JOSÉ IGNACIO BALDÓ

TRAYECTORIA Y LEGADO AL SERVICIO DE LA MEDICINA VENEZOLANA

Edición a cargo de Edgardo Mondolfi Gudat

Fundación POLAR
veinticinco años

AUTORES

Rogelio Valladares

Lucio Baldó Casanova

Blas Bruni Celli

Juan José Puigbó

Alberto Guinand Baldó

Francisco Plaza Izquierdo

Alberto Angulo

José Miguel Avilán Rovira

Guillermo Istúriz

Tulio López Ramírez

Luis José González Herrera

Oscar Lobo Castellanos

Otto Lima Gómez

Margot Corvaia

Manuel Adrianza

Francisco Belisario Navarro

Saúl Peña

Alí González

José Miguel López Antonini

Paúl Romero

Isaac Abadí

José Prieto Casanova

Alfredo Guinand Baldó

Eduardo Guinand Baldó

Edgardo Mondolfi Gudat

Agustín Bologna Rossano

José Ignacio Baldó

Trayectoria y legado al servicio de la medicina venezolana

Estudio Preliminar Rogelio Valladares

Edición a cargo de Edgardo Mondolfi Gudat

Fundación POLAR
veinticinco años

5 **Presentación**
7 **Estudio preliminar** Rogelio Valladares

25 **Semblanza biográfica** (1898-1976) Lucio Baldó Casanova
33 **Un recuerdo del eminente Profesor** Blas Bruni Celli
39 **Acotaciones a su biografía** Juan José Puigbó
57 **Formación médica en Suiza** Alberto Guinand Baldó
71 **Baldó en la historia de la medicina venezolana del siglo XX** Francisco Plaza Izquierdo
83 **Baldó y la Anatomía Patológica** Alberto Angulo
95 **Baldó y la Epidemiología** José Miguel Avilán Rovira
109 **La lucha antituberculosa en Venezuela** Guillermo Istúriz
119 **Ilustre médico sanitarista** Tulio López Ramírez
137 **El Programa de Medicina Simplificada (I)** Luis José González Herrera
147 **El Programa de Medicina Simplificada (II)** Oscar Lobo Castellanos
159 **Baldó y la Medicina Interna** Otto Lima Gómez
165 **Las enfermedades cardiovasculares y la obra de Baldó** Juan José Puigbó
183 **La carrera de Tecnología Cardiovascular en la obra de Baldó** Margot Corvaia
189 **Baldó y la Fisiopatología Cardiopulmonar** Manuel Adrianza
199 **La Oftalmología y la obra de Baldó** Francisco Belisario Navarro
205 **Pasado, presente y futuro de la División de Enfermedades Crónicas no Transmisibles** Saúl Peña
215 **Labor docente** Alí González / José Miguel López Antonini
225 **La Escuela de Salud Pública** Paúl Romero
235 **Semblanza académica** Isaac Abadí
247 **Historia del Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó» («El Algodonal»)** José Prieto Casanova
273 **La construcción del Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó»** Alfredo Guinand Baldó / Eduardo Guinand Baldó

285 **Simón Bolívar, Alejandro de Humboldt y otras pasiones en la vida del doctor José Ignacio Baldó** Edgardo Mondolfi Gudat
303 **Aporte y visión actual de la obra de Baldó**
Agustín Bologna Rossano
317 **Cronología del doctor José Ignacio Baldó**
Edgardo Mondolfi Gudat

Apéndices

329 Discurso pronunciado por el doctor José Ignacio Baldó en el acto de incorporación a la Academia Nacional de Medicina (Caracas, 20 de diciembre de 1936).

337 Discurso del doctor Francisco A. Rísquez en contestación al doctor José Ignacio Baldó en el acto de incorporación a la Academia Nacional de Medicina (Caracas, 20 de diciembre de 1936).

345 Obra escrita del doctor José Ignacio Baldó.

salud@fpolar.org.ve

Junta Directiva
Fundación Polar

Presidenta
Leonor Giménez de Mendoza
Vicepresidenta
Morella Pacheco Ramella

Directores
Alfredo Guinand Baldó
Carlos Eduardo Quintero
Leopoldo Márquez Áñez
Orlando Perdomo Gómez
Vicente Pérez Dávila
Asdrúbal Baptista
Alfredo Fernández Porras
Gunther Faulhaber

Gerentes
Gerente General
Graciela Pantin
Gerente Técnico
Ricardo Alezones
Gerente de Administración
César Díaz

Coordinadores de Área
Agrícola
Alejandro Reyes
Ambiente
Armando Hernández Arocha
Ciencia
Renato Valdivieso
Cultura
Elizabeth Monascal
Donaciones
Miranda Zanón
Economía Agroalimentaria
María Bellorín
Ediciones
Gisela Goyo
Educación y Desarrollo Comunitario
Isabel Mosqueda
Historia de Venezuela
Manuel Rodríguez Campos
Relaciones Institucionales
Alicia Pimentel
Salud y Bienestar Social
Higinia Herrera

Miembros Patrocinantes fundadores

Cervecería Polar Los Cortijos, C.A.
Cervecería Modelo, C.A.
Cervecería Polar de Oriente, C.A.
Distribuidora Polar Metropolitana, S.A.
Distribuidora Polar del Centro, S.A.
Distribuidora Polar Centro-Occidental, S.A.
Cervecería Polar del Lago, C.A.
D.O.S.A.
Distribuidora Polar de Oriente, C.A.
Distribuidora Polar del Sur, C.A.
Refinadora de Maíz de Venezolana C.A. y sus filiales C.A. Promesa
Compañía Espectáculos del Este, S.A.
Inversiones Polar, S.A.

Miembros Patrocinantes Afiliados
Cervecería Polar del Centro, C.A.
Corporación Agroindustrial Corina, C.A. y su filial
Molinos Sagra, C.A.
Industria Metalgráfica, S.A.
Superenvases Envalic, C.A.
Productos EFE, S.A.
Rotograbados Venezolanos, S.A.
Agroindustrias Integrales, C.A.

©Fundación Polar
Caracas, Venezuela, 2002

HECHO EL DEPÓSITO DE LEY
Depósito legal
lf25920019203313
ISBN 980-379-048-X

www.fpolar.org.ve

Hay hombres que son capaces de transformar no sólo el ámbito del conocimiento al que se dedican con verdadera pasión, sino también, lo que no es menos importante, cuya presencia constituye un aliciente y una motivación constante para las personas que los rodean. Es el caso del ilustre médico sanitarista venezolano José Ignacio Baldó, uno de los hombres que más ha contribuido al desarrollo de la medicina en Venezuela, tanto en su especialidad, la tisiología, como también en muchos otros campos que ejerció con dedicación y sabiduría. Así, sus aportes se encuentran también en áreas como la anatomía patológica, la fisiología cardiopulmonar, la medicina interna, las políticas sanitarias en cercana conjunción con la salud pública. En realidad todas éstas no fueron sino distintas facetas en las que el doctor José Ignacio Baldó nos entregó su persona con generosidad en una búsqueda denodada por contribuir al desarrollo de su país.

Hombres como él merecen que las generaciones futuras los mantengan siempre presentes, para servir de guía y de estímulo, de modelos positivos en un mundo tan requerido de ellos. El libro que aquí entregamos sobre su vida y su labor es una obra conmemorativa de su centenario de nacimiento, pero es más que eso: el estudio vivo y dilatado de un verdadero paradigma de la medicina venezolana.

Leonor Giménez de Mendoza

Presidenta de Fundación Polar

ESTUDIO PRELIMINAR

Rogelio Valladares

En 1998 se conmemoró el Centenario del Natalicio de José Ignacio Baldó, un hombre esencialmente venezolano, quien dedicó atención a múltiples aspectos de la vida nacional y concentró su pensamiento y su capacidad de acción en actividades de trascendencia colectiva, iniciando, desarrollando y ampliando la visión, los programas y las acciones de salud pública y de bienestar social.

La obra de José Ignacio Baldó (1898-1976) comienza en Venezuela cuando se especializó como tisiólogo. Su labor continuada hasta su muerte tuvo como estímulo y como base un gran sentido social del ejercicio de la Medicina, la absoluta necesidad de un sólido conocimiento científico para las actividades de salud pública, una disciplinada y realista capacidad de organización y un conocimiento de las cualidades humanas de quienes compartieron con él el trabajo de todos los días.

Nuestro propósito al presentar este libro luego de haberse cumplido el centenario del natalicio de este gran sanitarista venezolano, es señalar a grandes rasgos la evolución de su pensamiento y de sus acciones.

Campaña antituberculosa

En el Hospital Vargas de Caracas, Baldó inició en el año 1934 la preparación de los especialistas que luego pasarían a ser los jefes de la lucha antituberculosa a todo lo ancho del país. Éstos asumen en sus áreas el mismo liderazgo científico, técnico y de proyección social que les inspirara su maestro. Nombrado en 1936 Jefe de la División de Tuberculosis del recién creado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, organiza la lucha antituberculosa a escala nacional, definiendo la División de Tuberculosis como la unidad central para el estudio del problema, la programación de soluciones y la preparación de todo el personal de los servicios de tuberculosis. La unidad de acción de la campaña antituberculosa se cumple a cabalidad a través de toda su vida activa, pues en 1959 pasa a ser Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas, y la División de Tuberculosis es una de las cinco divisiones coordinadas por el nuevo Departamento.

El desarrollo de los servicios antituberculosos y sus magníficos resultados en el control de esta enfermedad, tanto antes como después de la introducción de la quimioterapia específica, no necesita ser comentado aquí[1,2,3].

Sin embargo, sí se debe destacar cómo alrededor de ese núcleo constituido por la campaña antituberculosa se desarrollaron ideas y acciones

que Baldó promovió y logró ejecutar. Así, con la enfermera María Arroyo Castro y la trabajadora social Celestina Zalduondo, ambas de Puerto Rico, estableció en 1936 un embrión de escuela para auxiliares de enfermeras visitadoras, y con un grupo de venezolanas voluntarias, a cuya cabeza estuvo Luisa Amalia de Vegas, inició lo que debía transformarse poco más tarde en nuestra Escuela de Servicio Social[4].

Para llevar la acción médica antituberculosa a poblaciones pequeñas donde no se justificaba la presencia de especialistas tisiólogos, Baldó crea las llamadas redes secundarias de lucha antituberculosa[5,6,7], con médicos adiestrados en cursos de cuatro meses. El primero de estos cursos tuvo lugar entre octubre de 1940 y marzo de 1941, con un pensum exactamente igual al que años más tarde apareció en los llamados Cursos Medios de Salud Pública o Cursos de Clínicas Sanitarias, cuya finalidad ha sido la de formar médicos jóvenes para atender las necesidades básicas de la población, tanto en la administración de programas de salud como en la atención médico-clínica de aquellas enfermedades que constituían los principales problemas de salud. Cientos de médicos preparados a través de estos cursos han formado la base de los servicios intermedios de salud en nuestro país. En la implantación de este tipo de curso trabajó intensamente Baldó con la cooperación de Darío Curiel, Martín Vegas, Pastor Oropeza y muchos más, con el respaldo decidido de la Dirección de Salud Pública.

Más adelante, Baldó se lanzó a la idea de una red terciaria constituida por medicaturas rurales para incorporarse a la lucha antituberculosa sólo por la acción de una auxiliar que practicaba vacunación BCG, pruebas tuberculínicas, control de contactos y enseñanza a domicilio de la «correcta disposición de esputos». Bajo su dirección y bastante antes de que apareciera la quimioterapia específica, la lucha antituberculosa salía de las manos de los especialistas, se ponía en manos de médicos generales con adiestramiento mínimo, y se incorporaba definitivamente a los servicios generales de salud[8,9].

Cuando en 1950 se comienza a utilizar la isoniacida, droga antituberculosa muy efectiva, no costosa y de administración oral, se va extendiendo a esta red la quimioterapia. Para finales de 1959, había 34 dispensarios antituberculosos (red primaria) que cubrían una población de 2,5 millones de habitantes; 57 servicios de red secundaria en igual número de poblaciones de 10 a 15 mil habitantes, y dispensarios de red terciaria con una cobertura aproximada de medio millón de habitantes.

Esa fue la estructura básica de las redes de lucha antituberculosa. Con el advenimiento de tratamientos específicos, cada vez más efectivos, se inicia una transformación progresiva del sistema. Con esta estructura de redes o niveles de servicios, que alcanzó hasta una llamada red cuaternaria (dispensarios rurales sin médico), no es de extrañar que al llegar la medicación específica, especialmente la isoniacida, pudiera llevarse su acción a toda la población cubierta por esas redes[10].

La unidad de acción a través de estas redes se mantiene por el contacto periódico y frecuente de ellas con el servicio inmediato superior, al cual se llevan casos en consulta para recibir apoyo técnico y de abastecimiento, y se refieren los casos más difíciles: lo que Baldó llamó «supervisión y referencia» dentro del «Programa de Medicina Simplificada».

Simultáneamente se desarrollaban los sanatorios antituberculosos; dentro de un plan bien definido con sus dos tipos: «A», de alta especialización, donde iniciaron su formación nuestros mejores especialistas en cirugía de tórax, se le dio la debida importancia a la consideración conjunta de la respiración y la circulación con los primeros laboratorios de exploración funcional cardiorrespiratoria y se practicaron los primeros cateterismos cardíacos[11]; y el tipo «B», de carácter local, para atender necesidades de aislamiento de pacientes y casos no quirúrgicos. Le tocó a Baldó vivir su mayor auge y también convertirlos en hospitales generales, tarea que han proseguido sus colaboradores[12].

En materia de colaboración privada para la lucha antituberculosa, Baldó responde a las iniciativas de R.H. Jonckheer en Valera, C. Ortega en Valencia y P. Iturbe en Maracaibo, y funda la Asociación Antituberculosa de Caracas. Más tarde se reúnen todas estas asociaciones y comités en la Federación Venezolana de Asociaciones Antituberculosas. Las asociaciones locales cuentan con un Comité Asesor del cual forma parte el tisiólogo Jefe del Dispensario, con lo que se ha mantenido una orientación acorde con los lineamientos de la lucha oficial. Las asociaciones han dedicado sus esfuerzos a complementar la acción oficial en los aspectos no cubiertos por ésta. Así, desde la habilitación de camas para aislamiento, el desarrollo de la terapia ocupacional y recreacional en los sanatorios, hasta el pago de personal auxiliar para la recuperación de casos perdidos de control, las asociaciones antituberculosas han cumplido una labor extraordinaria en Venezuela.

Otras enfermedades pulmonares

Mientras Baldó veía mejorar la situación del control de la tuberculosis fueron surgiendo problemas de patología broncopulmonar que, por el contrario, aumentaban progresivamente. Así, la mortalidad creciente por neumonías fue objeto de un estudio que Baldó publicó, junto con algunos colaboradores[13,14], que demostraba que la mayor parte de esa mortalidad se ubica en menores de dos años y en agrupaciones de menos de 2.000 habitantes. Las conclusiones llevaron a la creación, dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de una comisión para el estudio de las neumonías, cuyo plan de trabajo se encargaría de preparar Baldó. Desafortunadamente, este problema se prolonga sin grandes cambios hasta nuestros días.

Aparecieron, además, formas de enfermedades pulmonares que simularon radiográficamente a la tuberculosis. Junto con un grupo de clínicos, patólogos y microbiólogos, Baldó coordinó el estudio de estos procesos de localización pulmonar y, en general, de las micosis profundas[15,16,17,18,19,20], y juntos prepararon la *Cartilla Micológica*, diseñada para la instrucción de los estudiantes de Medicina y médicos generales[21]. Con F. Pifano, C. Gil Yépez y P. M. Mayer, publicó un estudio sobre las manifestaciones pulmonares de la bilharziasis[22,23]. En su artículo «De la Tisiología a la Neumonología»[24], Baldó llegó a describir la ampliación necesaria de los servicios de tuberculosis.

Anatomía Patológica. Cursos de postgrado

En noviembre de 1935 se firmó un contrato entre el profesor Rudolf Jaffé y el doctor José Ignacio Baldó en representación de la Policlínica Caracas[25], por el cual el profesor Jaffé se trasladaba de Alemania a Venezuela a prestar sus servicios en el Hospital Vargas como anatomopatólogo. El doctor Baldó fue nombrado Jefe de la Cátedra de Anatomía Patológica y su sueldo pasó íntegramente al fondo que la Policlínica Caracas establecía para pagar al profesor Jaffé, quien se ubicó y trabajó en el Hospital Vargas y dio origen así a una nueva etapa de la Anatomía Patológica, en colaboración con J. A. O'Daly, quien ocupó poco después la jefatura de la Cátedra. Este célebre contrato, en el cual Baldó tomó la mayor responsabilidad para hacerlo efectivo; su preocupación por mantener las reuniones semanales anatomoclínicas en todos los sanatorios; el apreciable número de patólogos que contrató como jefes de la División de Tuberculosis para prestar servicios en esos sanatorios, y el apoyo que dio a la formación de personal

venezolano en esta disciplina, fueron la expresión de la importancia que atribuía al perfeccionamiento científico de los servicios hospitalarios y a la enseñanza de la Medicina[26].

No es, pues, de extrañar que cuando viera surgir numerosas edificaciones hospitalarias, Baldó se preocupara por prever la formación de quienes debían asumir las labores de patólogos y de internistas en esos nuevos hospitales. Con el apoyo y el estímulo de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica, lideró el movimiento para iniciar los cursos de postgrado en Anatomía Patológica, los cuales, con el apoyo de los recursos financieros de la Dirección de Salud Pública, se crearon dentro de la Escuela de Salud Pública y funcionan regularmente desde entonces.

Poco después y en colaboración con la Sociedad Venezolana de Médicos Internistas, se crearon los cursos de postgrado en Medicina Interna, también adscritos a la Escuela de Salud Pública. Estos dos primeros cursos de postgrado marcaron la incorporación a la Universidad Central de Venezuela de otros cursos de especialización clínica que ya se venían dictando en diversas dependencias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Siguieron cursos de otras especialidades, con sus altas y sus bajas; pero es importante señalar, por un lado, el papel que asume el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, bajo el impulso de Baldó, en el desarrollo de una formación de especialistas que parecía corresponder a la Universidad y, por otro lado, la amplitud de las autoridades universitarias para conjugar esfuerzos destinados a una mejor formación del personal médico, dentro del mismo espíritu que una y otra parte tuvieron al establecerse en 1958 la Escuela de Salud Pública dentro de la Universidad Central de Venezuela.

