

Financiamiento en seguridad social y salud

Antonio Clemente Heimerdinger

Servicio de Cirugía IV. Hospital Miguel Pérez Carreño, IVSS

RESUMEN

El Libertador Simón Bolívar, consideró en el mismo rango de valor: la felicidad, la seguridad social y la estabilidad política. Los riesgos cubiertos por los sistemas de seguridad social, mundialmente, son cinco: 1. Vejez, invalidez y sobreviviente; 2. Enfermedades comunes y maternidad; 3. Enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; 4. Desempleo y 5. Prestaciones familiares. La seguridad social, es uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza, al ser los aportes estimados en función a los ingresos y la repartición de prestaciones por igual. En Latinoamérica y el Caribe, en la década del sesenta se invirtió en salud el 5,7 del producto territorial bruto y en la del setenta el 6,2 del mismo. En Venezuela, en 1987, en el sector público se invirtió el 5,7 y en el privado el 0,95. De 1972 a 1980, ascendieron en frecuencia las causas de muerte por las enfermedades del corazón, los accidentes y el cáncer. El número de poblaciones mayores de veinte mil (20 000) habitantes pasó de nueve (9) en 1936 a sesenta y cinco (65) en 1981. En Latinoamérica y el Caribe, se gastó en salud y defensa la mitad del promedio de lo empleado en el mundo y en seguridad social el 15% por debajo de la utilizada universalmente. Entre 1981 y 1986, los egresos invertidos en la administración de la seguridad social en Venezuela, ascendieron 18%, pero en la asistencia médica el incremento fue de 55%. En el mismo lapso, el pago de personal correspondió al 62%. Para la determinación del monto de los honorarios médicos profesionales se hizo una fórmula en la Federación Médica Venezolana en la cual se incluyeron 6 variables. Existen múltiples sistemas de financiamiento para la seguridad social, los más frecuentemente empleados son: 1. El reparto simple; 2. El reparto de capitales constitutivos; 3. La prima media, y 4. La prima escalonada.

Palabras claves: *Financiamiento y seguridad social.*

SUMMARY

Simón Bolívar, place on the same level of value: happiness, social security and political stability. World wide the risks covered by social security are: 1. Old age, invalidity and death, 2. Sickness and maternity, 3. Work injury, 4. Unemployment, and 5. Family allowances. Social security in one of the existing systems for distribution of the richness. In Latin America and the Caribbean during the sixties the investment in health was 5,7 of the gross national product (GNP) and in the seventies was 6,2%. In Venezuela in 1987 the investment in health in the public sector was 5,7% of the GNP. From 1972 to 1980, the causes of death in Venezuela increased in heart disease, accidents and cancer. The cities with 20 000 or more habitants increased from 9 in 1936 to 65 in 1981. In Latin America and the Caribbean the expenses in health and defense were half of what was used in the world, and 15% less of the invested in social security. Between 1981 the expenses invested in the administration of social security increased 18%, and in health 55%. In the same time the payment of the pay roll was 62% of the total expenses in social security. The amount of doctor's bill was determined by the use of six variables. There are four most common systems of social security financing: 1. Simple division; 2. Division of capitals; 3 Medium quotation, and 4. Stepping quotation.

Key words: *Financing, social security*

“El sistema de Gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”

“Simón Bolívar” (1)

INTRODUCCION

No es fácil definir el número de ministerios en un estado moderno. Hay algunos que son comunes en la mayoría de los países: defensa, justicia, hacienda, salud, etc. pero, su número varía según la tendencia histórica, el tamaño del país, sus condiciones geográficas, sociales, económicas, culturales, etc. Existe también un criterio organizativo que coloca los sectores más importantes en el gabinete ejecutivo, y otros denominados agencias, y en Venezuela, institutos autónomos, que están adscritos a los ministerios. Y es a través de ellos que informan, a los poderes ejecutivos y legislativos.

La salud es un sector tradicional que en la mayoría de los países forma parte del gabinete, pero el concepto de seguridad social es más reciente, fundado por Bismark en Alemania en 1883 (2).

En la mayoría de los países la seguridad social está adscrita al Ministerio del Trabajo, al de Salud, o tiene la categoría de Ministerio.

El concepto de seguridad social involucra la distribución de los miembros de la sociedad para solventar los riesgos.

