que la respuesta del Estado era inadecuada e inoportuna, por la forma en que estaba organizado y administrado.

La agilización de los proyectos podía hacerse de otra forma. Alianzas y redes de confianza en Duaca, con personas de la comunidad podía ser una ruta, como Monseñor Zahini quien había tenido una experiencia exitosa local con el desarrollo de una institución educativa, el Colegio *Padre Díaz* de Duaca, que contaba con un subsidio del Estado, pero también una módica matrícula escolar; de hijos de comerciantes, ganaderos, agricultores. Con estas experiencias se constituyó un nivel de atención cardiológica, “*la red secundaria en Cardiología*” en el organigrama del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares del MSAS que tuvo su sede en Centros de Salud como el de Duaca. Consiguió la donación del primer electrocardiógrafo, en iniciativa liderada por un joven, Giovanni D’Amelio<sup>9</sup>, quien organizó distintas actividades sociales para obtener los recursos monetarios para comprar ese equipo.

*“Esas experiencias fueron dejando una enseñanza práctica fundamental: que la participación de la comunidad en la gestión era, no solo efectiva, sino deseable. En esa estadía de tres años por Duaca, Finizola se convenció que todas esas alianzas, tanto con el sector educativo, que incluye a la Universidad Centro Occidental, como con las organizaciones de la población duaqueña, vecinos, comerciantes, fueron de gran utilidad en promover proyectos institucionales en provecho de la propia comunidad, convenciéndose de la gran potencialidad de los seres humanos cuando miran al bien común, aprovechando las mejores energías de todos. La práctica mostró que las alianzas de distintos sectores sociales, así como la gestión participativa eran motores en la construcción eficiente de nuevas propuestas institucionales”* <sup>10</sup> .

En 1971, Finizola hizo el Curso de Salud Pública, dirigido para entonces, por uno de los grandes organizadores del sistema asistencial venezolano en el siglo XX, como lo fue el Dr. José Ignacio Baldó, impulsor en la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, así como el fundador de la tisiología en Venezuela, y propulsor de la fundación del *Sanatorio Simón Bolívar* de El Algodonal, el cual llegó a ser el más importante Sanatorio de América Latina, así como el propiciador de los cursos de “medicina simplificada” en Venezuela. Pero también impulsor de un modelo innovador de la Liga Antituberculosa como un Asociación sin fines de lucro cuyo objetivo era apoyar los programas de lucha antituberculosa del Ministerios de Sanidad y Asistencia Social. Era asumir una experiencia histórica exitosa que vendría a inspirar un nuevo modelo gerencial en Ascardio

En prolongadas conversaciones con el famoso médico tachirense creció el entusiasmo de Finizola por el estudio de las enfermedades pulmonares, así como por la organización de servicios de salud pública. Baldó, en enriquecedoras tertulias que solía tener con los cursantes, le convenció de la importancia de la estructura programática de las redes de tisiología y que ellas podían extenderse a otros campos de la Salud Pública en Venezuela, como la cardiología sanitaria. Allí surgió una fuente de motivación que añadió a las formas de gestión aprendidas en Duaca y a la vocación por la cardiología que le impregnó en sus años de estudiante de medicina, como la organización de servicios de salud pública usando las redes de atención como fueron empleados por el Departamento de Tisiología del MSAS.

El Dr. Peters en Caracas de la División de Enfermedades Cardiovasculares le resumió la experiencia histórica del programa cardiovascular que fue de gran utilidad en la configuración de una imagen de lo que había ocurrido en el campo de la cardiología sanitaria y de lo que faltaba por hacer, es decir, le permitió *definir una dirección, unos objetivos* de lo que debería ser la cardiología en Venezuela. El Dr. Peters resumió en un símil: *“Cuando los padres no se encargan de los hijos, los abuelos se encargan de los nietos”* <sup>11</sup> , para justificar la formación en Caracas de los recursos humanos de las regiones para *“estimular y promover la cooperación de la iniciativa privada... y establecer una organización cuyos programas de trabajo estén convenientemente coordinados con las organizaciones oficiales”* <sup>12</sup> . Esta idea fue significativa en la visualización de una organización docente, asistencial y de investigación en Ascardio <sup>13</sup> .