En todos estos cursos de especialidades médicas Baldó introdujo el componente de salud pública, pues los alumnos debían participar en una pasantía o cursillo destinado a darles una formación básica en los problemas que las enfermedades representaban para la comunidad.

Nuevos campos de acción de la salud pública

Con motivo del I Congreso Venezolano de Salud Pública y la II Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias en 1956, Baldó fue comisionado para ello por la Dirección de Salud Pública, estimulando y movilizando a un grupo de higienistas y clínicos a quienes coordinó en la preparación de una ponencia titulada «Nuevos campos de acción

de la salud pública»[27,28]. En dicha ponencia se presentaban claramente los problemas que tendría que afrontar la salud pública venezolana con el incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, malnutrición, así como con los problemas de rehabilitación. Sin dejar de reconocer que Venezuela no podía obviar aún los riesgos de las enfermedades transmisibles agudas, las de origen hídrico y las parasitarias, la ponencia señalaba la necesidad de prepararse para dedicarse al control de esos nuevos problemas, tanto más complejos por cuanto se desconocía para ellos una prevención primaria, y tanto más importantes por el aumento evidente de la mortalidad y las graves consecuencias de incapacidad que producían[29,30,31,32,33].

Designado poco después (1958) Médico Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas, Baldó se dedicó a trabajar con los respectivos Jefes de División de ese Departamento en el establecimiento de servicios cardiovasculares y oncológicos, en los cuales se concentró sobre el mismo esquema de niveles de atención que usó en la lucha antituberculosa, surgiendo así los servicios primarios y secundarios de Cardiología. Asimismo, se intensificó la formación de citotecnólogos en cursos formales en la Facultad de Medicina, que Baldó apoyó e impulsó, y se extendieron los exámenes de citología vaginal, aun a niveles rurales. El impulso y la orientación fueron seguidos con mayor o menor éxito; pero todavía hoy los esquemas son válidos y necesarios para no concentrar todos los recursos en las poblaciones urbanas y llevar también el control de esas enfermedades, en la medida de lo posible, a niveles rurales.

Campaña de erradicación de la tuberculosis bovina

Desde sus primeras publicaciones[34,35,36,37,38], Baldó se preocupa por la tuberculosis infantil y la relaciona con el problema de la tuberculosis bovina y la calidad de la leche[39].

En 1952, considerando que es el momento oportuno para reemprender la campaña de erradicación de la tuberculosis bovina[40] y acompañado, una vez más, por un grupo de médicos y veterinarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y del Ministerio de Agricultura y Cría, coordinó un trabajo de diagnóstico de la situación de la tuberculosis bovina en los principales estados productores de leche, que constituyó la base de la ponencia «La tuberculosis bovina en Venezuela»[41].

De allí surgió la creación de una Comisión Oficial formada por funcionarios de ambos Ministerios, que él presidió por varios años y que realizó una importante labor en la reducción de los índices tuberculínicos en el ganado lechero de las áreas trabajadas, consignándose ello en dos de sus trabajos escritos[42,43].

La Medicina Simplificada

La misma orientación que determinó la creación de las redes de lucha antituberculosa en sus niveles terciario y cuaternario, basada en la necesidad de prestar atención médica con las medidas más simples aplicadas por personal no médico, determinó el proceso de estudio y análisis de las posibles soluciones que Baldó vivió durante algunos años antes de lanzar su idea de lo que llamó la «Medicina Simplificada». Ésta se apoyó, precisamente, en experiencias previas intentadas por otros sanitaristas venezolanos y en la existencia, en casi todos los estados, de los llamados dispensarios rurales. Baldó «institucionalizó» la Medicina Simplificada, le dio nombre, estructura y doctrina, formuló las bases para la formación de su personal, ayudado –como siempre– por sanitaristas nacionales, entre los cuales deben citarse a Emilio López Vidal, editor del *Manual de Medicina Simplificada* en sus seis ediciones, y a Carlos Luis González, quien aportó sus experiencias internacionales[44]. Habría que nombrar a algunos más y, en especial, al grupo de enfermeras del Ministerio que se dedicó con fe y entusiasmo al desarrollo de este programa, el cual desde hace unos pocos años constituye la preocupación fundamental de los organismos internacionales de salud, con el nombre de «Asistencia Sanitaria Primaria».

Realizadas las primeras experiencias en las regiones más difíciles y desatendidas[45], el doctor Baldó, Carlos Luis González, Pedro Guédez Lima y Víctor Obregón presentaron ante una Asamblea de la Federación Médica Venezolana el «Estudio de los problemas sanitario-asistenciales en la población rural dispersa»[46], que la Asamblea acogió dándole su apoyo. En 1964, se presentó el primer informe sobre el desarrollo del mismo ante la Federación Médica Venezolana[47,48,49].

La zona débil de las medicaturas rurales

En su contacto permanente con los servicios a través de los esfuerzos en el desarrollo de la «Medicina Simplificada», Baldó constató que las medicaturas rurales, que en una primera época formaron la avanzada

segura de la atención médica, se habían convertido con el tiempo en lo que él llamó la zona débil de la estructura de servicios. Y para lograr una solución instauró un plan de preparación de los médicos rurales, con un curso de actualización de un mes, el cual se dictó en una residencia especialmente preparada al efecto en Villa de Cura, que hoy lleva su nombre. Con una actividad inconcebible a su edad, Baldó se dedicó personalmente a alentar a estos grupos de médicos rurales, obtuvo la participación de muchos médicos de las divisiones del Ministerio y los cursos marcharon con buenos resultados. No fue tampoco algo original, pues podría decirse que los cursos tenían sus antecedentes en los cursillos que se dictaban en Santa Teresa del Tuy por los años cuarenta. Pero, lo importante es que, una vez más, Baldó vio claro el problema, propuso soluciones y las llevó a la práctica[50].

Administración hospitalaria

Desde que comenzaron a funcionar los primeros sanatorios antituberculosos quedó establecido que en su financiación debía participar no sólo el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, sino también los gobiernos estadales, los municipios y, posteriormente, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. El aporte particular fue siempre reducido y sólo a través de las Asociaciones Antituberculosas. Para Baldó el hombre enfermo merecía una atención por igual, la mejor posible, cualquiera fuera el mecanismo que cubriera los gastos de dicha atención. Por eso, en los sanatorios antituberculosos, el Seguro Social nunca tuvo pabellones, ni camas separadas, ni médicos propios con sueldos diferentes. Tampoco hubo cobro por pacientes privados mientras él mantuvo el control de esas instituciones. Hoy vemos cuán diferente sería la situación de los servicios médicos en Venezuela si esos conceptos se hubieran aplicado en todas las instituciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Desde 1946, el doctor Baldó ofreció el Sanatorio «Simón Bolívar» a la División de Instituciones Médico-Asistenciales para experimentar las proposiciones del doctor y asesor Jorge Soto Rivera en cuanto a la nueva organización hospitalaria. Allí funcionó por primera vez el esquema de un director apoyado en lo que se llamó la tríada técnica: el Jefe Médico, la Jefe de Enfermeras y el Jefe de Intendencia. Para 1947, «paralelamente al Primer Curso de Médicos Directores de Hospitales, se inició en el Sanatorio 'Simón Bolívar' el primer curso teórico-práctico para intendentes»[51].

Para ese mismo año se organizó en la División de Tuberculosis el Departamento de Intendencia bajo la jefatura del señor Guillermo Istúriz, quien supervisó, dirigió y orientó los servicios de intendencia de todos los sanatorios antituberculosos del país. Desde julio de 1951, Istúriz, con el apoyo de Baldó, organizó las reuniones anuales de intendentes de sanatorios, que alcanzaban a 17 en 1968, cuando ocurrieron cambios en la estructura del Despacho y la nueva tendencia en la lucha antituberculosa mostrará una mayor incorporación de los sanatorios a los servicios generales del Ministerio[52].

Actividades docentes

Profesor por concurso de la Cátedra de Tisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela en 1937, Baldó permaneció al frente de ella durante 28 años, hasta 1965, cuando se acoge a la jubilación. Primero en el Hospital Vargas, luego en el Sanatorio «Simón Bolívar» y, finalmente, en el Hospital Universitario de Caracas.

La enseñanza que el doctor Baldó (y quienes lo acompañaron en la Cátedra Universitaria) daba a los estudiantes de Medicina estuvo siempre inspirada en la formación de médicos generales que debían saber de la tuberculosis y de otras enfermedades broncopulmonares, de exploración clínica y de interrogatorio y exploración radiográfica, elementos todos que les permitirían distinguir claramente lo normal de lo anormal y orientar sus exploraciones consecuentemente. Dictaba unas cuantas clases magistrales; pero la mayor parte de la formación se daba en grupos de cuatro a ocho alumnos con instructores que seguían un método común de discusión de casos. Con cierta frecuencia, otros profesores criticaban la simplificación de su enseñanza. Con mayor frecuencia, los estudiantes expresaban su satisfacción por lo que aprendían en esa pasantía[53,54,55,56].

Pero la actividad docente de Baldó no alcanzaría la calificación que hoy merece si hubiera quedado limitada a la cátedra universitaria. Fue maestro en la sala, en el dispensario, en el sanatorio, pues para él no había nada más importante que la formación de personal. Fue docente día a día en su diario comunicarse con sus compañeros y colaboradores en el trabajo. Y hasta los almuerzos en la zona de El Algodonal eran oportunidad para exponer y discutir sus ideas en medicina, en sanidad y en asuntos tan variados como las cuestiones socio-económicas, políticas y de arte.

Esto hizo posible que a su alrededor surgiera una verdadera Escuela

de Tisiología, que luego se extendió a la Neumonología y a la Cirugía del Tórax y que, además de sus aspectos científicos, se ha caracterizado por su preocupación por los aspectos sociales de la Medicina.

Fruto de esta vocación docente y de su convencimiento de la necesidad de preparar personal fue la formación que recibió bajo su guía todo el equipo humano de la División de Tuberculosis, el diseño del curso del año 1940-41 (que luego se llamó Curso Medio de Salud Pública), su participación en el diseño de los cursos de postgrado para especialistas clínicos, así como en el programa de preparación de auxiliares de las pasantías de médicos rurales y en el curso teórico-práctico para intendentes de sanatorios.

Trabajos escritos

El Apéndice de este libro, «Obra escrita del doctor José Ignacio Baldó», no corresponde a publicaciones propiamente dichas, pues algunos de esos escritos se quedaron en la etapa del multigrafiado, pero son necesarios para seguir el pensamiento y la acción de Baldó.

Todo lo que se recoge en esta exposición y muchas cosas más se encuentran en esos trabajos. Pareciera que Baldó no olvidó la frase que pronunció ante la Academia Nacional de Medicina en su discurso de incorporación, en diciembre de 1936[57], refiriéndose a la falta de voluntad de los médicos venezolanos para la publicación: *Qué de sabia experiencia se ha perdido, cuánto caudal de ciencia ha desaparecido, sin que queden ni las huellas para los que vienen detrás, pues o nos domina el deseo de querer hacer algo muy bueno o preferimos no hacer nada, sin percatarnos de que una ciencia nacional no está fundamentada sobre asuntos extraordinarios, sino sobre la rutina de hechos bien observados y exactamente contados.*

Por eso sus trabajos no fueron publicados sino muy excepcionalmente en revistas extranjeras; la mayor parte de ellos no versan sobre aspectos puramente científicos sino sobre problemas prácticos; y muchos fueron publicados en boletines internos, en la *Revista del SAS*; en la *Revista del Colegio de Médicos*, en *Tribuna Médica*, etc., para que llegaran a la gente que él consideraba interesada en esos problemas. Finalmente, la gran mayoría fueron primero multigrafiados y distribuidos en esa forma. Estas circunstancias nos han permitido ir señalando en cada caso aquellos escritos en los cuales expresó su pensamiento.

Hemos considerado necesario hacer una síntesis de las actividades del doctor Baldó durante sus 40 años de servicio a la salud pública venezolana (1933-1973)[58], a fin de poder destacar las características de su pensamiento y de su acción en el campo de la salud y la Medicina.

Siendo un especialista de la tuberculosis, Baldó escoge para su discurso de incorporación a la Academia Nacional de Medicina el tema de la tuberculosis como enfermedad social[59]. *Cuando un médico* –dice– *hace un diagnóstico de tuberculosis, plantea dos problemas: un problema individual, que muchas veces es soluble, y un problema social, que para las clases pobres y en el estado actual de nuestra estructuración social las más de las veces es insoluble, pues, desde el momento mismo que en la pantalla corroboramos el diagnóstico, ya estamos obligados a atacar la fuerza social por excelencia: el trabajo.*

Esta preocupación inspiró las acciones de su vida y desde su puesto de batalla que consideraba era la salud pública (y del cual nunca quiso salir) hizo todo cuanto pudo para mejorar la condición de salud de las poblaciones menos afortunadas.

Con esa motivación Baldó pasó rápidamente de la especialización tisiológica a otras enfermedades del aparato respiratorio, luego a las enfermedades crónicas que estaban causando más daño y, finalmente, a la atención de la población más desamparada: la semi-rural y la rural dispersa.

Para llevar a cabo su tarea Baldó no necesitó definir posiciones políticas. Convencido de la futura «socialización» de la Medicina logró imponer el concepto de la unidad de atención para toda la población, y en los servicios de la División de Tuberculosis no se hacían distingos entre ricos, asegurados, no asegurados e indigentes.

Dentro de su línea técnica rechazó en varias oportunidades la posición que se le ofreciera como Ministro de Sanidad porque no consideraba que en esa función estuviera asegurada realización alguna.

Fue sumamente respetuoso de las creencias políticas de quienes eran sus discípulos y colaboradores, a quienes protegía de la agresión política. Esto no está escrito en ningún documento, pero quienes seguimos de cerca su vida podemos dejar constancia de que jamás procedió contra alguien por razones políticas y que, en muchas oportunidades, se ofreció como garante de funcionarios médicos y no médicos que prestaban efectivos servicios en la lucha antituberculosa.

Por otra parte, sus contactos y su influencia a todos los niveles de la cosa pública fueron utilizados para lograr avances en el desarrollo de la salud pública, nunca en provecho propio, y con un sentido de la disciplina y de la jerarquía que hizo que la tramitación de sus proyectos se encaminara siempre por la vía de la Dirección de Salud Pública, a la cual nunca dejó de lado para recurrir directamente al Ministro.

Ese mismo sentido de la disciplina y de la jerarquía lo hizo exigente con todo su equipo humano, en cuanto al cumplimiento de los horarios de trabajo, así como de la respuesta a las responsabilidades y la tramitación de los asuntos ordinarios del servicio.

Hemos visto cómo Baldó logró la concurrencia de médicos clínicos, profesores universitarios, higienistas, veterinarios, administradores, enfermeras, etc., en todas y cada una de las empresas o proyectos. No fue un hombre aislado ni pretendió saberlo y dirigirlo todo; pero fue capaz de buscar y hallar colaboración, de orientar y de modificar su pensamiento al influjo del intercambio de ideas, de servir de eje y motivo para concentrar esfuerzos y alcanzar objetivos. Esta capacidad de liderazgo tuvo como base su visión clara y objetiva de los problemas que fueron ocupando su atención, el estudio analítico de esos problemas dentro de la realidad venezolana y de los antecedentes nacionales e internacionales sobre la materia; así mismo, tuvo la capacidad de formular soluciones pragmáticas y de mostrar la vía a aquellas personas que creyera capaces de conducirlas en su aplicación práctica.

Llegado a esta etapa de estudio y presentación de soluciones, Baldó se entregaba a una acción de comunicación y de convencimiento de aquellos que debían colaborar en la empresa, y finalmente, emprendía ensayos preliminares, cuyos resultados determinaban la extensión progresiva de las actividades y la cobertura del programa.

Baldó concibió siempre la Medicina como una ciencia integral: fue decididamente defensor de la necesidad y conveniencia de ejercer conjuntamente las acciones preventivas y curativas; fue partidario de la incorporación progresiva de las campañas especiales en los servicios generales de salud, cuyo personal había que preparar y estimular para que asumiera todas esas funciones y consideraba no sólo bueno sino necesario que los funcionarios de Sanidad estuvieran comprometidos y participaran en la docencia universitaria, a fin de influir en las nuevas generaciones médicas y para que conservaran su nivel científico actualizado.

Baldó también hizo esfuerzos para mejorar el nivel de preocupación de los funcionarios públicos por cuestiones sociológicas, ecológicas y de arte, promoviendo conferencias y diálogos sobre estos temas.

La característica más importante fue su capacidad de trabajo, la cual no tenía medida, pero sí expresión en la multiplicidad y efectividad de sus realizaciones.

No se puede decir que un hombre que hubiera hecho una labor tan extraordinaria no fuera un hombre ambicioso. Lo importante era el objeto de esa ambición y los medios para lograrla. Baldó tuvo la ambición de hacer cosas útiles para la salud pública de su país y en ese proceso de lograr lo que se proponía se mantuvo siempre dentro de las características que se acaban de describir.

Baldó fue un apasionado de sus obras. *Dadme un hombre con pasión y moveré el mund*o dijo San Agustín para significar que con todas las virtudes y cualidades que alguien pudiera tener –y Baldó tuvo muchas, buenas y excelentes–, se necesita la pasión de hacer para lograr mover, en nuestro caso, ese mundo de la administración de la salud hacia empresas nuevas, atrevidas y efectivas.

1 Baldó, J. I.
«Normas y realizaciones de la lucha antituberculosa en Venezue- la». Trabajo leído en las Jornadas científicas de la Sociedad Venezolana de Salud Pública. Caracas, 28 de abril de 1955. T.G. Ilustraciones, 1955. 53 p.