Habitualmente ello se logra basado en el concepto de "solidaridad", por medio del aporte de unidades monetarias. Los riesgos que cubre la seguridad varían mucho según los países, o dentro de un mismo país dependiendo de las actividades desempeñadas. Se la concibe como uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza, cuando el aporte está en función de los ingresos, y el monto de los beneficios es igual para todos los contribuyentes. Hay muy pocos países en el mundo que llevan este concepto en forma estricta. El financiamiento del Ministerio de Salud procede del anteproyecto de presupuesto presentado por el Congreso, su monto y aprobación varía según la política del Gobierno y las disponibilidades del erario público. La seguridad social, obtiene el suyo de tres fuentes: los trabajadores, las empresas y el estado, este monto tiene un destino directo, sin pasar su distribución por el Parlamento.

El equilibrio entre el desarrollo económico y social es indispensable para poder vivir en un ambiente de paz social, dependiente de la justicia. Este se logra cuando los bienes de la cultura se difunden en una forma mayoritaria en las comunidades y la productividad de la hora de trabajo, produce un excedente que se convierte en ahorro.

Algunas experiencias analizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana de Interacción Sectorial, por ejemplo: Educación, Salud y Agricultura, no produjeron los rendimientos supuestos. Ello no significa que esta hipótesis no deba ser explorada de nuevo (3-5).

El sector Salud tiene un carácter dependiente, pues su acción está en alto grado determinada por el balance de variables que escapan su capacidad directiva, un buen ejemplo de ello es el suministro y disposición de aguas. Hubo una gran mejoría de los grandes indicadores de salud en la región Latinoamericana y del Caribe en las décadas del 70 y del 80, pero el crecimiento económico se ha modificado poco, pues se estima que en la región más del 40% de la población está en niveles de pobreza crítica (6-7).

Si ubicamos los grupos de población según sus ingresos mensuales en: altos y medios (más de cinco mil mensuales), ello representa el 20% del total y los de pobreza relativa y extrema (menos de cinco mil bolívares) el 80%. Estos datos provienen del proyecto Venezuela de 1986 (6).

Algunos piensan que estos conceptos no reflejan la realidad, pues las estimaciones hechas con base a la idea de "ingreso disponible" son más veraces, pues en él se manejan los conceptos de la economía formal y la informal. Es importante señalar que esta última tiende a crecer; se piensa que, en latinoamérica puede ser del 50% y en Venezuela se ha estimado entre el 15 y 33%.

El sector público de salud en Venezuela, proyecta la asistencia médica en base al concepto de "demanda satisfecha", es decir pacientes atendidos por enfermedades, en un lapso.

El sector privado modifica el monto interanual de las primas, usando entre otras variables la de "siniestralidad", número y monto en unidades monetarias generadas por la atención de los pacientes en el año precedente. Ambos procedimientos son aproximaciones a la realidad del universo, que correspondería a la incidencia y gravedad de las enfermedades. Ello varía permanentemente debido a la investigación en fármacos, la influencia de la alta tecnología en los procedimientos de diagnósticos y los factores socio-económicos y culturales (4, 6, 8-10)

El coste de la atención médica tiene dos componentes básicos: los insumos para lograr el diagnóstico y los necesarios para efectuar el tratamiento, los

cuales genéricamente se denominan “material médico quirúrgico”. En los pacientes cuya enfermedad requiere hospitalización, se añade el coste de permanencia (hotelería). Los segundos son los salarios u honorarios médicos (11-15).

En el sector público, este último se determina en base a la antigüedad y méritos, y se ejecuta por convenimientos de trabajo en lapsos variables. Para determinar los honorarios en el sector privado se ha ideado una fórmula en la Federación Médica Venezolana, en la cual se toman en cuenta la complejidad y severidad de la enfermedad, la antigüedad y experiencia del médico, el área geográfica donde se efectúa el acto médico y el coste de vida (11).

Ricardo y Smith, insistieron mucho en la necesidad de remunerar el trabajo en función de la calidad y cantidad. Consideramos que este concepto tiene una vigencia absoluta hoy en Venezuela (16).