En 1974 fue a Caracas a realizar su postgrado en cardiología en la Universidad Central de Venezuela donde recibe la influencia y respaldo del Dr. Luis López Grillo, coordinador del Postgrado Universitario de Cardiología. Por intermedio del Dr. López Grillo y del Dr. Peters, conoció al Dr. Carlos Gil Yépez, médico larense, uno de los fundadores de la cardiología venezolana <sup>14</sup> , quien era profesor de la Universidad Central de Venezuela, y para entonces Director en la *Unidad de Medicina Antropológica* del Hospital Universitario de Caracas. El Dr. Gil Yépez un precursor de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares en Venezuela, en 1969 recordaba:

*“la lucha frente a las enfermedades cardiovasculares exige una educación sanitaria a nivel colectivo e individual...es preciso llevar a nivel de la comunidad el reconocimiento de las enfermedades cardiovasculares como un problema social”* <sup>15</sup> .

Ello influyó en la *‘direccionalidad’* de una *Asociación Cardiovascular* que apoyaría al Programa de lucha contra las enfermedades cardiovasculares del MSAS.

El proyecto inconcluso del *Instituto Nacional de Cardiología* fue una experiencia motivadora: *“Hay experiencias que aunque su apariencia sugiere fracasos, estimulan la imaginación y los objetivos de quienes*

*participan y comparten sus planes y proyectos”* <sup>16</sup> proyecto pensado por el Dr. Alfonso Anselmi Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas, inspirado en el famoso *Instituto de Cardiología “Ignacio Chávez”* de México y había querido reproducir la idea de un gran Instituto Nacional de Cardiología en Venezuela.

Finizola hizo un estudio sistemático concluyo que *“el problema no era el modelo teórico, o la doctrina – del MSAS- que sigue teniendo vigencia, sino el modelo de gestión”* <sup>17</sup> .

En la segunda quincena de marzo de 1976, regresó a Barquisimeto:

*“Para ese entonces la población de Venezuela era de aproximadamente 12 millones de habitantes y ahora tiene más de 20 millones de habitantes. Barquisimeto contaba con 330.000 habitantes y en este lapso casi se ha triplicado la población. Nuestro ingreso per capita era el más alto de América Latina, teníamos igual ingreso per capita que Italia y España; era un tercio del ingreso per capita de EEUU y la mitad del japonés; quintuplicábamos a Colombia y cuadruplicábamos al chileno.*

*Después de 20 años por los desaciertos conocidos por todos, España tiene 5 veces más, Italia 7 veces más, EEUU 9 veces más y Japón 11 veces más. Los chilenos igualaron nuestro ingreso per capita y los colombianos, a quien quintuplicábamos, ahora solo los duplicamos”* <sup>18</sup> .

Más adelante indicaba:

*“Ahora bien hay algunos elementos interesantes de señalar y es que nuestra tendencia es descendente y con un alto servicio de la deuda que casi se eleva a la mitad nuestro ingreso per capita. En estos veinte años hemos aumentado de población en forma importante y hemos disminuido nuestro poder adquisitivo”* <sup>19</sup> .

La Fundación de Ascardio a mediados de la década de los 70 fue en una Barquisimeto con una población de más de 300 mil habitantes. Era el centro indiscutible de la región del centro occidente de Venezuela, ciudad-región, con indiscutibles antecedentes históricos, probablemente desde tiempos precolombinos. Finizola tenía tan solo 30 años cuando se fundó Ascardio. En 1976, Barquisimeto tiene Universidad y más de una docena de liceos.