2 Baldó, J. I., D. Curiel P. Iturbe, A. Príncipe y R. Valladares.
«Epidemiología de la tuberculosis en Venezuela». III Jornadas
Tisiológicas Nacionales, Mérida 8-11 diciembre, 1956; y XI Congreso Panamericano de Tuberculosis, Medellín, Colombia, 28 de abril a 3 de mayo de 1957. *Rev. San. As. Soc.*, XXIII, 3-4, 83-85, 1958.

3 Baldó, J. I.
«Epidemiología de la tuberculosis en Venezuela y lucha antituberculosa». X Convención Nacional de Médicos Veterinarios, 21-28 de mayo, 1961, Maracay. *Bol. Tub. y Brucelosis*, nº 2,1961.

5 Baldó, J. I.
«Plan para el trabajo de lucha antituberculosa en las Unidades Sanitarias en que no existe servicio social de Dispensario Antituberculoso». *Rev. Unidad Sanitaria*, vol. I, nº 6, 1942.

6 Baldó, J. I. y J. A. Díaz Guzmán.
«Contribución al tema 'Unidad sanitaria y lucha antituberculosa'». Trabajo leído en el IX Congreso Panamericano de Tubercu- losis, celebrado en Ecuador, del 14-22 de julio, 1951. *Bol. Of. San. Pan.*, XXXI, 5, 445-455, 1951.

7 Baldó, J. I.
«Unidad sanitaria tipo C y lucha antituberculosa». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 2, 1951.

8 Baldó, J. I.
«Nuevas perspectivas de lucha antituberculosa en el medio rural». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 12, 1952.

9 Baldó, J. I., J. Curiel, O. Lobo C.
«La tuberculosis rural en Venezuela». XIV Congreso Panamericano de Tub. ULAST, La Paz, Bolivia, 1964. Separata del *Bol. Of. San. Pan.*

10 Baldó, J. I.
«Participación del médico general y personal auxiliar en la lucha antituberculosa». Seminario Nacional de Tuberculosis, Huaraz, Perú, 26-31 julio, 1966 (Mimeografiado).

11 Baldó, J. I., V. Giménez, M. Adrianza, C.Rodríguez y colaboradores.
«Los problemas cardiovasculares a través de las actividades de la División de Tuberculosis». *Rev. Soc. Ven. Cardiología*, vol. II, nº 2, 1960.

12 Baldó, J. I.
«Los requerimientos de camas para la lucha antituberculosa ante la influencia de los nuevos tratamientos». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1-2, 1954.

13 Baldó, J. I.
«El problema de las neumonías en nuestro medio». IV Jornadas Venezolanas de Tisiología y Neumonología, Coro, 12-15 de diciembre, 1962. *Rev. Tisiol. y Neumonol.*, vol. 5, nº 1, 1963 y separata.

14 Baldó, J.I., P. Guédez Lima, J. A. Díaz Guzmán y J.Curiel,
Conclusiones y recomendaciones sobre «El Problema de las neumonías en nuestro medio». *Rev. Tisiol. y Neumonol.*, vol. 5, nº 1, 1963.

15 Baldó, J. I.
«¿A quién corresponde la supervisión de las reacciones tuberculinas?». *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 3, 1949.

16 Baldó, J. I.
«El estudio de las micosis en escala nacional». Separata *Rev. Acta Médica Ven.*, Vol. 5, nº 4, 1956. Presentado en inglés en el 5th International Congress on Diseases of the Chest, of the American College of Chest Physicians, Tokyo, Japan, September 7-11, 1958. Reprinted from the *Bulletin of the International Society for Human Animal Mycology*, nº 3, June, 1958. *Ac. Med. Ven.* V, 4, pp. 101-103, 1957.

17 Baldó, J. I.
«Exposición de la Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de la Micosis». Separata del IV Congr. Venez. de Tisiología y Neumonología, Valencia, 8-12 de diciembre, 1959.

18 Baldó, J. I., A. L. Briceño Rossi.
«Las micosis y sus proyecciones en el campo de la salud pública». Separata del IV Congr. Venez. de Tisiología y Neumonología, Valencia 8-12 de diciembre, 1959.

19 Baldó, J. I.
«Enseñanza de la tisiología a médicos y su oportunidad». Simposio «Enseñanza de la Tisiología, Educación y Propaganda Sanitaria», XII Congr. Panam. de la Tub. ULAST, Salvador, Bahía, 1960.

20 Baldó, J. I.
«Estudio de la micosis en las Américas». Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de la Micosis. VI Congr. Internacional de Enfermedades del Pecho, Viena, 28 agosto-1º de septiembre, 1960. En inglés. *Separata OSP.*

21 Baldó, J. I. y colaboradores.
Cartilla Micológica. Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de la Micosis. Folleto, 1958. 2ª edición, 1959.

22 Baldó, J. I., C. Gil Yépez, M. Mayer y F. Pifano.
«Investigaciones concernientes a los aspectos pulmonares y cardiovasculares de la schistosomiasis mansoni en un área endémica del país». XII Conferencia Sanitaria Panam. *Cuadernos Amarillos*, nº 9. 1946.

23 Baldó, J. I.
«Manifestaciones pulmonares de la bilharziosis». III Congreso Venezolano de la Tuberculosis, 1951. *Rev. San. As. Soc.*, vol. XVIII, nº 1-2, 1953.

24 Baldó, J. I.
«De la Tisiología a la Neumonología». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1-2-3-4, 1955.

25 Baldó, J. I.
«A los 30 años de la firma de un contrato». *Tribuna Médica*, nº 122. Caracas, 1965. (Mimeografiado).

26 Baldó, J. I.
«La Anatomía Patológica en la Medicina moderna». *Tribuna Médica,* III, I, 18, 1966.

27 Baldó, J. I. y colaboradores.
«Nuevos campos de acción de la salud pública en Venezuela». *Memorias del 1er. Congr. Ven. de Salud Pública y II Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias*, Caracas, 19-25 noviembre de 1956, pp. 621-643, y en separata, 1956.

28 Baldó, J. I.
«Nuevos campos de acción en la salud pública en Venezuela». *Bol. Div. Tub.*, nº 1-2, 1958.

29 Baldó, J. I.
El Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto y su labor contra el cáncer y las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. «La situación actual de la salud en Venezuela». Informes y proyectos. *Rev. San. Asist. Soc.*, vol. XXV, nº 2-3, 1960.

30 Baldó, J. I., V. Giménez, M. Adrianza, C. Rodríguez y colaboradores.
Op.cit.

31 Baldó, J. I.
«Pasos previos dados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para hacer efectiva una campaña nacional contra el cáncer de cuello uterino». VI Congr. Venez. de Cirugía y II Jornadas de Urología (Simposio: Cáncer del Cuello Uterino) 1961, y las Jornadas Venez. de Oncología, San Cristóbal, 1962.

32 Baldó, J. I.
«Salud pública y cáncer». Mesa Redonda. 1ª Jornada Venez. de Oncología, Caracas, 16-19 mayo, 1962 (Mimeografiado).

33 Baldó, J. I.
«La Anatomía Patológica y su actual desarrollo en el país con respecto a la Campaña Anticancerosa». A los 20 años de la creación de la División de Oncología. 1966.

34 Baldó, J. I.
«Estudios sobre la tuberculosis de la infancia en Caracas». Trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina, 1936.

35 Baldó, J. I.
«La tuberculosis como enfermedad social en la infancia. Pautas generales para la campaña en Venezuela». *Memoria del Primer Congreso Venezolano del Niño*, 1938.

36 Baldó, J. I.
»Tuberculosis de la infancia». *Gaceta Médica de Caracas*, Tomo XLVI, 1938.

37 Baldó, J. I., R. H. Jockheer y D. Vásquez.
«Contribución al estudio del problema de la tuberculosis bovina en Venezuela». *Memoria del 1er Congr. Venez. de Leche.* Caracas, julio, 1939.

38 Baldó, J. I.
«Plan para el trabajo de lucha antituberculosa en las Unidades Sanitarias en que no existe servicio social de Dispensario Antituberculoso». *Op. cit.*

39 Baldó, J. I.
«El problema económico de la leche frente a la mortalidad infantil y la nutrición». Leído en la Academia Nacional de Medicina, 1958.

40 Baldó, J. I.
«El momento para emprender una campaña de erradicación de la tuberculosis bovina en Venezuela». *Bol. Div. Tuberculosis* nº 3-4, 1952.

41 Baldó, J. I., R. Valladares, A. Príncipe, J. Delgado B., S. La Manna, L. A. Herrera, A. Bautista Bustos, E. Espinoza y R. Hernández D'Erizans.
«La tuberculosis bovina en Venezuela». III Congreso Venezolano de la Tuberculosis. Ponencia oficial presentada por la Comisión de la Erradicación de la Tuberculosis Bovina, diciembre, 1952. *Rev. San. Ac. Soc.*, vol. XVIII, nº 1-2, 1953.

42 Baldó, J. I., A. Divo, R. Valladares, G. Gutiérrez O., L. Heredia M. y E. Espinoza.
«Resultados preliminares de la campaña de erradicación de la tuberculosis bovina en Venezuela». Ponencia presentada por la Comisión de Erradicación de la Tuberculosis Bovina en el IV Congreso Venezolano de Ciencias Médicas reunido en Caracas del 18-26 noviembre. *Memorias VI Congr. Ven. Ciencias Médicas*, Vol. III, pp. 1109-1269, 1955.

43 Baldó, J. I., D. Itriago, G. Gutiérrez y L. A. Herrera.
«Tuberculosis bovina». Comisión de la Erradicación de la Tuberculosis Bovina. II Congr. Venez. de Salud Pública. *Rev. SAS,* Sup. al nº 1, 1961.

44 Baldó, J. I., C. L. González, A. Arreaza G., C. Alegría y colaboradores.
Estudio y conclusiones presentados por la Comisión designada por la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Salud Pública, con motivo de la exposición que hizo el doctor Carlos Luis González, en la reunión científica de dicha sociedad, relativa al tema «La formación de personal sanitario auxiliar», la cual fue seguida de una discusión del problema. 1961.

45 Baldó, J. I.
«Problema de la asistencia médica en el Territorio Amazonas. Proyecto de Medicina Simplificada y consideraciones al respecto». Agosto-Septiembre, 1961. (Mimeografiado).

46 Baldó, J. I., C. L. González, P. Guédez L. y V. Obregón.
«Estudio de los problemas sanitario-asistenciales en la población rural dispersa». XVIII Asamblea Ordinaria. F.M.V., Barinas, septiembre de 1963. (Mimeografiado).

47 Baldó, J. I.
«Primer Informe de la Comisión de Salud Rural». XIX Asamblea de la Federación Médica Venezolana, San Cristóbal, 8-12 septiembre de 1964. (Mimeografiado).

48 Baldó, J. I.
«La Medicina Simplificada y sus relaciones con la Medicina Veterinaria». XII Convención Nacional de Médicos Veterinarios, Caracas, julio de 1968.

49 Baldó, J. I.
«The Venezuelan Program in Simplified Medicine». Macy Conference, Lima, Perú, 1969.

50 Baldó, J. I.
«Centro de Docencia Rural». *Bol. Direc. Sal. Púb.*, IV, 10, 1970.

51 Archila, R.
Historia de la sanidad en Venezuela, 2 Volúmenes. Caracas, Imprenta Nacional, 1956, pp. 128-130.

52 Contraloría General de la República.
Centro Control Fiscal y Tecnificación Administrativa, nº 49, pp.72- 73 y 75-76, julio-agosto, 1968.

53 Baldó, J. I.
«Los cursos de postgrado médico y el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto. Orientación y planes inmediatos». Reunión de la Soc. Venez. de Salud Pública, 31 de julio de 1959. *Rev. Salud Pública,* vol. IV, nº 17, 1959.

54 Baldó, J. I.
«Enseñanza de la Tisiología a médicos y su oportunidad». *Op. cit.*

55 Baldó, J. I. (coord.), A. Arreaza, E. Benaím P., H. Cedeño P., D. Curiel, L. García M., A. González N., O. Luna G., D. Orellana (secret.), P. Oropeza F. Pifano C., E. Vizcarrondo y M. Zúñiga C.
«Los Médicos que Venezuela necesita». Documento de trabajo para la discusión del tema I, preparado por la Comisión Consultiva designada por la Facultad de Medicina de la Universidad Central, II Sem. Nac. de Educ. Méd., Caracas, 18-25 enero, 1965.

56 Baldó, J. I., C. Gil Yépez, M. Mayer y F. Pifano.
Op.cit.

57 Baldó, J. I.
«La enfermedad tuberculosa es una enfermedad social». Discurso de recepción como Individuo de Número de la Academia de Medicina, 20 de diciembre de 1936.

58 Aunque fue jubilado en 1971, siguió activo en su posición de Asesor *Emeritus* hasta 1973.

59 Baldó, J. I.
«La enfermedad tuberculosa es una enfermedad social». *Op. cit.*

SEMBLANZA BIOGRÁFICA (1898-1976)

Lucio Baldó Casanova

José Ignacio Baldó nació en la ciudad de San Cristóbal en 1898. Faltaba poco menos de un año para que desde la vecina hacienda de Bella Vista, situada al otro lado de la frontera colombiana, el general Cipriano Castro (El Cabito), al mando de sesenta hombres, cruzara la frontera colombo-venezolana y después de una marcha de aproximadamente cinco meses, durante los cuales se libraron numerosas escaramuzas y batallas, llegara triunfalmente a Caracas en octubre de 1899 y amarrara sus caballos en la Plaza Bolívar de la Capital.

El estado Táchira había formado parte originalmente del Gran Estado de Los Andes, posteriormente denominado General Guzmán Blanco. Las incursiones a través de la frontera se realizaban con bastante frecuencia tanto del lado colombiano como del venezolano.

José Ignacio fue el segundo de los hijos del matrimonio constituido por el doctor Lucio Baldó Jara, abogado, y doña Delfina Soulés. Nace en el seno de una familia de origen catalán en la que destacaba la energía de su padre, de quien heredó la excepcional fortaleza de carácter. Heredó también el nombre de su tatarabuelo, don José Ignacio del Pumar, Marqués de las Riberas de Boconó y Masparro, cuando su abuelo tuvo que trasladarse al Táchira a causa de la Guerra Federal. Recordemos que el Marqués, por hacerse partidario de la causa independentista, murió en la cárcel de Guanare.

La familia Baldó era originaria de la provincia de Barinas, pero como tantos venezolanos fue aventada por los avatares de la Guerra Federal hacia otras provincias. La familia Soulés, a la cual pertenecía doña Delfina, era oriunda del Pirineo Francés, y tanto ella como sus hermanos, fueron la primera generación nacida en Venezuela. El doctor Lucio Baldó Jara desempeñó durante el gobierno del general Castro los cargos de Ministro del Interior y Secretario de la Presidencia, pero su prematura muerte, ocurrida en 1906, dejó a la familia en muy precarias condiciones económicas.

A raíz de su nombramiento, la familia compuesta por los esposos Baldó Soulés y sus cuatro hijos: Lucio, José Ignacio, Delfina y Blanca, se radicó en Caracas, en una modesta vivienda situada en la esquina del Truco, en la parte norte de la ciudad. Como dato curioso conviene mencionar que el doctor Baldó Jara se trasladaba diariamente a pie de su vivienda al despacho, salvo en los días lluviosos en los cuales tomaba un coche de caballos.

Estas austeras costumbres son un fiel reflejo de la época, ¡cuán distin-

tas de las actuales! Naturalmente, los tiempos eran otros y aún faltaban algunos años para la aparición del petróleo.

La familia del doctor Baldó Jara, padre de nuestro biografiado, estaba emparentada con los Pulido, los Rincones y los González Bona, quienes constituyeron el núcleo inicial de la «Petrolia del Táchira», pioneros en la explotación petrolera en Venezuela.

José Ignacio, como su hermano Lucio, cursó sus estudios en el Colegio de los Padres Franceses e ingresó en la Universidad Central en 1914. Obtuvo su Diploma en Medicina en 1920 y fue discípulo del doctor Luis Razetti, José Izquierdo y de otros eminentes profesores. Formó parte de la que tal vez haya sido la más brillante promoción médica graduada en Venezuela, en la cual cada uno de sus integrantes se dedicó a una especialidad en particular. Esta promoción estaba constituida por el doctor Julio García Álvarez, otorrinolaringólogo; Pedro González Rincones, extraordinario clínico y radiólogo; Gustavo H. Machado y Guillermo Hernández, pediatras; Martín Vegas, dermatólogo; Germán de Las Casas, traumatólogo; Blanco Gásperi, Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro y Bernardo Gómez, cardiólogos, así como tantas otras eminencias cuyos nombres ahora se me escapan.

En 1920, y a raíz del cierre de la Universidad Central, tanto José Ignacio Baldó como algunos de sus compañeros de promoción partieron hacia Europa, con la finalidad de seguir estudios de especialización. Residió algún tiempo en poblaciones vecinas a la frontera española-francesa y comenzó allí sus contactos iniciales con la cultura europea. Eran tiempos difíciles, pues apenas acababa de terminar la Primera Guerra Mundial. Por otra parte, los recursos económicos de los recién graduados venezolanos eran escasos y los obligaba a llevar una vida austera, dedicada al estudio y a la investigación.

Desgraciadamente a la postre, o tal vez afortunadamente, a raíz de una infección pulmonar, José Ignacio Baldó se vio obligado a trasladarse primero a Alemania y luego a Suiza, para someterse a cuidados médicos. Fue en esos países donde decide su vocación médica y resuelve especializarse en el estudio de la Tisiología, carrera en la cual se desempeñaría como prominente científico hasta lograr erradicar el terrible flagelo que por ese entonces diezmaba a la población venezolana y gran parte de América Latina.

Durante más de 50 años, el doctor Baldó ejerció una acción concatenada a través de una inteligencia creadora, una voluntad realizadora y una actitud renovadora. Su obra al frente de la lucha antituberculo-

sa en Venezuela comienza a su regreso de Suiza en 1927, influenciado por quien ha debido ser un gran maestro, «el viejo - Friedrich Jessen» quien contribuyó a su formación y hábitos de trabajo.