La Oficina Sanitaria Panamericana señala, que el producto territorial bruto (PTB), los gastos de los gobiernos y los asignados a la salud mantendrán una tendencia histórica. Haciendo énfasis, que para la época presente, lo más importante es el factor de productividad (equidad entre los insumos, la calidad y cantidad del resultado) y advierte que el crecimiento y extensión de la atención médica se hará en función a la seguridad social (2,6,7,).

En Latinoamérica y el Caribe, en la década del sesenta se invirtió en salud, el 5,7 del PTB; en la del setenta el 6,2. En Venezuela en 1987, el PTB; fue de 458 667 millones de bolívares, en el sector público se invirtió 5,7% del PTB, y en el privado fue el 0,95% (2).

MATERIAL Y METODO

Consideramos necesario señalar un grupo de hechos relacionados con la salud en el tiempo, así como otros fenómenos que estimamos de mucha importancia, para luego entrar en los gastos de ambos sectores, la estimación de honorarios y por fin los programas de seguridad social y sus fuentes de financiamiento. Las cifras y conceptos que expondremos son producto del trabajo de muchas personas y obtenido de la literatura publicada, nuestra única contribución ha sido el ordenamiento, las conclusiones y las recomendaciones que de ello deducimos.

Principales causas de muerte. Presentaremos sólo

nueve y su relación con la totalidad.

En 1972, las primeras causas de muerte fueron el 56% del universo y en 1980, el 62%, o sea que se fueron concentrando. Ello por el ascenso de las cinco primeras (expresado en tasas por 100 000 habitantes: corazón de 11,4 a 15 (24%), accidentes de 7,2 a 11,9 (39%), cáncer de 7,9 a 8,1 (1%) embarazos de 7,3 a 8 (9%), cardiovascular (corazón y vasos tratados quirúrgicamente) de 4,3 a 6,1 (28%). Disminuyeron: diarrea 22%, y neumonía 42%. Permanecieron iguales en 1,8% las enfermedades congénitas y los suicidios y homicidios (6,17).

Urbanización. El proceso de urbanización en Venezuela ha sido muy marcado, desde 1936 a 1981. En relación al número de poblaciones con más de 20 000 habitantes, pasaron de 9 con el 16% de la población del país a 65 con el 70%. El número de poblaciones aumentó el 86% en 45 años 1,9% por año, y la concentración de la población pasó de 16 a 70%, aumentó 54%, 1,2% por año. Este fenómeno, cuya explicación u origen no es simple, modifica totalmente la realidad social, económica y cultural, condicionando la salud, la seguridad social y su financiamiento (18).

Gastos totales de los Gobiernos. La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentan unas cifras comparativas entre salud, seguridad social y defensa, en los años 1973 y 1979. Sintetizamos las del mundo y las de América Latina y el Caribe, expresadas en porcentajes de los gastos anuales en salud de los Gobiernos. En el mundo se gastó el 10% y en Latinoamérica 7%. En salud y defensa se empleó casi la mitad de lo usado en el mundo. En seguridad social 15% por debajo de lo que se gasta en el mundo. En Venezuela (1987), el gasto público fue de 204 billones de bolívares y el de salud fue de 30 billones de bolívares sector público y privado, ello de 14,71%, público 11,65% y privado 2,06% (2,19).

Financiamiento del sector público. En la mayoría de los países existe un Ministerio o Secretaría de salud, a quien le compete dictar las normas en el sector. Ellas rigen tanto para el público como para el privado. Además, el Ministerio de Salud debe velar por la medicina preventiva, y en Venezuela además cubre una gran parte de la medicina curativa, junto con el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y los servicios médicos de la administración central y descentralizada.

El financiamiento de estos entes, salvo el Seguro Social proviene del Tesoro Nacional en una u otra

forma.

Gastos de salud en el sector público. La estructura administrativa tiene registros que permiten el coste de un acto médico, pero para poder lograr que el egreso de cada paciente pueda ser acompañado de una factura, con la identificación de los costes, deben crearse métodos que permitan que este procedimiento sea expedito. En igual forma sucede en los ambulatorios, dispensarios y las consultas externas.