*“En 1975(...) en su distribución sectorial global, la ciudad aparenta crecer más en el área comercial y de servicios que como área de industria y construcción, aunque ello es esencialmente motivado por el violento crecimiento de instituciones y empleo de los servicios públicos. Si descontáramos el sector gubernamental, el crecimiento sería más industrial que de comercio y servicios”* <sup>20</sup> .

Ciertamente Barquisimeto tenía instituciones en el área de salud, tanto privadas como públicas, que se habían desarrollado en las décadas de los 50 y los 60. Esos años presenciaron dos formas políticas: el gobierno militar autoritario de Marcos Pérez Jiménez y la democracia formal en sus dos primeros gobiernos, el de Rómulo Betancourt y luego el del Dr. Raúl Leoni.

En la década de los 70 hubo los hospitales públicos eran los mejores del sistema de atención médica, el Dr. Alexis Bello cirujano cardiovascular en la prensa venezolana:

*“Hace muchos años el modelo de medicina de excelencia estaba dado por los hospitales públicos, particularmente el Vargas y el Universitario de Caracas. En la medida en que se fue desarrollando el subdesarrollo político, se fue invirtiendo esa escala de valores. Para nadie es un secreto que por una parte los hospitales públicos están en absoluto deterioro físico y tecnológico y por la otra los principales hospitales privados están a la vanguardia de la más alta y refinada tecnología”* <sup>21</sup> .

Sin embargo, ya desde el lapso que va de 1963 a 1973 disminuyó la proporción de las camas del sistema público en relación al privado que pasó de 3,46 a 3,06 por mil habitantes <sup>22</sup> con un proceso de urbanización que para 1971 hizo que el 73% de la población venezolana viviese en ciudades <sup>23</sup> . Pero a pesar de la gran inversión gubernamental y no gubernamental en el sector salud tan solo en 1971 fue estimado en 2.024 millones de bolívares, que en relación al presupuesto nacional de 10.987 millones, representó casi el 20% de los dineros del Estado para aquel año <sup>24</sup> , paradójicamente el alcance de los principales programas de medicina preventiva disminuyó con coberturas como por ejemplo en higiene infantil de menos de 30%.

Finizola, en cambio, añadía un elemento fundamental en la explicación de la ineficacia e ineficiencia, según él, era la forma de gestión de esos recursos, conclusión a la que llegó, como vimos, con el estudio sistemático de casos administrativos del *Departamento de Enfermedades Cardiovasculares* que se tradujo, en los términos concretos y específicos que solía hacer, en la propuesta de una asociación privada sin fines de lucro que pudiese servir de enlace entre los grandes recursos gubernamentales y la iniciativa tanto de los grupos sociales como de la privada, para hacer de ese gasto público mucho más eficaz. Esta propuesta se haría realidad con el proyecto de la *Asociación Cardiovascular*: Ascardio, incorporó a la comunidad, junto a los “técnicos” y a funcionarios del gobierno en un solo objetivo, en este caso, la salud cardiovascular de la población venezolana.

En teoría, la Oficina comenzó a laborar el 15 de marzo de 1976, pero ya antes Finizola inició sus tareas de supervisión de las redes regionales, manejando él mismo el vehículo rústico ‘jeep’ amarillo del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares. Finizola recuerda, no sin una sonrisa cordial, fue “*la primera sede del programa regional*”<sup>25</sup>. Pero la primera sede formal de Ascardio fue en el Sanatorio Antituberculoso “Doctor Luis Gómez López” situado en el Barrio La Feria en Barquisimeto. Se justificó en estos términos: “*existe una relación entre corazón y aparato circulatorio y, muchos de los aparatos utilizados para el examen de los pulmones y vías respiratorias son necesarios para los exámenes del corazón*”<sup>26</sup>. La alianza se hizo por la vía de la amplitud y amistad con varias personas, como veremos más adelante, entre ellas el Jefe del Servicio, Dr. Douglas Cordero Sierra<sup>27</sup>.