Como lo han manifestado en numerosas ocasiones, entre ellos el doctor Rogelio Valladares, así como sus demás discípulos y colegas, ya en el proyecto de Reglamento Interno de las Divisiones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, adoptado en 1936, Baldó echa las bases sobre las cuales se han venido desarrollando todos los servicios de la Campaña Antituberculosa. En ese mismo Reglamento estaba previsto ya el Instituto Nacional de Tuberculosis, sobre el cual se expresa extensamente en 1939, cuando pronuncia unas palabras en el acto de inauguración del Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar», El Algodonal.

Su previsión, su autoridad de Maestro, su apreciación clara de la realidad venezolana, la mística del primer grupo de tisiólogos formados por él y sus amigos y colaboradores de siempre, como el doctor Julio Criollo Rivas, son causa, motivo y explicación de que, en un país como el nuestro, se hubiera mantenido la unidad en una comunidad en la que las buenas intenciones eran superiores a los intereses de los individuos.

La unidad de acción y la dedicación a su trabajo no significaron, sin embargo, anquilosamiento ni conformidad. El doctor Baldó fue, en ese sentido, un ambicioso de acción y de realizaciones, y logró extender su campo de actividad y adelantarse a situaciones que luego parecerían lógicas, así como llegar oportunamente a donde veía la posibilidad de aportar algo útil.

A través de la División de Tuberculosis, José Ignacio Baldó hizo la primera declaración «integralista» cuando se pensaba que la Medicina preventiva era responsabilidad de Sanidad, en tanto que la Medicina curativa lo era de las consultas de los hospitales. Fue también el primero en crear un servicio social que sirvió de célula inicial a la futura Escuela de Trabajo Social. En esa época se prepararon, bajo su dirección, los primeros rudimentos de la apreciación del estado de la alimentación familiar, estableciéndose las definiciones de deficiente e insuficiente, con sus distintos grados, para uso de las visitadoras sociales.

Alienta a sus discípulos cuando, por sus propios medios, se van adentrando en el mecanismo unitario de la respiración y la circulación. Sin egoísmos, pero sin timideces, estipula la incorporación progresiva de

estos dos aspectos de la fisiopatología, primero en el terreno de las exploraciones radioquímicas y luego en el campo de la cirugía.

En 1940, hace ya más de 60 años, Baldó decidió sacar la lucha antituberculosa de su especializado recinto y llevarla a manos de los médicos higienistas capaces de realizar un programa básico, cuando aún no existía la terapia antibacteriana.

La llegada de la estreptomicina, del PSA y de la hidrácida del ácido isonicotínico, encontró a Venezuela preparada para extender la eficiencia del tratamiento específico a una gran proporción de la población enferma.

No quiere esto decir que la lucha antituberculosa hubiera sido perfecta, pero es altamente satisfactorio poder señalar que nuestra mortalidad por tuberculosis llegó, en descenso mantenido, a 11,1 por 100.000 habitantes para el año de 1970, uno de los más bajos en América Latina; mientras que la mortalidad también para el mismo año se mantuvo en continuo descenso, arrojando sólo la cifra de 48,1 por cada 100.000 habitantes. De no haber existido una sólida estructura diseñada y puesta en ejecución por el doctor Baldó, la situación hubiera sido muy grave.

A fines de 1950, el doctor Baldó concibió la idea de comenzar la lucha contra la tuberculosis bovina, creándose por su influencia, y en decreto conjunto de los Ministerios de Sanidad, Fomento, Agricultura y Cría, la Comisión de Erradicación de la Tuberculosis Bovina, la cual presidió durante muchos años. Los resultados apreciados por las entidades gubernamentales, y especialmente por las instituciones privadas relacionadas con la ganadería venezolana, han demostrado la eficiencia de su labor y de las personas que junto a él trabajaron en la erradicación de la tuberculosis bovina.

Otro proceso trascendente fue que tanto el Ministerio como su Escuela de Salud Pública «José Ignacio Baldó» (porque sigue siendo suya), con su nombre a la cabeza, llevaron la iniciativa, el impulso, la ayuda económica, la orientación y la coordinación que conforman la realización de cursos de postgrado universitarios en materias consideradas como estrictamente clínicas, para ponerlos al servicio de la comunidad, habiendo sido José Ignacio Baldó el agente animador, orientador y coordinador de los mismos.

Con gran claridad y espíritu de penetración, el doctor Baldó se dio cuenta de que la mano que llega al cuerpo de la mayoría de quienes hay que proteger de las enfermedades o curar, es la de los auxiliares

del médico. Se dio cuenta de que a los 24.000 centros poblados de menos de 500 habitantes y a la población rural dispersa había que llevarles los beneficios de la Medicina por medio de un personal con formación elemental. Surgió entonces lo que hoy conocemos como «Medicina Simplificada». Junto con los doctores Carlos Luis González Herrera y Víctor Obregón, presentó a la Asamblea de la Federación Médica Venezolana (Barinas, 1963) el trabajo titulado «Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa», y la Federación Médica Venezolana, dando un buen ejemplo de comprensión, aprobó el programa. A partir de entonces Venezuela ha recibido solicitudes de información sobre este Programa desde todos los continentes del mundo, y la Universidad de Toronto, con el auspicio del gobierno canadiense, inició en su momento un estudio costo-beneficio del mismo.

Ya jubilado y en funciones de asesor Emérito, se echó encima la carga de organizar y dirigir un curso intensivo de actualización clínico-sanitario para médicos rurales en servicio, y de este modo, el antiguo centro de Salud de Villa de Cura, transformado en Centro Docente, inició esta actividad con los médicos rurales. Cuando la avalancha de intereses políticos hacía estremecer el Despacho de Sanidad y limitaba los esfuerzos a la actividad de remediar apenas unos servicios deteriorados, él cumplía una vez más una labor nueva y positiva.

El doctor Baldó fue un conductor y un coordinador. Su capacidad de pensar, razonar y exponer, la pasión que puso en tal empresa, la divulgación, a través de su conversación, de las ideas y las aspiraciones que conformaban cada proyecto, así como su autoridad moral e intelectual, fueron todas características que lo llevaron a ser promotor y coordinador de los proyectos y realizaciones que hemos comentado.

Trajinó los más variados campos de la actividad docente, sanitaria, asistencial, social, cultural y artística. Participó activamente como dirigente en todas ellas y prácticamente en todas las épocas. Sin embargo, jamás quiso participar en lo que los venezolanos llamamos «la política», el tentador campo del poder directo o indirecto a través de influencias; ni siquiera con el objeto de lograr ventajas para la lucha antituberculosa (las cuales calificaba de transitorias) quiso utilizar circunstancias que otros hubieran considerado como favorables. No se dejó halagar con ofrecimientos ministeriales, senadurías o diputaciones que le fueron propuestos en más de una ocasión, prove-

nientes de diferentes regímenes. Prefirió quedarse dentro del límite de las actividades de la salud pública, educando y formando colaboradores para una finalidad que estaba por encima de todo interés, como es la salud del pueblo venezolano.

Ahora bien, esa actitud «apolítica» no era, en todo caso, una actitud de aislamiento e indiferencia frente a la evolución social de las comunidades. Desde hacía muchos años, cuando leyó su discurso de incorporación a la Academia Nacional de Medicina, planteaba el problema social de la tuberculosis como la enfermedad que paraliza la actividad creadora del hombre: el trabajo. Siempre vio clara la marcha de la Medicina hacia una forma distinta de ejercicio y creyó que el derecho a la salud había que ofrecerlo dentro de una nueva organización de la prestación de servicios médicos. En el trabajo presentado en el II Congreso Venezolano de Tuberculosis, (Maracaibo, 1943), dividió en etapas la historia y los problemas de la lucha antituberculosa en Venezuela, siendo la tercera etapa el «Seguro Social», la cual debía cambiar los aspectos asistenciales de la lucha.

Su preocupación por el proceso llamado «socialización de la Medicina», en cuya evolución progresiva creyó desde 1944, como se lo oímos expresar varias veces y cuya esencia y filosofía social compartió y defendió, lo hizo estudiar con dedicación de varios días de visita la planificación aplicada en la Gran Bretaña.

Este enfoque asistencial lo llevó a defender la posición que hasta hoy se ha mantenido en los sanatorios antituberculosos, donde el enfermo asegurado no está en pabellones separados, sino en las mismas camas de las salas generales porque *la atención médica no puede ser diferente, tiene que ser una sola, la mejor que se pueda, para todos los seres humanos*; pobres, asegurados o ricos, son hombres y ciudadanos. Establecer diferencias de atención médica frente a la enfermedad es inhumano y antiético.

José Ignacio Baldó le dio a su país más de cincuenta años de vida útil, sin pedir ni aceptar recompensas personales. Jamás cedió su condición. Aun jubilado y como asesor Emérito, continuó desempeñando tareas que para un joven hubieran resultado agotadoras.

Aparte de su extraordinaria labor en el campo de la lucha antituberculosa y en la erradicación de esta terrible endemia que hasta 1930 azotaba a nuestro país, el doctor Baldó se distinguió en varios campos de la actividad cultural, adentrándose en ellos durante su estadía en Europa.

Fue hombre de gran bondad y excelente conversador. Además de su idioma materno, dominaba el inglés, el francés y el alemán. Terminada la Segunda Guerra Mundial, con un grupo de amigos y colaboradores inició el proyecto de creación de la Asociación Cultural Humboldt, cuyo quincuagésimo aniversario se celebró en 1997, habiendo sido su primer presidente.

El estrechar los vínculos culturales entre alemanes y venezolanos, ha permitido a los primeros conocer muchos aspectos de la cultura e idiosincrasia del venezolano, y a los segundos entrar en relación con los extraordinarios monumentos de la cultura alemana, en sus aspectos científicos, musicales, dramáticos y literarios. En nuestro país, tan despreocupado por las actividades culturales y tan entregado a las hedonísticas, la Asociación Cultural Humboldt ha cumplido una labor inmensa e invalorable.

Debido a su extraordinario amor por la música clásica, José Ignacio Baldó fue también uno de los fundadores de la Orquesta Sinfónica de Venezuela.

Enamorado de las actividades deportivas y alpinísticas, en las cuales se había iniciado en Alemania y Suiza, fue uno de los primeros venezolanos en escalar, en compañía del célebre guía Domingo Peña, las alturas del Pico Bolívar.

Sin estar plenamente comprobado pero debido a la probable amistad que mantuvo con el novelista Thomas Mann, se dice que Baldó es uno de los personajes de esa monumental obra literaria llamada *La Montaña Mágica*. Bien pudo serlo, dada la extensión que dedica Mann a los sanatorios antituberculosos y a la curación del terrible flagelo.

Como venezolano y como familiar, vaya mi modesto y afectuoso homenaje hacia este gran humanista venezolano, que aunque nacido en un remoto rincón de los Andes, supo a través de su tesón, laboriosidad y paciencia cumplir con los ideales y postulados del Libertador y, en su aspecto humanístico, llenar las exigencias que tanto André Maurois como Stefan Zweig mencionan entre las características del verdadero humanista.

UN RECUERDO DEL EMINENTE PROFESOR

Blas Bruni Celli

Conocí al profesor José Ignacio Baldó en 1949 cuando en mis estudios de pregrado pasé por la Clínica Tisiológica, la cual se enseñaba entonces en el complejo asistencial de El Algodonal. Era una pasantía muy bien organizada. Muy temprano en la mañana un autobús nos esperaba en las puertas de la Universidad Central, en el centro de Caracas, y nos transportaba a aquel sitio que todavía se encontraba entre los aledaños de Caracas. Estaba entonces el profesor Baldó en los mejores años de su vida. Sus explicaciones eran claras, precisas, didácticas. Tenía el don de inspirarle a sus discípulos respeto y a la vez afecto. Hacía uso frecuente del pizarrón para los esquemas teóricos y del negatoscopio para mostrar radiografías como ejemplos. Como fui asiduo y atento discípulo, desde ese tiempo me distinguió con una especial amistad.

Más tarde, cuando me dedicaba a la Anatomía Patológica durante mi primer año de postgrado, en los meses finales de 1950, ocurrió nuestro primer encuentro, ya de carácter más personal, pues con frecuencia visitaba al profesor Rudolf Jaffé en el Hospital Vargas, y allí lo saludé una mañana cuando esperaba que Jaffé regresara de supervisar una autopsia. Baldó era un apasionado de la Anatomía Patológica y un ferviente soporte moral para quienes querían estudiarla. Recuerdo muy bien que en una oportunidad me interrogó casi inquisitivamente sobre cuáles habían sido las motivaciones que me habían inclinado hacia esa especialidad que él consideraba fundamental para el progreso de la medicina. Me di cuenta de que se alegró mucho cuando percibió en mis palabras un razonamiento lógico y una decisión tomada en firme para seguir tales estudios. Me confesó esa vez que él también había querido ser anatomopatólogo y que las diversas circunstancias de su vida lo llevaron hacia la Tisiología. Fue en esa oportunidad cuando me enteré de que había sido él un factor decisivo para la venida del profesor Rudolf Jaffé a Venezuela. Y también comprendí la razón de esas frecuentes visitas que iba a hacerle en el Hospital Vargas.

Cuando apareció mi libro *Historia de la Facultad Médica de Caracas* en 1956 recibí de él una llamada telefónica para felicitarme y hacerme algunas observaciones. Por ello, después, nuestras conversaciones se extendían también al campo de la historia y el humanismo. Tenía una especial predilección por la cultura alemana, y cuando le informé de que me ocupaba en recopilar las obras completas del doctor Adolfo Ernst, se interesó mucho en buscar el financiamiento para la edición

de esa obra. Tenía también un apasionado interés en el estudio de la última enfermedad del Libertador. Fue promotor de un foro en el que participamos varios médicos e historiadores para discutir ampliamente este tema. En dicha oportunidad organizó en su casa de habitación varias reuniones preparatorias, las cuales resultaban muy gratas por las exquisitas atenciones que a los invitados nos prodigaban su esposa Josefina y sus hijas. De estas discusiones surgió una estupenda monografía en la cual quedó definitivamente demostrada la naturaleza tuberculosa de la muerte de Bolívar [1].

En 1965, cuando ingresé a la Academia Nacional de Medicina, tuvo hacia mí un gesto inolvidable. En la mañana del mismo día de la elección para convertirme en miembro, me llamó por teléfono para decirme que acababa de cancelar una serie de compromisos para estar presente en la sesión de esa tarde, pues consideraba que tenía una obligación moral de ir a votar por mí. Me sentí estimulado y reconfortado por este gesto amistoso. Igualmente, cuando inauguré el nuevo Instituto de Anatomía Patológica en el Hospital Vargas en 1966, estuvo presente y con gran entusiasmo pronunció unas palabras en las cuales expresó profundos pensamientos sobre la importancia de la especialidad de la Anatomía Patológica, la necesidad de incrementar los estudios de postgrado y de realizar trabajos de investigación en la materia. Después de la ceremonia inaugural hizo un recorrido por todas las áreas del nuevo edificio y no podía ocultar la emoción de que se hubieran construido nuevas instalaciones que en lo adelante harían más cómodo y fructífero nuestro trabajo asistencial y docente.

Cuando comencé mis tardíos estudios de Filosofía en la Universidad Central coincidí en el aula con su esposa doña Josefina Ayala de Baldó, quien, también como yo, en su adultez deseaba ampliar su cultura. Esta condición de condiscípulos que nos llevaba a hablar frecuentemente por teléfono o a intercambiarnos libros en préstamos o regalos, fue motivo para que mi amistad con el profesor Baldó se incrementara, fuera más familiar y afectuosa, y se hicieran más frecuentes mis visitas a su casa, especialmente en los últimos años de su vida, cuando ya comenzaba a deteriorarse seriamente su salud. Entonces tuve la oportunidad de oír muchas de sus profundas experiencias y pude darme cuenta cabal de los inmensos servicios que había prestado a Venezuela.

Al graduarse de médico en la Universidad Central de Venezuela el 20 de julio de 1920, José Ignacio Baldó se fue de inmediato a realizar cur-

sos de postgrado en Francia, Alemania y Suiza. De sus tiempos de Suiza hablaba con gran nostalgia, pues había encontrado allá excelentes profesores y amigos. Cuando regresó a Venezuela en 1927 posiblemente lo impactó de manera profunda los inmensos contrastes entre la muy avanzada medicina europea y la muy incipiente venezolana, y de allí le nace aquel extraordinario interés por el trabajo asistencial y docente. De inmediato ingresa al Ministerio de Sanidad en el Servicio de Vacunación de la BCG. A la muerte del general Juan Vicente Gómez, cuando se inicia una nueva etapa en la historia venezolana, en el Ministerio de Sanidad crea la División de Tuberculosis, destinada a combatir uno de los más graves problemas que para entonces tenía la salud pública venezolana. Mucho se ha escrito sobre esta labor gigantesca y pionera que hace del Doctor Baldó uno de los pilares fundamentales en la historia de la medicina nacional. En muy pocos años logró construir en toda Venezuela una extensa red de hospitales destinados al tratamiento de los tuberculosos; bajo su inmediata dirección se formaron numerosos tisiólogos que serían sus colaboradores y adjuntos. Ya en 1937 llegó a fundar la Sociedad de Tisiología y Neumonología, la cual se convertiría en piedra de toque para el avance de la especialidad.

Era el doctor Baldó un hombre de extraordinario tesón, con una firme voluntad para luchar por las causas nobles. Su tenacidad era proverbial y conocida. Sus metas eran precisas y perfectamente definidas. Si encontraba obstáculos sabía muy bien cómo superarlos y vencerlos. Era un hombre con una voluntad de hierro, y cuando se trazaba un objetivo lo lograba con su paciencia y constancia, que eran infinitas. Cuando se proponía un ideal y una meta no descansaba hasta alcanzarlos.