Se han efectuado estudios en dos hospitales (Hospital Universitario de Caracas, 1978 y Hospital Miguel Pérez Carreño, 1980 (13,19), y en dos Centros ambulatorios del IVSS; Caricuao 1980 y Cúa 1980), (14,15). En ambos estudios se empleó el método de la escalera adaptado a Venezuela por CENDES, y el SAS. Hemos usado la base de información correspondiente al año 1987. El PTB, total fue de 451 billones de bolívares. El sector público empleó 26 billones de bolívares, el 86%, del total, lo que corresponde a 5,7% del PTB, total. El sector privado 4 billones de bolívares, 0,95% del PTB (19,20).

Financiamiento de la seguridad social (12,21,22). En Venezuela según la ley vigente de 1967, (23) y su reglamento de 1976, (16) el Seguro Social tiene tres fuentes de ingresos, todos referidos a porcentajes del salario. Los trabajadores 4%, las empresas 7, 8 ó 9%, según el riesgo de las mismas y el Gobierno pagará los gastos de administración, los del primer establecimiento (administrativos y asistenciales) y de mantenimiento de los equipos, lo cual no podrá ser menos al 1,5 % de los salarios cotizados. Emplearemos las estadísticas correspondientes a 1986. El total de recaudaciones pasó en 1981, de 5 billones de bolívares a 7 billones de bolívares en 1986 (19,23-25).

Gastos de seguridad social. Los egresos se hacen por concepto de tres fondos: asistencia médica, 6% del total de cotizaciones indemnizaciones diarias, 1,25% y pensiones y demás prestaciones en dinero, 6,25%.

Entre 1981 y 1986, los egresos en la administración ascendieron de 638 millones a 782 millones (18%, por asistencia médica, de 1 839 a 3 339 millones de bolívares, ascendió 55%, las indemnizaciones diarias de 243 a 225 (5%) y en pensiones y demás prestaciones en dinero, de 1 128 a 2 077 millones de bolívares (53%) (23). Es interesante señalar que el pago de personal fue de 1 555 millones y aumentó a 2 498 millones de bolívares (62 %), éste corresponde al 38% del total de gastos del Seguro Social. El PTB total de 1986 fue de 443 billones de

bolívares y el total de gastos de seguridad social fue de 6 billones de bolívares, lo que corresponde a 1,45% del PTB total y gasto total de 147 billones de bolívares fue de 4,38% (19,23). Hay una gran diferencia entre esto y lo reportado para Latinoamérica, pero para tener la totalidad del monto asignado a la seguridad social, se deben sumar la que invierten todos los institutos públicos y privados.

Honorarios médicos. Estamos en el proceso de finalizar un procedimiento que permita la determinación de los honorarios médicos ajustándonos al espíritu y la letra de la ley. Hemos propuesto el uso de seis variables: a) complejidad, dentro de una escala del 1 al 65, depende de la gravedad de la enfermedad o del procedimiento terapéutico empleado; b) severidad, es el estado de gravedad del paciente, las cifras son de 1,25 a 1,75; c) área geográfica. El Banco Central de Venezuela ha determinado el coste en doce ciudades del país, con ello hemos (22) construido una escala que va de 1,10 a 1,40; d) experiencia profesional, la hemos dividido en dos temporalmente y las cifras son 1,05 y 1,10; e) la clasificación de las clínicas, de 1 a 1,15, y un factor determinado por promedio dividiendo los costes por el factor de complejidad que nos ha dado 650 bolívares (2).

Programas de seguridad social. Según el convenio 102, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), al cual está suscrito Venezuela, en la norma mínima de la seguridad social hay nueve ramas: 1) Asistencia médica; 2) Prestaciones en dinero por enfermedad; 3) Prestaciones por desempleo; 4) Prestaciones por vejez; 5) Prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedad profesional; 6) Prestaciones familiares; 7) Prestaciones en maternidad; 8) Prestaciones por invalidez; y 9) Prestaciones por sobrevivientes. Se consideran 1, 2, 3 y 7 corto plazo y 4, 8 y 9 a largo plazo. La única inexistente en Venezuela es la 6.

Organización financiera. Régimen y sistema de financiamiento. La organización financiera constituye el conjunto de medidas administrativas que se disponen en el organismo gestor responsable, en vista de las aplicaciones de los mecanismos actuariales y contables que garanticen el equilibrio financiero. El régimen financiero debe seguir principios matemáticos, actuariales y econométricos. El equilibrio entre el financiamiento y la liquidez de caja son esenciales para el buen desenvolvimiento y se basa: 1) Elementos demográficos y biomédicos; 2) Sistemas de prestaciones; 3) Modalidades de

financiamiento y 4) Situación general de la economía.