#### UNA ALIANZA TÉCNICA Y CIENTÍFICA. DOCENTE ASISTENCIAL EN EL CENTRO REGIONAL CARDIOVASCULAR

En marzo 1976 surgió el proyecto de la Asociación Cardiovascular Centro Occidental, con el apoyo de un grupo de personas muy vinculadas al Dr. Francisco Suárez Torres, renombrado cardiólogo de la ciudad, luchador ante la opinión pública de la importancia de enfrentar la gran amenaza de las enfermedades cardiovasculares en Barquisimeto, propulsor de la investigación de la situación de las enfermedades cardiovasculares en la región:

*“Un barquisimetano muere diariamente víctima de enfermedades del corazón, según estudio que será conocido en las VI Jornadas de Cardiología instaladas anoche en el Hospital Antonio María Pineda. El trabajo en referencia se titula ‘Estudio epidemiológico y estadístico de la incidencia de enfermedades del corazón desde el año 1955 hasta 1969’”*<sup>28</sup>.

#### ALIANZA SOCIAL PARTICIPATIVA. UNA CONTINUIDAD HISTÓRICA

La primera junta directiva de la nueva Asociación Cardiovascular de la región Centro Occidental:

*“Presidente: Tulio Fernández; Vicepresidente: Ing. Abelardo Riera; Tesorero: Vicente Furiati; Vocales: Pedro Pablo Izaquirre y Fernando Aristiguieta; Suplentes: Dr. Félix Otamendi, Dr. Carlos Sequera Yépez, Dr. Jorge Hernández Rovatti, Dr. Paolo D’Onghia y Franco Sessa”*<sup>29</sup>.

Había dirigentes sindicales como Jorge Rodríguez; dirigentes empresariales como Sequera Yépez o Abelardo Riera Zubillaga; líderes eclesiásticos como Monseñor Crispulo Benítez Fonturvel, Arzobispo de la ciudad y uno de los principales promotores del desarrollo social de esta región de Venezuela. Esa directiva representó a los distintos sectores sociales en ascenso en la región, donde los servicios, el comercio, la banca regional y nacional, la construcción y la propia agricultura tenían las mejores tasas de crecimiento<sup>30</sup>. Se repitió así la experiencia de finales del siglo XIX y principio de siglo XX de Antonio María Pineda y Luis Razetti, cuando fundaron importantes instituciones como el Hospital de la Caridad, la cátedra de medicina del Colegio Federal, y la primera organización de médicos de la región; así como las iniciativas cincuenta años



más tarde de una organización privada como la *Liga Antituberculosa* fundada por el Dr. Luis Gómez López para apoyar un programa del MSAS, el programa de fisiología.

El sacerdote margariteño Crispulo Benítez Fonturvel siguió la tradición del Padre Aguedo Felipe Alvarado de los albores del siglo XX, con la diferencia que a finales del siglo XIX los ingresos del Estado eran escasos y hubo que hacer colectas públicas en un país pobre. Surgió una alianza con los sectores gubernamentales y no gubernamentales, elemento de importancia en el éxito institucional. En los años 70's, la participación del Estado fue abrumadora, fue el período de mayor bonanza financiera del Estado de la era petrolera. Las exportaciones, a expensas del sector petrolero, llegaron a un nivel histórico de más de 11 mil millones de dólares (precios de 1978), y las importaciones crecieron constantemente toda la década de los 70 <sup>31</sup>, el desempleo llegó a una cifra histórica de solo 4%.

En 1996, veinte años Omar Porteles quien después quien vendría a ser su Vicepresidente recordaba el momento de la función de Ascardio el 25 de marzo de 1976 de esta manera:

*“En aquella oportunidad mi padre me pidió que lo acompañara a una reunión la cual tenía por objeto constituir la Asociación Cardiovascular Centro Occidental Ascardio...para entonces el Estado lo podía todo y no era común que la sociedad civil planteara su participación en materia de servicios públicos. Sin embargo un grupo de médicos sonadores presintieron el camino, a pesar del recelo de los que no entendían el hecho de crear una persona jurídica de derecho privado para atender a fines públicos...Basta detenerse un poco en el anterior objetivo para entender claramente que Ascardio se trata de un ente privado que promueve a la propia comunidad para que participe en la gestión y solución de sus problemas”* <sup>32</sup>.