El campo de la Tisiología fue su centro de atención, pero comprendía perfectamente que la salud pública en general requería de otras disciplinas y actividades diversas de carácter complementario. Cuando ya la tuberculosis pasaba a ser una enfermedad casi controlada llamó la atención sobre otras enfermedades que, como las micosis profundas, las neumoconiosis y las enfermedades cardio-respiratorias, tenían también gran importancia en la salud pública venezolana. De allí que aquella antigua División de Tisiología del Ministerio de Sanidad se transformase en División de Enfermedades Crónicas del Adulto. Con esta denominación podía abarcar además otros múltiples problemas sanitarios que habían quedado sin recibir la debida atención por parte del Estado.

Cuando Baldó se interesó por las micosis profundas recuerdo que nombró una Comisión en la cual yo fui incluido, la cual tenía por misión proponer las primeras tentativas de organización en la lucha contra estas enfermedades. Su inquietud y la modernidad de su pensamiento lo llevaron siempre a pensar en la solución de los problemas de salud pública con medidas audaces y sencillas que se salieran de los rígidos cánones de la medicina tradicional. Por ejemplo, siempre pensó en la formación de un personal con preparación básica para atender los problemas inmediatos y urgentes en las selvas, en las minas y en lugares apartados.

Fue sin duda Baldó un verdadero y auténtico líder de la salud pública venezolana, quien inspiraba confianza debido a la nobleza y honestidad de sus propósitos, que supo formar y rodearse de distinguidos colaboradores que le servían con extraordinaria lealtad en todas las dependencias que administraba; colaboradores no solamente médicos sino también bioanalistas, enfermeras, buenos y eficientes administradores y personal subalterno indispensable para la buena marcha de los servicios.

Cuando desde una perspectiva histórica proyectamos y analizamos su vida y su obra, podemos afirmar que Baldó fue uno de los grandes constructores de la Venezuela contemporánea, cuyos servicios a la salud pública lo hacen merecedor de grandes honores y justos reconocimientos. Su figura, más que un modelo, constituye un paradigma para las generaciones futuras, y el ejemplo de su fecunda obra y de su noble esfuerzo debe arder como perenne llama en el corazón de la Venezuela del presente y del futuro.

[1] Se refiere al libro «Enfermedad y muerte del Libertador». Caracas, SociedadVenezolana de Historia de la Medicina / Academia Nacional de la Historia, 1963. N. del E.

ACOTACIONES A SU BIOGRAFÍA

Juan José Puigbó

El doctor José Ignacio Baldó fue el arquetipo del médico consagrado al campo de la salud pública en Venezuela, el ilustre tisiólogo abanderado de la lucha antituberculosa, el propulsor de cursos de postgrado, así como de la formación de personal humano a diferentes niveles y uno de los promotores de la Medicina Simplificada en el país.

La familia Baldó era de origen hispano, proveniente de la región de Cataluña (Andorra). Su tatarabuelo, quien detentaba el mismo nombre que nuestro biografiado, fue una figura y un mártir por su fidelidad a la causa patriótica. Había sido distinguido por el Rey Carlos III con el título honorífico de José Ignacio del Pumar «Marqués de las Riberas de Boconó y Masparro», con la intención de ganar su voluntad para la causa realista, pero el antecesor del doctor Baldó, por el contrario, abrazó, y con gran entusiasmo, la causa patriótica en pro de la independencia, lo cual le valió el castigo de ser encarcelado y morir prisionero a los 90 años de edad, despojado de todos sus bienes de fortuna[1].

Debido a otra de las contingencias frecuentes en nuestra historia patria aconteció que, después de la Guerra Federal, el abuelo de Baldó, quien a su vez era nieto del Marqués ya citado, abandonase el estado Barinas para ir a radicarse en los Andes, más precisamente en la ciudad de San Cristóbal, en donde nacería el ilustre tisiólogo.

Estudios universitarios

El doctor Baldó se traslada a Caracas para cursar sus estudios universitarios en la Escuela de Medicina de Caracas (1915-1920). El jurado ante el cual rindió el examen final de la carrera estuvo integrado por los doctores Alfredo Machado Hernández, Luis Razetti, Arturo Ayala, Jesús Rafael Rísquez y Vicente Peña.

La promoción de 1920, a la cual perteneció, estuvo integrada por los doctores Gustavo Machado, Pedro Rodríguez Ortiz, A. Gutiérrez Solís, Julio García Álvarez, Héctor Landaeta Payares, Pedro González Rincones, Bernardo Gómez, Pedro del Corral, Antonio J. Castillo, Martín Vegas, Pedro Gutiérrez Alfaro, Guillermo Hernández Zozaya y Arístides Tello Olavarría. Durante su vida universitaria mostraba una decidida inclinación por las artes y, en especial, por la música clásica, señalándose su asistencia asidua a los espectáculos musicales y operáticos de la época. En el mismo año de su graduación decide realizar estudios de postgrado en Europa disponiendo para ello de escasos recursos económicos.

El postgrado en Europa: Un cambio forzoso de orientación

Su intención inicial era la de realizar estudios de cirugía en la ciudad de París. Al poco tiempo de su estancia en esa ciudad se le descubre una afección pulmonar ocasionada por la tuberculosis. Con toda probabilidad, su condición de enfermo debió ocasionar en su ánimo un impacto doloroso, ya que era muy limitado el conocimiento médico del cual se disponía en esa época y eran grandes las dificultades para alcanzar la cura de esa afección, por lo demás sumamente frecuente. Esto lo obligó a realizar cambios fundamentales en su proyecto de vida y en sus estudios.

Era necesario dar los primeros pasos en el sentido de obtener la curación. Baldó se dirige entonces a la región de los Pirineos, en el sur de Francia, en busca del clima apropiado y del reposo requerido. Es en ese sitio donde traba amistad con un acaudalado matrimonio español que le cobra gran afecto. De ellos surge la recomendación de que se trasladase a Suiza, específicamente a Davos-Platz, en el cantón de Grisones. Debido a las buenas gestiones de sus protectores, éstos le consiguen, además del lugar de su posible curación, el sitio de trabajo adecuado para completar su formación.

El Waldsanatorium en Davos-Platz

En el año 1923 el doctor Baldó siguió el mismo camino que había utilizado anteriormente el personaje Hans Castorp, protagonista de la gran creación literaria de Thomas Mann, *La Montaña Mágica*[2]. Llega a un lugar denominado Rorschach, prosigue a Landquare, una pequeña estación alpina, y continúa hasta llegar a la pequeña estación de Davos-Dorf.

Entraba convaleciente en aquel lugar que se consideraba como el «Primer Centro Antituberculoso» del mundo para esa época, el cual había llegado a brindar atención a una población de treinta mil tuberculosos, pero que confrontaba en ese período de la postguerra serias dificultades de orden económico. Era un centro de carácter internacional, cuya clientela provenía de las más diversas regiones del mundo.

Ese mismo año Baldó se incorpora como tercer ayudante del doctor y profesor *Geheimrat*[3] Friedrich Jessen, el cual había dejado sus cátedras de Cirugía y de Anatomía en la Facultad de Medicina de Hamburgo para cuidar a su señora esposa que padecía de tuberculosis. Refiere el doctor Baldó la profunda influencia que ejerció sobre sí el distinguido profesor Jessen, tanto en el campo de la Medicina como

en el de la Filosofía, al insuflarle una visión filosófica muy amplia sobre la vida (*Leben philosophi*), indispensable para completar su formación médica.

El profesor *Geheimrat* Friedrich Jessen

Era este Profesor, de acuerdo con la información suministrada por el doctor Baldó, un hombre de una inteligencia rayana en lo genial, un gran científico dotado de múltiples cualidades: era a la vez pintor, escritor, filósofo y hombre de mundo. La descripción somática se puede establecer a partir de la que Thomas Mann hace de su famoso personaje de *La Montaña Mágica*, el médico jefe del sanatorio denominado el «consejero (o asesor) Aulico Behrens», la cual corresponde a la del profesor Jessen. Era un hombre huesudo, de manos grandes «como un sartén», de una altura mayor que el promedio, de cabellos blancos, nuca saliente, grandes ojos azules y estriados por los vasos sanguíneos, lacrimosos, nariz arremangada, bigote recortado que se alzaba de un lado a consecuencia de un encogimiento irregular del labio superior, de mejillas azules, cabeza coloreada y pies colosales. Acostumbraba a usar una bata blanca de cirujano que le descendía hasta las rodillas[4].

El doctor Baldó fue promovido más tarde a la posición de Primer Ayudante del Médico Jefe, profesor Jessen. El ilustre tisiólogo era una persona de naturaleza modesta cuando se refería a su actuación como médico en aquel centro. Se complacía en relatar el papel de intermediario que le tocó desempeñar para hacer cumplir las disposiciones emanadas de la jefatura médica dirigida a la población de enfermos iberoamericanos, la cual se había vuelto cada vez más numerosa después de la Primera Guerra Mundial. Efectivamente, con esa acentuada inclinación gastronómica por las cocinas locales, los del Sur (Argentina, Chile, Uruguay) solicitaban en sus dietas los añorados «bifes», los mexicanos sus imprescindibles enchiladas, los españoles pedían sus consabidas paellas. Nos relataba el doctor Baldó que su tarea era hacerles comprender el valor que tenía una dieta adecuada (hiperprotéica, rica en cremas y ensaladas) para ayudar a promover el proceso curativo.

La importancia de la estancia en el Waldsanatorium Platz

Baldó disfrutaba relatando sus vivencias de aquella época que le tocó vivir en Davos, a la cual se refería como una de las más felices de su

vida. Resulta evidente la importancia que tuvo para él esa estancia en el Waldsanatorium Platz y sus contactos con el maestro Jessen, a la vez inolvidables y fundamentales. A partir de allí desarrollaría una visión clara en el sentido de que se precisaba la creación de una organización e instituciones similares en Venezuela para la lucha antituberculosa, las cuales debían disponer de las facilidades necesarias para cumplir con esta misión.

El Sanatorio como concepto era una institución dotada de una zona ambiental apropiada en donde el paciente podía disfrutar de un aire libre de contaminación y gozar de la tranquilidad necesaria para que aquellos enfermos afectados de tuberculosis pulmonar activa pudieran realizar la cura de reposo indispensable en esa época. Estos dos elementos –la cura de aire y de reposo– eran considerados en aquel entonces como fundamentales, aun cuando difíciles de evaluar sus resultados. A esto se le agregaba un tercer elemento: la importancia de una alimentación balanceada y rica en proteínas que facilitase el proceso curativo.

Era también importante la obtención de una historia clínica exhaustiva que hiciera énfasis en las condiciones ambientales y socioeconómicas en que se había desenvuelto el paciente, las encuestas respecto al posible origen del contagio, asentando el diagnóstico positivo de la tuberculosis por medio de la baciloscopia, del estudio de los rayos X del tórax, del uso de la cutirreación y de la vacunación por BCG.

La Anatomía Patológica. El «Forschungs Institut»

Refiere el doctor Baldó que durante el primer año de su estancia en el Sanatorio, ocurrió el deceso de un paciente durante una guardia médica que le correspondía hacer y que caía en día domingo. El empleado del Servicio y del Laboratorio le preguntó que en cuánto tiempo tendría listo el trabajo previo que debía ser realizado de acuerdo con la técnica de la autopsia, de modo que el Médico-Jefe pudiera realizar el examen de los órganos y poder proceder a llenar el protocolo requerido. Baldó confiesa que este episodio le hizo pasar un mal rato ya que, a pesar de su deseo de cumplir con la tarea asignada, no estaba lo suficientemente entrenado en esa técnica básica.

El profesor Jessen consideró necesario que asistiera al «Forschung Institut» (Instituto de Investigaciones), el cual se encontraba situado en esa misma localidad, y donde funcionaba un servicio especial de Anatomía Patológica, a fin de que actualizara sus habilidades en ese

campo. Dice textualmente al respecto: *Así aprendí en los años de mi formación tisiológica todo lo que nos puede enseñar esta primera etapa del trabajo que debe practicarse aun sin especialistas*[5].

También desarrolla la concepción siguiente con respecto a los estudios patológicos: *He sido siempre partidario de una Anatomía Patológica como parte integrante de la clínica y no de una Anatomía Patológica aislada y acantonada en el epílogo del drama de la vida*[6].

Ampliación de su formación de postgrado

Al terminar su entrenamiento básico con el profesor Jessen en Davos, Baldó se dirigió a las ciudades de Hamburgo y de Munich para ampliar sus conocimientos en el campo de la Tisiología y de la lucha antituberculosa, al lado de los eminentes médicos Brauer y Sauerbruch. Este último, Ferdinand Ernest Sauerbruch (1875-1951), era un cirujano alemán, natural de Leipzig, y a quien se le consideraba como el máximo líder de la cirugía en Alemania; había sido uno de los pioneros de la cirugía torácica, y entre sus contribuciones figuraba el haber logrado mejorar la técnica de la toracoplastia. Estos años de entrenamiento fueron de una importancia capital para la formación del doctor Baldó.

El retorno a la Patria. La primera etapa: La lucha antituberculosa (1926-1936)

Al regresar a Venezuela en 1926 inicia, en colaboración con los doctores Alberto Fernández y Martín Vegas, una clínica privada. Luego, en 1929, cuando Baldó contaba con 31 años de edad, constituye, en unión de otros jóvenes profesionales de la Medicina, un centro privado denominado «La Policlínica Caracas». Dicha institución fue pionera en el país puesto que instauró, al servicio del público y de manera integral, los recursos de las diferentes disciplinas de la Medicina y de la Cirugía, así como de los métodos de diagnóstico disponibles para esa época, conduciendo ello a un notable progreso de la Medicina privada en nuestro medio, bajo el lema de *juncti valemus ars longa vita brevis*. En esta institución se implantaron reuniones dedicadas a discusiones clínicas y se fundó una publicación científica denominada *La Revista de la Policlínica Caracas*. En este foro se debatían los principales problemas de la medicina nacional. El doctor Baldó formó parte del cuerpo de Directores y redactores de dicha Revista.

A partir de 1925[7,8] empieza a publicar artículos en los cuales presenta el fruto de su experiencia personal dentro del campo de la clínica de tuberculosis, especialmente sobre los métodos de diagnóstico disponibles, la

cutirreacción, la vacunación BCG, la toracoplastia y el neumotórax como procedimientos terapéuticos, trabajos que enriquecen la bibliografía nacional[9,10].

La orientación inicial del doctor Baldó se dirigió a obtener la información epidemiológica necesaria acerca de la magnitud del problema de la tuberculosis en nuestro medio, identificar los grupos susceptibles (edad, áreas geográficas, situación socioeconómica y otros factores asociados), así como a investigar la presencia de otros factores de riesgo presentes en la población.

La vinculación ministerial y hospitalaria

En 1933 Baldó inicia su carrera en el Despacho de Sanidad (denominado en ese entonces Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría) desempeñando el cargo de Médico Adjunto en el Servicio de Vacunación BCG (Oficina de Sanidad del Distrito Federal) entre 1933 y 1935. También, en ese mismo año, es requerido para colaborar con el doctor Pedro González Rincones, quien ejercía a la sazón el cargo de Inspector de los Hospitales Civiles del Distrito Federal y, entre cuyos objetivos, figuraba la tarea de reorganizar el Hospital Vargas[11].

De tal forma, Baldó es designado en 1934 Médico Jefe del Servicio de Tuberculosis del Hospital Vargas. Aquí va a iniciar una intensa actividad que desplegará sobre dos vertientes: la primera, dedicada a la formación de los primeros tisiólogos, denominados por él como «los pioneros del Vargas». Demuestra una de las cualidades que sería una constante de su personalidad, a saber, la habilidad de seleccionar a sus discípulos y futuros colaboradores, y como dice textualmente[12]: *Tuve la intuición de seleccionar a mis discípulos, a mis colaboradores, a quienes escogí no sólo por su inteligencia sino por sus atributos morales*.

Entre esos pioneros van a destacarse figuras que fueron clave en el proceso de desarrollo del Ministerio de Sanidad y de la Clínica Tisiológica, y quienes habrían de desempeñar múltiples funciones trascendentes, tales como Joffre Díaz Guzmán, Aníbal Osuna, Rogelio Valladares, Alejandro Príncipe, Luis José González Herrera, Juvenal Curiel, Juan Delgado Blanco, Víctor Jiménez, Raúl Soulés Baldó, Luis Lozano Gómez, Alberto Angulo, Ángel Larralde y Carlos Ayala Páez, entre otros muchos. De esta manera se constituyó el semillero de las brigadas destinadas a llevar a cabo la gran cruzada de la lucha antituberculosa.

La segunda vertiente de sus actividades hospitalarias desplegadas en esa misma época consistió en la fundación, precisamente también en 1934, del Dispensario Antituberculoso del Hospital Vargas, del cual pasa a desempeñar el cargo de Director con carácter *ad honorem* hasta el año 1944. Constituía el complemento indispensable para el seguimiento de los pacientes y el control ambulatorio de los mismos. Así, el grupo médico podía seguir el curso evolutivo de los enfermos.

Era también el sitio de escogencia, con un criterio riguroso de excelencia, de los futuros especialistas. Los requerimientos que exigía era el de la vocación por la tisiología y el de la disciplina en el cumplimiento de las tareas asignadas. La supervisión regular era ejercida por el Director que asistía puntualmente los días martes, jueves y sábado a las 2:30 p.m. Al que no cumplía con los deberes «no se molestaba en reprenderlo, sencillamente lo descartaba». Acostumbraba a seleccionar a dos estudiantes por cada estado del país, con miras a poder extender en el futuro la acción sanitaria a todo el ámbito nacional. Otra de las importantes funciones que desempeñó dicho Dispensario fue la preparación del personal técnico requerido durante las primeras etapas de la lucha antituberculosa.

El 25 de febrero de 1936 tuvo lugar la creación de la «Cátedra Libre de Clínica Tisiológica» y el doctor José Ignacio Baldó asumió el cargo de profesor Jefe de dicha Cátedra, acompañado en este ejercicio por el doctor Rafael González Plaza, quien detentaba el cargo de Jefe de Clínica.

1936: Año crucial para la salud pública en Venezuela. Desarrollo en gran escala de la lucha antituberculosa (1936-1957)

En 1936, el Gobierno Nacional tomó la decisión de separar las actividades que eran tan dispares como las concernientes a la Sanidad y a la Agricultura, a fin de ubicarlas en campos separados. Se crearon así los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social, y de Agricultura y Cría. El doctor Enrique Tejera fue nombrado Ministro de Sanidad y Asistencia Social el 25 de febrero de 1936.