Los sistemas de financiamiento más frecuentemente empleados son:

1. Reparto simple. Los ingresos de período de equilibrio deben ser iguales a los egresos del mismo período.
2. Reparto de capitales constitutivos. En cada año acumulan un excedente que actúa como fondo de reserva.
3. Prima media. La tasa de contribuciones se mantiene constante. Al comienzo los ingresos superan los gastos, a medida que pasa el tiempo, el interés del capital compensa los ingresos.
4. Prima escalonada. Es un sistema intermedio entre el primero y el tercero; al comienzo las cotizaciones son estables (10 a 20 años) de allí aumenta, pero es una escala menor que en la de reparto simple (12,21).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Aumentar la productividad creando incentivos positivos relacionados con la calidad y cantidad del trabajo. (Art. 73 Ley del Trabajo).
2. Se debe hacer una nueva Ley de Seguridad Social basada en: 1. Crecimiento económico, 2. Desarrollo social, 3. Demografía, 4. Salud, 5. Población económicamente activa, 6. Ingresos económicos y 7. Empleo y desempleo.
3. Extender universalmente la seguridad social.
4. Desarrollar la atención médica primaria, en base a la medicina familiar.
5. Determinar la demanda de atención médica regional, por muestreo, sobre la frecuencia de enfermedades.
6. Ajustar nuestros indicadores sociales y de salud, a las metas internacionales.

REFERENCIAS

1. Bolívar Palacios S. Proclamas y discursos del Libertador. Discurso pronunciado por el Libertador ante el Congreso de Angostura el 15 de Febrero de 1819, Caracas 1939 Lit. y Tip. del Comercio 1939:214.
2. Federación Médica Venezolana, XLII, Asamblea Ordinaria. Ponencia Central Seguros Privados y su vinculación con el ejercicio de la medicina. Porlamar, septiembre 1988.
3. S.S. Juan XXIII, Mater et Magistra 45 SIC. Caracas 1961.
4. S.S. Juan XXIII, Pacem in terris 9-25, El Hatillo, Estado Miranda.
5. S.S. Juan Pablo II, Laborem Exercens 12,74, Caracas Ediciones Tripoide año 1992.
6. Oficina Sanitaria Panamericana. Salud para todos en el año 2 000, Washington 1982.
7. Organización Mundial de la Salud. Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de Asistencia Médica. 1984.
8. Clemente HA. Programa de Atención Médica en Ciudad Guayana, IVSS, Puerto Ordaz 1980. Mimografiado.
9. Clemente HA, Bracho N. Evaluación de hospitales y ambulatorios. Federación Médica Venezolana. Educación Médica Continuada 8:20-28 de agosto de 1985.
10. Otero L. Análisis de los costes mensuales por departamentos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas. 1981.
11. Bilsborough C. Estudios de facturación de 2 000 muestras computarizadas. Casos asegurados y no asegurados a nivel nacional 1987-1988. Inédito.
12. Clemente HA, López L, Rivadeiro A. Financiamiento de la salud y la seguridad social. Buenos Aires, Argentina. AISS1980;47:5-9.
13. Clemente HA, Otero L. Análisis de los costes médicos por servicios en el Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 1982. Mimeografiado.
14. Clemente HA, Otero L. Coste, beneficio de las actividades mensuales por departamento en el Centro Ambulatorio de Cúa, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales; 1982. Mimeografiado.
15. Clemente HA, Otero L. Funciones de productividad y costes por departamentos, en el Centro Ambulatorio de Caricua del IVSS; 1981. Mimeografiado.
16. Ricardo D. Principios de la economía política y la tributación. IV. México Fondo de Cultura Económica, 1973.
17. Clemente HA. Categorización del politraumatizado. Jornadas de Emergencia. Cap. Venezolano y Sección Venezolana del capítulo XIV, de la Comisión de Traumatología. Colegio Americano de Cirujanos. Hospital de Clínicas Caracas, mayo de 1989.
18. Oficina Central de Estadística e Informática, 1983.
19. Reglamento de la Ley del Seguro Social; 7,04,76