Finizola tuvo una excelente oportunidad de vincularse a los líderes del programa cardiovascular en Venezuela en su estadía en el *Departamento de Enfermedades Cardiovasculares*, entre otros, con el Dr. Oswaldo Barrios, cardiólogo, quien años más tarde se encargó de la dirección del Departamento, quien le daría su más desinteresado apoyo, al igual de los niveles centrales a su propuesta, lo cual se tradujo, en aportes consistentes no solo en consejos personales, sino en equipos, aparatos e instrumentos que la cardiología de entonces requería para su ejercicio moderno. Esa situación es muy importante para explicar la flexibilidad del sistema de alianzas y la coherencia interna de la institución en su crecimiento.

Inicialmente Ascardio, sin una sede física, comenzó a trabajar casi a diario, en numerosas ocasiones en la casa habitación de Tulio Fernández. De allí surgió la necesidad de seguir laborando con el objetivo de fortalecer el *Programa Cardiovascular del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*. En abril de 1976, se comenzó el trabajo de supervisión de la red y transformar en realidad el *Programa Regional de Enfermedades Cardiovasculares*, contando con la estrecha colaboración de un personal a quien conoció en Duaca.

La incidencia de enfermedades cardiovasculares tan solo en Lara de 1970 a 1974 según los registros del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social era relativamente baja, tan solo 3,03% del total nacional, para un total de 51.462 casos. Lara ocupaba el noveno lugar de incidencia de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo los datos aportados por las investigaciones y estudios descriptivos de los Doctores Suárez Torres cardiólogo del IVSS de Barquisimeto, Hans Doehnert y José Motta patólogos del Hospital Central de Barquisimeto, acerca de las causas de muerte por autopsias indicaron que probablemente había un sub-registro, pues en las autopsias realizadas el 36% las muertes eran debidas a enfermedades cardiovasculares. En el lapso de 1975 a 1979 el registro del Ministerio reveló un aumento a 3.253 casos <sup>33</sup> lo cual indicaba probablemente la mejoría del registro de casos. Por otra parte ello justificó la necesidad de un sistema de prevención y atención cardiovascular más eficiente.

Finizola nos recuerda que la primera sede del programa, fue un verdadero “centro ambulatorio”, representado por un vehículo rústico, que él mismo manejaba y con el cual viajó por toda la región centro-occidental supervisando, y coordinando las actividades del programa <sup>34</sup>. La negativa del Servicio de Cardiología del Hospital Central Antonio María Pineda de Barquisimeto de transformarse en la sede del programa, le convenció, que no era posible el camino que parecía más lógico, y ello le motivó a buscar otras opciones menos tradicionales, pero posibles. Inicialmente *“estuvimos muy aislados porque a muchos colegas no*

les parecía del todo correcta la actividad que veníamos realizando”<sup>35</sup>. Pero surgió una opción de ‘nuevo tipo’ las alianzas estratégicas con distintos sectores sociales. En una entrevista realizada en 1991, indica:

*“En verdad, las tres personas que trabajábamos en el programa, éramos personal de nómina del Ministerio y ya para ese entonces todo el mundo en el Ministerio conocía la labor que veníamos realizando en las zonas rurales, nosotros confiábamos en que nos permitieran continuar. Sin embargo, muchos colegas opinaban que nuestro trabajo no era muy ortodoxo, eso de crear una figura privada para ejecutar un programa del Ministerio no les parecía muy cónsono con la tradición del ejercicio médico”<sup>36</sup>.*