Ese mismo año tuvo lugar la creación de la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y el doctor Baldó sería designado Médico Jefe, cargo que habrá de desempeñar hasta 1957. La creación de esta División obedecía a la necesidad de enfrentarse al reto planteado por la tuberculosis, la cual era considerada como la segunda causa de muerte en el país y ocupaba, en el caso de diez ciudades, el primer puesto en mortalidad, ubicándo-

se en consecuencia por encima del paludismo, las neumonías y las enfermedades del corazón.

El Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar» (1933-1940)

En 1933, el doctor Pedro González Rincones logra obtener del doctor Enrique Toledo Trujillo, encargado en esa época del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, el decreto para la creación del Sanatorio «Simón Bolívar», «El Algodonal», comenzándose así su construcción en 1934, fruto de la colaboración del doctor Pedro González Rincones, encargado de los aspectos generales, del doctor Carlos Guinand, en su condición de arquitecto en lo concerniente al proyecto, incluyendo los planos de la edificación, arquitectura y cálculos de ingeniería, y del doctor Baldó, con el cometido de desarrollar por su parte los programas propiamente médicos.

De tal manera, bajo el impulso de aquellos esclarecidos hombres, surgió de un erial formado por terrenos áridos donde crecían cactos y cujíes, no sólo la imponente arquitectura de un moderno hospital antituberculoso sino también un verdadero bosque de coníferas y eucaliptos, así como de jardines, destinados a brindarles la mejor oportunidad de curación a los enfermos, y hacer la vida y el ambiente de los pacientes lo más placentera posible. En el terreno institucional este Complejo pasaría a convertirse en el máximo centro nacional, coordinador de la lucha antituberculosa, cuyo fundador y promotor había sido el doctor José Ignacio Baldó.

En 1940 se abrían las puertas de la moderna institución bajo la dirección del propio Baldó y, con la colaboración del doctor Elías Toro en el área de la cirugía torácica, también se organizó la sección de enfermería, la cual quedó a cargo de la profesional Johanna Borowsky, de nacionalidad y disciplina germana. Por su parte, la administración quedó a cargo del profesional Luis Alberto Suárez Borges y, posteriormente, de Guillermo Istúriz. El archivo de historia médica fue organizado por Toñita Rodríguez. Después ocurre el incremento del cuerpo de tisiólogos dedicados a la institución, tales como Juan Delgado Blanco así como de los cirujanos de tórax Isaac Pardo, Ángel Larralde, R. González Plaza, César Rodríguez, G. García Galindo y, posteriormente, se incorpora Manuel Adrianza (1952-1954). Así cobraría impulso el desarrollo de la cirugía torácica en el país, tanto en el Sanatorio «Simón Bolívar» como en los otros sanatorios antituberculosos que fueron emergiendo en el país (Maracaibo, Mérida,

etc.), los cuales se encontraban dentro de la jurisdicción de la División de Tuberculosis, cuya jefatura también ejercía el doctor Baldó.

Además de los recursos indispensables para el desarrollo de una bien fundamentada clínica tisiológica, tanto en sus aspectos somáticos como en los aspectos preventivos y sociales, se dispuso de las instalaciones necesarias para rayos X y laboratorio en lo concerniente al diagnóstico bacteriológico, a la práctica de la cutirreacción y a la aplicación de la vacuna BCG.

Pero otros dos campos, sobre los que abundaremos a continuación, le merecieron desde el comienzo una atención especial.

La exploración funcional cardiopulmonar

En los mencionados sanatorios antituberculosos del país se instalaron laboratorios de exploración cardiopulmonar, destinados a evaluar, por un lado, la función pulmonar que cobraba gran importancia en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes neumonológicos, a fin de poner en evidencia aquellos disturbios funcionales producidos por el proceso patológico; por el otro, aquellas anormalidades de la función cardiovascular eventualmente presentes.

Además de sus aplicaciones neumonológicas, estos laboratorios serían de enorme significado para el desarrollo de la cirugía cardiovascular que se realizaba en esos centros. Cabe citar como ejemplos sobresalientes en dicho campo la realización del primer cateterismo cardíaco en el país por parte de Víctor Jiménez y Ángel Larralde en el Sanatorio «Simón Bolívar» (1948). Este último médico practicó, también, la primera ligadura de un conducto arterioso realizado por un médico venezolano en el país.

La Anatomía Patológica

Algunos indicios de importancia ponen de manifiesto la particular devoción del doctor Baldó por este campo. Había sido nombrado en 1935[13] profesor de la Cátedra de Anatomía Patológica con miras a su reorganización, contando con la colaboración del doctor José A. O'Daly, quien en ese entonces ocupaba el cargo de Jefe de Trabajos Prácticos y se convertiría, a partir de 1936, en el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica y de la misma Cátedra en el Hospital Vargas. También en el año 1936, por iniciativa del doctor Baldó, se firmó el contrato para la venida a Venezuela del profesor Rudolf Jaffé, ex–profesor de esa Cátedra en la Facultad de Medicina de Berlín. También

colaboró Baldó en traer al país a un numeroso y distinguido grupo de patólogos alemanes que realizó una fecunda labor en este campo, en todo el ámbito nacional.

El servicio de Anatomía Patológica del Sanatorio Antituberculoso descollaría por sus significativos aportes en el campo de las neumopatías, en especial, por las sólidas contribuciones del doctor Alberto Angulo Ortega, quien se desempeñó como Adjunto (1946) y luego como Jefe del Servicio a partir de 1947. De hecho, el Servicio de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de Tuberculosis fue designado con el nombre del doctor Angulo Ortega por su notable desempeño en este campo.

Un acontecimiento personal

En 1939, momento de culminación de una etapa fundamental en la vida profesional del doctor Baldó, al haber logrado la inauguración del primer Centro Antituberculoso del país, el cual se convertiría de inmediato en el centro neural de la lucha antituberculosa, ocurre un acontecimiento biográfico que merece mencionarse: el maestro contrae matrimonio con Josefina Ayala, de cuyo enlace, habrían de nacer sus dos hijas Josefina y Pilar Baldó Ayala.

La erradicación de la tuberculosis bovina (1936-1969)

Esta labor constituyó otro de los objetivos centrales en la lucha antituberculosa concebida por el maestro Baldó quien, al efecto, fundó y presidió una comisión constituida desde el año de 1936 que fue integrada por un representante del Ministerio de Fomento, por dos representantes del Ministerio de Agricultura y Cría (el Director de Ganadería, quien delegaba el trabajo en el Jefe de la División de Sanidad Animal y en el Médico Veterinario, Jefe del Departamento de Tuberculosis y Brucelosis, quien era funcionario de ese Despacho); dos representantes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y, finalmente, por su persona, quien la presidía. La comisión recibió el apoyo oficial mediante la promulgación del Decreto Nº 57, de fecha 21 de noviembre de 1953, de la Presidencia de la República.

Las medidas puestas en acción por la susodicha comisión lograron hacer descender el porcentaje de positividad de los bovinos a la tuberculosis de un 3,48% en 1954 a un 0,55% en 1969, en un universo que comprendía un total de 3.578 animales examinados y de 28.100 animales sacrificados. Hoy por hoy, la tuberculosis bovina se considera

erradicada en varias zonas de producción lechera. Pero para la fecha (1969) todavía persistía el problema en otras zonas, tales como en el estado Zulia.

La expansión de la lucha: De la complejidad a la simplificación[14]

La formación de tisiólogos se realizó mediante cursos de postgrado en la especialidad, cuyos egresados fueron a alimentar «las redes primarias», ubicadas en los dispensarios antituberculosos de las grandes ciudades del país.

Pero pronto se hizo evidente que la lucha no se podía librar sólo basándose en especialistas ubicados en las unidades sanitarias, lo cual resultaba insuficiente para obtener la cobertura nacional requerida. Entonces Baldó desarrolló la tesis de la «Tisiología Simplificada», una tisiología sanitaria, para lo cual se organizaron los cursos medios de higienistas o de clínica sanitaria de una duración de cuatro meses y medio. Los egresados se ubicaban en las capitales de distrito, dotándolos de mayores facilidades, las cuales incluían los rayos X, e integrando de esta forma el nivel de las llamadas «redes secundarias».

Las medicaturas rurales, desprovistas de rayos X, formaban las «redes terciarias»; pero recibían el apoyo de un cuerpo de enfermeras auxiliares, las cuales realizaban la prueba de Mantoux y la vacunación con BCG, teniendo a su cargo el reservar cupo para realizar rayos X a enfermos seleccionados, brindándoles las facilidades disponibles a través de las redes secundarias.

Las «redes cuaternarias» estaban constituidas por aquellas poblaciones rurales pequeñas, las cuales eran objeto de la «Medicina Simplificada» a cargo de un personal auxiliar debidamente entrenado, utilizando enfermeras graduadas a dedicación exclusiva, quienes desarrollaban la labor de preparar al personal auxiliar, el cual permanecía después bajo la supervisión médica y de la enfermera graduada.

Según la expresión del doctor Baldó: *Teníamos que simplificar porque simplificar ha sido siempre el objetivo de nuestra lucha.*

Los cursos medios de salud pública

Estos cursos se organizaron con la mira de formar un tipo de médico con conocimientos básicos en las disciplinas de puericultura, pediatría, enfermedades transmisibles agudas, enfermedades venéreas, lepra, tisiología y neumonología, enfermedades nutricionales, ciertas endemias rurales y, posteriormente, se agregaron en la currícula las

nociones básicas sobre el cáncer, las enfermedades cardiovasculares e higiene mental[15].

Así fue como Baldó fue el gran artífice de la organización asistencial, basada en niveles demográficos de atención y según diferentes grados de complejidad, la cual, actuando en forma articulada y supervisada, iba a lograr aumentar la extensión y la profundidad de la lucha antituberculosa en la búsqueda de una cobertura de carácter nacional.

Pero la organización asistencial, basada en el concepto de niveles y redes, y tomando como base la tesis de la simplificación, iba a ser aplicada a otros grandes problemas de la salud, específicamente a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer.

El impacto del progreso farmacológico sobre la tuberculosis

Hasta la década de los cuarenta, la medicina carecía de agentes farmacológicos efectivos para controlar la infección causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Es entre los años 1947 y 1952 cuando aparecen los agentes quimioterapéuticos verdaderamente efectivos: entre ellos, la estreptomicina fue el primer agente tuberculostático efectivo para controlar la tuberculosis. Pero pronto surgieron problemas derivados de su uso, tales como la resistencia a la droga y las reacciones adversas, en especial, las de toxicidad vestibular y la sordera, entre otras. Afortunadamente, en 1945, se descubrió otra droga con acción tuberculostática, la isoniacida, de la cual se pudo disponer a partir de 1952 y pasaría a constituir la droga de elección en la quimioterapia de la tuberculosis. Un año más tarde, en 1946, se descubrió la actividad tuberculostática del PAS o ácido para-aminosalicílico, y se demostró que ese medicamento también ejercía un efecto beneficioso sobre la enfermedad. En 1960 se aumentó el arsenal de los medicamentos antituberculosos con la aparición del etambulot y la rifampicina[16].

Mediante el conjunto de estos fármacos y, especialmente a través de la combinación de algunos de ellos, tales como la isoniacida y la rifampicina, se alcanzaba un elevado índice de control de la enfermedad. La disponibilidad de éstos y de otros agentes tuberculostáticos cambió en forma dramática el tratamiento de la tuberculosis, ya que disminuyó en forma significativa la necesidad de que la cura del enfermo se realizase mediante su internación en el sanatorio. De esta forma, los pacientes pasaron a ser atendidos en los hospitales generales y, en un tiempo relativamente corto, se podían reintegrar a sus hogares. El

reposo prolongado, que era la piedra angular del tratamiento anteriormente utilizado, dejaba por tanto de ser necesario.

La etapa del éxito (1957-1970). El Hospital Universitario de Caracas

Para 1957, la gran cruzada de la lucha antituberculosa había logrado obtener un resultado significativo en el transcurso de un cuarto de siglo, el cual consistía en la importante reducción de la mortalidad por tuberculosis y en el desplazamiento de la enfermedad de un segundo puesto entre las causas de muerte, a una ubicación en el puesto número ocho.

Era el resultado del trabajo de una gran organización y de un equipo humano eficaz presidido por el doctor Baldó, quien había logrado implementar la estructura asistencial más eficiente del país, con el solo parangón, posible y diferente, de la lucha antimalárica conducida por el gran sanitarista Arnoldo Gabaldón.

Ese mismo año abre sus puertas el Hospital Universitario de Caracas, siendo el doctor Baldó el fundador de la Cátedra de Clínica Tisiológica y del Servicio del Hospital Universitario, cuya apertura tuvo lugar el día 18 de octubre de 1957[17]. Lo acompañaron en ese acto los doctores Rogelio Valladares, Gustavo García Galindo, Ángel Larralde, Carlos Ayala Páez, Luis Lozano, Alberto Angulo y Víctor Jiménez. El doctor Baldó detentó además la posición como Médico Jefe del Servicio de Neumonología, y continuó sus actividades dentro del escalafón de Profesor por Concurso de la Cátedra de Clínica Tisiológica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela durante un período de 25 años. El gran maestro recibió su jubilación el 1º de marzo de 1965.

La expansión del campo de la Neumonología. Las micosis

Gracias a la disminución significativa que experimentó la tuberculosis pulmonar como problema de salud pública se pudo implementar la organización asistencial que se había estructurado, así como aumentar los recursos disponibles para el despistaje, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación, en mayor proporción e intensidad para atacar los problemas neumonológicos más frecuentes: la bronquitis crónica y el enfisema, el asma bronquial, las neumonías, el carcinoma bronquial, las enfermedades pulmonares ocupacionales, las micosis pulmonares y extrapulmonares, entre aquellas entidades de mayor importancia clínica y epidemiológica.

En 1957, el doctor Baldó promueve al efecto la creación de una «Comi-

sión Coordinadora del Estudio Nacional de las Micosis» y es designado Presidente de la misma. Los resultados de la actividad desplegada fueron llevados ante la «Organización Panamericana de la Salud» (XI Reunión del Consejo Directivo), la cual aprobó, en su Sesión Plenaria, la Resolución XXIV sobre el estudio de las Micosis en el hemisferio americano.

Esta reunión concluye que la «Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de las Micosis», creada en Venezuela para el estudio de las micosis, había probado ser de extrema utilidad al coordinar la acción oficial con la privada y, por tanto, recomendaba su aplicación a los demás países de América como el mejor método para conocer la epidemiología y el problema de las micosis. Los resultados de las investigaciones en este campo fueron llevados al Simposio Internacional de Micosis en Washington (Organización Panamericana de la Salud, 1970). Al doctor Baldó se le encomendó la elaboración del sumario de esta reunión, cuyas recomendaciones y conclusiones fueron aceptadas. A partir de allí se integró una comisión y se elaboró un programa de acción continental en la cual entró a formar parte el doctor Baldó[18].

Los nuevos campos de acción de la salud pública (1957-1968)

En noviembre de 1956 se celebra el I Congreso Venezolano de Salud Pública, el cual tuvo lugar con motivo de la celebración de los primeros veinte años de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En dicho Congreso fue presentada la ponencia titulada «Nuevos campos de acción de la salud pública en Venezuela», expuesta y sustentada en nombre de un distinguido grupo[19] por el doctor José Ignacio Baldó. La ponencia fue aprobada y recomendada para su ejecución. Como consecuencia, se designó al doctor Baldó como Médico Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas, a fin de aplicar, en la División de Enfermedades Cardiovasculares y de Cáncer, los criterios y técnicas de la salud pública que habían sido exitosos en otros campos.

Un nuevo programa de atención médica: La transformación hospitalaria (1968-1970)

A partir de 1968, el maestro Baldó desarrolló un nuevo programa de atención médica integral destinado a beneficiar a vastos sectores de la población, hecho que fue posible gracias a la marcha favorable de la lucha contra la tuberculosis[20]. El plan comprendió la utilización del Sanatorio Antituberculoso «Andrés Herrera Vegas», ubicado en el área

de El Algodonal, como Hospital General destinado a prestar servicio de atención médica integral preferentemente a las comunidades establecidas en la parte oeste de la zona metropolitana de Caracas. Comprendía también dicho plan la organización en ese Hospital de cursos de preparación de personal médico en la especialidad de Medicina General, de auxiliares y de personal paramédico, requerido para la función hospitalaria propuesta, a cuyos fines se coordinaría lo procedente con la Escuela de Salud Pública y las facultades de Medicina del país. La Resolución Nº 7 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (publicada en la Gaceta Oficial Nº 28613 del 27 de abril de1968) le dio el fundamento legal al nuevo programa de atención médica. La intervención de la Universidad Central de Venezuela, a través de su Facultad de Medicina, sirvió de apoyo a estos nuevos planes de atención médica.

Consideraciones finales

1. Este trabajo de acotaciones a la biografía del doctor José Ignacio Baldó ha tenido entre sus propósitos el tratar de establecer la posible relación entre ciertos eventos de su trayectoria biográfica y la obra médica y social realizada por el eminente sanitarista venezolano.

2. La estancia del doctor Baldó en Davos, Suiza, fue un acontecimiento que tuvo una singular significación dentro de su biografía vital y que contribuyó a determinar las actividades que desplegaría y el éxito que obtendría en el ámbito de la salud pública en general y de la neumonología en particular.

3. Entre los méritos más notables de su actuación figuran los logros obtenidos en el campo de la lucha antituberculosa; la expansión de la acción sanitaria hacia nuevos campos de la salud pública (corazón y cáncer); los éxitos obtenidos en el área de la enseñanza de postgrado en el país, así como en la formación y la aplicación de los principios de la «Medicina Simplificada».

4. El efecto de la recia personalidad científica del doctor Baldó se hizo sentir con particular intensidad en la promoción de los campos de la Anatomía Patológica, Medicina Interna, las enfermedades cardiovasculares, así como de la Oncología, la Cirugía del Tórax y la Cardiovascular.