- Artículos 198 y 116. Año 1967.
20. Asprino D. Taller sobre: Financiamiento del sector salud en América Latina. Modelos presentes y nuevas aplicaciones. Colombia 1979.
21. Castro G. Financiamiento de la seguridad social en América Latina. Estudios de la Seguridad Social, Buenos Aires, Argentina. AISS 1982;40:5-28.
22. Clemente HA, Dugarte J, Rivadeira A, et al. La seguridad social para todos los trabajadores migrantes. Segunda Conferencia de la Asociación Internacional de Seguridad Social para la América. AISS:ISSN:0250-6041:5:251.
23. Ley del Seguro Social 01.1.67.
24. Gaceta Oficial No. 246 984 del 19 de enero de 1983.
25. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Anuario Estadístico 1986.
26. Vicentini P. Cátedra de Atención Médica y Hospitales, Escuela de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1989.

“El Hospital San Juan de Dios detalles de su historia antigua

Juan Ernesto Montenegro, Cronista de la Ciudad.

Se podría creer sin alejarse de la verdad que la historia del hospital San Juan de Dios de La Guaira se agotó en las fuentes que han examinado varios y talentosos historiadores de la Medicina en Venezuela. Y la creencia pasa a convicción desde el momento que estudiamos los datos recogidos por el incansable hermano Ortega y por el meticuloso investigador doctor Ricardo Archila, quienes, por sus valiosísimas muestras, parecían no haber dejado lugar para ulteriores consideraciones.

Pero nuestro Archivo Histórico del Concejo Municipal se sigue mostrando abundante y generoso, a pesar de la minuciosidad de quienes han tratado en sus vetas sin poder agotar sus secretos; y es merced a ello que podemos ofrecer información adicional desconocida e inédita, que puede sumarse a la que se ha publicado, si se quiere hacer una historia más detallada y precisa de una venerable y humanitaria institución.

La primera mención que hallamos en nuestros papeles sobre el Orden de San Juan de Dios se refiere a un religioso que servía de cirujano en el presidio o fortaleza de Santo Tomé de Guayana en 1677. Este hermano sirvió no menos de doce años en este fuerte, según podemos ver por la relación de los sueldos que recibió por atender a la tropa de la guarnición. De esta forma comprobamos la presencia de un miembro de esta fraternidad hospitalaria en Venezuela, unas decenas de años antes de la fundación del hospital San Juan de Dios de La Guaira.

Es bien conocido el hecho de que este hospital se fundó gracias a la herencia que dejó con este propósito la señora Josefa Gorliz, entre cuyos bienes se hallaba la rica hacienda de Tuazana (hoy Toda-

sana). Correspondió a fray Rodrigo de San José, primer prior, recibir la hacienda con más de catorce mil árboles de cacao, las herramientas de trabajo y la correspondiente esclavitud para el servicio de la finca. La construcción del convento y del puente que permitía su comunicación con la ciudad comenzó de inmediato; pero fue lenta la marcha de la obra por decadencia del patrimonio y por fallecimiento de quince esclavos. El 20 de octubre de 1716 recibe el convenio su segundo prior, fray Manuel Rodríguez, quien prosigue con ahínco la construcción de las edificaciones hasta terminar la iglesia y cerrar algunas salas que estuvieron, en pocos años, en condiciones de prestar servicios.

Fue así como el 18 de septiembre de 1719 se inaugura el servicio hospitalario y se admite a los enfermos pobres, iniciándose en aquel momento un servicio humanitario dirigido a atender los males y sufrimientos de los menesterosos sin atender a otra condición que su propia enfermedad y pobreza, completamente gratuito, con el único interés de atender al prójimo sin recursos, y con una dedicación que mantiene viva la fe en la condición humana, puesto que se sigue practicando con la misma vocación en el hospital San Juan de Dios de Caracas en nuestro días, en otros del interior y en muchos países del mundo.

En aquellos primeros años sólo se recibían en el hospital y convento pobres de solemnidad, a más de algunos huéspedes provenientes de los conventos de Caracas o de las misiones. Fray Manuel Rodríguez con cuatro religiosos hermanos dieron servicio a 230 pobres; les alimentaron con carne, aceite, casabe, papelón y frutos; sanaron sus heridas y úlceras

Continúa en la página 83