La sede definitiva del programa, se inauguró formalmente en mayo de 1977, como ‘Unidad Cardiovascular’ en el Hospital Luis Gómez López, antecedente del Centro Cardiovascular Regional. Su entrada a esa institución hospitalaria se debió en gran parte al desinteresado apoyo del Licenciado Arnoldo Rodríguez, bioanalista y posteriormente abogado, quien era el Jefe del Laboratorio del Hospital Luis Gómez López. En México, en 1977, conoció la experiencia del Instituto Nacional de Cardiología de México, y entrevistó a su fundador el Dr. Ignacio Chávez, lo cual le permitió visualizar con mayor precisión lo que sería el Centro Cardiovascular Regional (CCR). Su organización, dependencia y sus edificaciones, sirvieron de inspiración en la conformación de los que fue el Centro Cardiovascular Regional en Barquisimeto<sup>37</sup> (ver Anexo No. 1).

La alianza con los niveles centrales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en especial del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares daba sus primeros frutos. Finizola advirtió entonces:

*“...seguimos los lineamientos generales de los objetivos propuestos por el Ministerio de Sanidad para el área cardiovascular. Lo que va en contra de esos objetivos lo rechazamos aunque venga del mismo Ministerio. Esto ha hecho que perdure el matrimonio”<sup>38</sup>.*

De 1977 a 1979 el sistema gerencial permitió un sistema de tarifas que Ascardio llamó sociales.

*“permite establecer el monto de colaboración dependiendo del ingreso familiar del paciente y del número de personas que forman su grupo familiar. Esto nos permite recibir los fondos que necesitamos para funcionar y mantener el sentido social del servicio que prestamos. Efectivamente cuando el servicio social detecta que un paciente no está en capacidad de colaborar, se le considera exonerado”<sup>39</sup>.*

Estos recursos permitieron que progresivamente alrededor del 60% de los ingresos de Ascardio viniesen a través de esta fuente<sup>40</sup>.

En mayo de 1979 comenzó el primer curso de postgrado de cardiología en Ascardio y en diciembre de 1979 gracias a la colaboración de la Gobernadora del Estado Lara, Doris Parra de Orellana se inició el proyecto de sede del Centro Cardiovascular Regional y de Ascardio con un de “costo de 10 millones de bolívares” como valor de la obra<sup>41</sup>. Se prestaron servicios de consulta externa, fono-cardiografía y pruebas de esfuerzo, inicialmente, a las cuales se agregarían ecocardiografía y un laboratorio clínico.

En enero de 1979 la Unidad de Cardiología sede del Programa, pasa a denominarse formalmente *Centro Cardiovascular Regional* (CCR). Pero ciertamente era el centro del programa que se complementaba con las visitas que dos veces por semana se realizaban a las cabeceras de distrito, inicialmente también a Yaracuy, Falcón y Portuguesa siguiendo el esquema de regionalización que se había decretado durante el gobierno del Dr. Rafael Caldera (1968-1973).

CUADRO NO. 1  
Actividades de Ascardio-CCR de 1977-1979<sup>42</sup>

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1977</b>	<b>1978</b>	<b>1979</b>
Consultas cardiológicas	1227	2633	6359
Radiología	--	--	100
Electrocardiogramas	687	1743	3631
Fonomecano cardiografías	92	128	162
Pruebas de esfuerzo	47	87	178
Ecocardiografía	16	87	157
Vecto cardiografía	--	37	247

Fuente. Archivos de Ascardio- Sistemas.

El cuadro No. 1 muestra como el crecimiento limitado de los dos primeros años en el número de consultas, sin embargo se duplica y casi de triplica en 1979, cuando se produjo el primer salto organizativo de la institución con la incorporación de los primeros residentes de postgrado y se inaugura la nueva sede del CCR.