5. Asimismo, cabe destacar tanto su labor dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el desarrollo de la moderna estructura asistencial del país, así como el incansable ejercicio docente que desplegó para lograr la formación del personal humano requerido a diferentes niveles de la salud pública.

6. Se puede sustentar sobre sólidos argumentos, derivados de su vasta e importante obra médica y social, que el doctor José Ignacio Baldó ha sido una de las figuras médicas más relevantes del país y quien, después de Luis Razetti y Francisco Antonio Rísquez, logró inducir el cambio de mayor profundidad y envergadura que se haya registrado en la medicina nacional.

1 Pérez, A. M.
«Baldó, el Apóstol de la Tuberculosis». *Tribuna Médica*, vol. 111, nº 119, 1965.

2 Mann, T.
Der Zauberg Berg. S. Fischer Verlag A.-G. Berlín. 1924.

3 *Geheimrat* es un título honorífico equivalente a «consejero o asesor privado».

4 Mann, T.
La Montaña Mágica. Barcelona, Plaza Janés Ed., 1983, p. 57.

5 Baldó, J. I.
Discurso pronunciado el 1º de febrero de 1957 en Valencia, estado Carabobo, en las Quintas Jornadas de Anatomía Patológica, con ocasión de recibir la designación de Presidente Honorario de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica. *Rev. Pol. Caracas*, vol. XXV, 143, 1958.

6 *Ibídem*.

7 Baldó, J. I.
«Sobre la operabilidad de las fístulas anales en los tuberculosos en evolución». *Rev. Med. Cir.*, VIII, 90, 1925.

8 Baldó, J. I. y R. Fenstermann.
«Sobre la reacción de Fahraeus en la tuberculosis pulmonar». *Rev. Med. Cir.*, VIII (84-85): 95-107, 1925.

9 Archila, R.
Bibliografía Médica Venezolana. 2º Ed. Caracas, Editorial Bellas Artes, C.A., 1955, pp.106-108.

10 Baldó, J. I.
«Estudios sobre la tuberculosis de la infancia en Caracas». Trabajo de Incorporación a la Academia Nacional de Medicina,1936.

11 Baldó, J. I.
Discurso pronunciado... *Op. cit.*

12 Pérez, A. M.
Op. cit.

13 Baldó, J. I.
Discurso pronunciado... *Op. cit*.

14 Baldó, J. I.
La lucha antituberculosa en Venezuela y sus problemas. Caracas, Litografía del Comercio, 1944.

15 U.C.V. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Cursos de Postgrado. Caracas, 1959.

16 Goodman, A. and L. S. Gilman (eds.).
The Pharmacological Basis of Therapeutics, (6th ed.). New York, Macmillan Publishing Co., Inc., 1980.

17 Baldó, J. I., J. Criollo Rivas, I. Lozano Gómez, C. Ortega y H. Delgado Rivas.
Rev. Ven. San. Asis. Soc., vol. XXIV, nº 31, pp. 173-204, 1958.

18 Baldó, J. I.
«El estudio de las micosis en escala nacional». (Editorial) *Ac.Med. Ven.*, vol. 5, nº 4, pp. 101-103, 1958.

19 Baldó, J. I.
«El Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto y su labor contra el cáncer y las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos». *Rev. Ven. San. Asis. Soc.*, vol. XXV, nº 2-3, 1960.

20 Baldó, J. I.
Informe que presenta el Dr. J. I. Baldó, profesor jubilado de la UCV, al Decano de la Facultad de Medicina para contribuir al proceso de renovación académica en el campo de la Medicina. Caracas, 28 de mayo de1969.

FORMACIÓN MÉDICA EN SUIZA

Alberto Guinand Baldó

No podía imaginar aquel joven andino de 22 años lo que le depararía el futuro inmediato cuando, apenas poco tiempo después de recibir su grado de Doctor en Ciencias Médicas de manos del doctor Alejandro Urbaneja, Rector de la Universidad Central de Venezuela, el 20 de julio de 1920, se embarcaba para Europa a seguir estudios de especialización en Urología.

José Ignacio Baldó se dirigía a París junto a su entrañable amigo y compañero de estudios Guillermo Hernández Zozaya, quien a su vez se había decidido por la Pediatría como especialidad.

Situémonos en el París del año 1920. Sólo dos años después de finalizada la Primera Guerra Mundial, Francia se encontraba en situación política, social y económica difícil. El país estaba en plena mutación. Trataba de convertir una economía de guerra en una de paz. La nación estaba fuertemente endeudada y existía una severa inflación que conducía a graves conflictos sociales y huelgas de trabajadores que paralizaban ferrocarriles, puertos e industrias metalúrgicas y de la construcción. El «Tigre» Clemenceau es derrotado en el Senado por Paul Deschanel, quien es nombrado Presidente de la República. El Partido Socialista aceptó las 21 condiciones impuestas por Moscú para ser admitido en la Internacional Comunista y la minoría representada por Paul Faure y León Blum rechazó dicha imposición dividiéndose el partido. Coincidente con la llegada de Baldó a París, como hecho curioso del destino, los biólogos Albert Calmette y Camille Guérin, del Instituto Pasteur, estaban por terminar sus estudios experimentales de una vacuna contra la tuberculosis. El 18 de julio de 1921 se practicaba, con éxito, la primera experiencia en niños. Se trataba de la aparición de la vacuna BCG (Bacilo Calmette-Guérin).

Francia, pese a todo lo anterior, seguía siendo capaz de brindar a los jóvenes médicos venezolanos todo lo mejor que en conocimientos científicos y humanísticos existía para el momento. Era el tiempo en que las universidades y hospitales franceses estaban a la vanguardia de la Medicina, antes de la época en la que los recién graduados galenos pusiéramos nuestra mira en las universidades norteamericanas. Francia era el objetivo, y la lengua francesa, la internacional.

Poco tiempo después de llegados e instalados en una pensión de estudiantes, el joven Baldó es víctima en su cuarto, compartido con Hernández Zozaya, de una severa hemoptisis que lo obliga a su inmediata hospitalización. Diagnóstico: tuberculosis pulmonar bilateral

cavitaria. Pronóstico: reservado. Tratamiento: reposo absoluto, aire puro, sol y sobrealimentación.

¿Cuáles habrán sido sus pensamientos? ¡Cuánta angustia y frustración! ¿Cómo enfrentar esa terrible realidad? ¿Qué armas e instrumentos tomar, por un lado, para combatir su propia enfermedad y, por el otro, para virar radicalmente sus bien pensados objetivos?

El destino lo enfrentaba a dos caminos bien distintos: uno, a morir tísico, joven, lejos de su tierra, su familia y sus amigos; el otro, a seguir con férrea disciplina, coraje, optimismo y estoicismo, las severas indicaciones médicas e higiénicas dirigidas a frenar la acción bacteriana y lograr la cicatrización de las lesiones ya ocasionadas.

Los médicos que atendieron a Baldó le recomendaron viajar a los Pirineos franceses. Allí se estableció en una pensión-sanatorio en Pau. Recuerdo haberle escuchado sus historias dramáticas de ese período de su vida. Los otros pensionistas, también tuberculosos, iban muriendo progresivamente. Baldó se resistió a morir. Su fuerza de voluntad, su disciplina y su entereza para afrontar problemas se hicieron presentes como únicas armas para destruir al bacilo de Koch. Esa fuerza de voluntad, disciplina y entereza fueron los mismos instrumentos que emplearía durante toda su existencia para luchar contra la tuberculosis que diezmaba a la población venezolana.

En los Pirineos recibió la información adecuada y la ayuda, incluso económica, para viajar a Davos, Suiza, donde se encontraban los sanatorios antituberculosos más avanzados de la época. Es así como José Ignacio Baldó emprende su viaje al Waldsanatorium del famoso profesor alemán Friedrich Jessen, entre finales de 1921 y comienzos de 1922.

Davos, pequeño pueblo alpino del Cantón de los Grisones, se encuentra a 1.560 metros sobre el nivel del mar, en un valle estrecho, rodeado de montañas nevadas y por donde corre el no grande pero torrentoso río Landwasser. Es un valle hermoso y asoleado, al cual se llega por estrecha carretera de montaña que asciende entre bosques de pinos, abetos y abedules, por una bella abra de los Montes «Engadina», mostrando al viajero la extraordinaria naturaleza alpina con sus inmensas rocas que tocan las nubes, sus verdes praderas en las faldas de los montes y múltiples chalets rodeados de hermosas flores multicolores.

Hoy día, Davos es célebre en el mundo como estación de esquí, como lugar de descanso en el verano, por ser sede de las reuniones que anualmente realiza el famoso *World Economic Forum* y por sus importantes instituciones científicas, como son el Observatorio Físico

Meteorológico y Centro Mundial de Radiaciones, el Instituto Suizo de Investigación de la Alergia y del Asma, el Laboratorio de Investigación de la Osteosíntesis y el Instituto Federal Suizo de Investigación de la Nieve y las Avalanchas.

Davos en los años veinte era ya bien conocido por sus condiciones climatológicas muy especiales que le hicieron ser asiento de los sanatorios antituberculosos. Davos era y sigue siendo *La Montaña Mágica* de Thomas Mann.

¿Por qué Davos? ¿Qué razones hicieron de Davos el centro antituberculoso más famoso del mundo? ¿Quiénes determinaron con sus observaciones, estudios, trabajos y actividades médicas que Davos se constituyera en «la montaña mágica»? ¿Cuáles fueron los lineamientos terapéuticos impuestos en Davos a los tuberculosos? ¿Cómo influyeron Davos, el Waldsanatorium, el *Geheimrat* Friedrich Jessen, la *Oberschwester* Alyke von Tumpling y los pacientes en la formación clínica, sanitaria, psicológica, organizadora, administrativa, en síntesis, en la personalidad avasalladora del doctor José Ignacio Baldó?

Desde el Waldhotel Bellevue de hoy, antiguo Waldsanatorium, y en el cuarto 203, pisado y visitado de seguro mil veces por Baldó durante sus 6 largos años, como paciente primero, y como médico ayudante de Jessen después, y observando el extraordinario valle de Davos con sus picos, el Seehorn y el Pischahorn al este, el Tinzenhorn y el Piz Michel al oeste, voy a tratar de contestar las preguntas anteriores, atreviéndome a invocar el espíritu de mi tío José Ignacio para que me guíe en la objetividad de mis respuestas y ayudado por la bibliografía encontrada in situ.

Davos era un pueblo alpino alejado, aislado y desconocido del mundo hasta 1853 cuando un médico, refugiado político del Gran Ducado de Baden, el doctor Alexander Spengler (1827-1901) llega al lugar, se instala y comienza a ejercer su profesión. Hombre de mente disciplinada, científica y deductiva, observa la ausencia de enfermedades endémicas en la región. El «crup», la tosferina, la neumonía «buena» y las escrófulas eran raras. Asimismo, nota que los vecinos de la región no sufrían de tisis mientras residían allí y que cuando, por razones de trabajo, se dirigían a Italia, Alemania, Francia o cualquier otro sitio y contraían la enfermedad, ésta se curaba luego de un tiempo después de su regreso. Esta sencilla, pero bien lograda observación, la publicó Spengler en 1862 en la revista *Deutsche Klinik*. No sólo se contenta con mostrar sus primeras experiencias y estadísticas epidemiológicas del lugar

sino que atribuye al clima de altura de Davos esas propiedades profilácticas y, al mismo tiempo, curativas y cicatrizantes de las lesiones tuberculosas.

Deduce que la irradiación solar, la sequedad del aire y la menor concentración de oxígeno conducen a ampliar y a hacer más lentas las respiraciones, con lo cual se mejora la capacidad torácica y pulmonar. La altura, además, estimula el apetito. Spengler fue, sin duda, el precursor de los estudios de la fisiología de la altura.

Pero lo más asombroso de Spengler es que ya señala la importancia del espíritu en la curación de la enfermedad y recomienda a sus pacientes aceptar su destino con tranquilidad y alegría para vencerla mediante disciplina y autoeducación.

Para ese entonces, en 1856, el doctor Hermann Brehmer de Görbersdorf, Silesia, Alemania, había establecido normas higiénico-dietéticas rígidas combinadas con reposo para el tratamiento de la tuberculosis. Fue el fundador, en 1871, de uno de los primeros sanatorios conocidos en Alemania.

En 1865, otro médico alemán, el doctor Friedrich Unger, aquejado de tuberculosis y paciente del doctor Brehmer, sin resultado satisfactorio en su tratamiento, llega a Davos animado por las estadísticas y observaciones de Spengler. Se instala y, al poco tiempo, ya curado, comienza su ejercicio profesional. Conjuntamente con Spengler hace conocer el valle como sitio favorable para los tuberculosos.

Para el año 1876, el también doctor Heinrich Dettweiler establece el primer sanatorio popular en Falkesnstein, Taunus (Alemania), con estricto tratamiento psicológico, higiénico-dietético y de reposo en sillas de descanso o «chaise-longue», e introduce el uso de las escupideras para evitar el contagio. A estas escupideras de vidrio azul, propias del doctor Dettweiler, se les da el nombre de «Enrique el azul» (de Heinrich, Enrique).

Spengler y Unger, en Davos, logran con sus experiencias, trabajos y publicaciones no sólo una afluencia increíble de pacientes tuberculosos venidos de toda Europa, sino un interés científico extraordinario por parte de médicos de Alemania, Francia e Inglaterra. En 1885 se registran 1.144 pacientes originarios de Alemania, Inglaterra, Suiza, Holanda, Norteamérica, Rusia, Francia y otros países.

Davos se convierte en lugar de peregrinaje y esperanza para los tuberculosos. Se hace presente un amor fanático de los enfermos por este sitio que adquiere un significado mítico y casi religioso.

A partir de entonces se comienzan a estudiar seriamente los aspectos climatológicos de la región y, así, en 1879, Alfred C. Pope, del Colegio Real de Cirujanos de Londres, publica una monografía intitulada *On the Climate of Davos am Platz, Switzerland, in the Treatment of Consumption*. En esta publicación, el autor presenta los datos barométricos, de humedad atmosférica y de temperatura durante el año, y los compara con datos similares de un bien conocido lugar para tísicos en Kirkham, Inglaterra, señalando las ventajas climáticas de Davos. Describe los beneficios de la disminución de la presión barométrica en la expansión torácica y los denomina *lung exercises*. La humedad del aire es menor, incluso en invierno, y el autor hace notar la tranquilidad de la atmósfera sin vientos excesivos. En sus propias palabras: *Tenemos en Davos una tranquila, seca y fría atmósfera con una presión barométrica baja. Estos elementos promueven la renovación de la vida, estimulando el apetito, conduciendo a una rápida y saludable metamorfosis, permitiendo al enfermo estar la mayor parte de su tiempo al aire libre y evitándole permanecer en cuartos cerrados y recalentados. En una palabra, los productos mórbidos son removidos y el vigor animal incrementado.*

Pope se extiende además sobre los significativos beneficios que obtienen los pacientes aquejados de «neumonía catarral» o «congestión pulmonar», no así aquellos con grandes cavidades, elevadas temperaturas y emaciación considerable. También contraindica, en forma enérgica, la estadía en Davos para pacientes con cardiopatías severas.

Unos años más tarde, en 1894, un médico belga, el doctor A. Moeller, miembro titular de la Academia de Medicina de Bélgica, escribe otra monografía intitulada «Davos: Étude climatologique et thérapeutique». En ésta ratifica todo lo dicho por el anterior y se extiende sobre consideraciones y observaciones clínicas del tuberculoso en Davos: incremento del apetito, digestiones fáciles, rápidas y completas, desaparición del estreñimiento, respiraciones más amplias y fáciles, disminución y cambio de naturaleza de la expectoración, sudores nocturnos menos pronunciados y aumento de peso. Señala, asimismo, los evidentes cambios favorables percutorios y ausculatorios de las lesiones pulmonares. Expone su juicio sobre las indicaciones y contraindicaciones de Davos coincidiendo con las expresadas por Pope. Hace hincapié en que las hemoptisis no son una contraindicación para la «cura de altitud» como se había establecido. Expresa sus ideas sobre el momento en que un tuberculoso debe partir para Davos, cómo debe vivir ahí y cuánto tiempo debe permanecer en el

lugar. Sobre este último aspecto concluye que el tuberculoso debe permanecer en Davos hasta su curación completa o, al menos, hasta que su médico declare que ya no se beneficia del clima de la región.

En 1889, el médico alemán y enfermo de tuberculosis, doctor Karl Turban (1856-1935), alumno de Heinrich Dettweiler, llega a Davos para su curación, y comienza asimismo su ejercicio profesional, introduciendo los conceptos terapéuticos de su profesor. Es Turban quien establece el primer sanatorio privado en Davos, la Clínica Turban o Park Sanatorium, con balcones y terrazas dirigidas al sur, para beneficiarse del mayor tiempo de sol posible.

Turban, por su rigidez en la aplicación de sus programas terapéuticos, adquiere el apodo de «el tirano de la tuberculosis». La temperatura se toma y se registra 6 veces al día, así como se efectúan 3 tomas de pulso y 3 de peso. Una vez al mes el paciente es sometido a examen completo y se practica examen microscópico del esputo. Insiste en el tratamiento y apoyo psicológico del paciente y de la buena relación que debe existir entre éste y el médico.