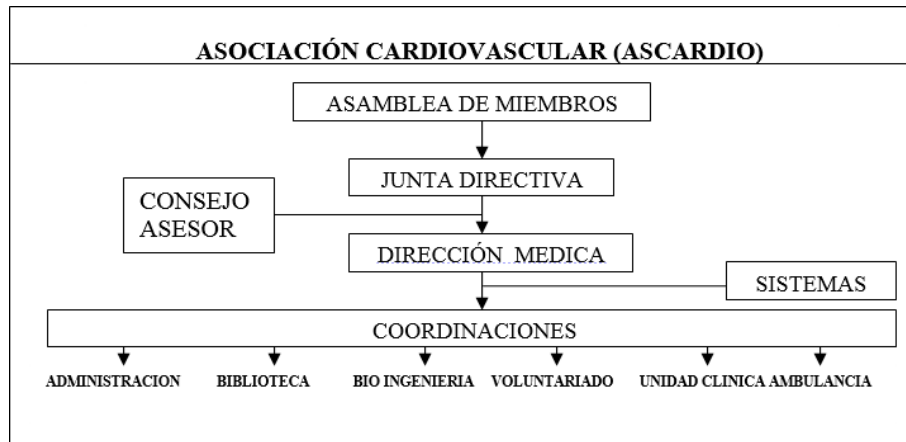
## CONCLUSIÓN

La creación de una institución exitosa en salud en la ciudad región de Barquisimeto tiene sus basamentos en la lectura de la experiencia histórica universal, nacional y regional, la comprensión de los éxitos institucionales así como la revisión crítica de la experiencia de la administración pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Su flexibilidad gerencial y administrativa le permitió adaptarse a las distintas circunstancias históricas transformando las amenazas sociales en nuevas oportunidades de crecimiento y desarrollo institucional. Las alianzas estratégicas entre sectores gubernamentales y no gubernamentales, así como la gestión participativa y democrática, han sido la base de su construcción como proyecto de institución de salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Arteta, F. (2000). Historia Social de la Asociación Cardiovascular de la Región Centro Occidental. ASCARDIO. 1976-2000. Venezuela: Ediciones Ascardio.
- Puigbo, J. (2012). Historia de la Cardiología en Venezuela. Sociedad Venezolana de Cardiología. Venezuela: Ediciones Ateproca.

## Apéndice



### ANEXO NO. 1

#### Organigrama de la Asociación Cardiovascular Centro occidental. Ascario

FUENTE: Archivo de Normas y Procedimientos Ascario.

## NOTAS

1. Consultar a Arteta (2000) y Puigbo (2012).
2. Nos referimos a la aseveración de Etienne Bloch “*marcar la diferencia entre trabajo útil y aquel que no representa sino una pérdida de tiempo y dinero. No es porque todo puede ser objeto de la historia que podemos interesarnos a cualquier cosa y hacer investigaciones sobre el particular*”. Lección Magistral de Etienne Bloch en el III Congreso Internacional de Historia a Debate. Santiago de Compostela. 14 de julio de 2004. En: Revista de Ciencias Sociales de la Región Centroccidental. Enero- diciembre 2004, p. 149
3. Bartolomé Finizola Celli, cuarto hijo de un matrimonio de inmigrantes italianos, con fuertes vínculos con Venezuela desde el siglo XIX, nació el 18 de abril de 1946 en la muy céntrica calle 26 entre carreras 22 y 23, de la Barquisimeto cuadrículada de entonces. Sus padres, emprendedores comerciantes y constructores, se establecieron gracias al arraigo y permeabilidad y posibilidades de ascenso social que la ciudad permitió desde finales del siglo XIX. Cf. Celli de Finizola, Conchita. Mis Vivencias. 2003.
4. Las redes de atención concebidas así por José Ignacio Baldo, partía de una red primaria constituida por los grandes hospitales regionales, las secundarias con los centros de salud en las cabeceras de los distritos sanitarios, los terciarios a nivel de medicaturas rurales y los cuaternarios en los dispensarios rurales, generalmente a cargo de enfermeras no graduadas con cursos especiales. Comenzaron con redes de fisiología, que fueron copiadas como experiencia exitosa por la red de cardiología que fundó en los años 60 el Dr. Bernardo Gómez.
5. Cf. Giménez -Lizarzado, C. Duaca en la Época del Café 1870-1935. 2001, p. 33.
6. Nos referimos a la época en que gobernó Venezuela el General Juan Vicente Gómez: de 1908 a 1935. *Ibidem* pp. 112-115.
7. Rojas, R. La Economía de Lara en Cinco Siglos. 1996, p.98.
8. Entrevista personal a Bartolomé Finizola. Noviembre de 2004 (audio cassette).
9. Entrevista personal a Bartolomé Finizola. Noviembre de 2004 (audio cassette).
10. Entrevista personal a Bartolomé Finizola. Noviembre de 2004 (audio cassette).
11. Es citado textualmente en la entrevista con el Dr. Finizola (Noviembre 2004).
12. Es citado textualmente en la entrevista con el Dr. Finizola (Noviembre 2004).
13. Memorias del MSAS, 1969: p. 230 en: Malave, J. Gerencia en Salud: Un modelo innovador. 1995, p.48.
14. Para más detalles de la figura del Dr. Carlos Gil Yépez, léase el capítulo I.
15. MSAS 1969: p. 42 En: Malave, J. *Op cit* 1995, p.46.
16. Entrevista al Dr. Finizola (noviembre 2004).
17. A esta idea Finizola le otorga la mayor importancia.
18. Finizola, B. *Editorial*. Revista Médica Razetti. Vol. IV. N 1-1, p.5. Enero-Diciembre 1997.
19. *Ibidem*.
20. Asociación Regional de Ejecutivos. *Barquisimeto: Situación y Perspectivas*. 1976, p.53. En Rojas, R. *Op cit* 1996, p.94.

21. Entrevista de Eduardo Delpretti al Dr. Alexis Bello. Viernes 19 de febrero de 1993. Diario El Globo.
22. Memoria y Cuenta. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1974.
23. Dirección General de Estadísticas. Ministerio de Fomento. Caracas. 1972.
24. *Documento General de la Comisión Especial del Servicio Nacional de Salud*. Boletín del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas. 1974.
25. Entrevista al Dr. Bartolome Finizola. Noviembre 2004. (Audio Casette).
26. *Ibidem*.
27. Testimonio personal del Dr. Douglas Cordero Sierra. Diciembre de 2004.
28. Entrevista del periodista Gerardo Oviedo al Doctor Francisco Suarez Torres: “*Un Barquisimeto muere diariamente víctima del corazón*”. Diario El Impulso. Barquisimeto. Martes 4 de agosto de 1970.
29. *Ibidem*.
30. Rojas, R. *Op cit*, 1996, p.96 y 97.
31. Ugalde, Luis. Análisis Socio-Económico de Venezuela II. 1982, p. 16.
32. “Ascardio una loable realización social”. Diario El Impulso. 26 de marzo de 1996, p. C-8.
33. s/a. Registro central de casos del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas. 1970-1980 (mimeografiado).
34. Entrevista a Bartolomé Finizola. Ascardio. Noviembre 2004.
35. Entrevista a Bartolomé Finizola en: Palumbo, G. *Op cit* 1991 p.57.
36. *Ibid* pp. 53-54.
37. Entrevista al Dr. Bartolomé Finizola. Coordinación de Ascardio. Noviembre 2004.
38. Entrevista a Bartolomé Finizola en: Palumbo, G. *Op cit* 1991, p.57.
39. Entrevista en: Palumbo G. *Op cit* 1991 p. 55.
40. *Ibidem*.
41. Entrevista al Dr. Eleazar García, Julio 2005.
42. Archivos de la Biblioteca “Carlos Gil Yopez” de ASCARDIO. Barquisimeto.

CC BY-NC-ND