Al hacer el recuento somero de los médicos pioneros que, con sus experiencias y trabajos científicos, hicieron de Davos no sólo el principal centro antituberculoso del mundo sino que impusieron las normas higiénicas-dietéticas y sanitarias para combatir la enfermedad, nos llena de inmenso asombro leer lo que para el año 1832, es decir, 21 años antes de las observaciones de Spengler, un médico venezolano, el doctor Juan José Jiménez, discípulo del doctor Vargas, admirado y muchas veces citado por el doctor José Ignacio Baldó, expuso ante la Sociedad Médica de Instrucción. En su trabajo intitulado «Sobre la escrófula en las diversas formas que se observa en Caracas», nos sorprende con ideas tan correctas como las de relacionar la tuberculosis pulmonar *con las caries de los huesos conocida como el mal de Pott, así como con las escrófulas o tuberculosis ganglionar*. Como causas invoca *un vicio heredado o adquirido por el uso de malos circunfusos, como lo son la habitación de lugares bajos y húmedos no ventilados y poco vivificados por los rayos solares, los ingestos malsanos y poco nutritivos, como el uso de farinosos, una higiene depravada (…). Los más de los escrofulosos vienen de los pueblos vecinos y principalmente del Tuy, en donde se reúnen todas las causas productoras del mal*». Luego agrega al final, después de referirse a prácticas dietéticas: *(...) en algunas ocasiones se han curado con el buen uso de la higiene más bien que con medicamentos*. El doctor Jiménez indiscutiblemente se

anticipó con sus sabias observaciones a aquellas que, desde Spengler hasta Turban, fueron guía para el tratamiento higiénico-dietético antituberculoso.

El doctor Friedrich Jessen (1865-1935) oriundo de Hamburgo, donde ejercía con éxito, se ve obligado a ir a Davos en 1901, debido a la aparición de la tuberculosis en su primera esposa. Allí estuvo junto a ella por seis meses en el Park Sanatorium bajo los cuidados del doctor Turban.

En 1903, por causa de la severa recaída de su esposa, regresa temporalmente a Davos y luego, en 1904, decide establecerse definitivamente. Compra una villa (Villa Oberhof) y comienza su ejercicio profesional. Para 1906, escribe un importante artículo basado en sus experiencias en Davos que intitula «Indicaciones y contraindicaciones de la montaña alta». En este trabajo hace un análisis extenso sobre el efecto de la altura en la fisiología y fisiopatología humana, así como sobre su repercusión en las enfermedades, no limitándose sólo a la tuberculosis. En 1907 fallece su esposa; se casa de nuevo en 1908 y compra otra casa, la «Villa am Stein», para ampliar la hospitalización de su ya extensa clientela. Es médico del adinerado Barón von Gemmingen-Hoornberg y de su esposa, quienes le proporcionan la suficiente ayuda económica para la construcción de un sanatorio con todos los adelantos de la época. Así, en julio de 1911, se abre el Waldsanatorium al norte del pueblo, sobre una colina ubicada cien metros más arriba y equidistante de Davos-Dorf y Davos-Platz, con una vista inigualable del valle y sus montañas del sur.

La propia arquitectura del Sanatorio constituye una novedad, pues los arquitectos Koch y Wiederanders, así como el decorador interior Walter Koch, son capaces de unir la utilidad y la práctica junto a la higiene y la comodidad, como lo expresó para la época la revista *Dekorative Kunst* de Münich. Era la concepción más moderna de un sanatorio con todas las comodidades para los pacientes quienes debían permanecer hospitalizados por meses e, incluso, años. Los cuartos con terrazas miraban al sur para así permitir la entrada de la mayor cantidad de sol, luz y aire, tríada fundamental del tratamiento. La luz y el aire adquieren forma en el sanatorio y es el médico, sin proponérselo conscientemente, quien se convierte en el estratega de la arquitectura. Ésta toma, a su vez, un papel terapéutico activo en el proceso de regeneración y curación de los pacientes. La concepción de la higiene y la desinfección es primordial en el sanatorio. Los cuartos y los muebles son estrictamente desinfectados con formaldehído

cada vez que ocurre un deceso. Para asegurar la limpieza, las puertas, ventanas y paredes son lisas, los ángulos de las paredes y techos, redondeados y los muebles, laqueados.

El Sanatorio cuenta con comedor, salas de reunión y música, biblioteca, salón para el «cinematógrafo» y, por supuesto, quirófanos modernos, radiología, laboratorios químico y bacteriológico, así como bioterio.

Se dice que la arquitectura de Davos influyó en la concepción de la arquitectura moderna. Los techos son planos; los pisos, de linoleum sobre corcho, a fin de que sirvieran como aislantes del ruido, y pintura blanca en las paredes.

Esta misma concepción arquitectónica, de sol y aire, es la que el doctor Baldó trasladará años más tarde a Venezuela cuando lleve a cabo el programa de sanatorios iniciado en 1939 con «El Algodonal».

Era tal la importancia que daba Baldó al binomio sol-aire que, cuando entraba al cuarto de un enfermo, lo primero que hacía sin saludarlo siquiera era abrir todas las puertas y ventanas de la habitación diciendo: «*Donde entra el sol no entra el médico*».

El profesor Jessen y su equipo comienzan un trabajo agotador para atender a los 75 pacientes que podía albergar el Sanatorio. No contento con servir sólo a pacientes con suficientes medios económicos, es nombrado miembro de la Junta Administradora y Consejero del Sanatorio Alemán, institución donada por el Cónsul alemán Herman Burchard para enfermos sin recursos materiales.

Al gran auge de Davos, entre 1903 y 1914, le sigue un significativo decaimiento a causa de la Primera Guerra Mundial. Jessen no se deja amilanar y en 1916 abre Davos a tres mil soldados alemanes prisioneros tuberculosos, logrando en Suiza (y fuera de ella) donaciones para el mantenimiento de los mismos. Esto lo recompensa Alemania otorgándole a Jessen el título de Consejero Sanitario Imperial.

Es durante esta época cuando desarrolla la actividad quirúrgica, y en 1915 publica el trabajo «Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar», en el cual nos asombra con los ocho capítulos en los cuales lo divide: 1.- Extirpación del pulmón tuberculoso; 2.- Apertura de la caverna; 3.- Neumotórax artificial; 4.- Toracoplastia extrapleural; 5.- Pleurolisis y «plombage» de cavernas; 6.- Frenicotripsia y frenicectomía; 7.- Ligadura de la arteria pulmonar y 8.- Apertura del tórax superior.

En todos los campos quirúrgicos se hizo presente el profesor Jessen, pero sobresalió sin duda en el manejo del neumotórax y de la toracoplastia, métodos en los cuales, según el propio Jessen, se podían

obtener resultados satisfactorios y con reducidas mortalidades. Los otros procedimientos los dejaba sólo para casos extremos.

Fue Sauerbruch, profesor de cirugía de los Hospitales de Zurich y Berlín, quien en 1910 entrena en Davos a los médicos de la región en la práctica de la toracoplastia paravertebral.

El profesor Jessen impresionaba por su incansable actividad, por sus cualidades personales y sus conocimientos profesionales y humanísticos. Hablaba cinco idiomas que empleaba a diario para comunicarse con sus pacientes que venían de veintiséis naciones. Fue un hombre altamente respetado y se elogió su corazón humano, siempre comprensivo, que supo esconder, como buen sajón del norte, detrás de una fachada ruda y tosca. Se esforzó en no dejar dominar su pensamiento y acción por la emoción.

El escritor Thomas Mann lo trata injustamente mal en su célebre novela *La Montaña Mágica* y Jessen sufrió pesadumbre y humillación que luego superó sin rencor.

En 1920 el auge regresa a Davos y nuevamente pacientes de todas partes del mundo vuelven a los sanatorios de la región.

Es precisamente en esa época cuando José Ignacio Baldó llega a Davos, seriamente enfermo, pero con suficiente fuerza moral para derrotar el mal que lo aqueja.

Como paciente aprendió que el concepto de tiempo era diferente en ese lugar. El mes era su más pequeña unidad y, considerado aisladamente, no tenía la más mínima importancia. Era necesario el reposo prolongado. Había que vivir echado, horizontal. Se requería tener madera de buen paciente y era preciso disponer de talento para ello, como diría Jessen, según la pluma de Mann.

Durante ese tiempo de recuperación y sin poder formar parte activa del equipo de Jessen, el doctor Baldó aprendió alemán y comenzó su entrenamiento teórico de la tisiología a la vez que fue enriqueciendo sus conocimientos humanísticos con la lectura literaria y la música. La férrea disciplina impuesta por Jessen era cumplida por otra no menos férrea obediencia del paciente decidido a curarse y así, durante meses, siguió el régimen de siete comidas diarias, las tres horas de reposo en «chaise-longue» expuesto a la luz y aire de la terraza, la hora de ejercicio moderado en el bosque, las seis tomas de temperatura al día y todas las demás actividades que a diario se repetían en una monotonía permanente, por lo cual parecía que el tiempo no transcurría, ni despacio ni deprisa, como si fuera siempre el mismo. En este espacio del

tiempo de su vida, retirado y recogido en sí mismo, viendo aquellos pacientes entre los cuales se encontraba él mismo, frente al drama de su enfermedad, uno se pregunta si ya se le manifestaría su futura condición de promotor de la salud y quien, más tarde, con empeño, dedicación y fervor incansables, lograría cumplir con el sacrificio de su vida personal, situación que es propia de las personas especialmente escogidas por el destino.

Con madera de buen paciente Baldó mejoró y se integró de manera activa al trabajo, como uno de los médicos asistentes del profesor Jessen.

Así aprende la variada clínica semiológica del tuberculoso, la Anatomía Patológica, la Radiología Torácica y todos los procedimientos médico-quirúrgicos empleados para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Pero así como hemos dicho que Baldó tenía madera de buen paciente, tenía mejor madera de buen médico. Llegó a ser primer asistente de Jessen y supo absorber todos los conocimientos y enseñanzas de su profesor, no sólo en el área de la medicina clínico-terapéutica, sino en la higiénico-sanitaria, organizativa, administrativa y humanística.

Estos años de formación en Davos, de vivencias como enfermo y médico, son fundamentales para la monumental obra que Baldó fue luego capaz de desarrollar en Venezuela.

El profesor Christian Virchow, neumonólogo alemán, quien aún vive retirado en Davos y quien fuera Director del Hospital «Deutsche Hochgebirgsklinik Davos», en un artículo intitulado «El profesor doctor Friedrich Jessen y 'La Montaña Mágica'. Una historia del Davos de entonces», aparecido en la publicación *Davoser Revue*, al referirse al profesor Jessen y sus alumnos, dice que los años en Davos fueron decisivos para la formación de estos últimos y que la respetada figura de Jessen fue determinante en la actividad médica que ellos desarrollarían en el futuro.

El doctor Baldó, en el libro de Ana Mercedes Pérez, *25 Vidas bajo un signo*, describe a su profesor como un hombre genial, de un talento explosivo y dotado de una gran sensibilidad. Afirma que con él aprendió a interesarse en muchas cosas de la vida, por ser él pintor, escritor, filósofo, además de gran científico y hombre de mundo.

Para Baldó, la condición de enfermo tuberculoso, lejos de ser una carga o problema en su relación médico-paciente, lo ayudó más bien a tener suficiente autoridad moral como para crear un vínculo estrecho con sus enfermos y vivir el drama de la tuberculosis como actor y no como simple espectador.

Refiriéndose a esta circunstancia de médico y paciente a la vez, Thomas Mann, en su novela dice lo siguiente: *El médico enfermo es compañero de sufrimiento de los que necesitan sus cuidados, que no combate la enfermedad escapando a su influencia con toda independencia y libertad, sino que lleva él mismo el signo, caso particular, pero no raro, que, sin ninguna duda tiene sus ventajas y sus inconvenientes.*

La camaradería del médico y del enfermo debe ser aprobada y se puede admitir que únicamente el que sufre puede ser el guía y el salvador de los que sufren. ¿Pero se puede concebir un verdadero dominio espiritual sobre una potencia, ejercido por alguien que se encuentra entre sus esclavos? El que está esclavizado, ¿puede dar la liberación?.

El médico enfermo es una paradoja, un fenómeno problemático para el sentimiento simple. ¿Su conocimiento científico de la enfermedad no se ve más bien turbado y confundido por la experiencia personal, que enriquecido y moralmente fortificado? No mira al enfermo cara a cara con la mirada franca del adversario, se ve cohibido, no puede tomar claramente una decisión y, con todas las precauciones convenientes, uno puede preguntarse si quien forma parte del mundo de la enfermedad puede interesarse por la curación o simplemente por la conservación de los demás, en la misma medida y grado que un hombre sano.

El caso de Baldó y de otros tisiólogos de nuestro propio país demuestra que esos pensamientos y dudas que plantea Mann en su libro tienen una respuesta positiva, en el sentido de que el médico enfermo no sólo se interesa en sumo grado por sus pacientes y es capaz de entenderlos mejor, sino que lucha con mayor ahínco contra la enfermedad que los aqueja.

No sólo en Venezuela, sino en el propio Davos, como lo hemos descrito anteriormente, fueron médicos tísicos los que combatieron y vencieron la enfermedad. El miedo a la tuberculosis y a la muerte, compartido por médico y paciente, lleva al primero a ser más severo y estricto consigo mismo y con los demás, con la esperanza y la alegría de vivir. Así transmite no sólo su propia experiencia profesional sino su vivencia al enfermo, quien a su vez ve en el médico un aliado y no un adversario. Los dos aliados luchan contra un adversario común: la tuberculosis.

En el libro ya citado de Ana Mercedes Pérez, el doctor Baldó le expresó a la escritora de manera totalmente espontánea: *¡Oh, Davos fue la mejor temporada de mi vida!*.

Al regresar José Ignacio Baldó a Venezuela, en 1927, comienza a po-

ner en práctica todo lo aprendido en Davos y mucho más, por cuanto se da cuenta del inmenso significado social de la tuberculosis. La enfermedad no sólo afecta al individuo sino a la familia y a la sociedad, y esta última, a su vez, con sus inmensos problemas e injusticias, es capaz de estimular e incrementar la propia enfermedad.

Davos, el Waldsanatorium, el profesor Jessen y su gente fueron semillas que germinaron en el terreno fértil de José Ignacio Baldó quien, con creatividad, planificación, trabajo, esfuerzo, disciplina, mística e interés social, llevó a cabo una obra integral de los servicios de salud en Venezuela.

Con creatividad y planificación para establecer y diseñar las metas y objetivos de la lucha antituberculosa a corto, mediano y largo plazo, tanto en la formación de personal como en el desarrollo de la infraestructura.

Con trabajo y esfuerzo para construir, desde los cimientos, todo ese gran edificio, en el ámbito nacional, destinado a combatir la enfermedad.

Con disciplina y mística para trazarse caminos y destinos bien definidos, a pesar de los múltiples avatares de nuestra vida política, económica y social, colocándose siempre muy por encima de mezquindades y situaciones adversas a sus planes.

Con interés social, pues su única gran intención fue hacer el bien a la sociedad en general, sin pensar en sí mismo y sus propios y legítimos intereses.

Su gran obra sanitaria fue ejemplo a seguir por la propia Organización Mundial de la Salud.

Bibliografía

Ferdmann, J. «Der Aufstieg von Davos», *Verlag Genoossenschaft Davoser Revue*, 1990.

Halter, E. *Davos Profil eines Phanomens*. Offizin Zürich Verlags AG, 1994.

Hofmann, H. *Thomas Mann und Davos. Rund um den Zauberberg*, Calanda Verlag, H. Hofmann, Chur, 1989.

Jessen, F. «Die operative Bechandlung der Lungen-Tuberkulose». *Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin*, XV: 4/5, 27, Marz, 1915.

Jessen, F. «Indikationen und Kontraindikationen des Hochgebirges», *Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin*, VI: 12, 27, Oktober, 1906.

Mann, T. *La Montaña Mágica*. Barcelona, Ediciones G.P., 1967.

Moeller, A. «Davos: Étude climatologique et thérapeutique». *Revue des questions scientifiques et thérapeutiques*. Bruxeles, Imprimerie Polleunis et Centerick, Avril 1894.

NAEF, A. PAUL. *Chirurgie Thoracique: ses pionniers et tournants décisifs*. Genéve, Editions Médecine et Hygiéne, 1988.

PÉREZ, A. M. *25 Vidas bajo un signo*. Caracas, Ediciones Lerner, 1967.

PFISTER, M. *Davos: authentique et cosmopolite*. Davos AG, Editeur Buchdruckerei, 1988.

POPE, A. C. *On the Climate of Davos am Platz, Switzerland, in the Treatment of Consumption*. London, E. Gould & Son, 1879.

Prospecto del Waldsanatorium, época del doctor F. Jessen, intitulado «Davos Waldsanatorium, Leitender Arzt Prof. Doctor Jessen».

SPENGLER, A. *Die Landschaft Davos als Kurort gegen Lungenschwindsucht*, 2a ed., Verlagsbuchhandlung Hugo Richter, 1899.

SPRECHER, T. *100 Jahre Stiftung Deutsche Hochgebirgsklinik Davos*, Buchdruckerei Davos AG, 1998.

SUTER, F. Y H. MEYER. *Hundert Jahre Lungen-Kurort Davos*. Verlag Hans Huber Bern und Stuttgart, 1966.

VALLADARES, R. «Exposición de motivos de la Condecoración Orden de la Salud José Ignacio Baldó», 1977.

VIRCHOW, C. «Geheimrat Prof. doctor Friedrich Jessen und Der Zauberberg, Eine Geschichte aus dem Davos von dazumal». *Davoser Revue*, N° 3, 1994, Sondernummer zum Symposium über Thomas Manns *Zauberberg*, in Davos vom 7 bis 13 August, 1994.

BALDÓ EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA VENEZOLANA DEL SIGLO XX

Francisco Plaza Izquierdo

Todos tenemos una historia grande, pequeña, noble y de muchos modos y maneras. Lo que debemos considerar es si fue la historia la que introdujo en ella a Baldó o si fue Baldó quien se introdujo en la historia. Son los grandes hombres los que hacen la historia, pero para ser un gran hombre tienen que existir grandes circunstancias en el curso de su tránsito vital. Si no hubiesen sucedido esos notables hechos que bajaron la cabeza al poderío de España a comienzos del siglo XIX, un Simón Bolívar sólo hubiese sido el alcalde de San Mateo a pesar de sus grandes deseos de libertad.

Baldó fue un notable médico innovador. Cuando nació el 1º de agosto de 1898 en la ciudad de San Cristóbal del estado Táchira, la Medicina en Venezuela estaba en ciernes. De esta forma, un hombre de grandes horizontes como Baldó podía escoger una especialidad en la cual sobresalir; se dedicó a yugular una enfermedad que cobraba gran número de vidas: la tisis, tuberculosis o TBC.

Antes que él, sin embargo, también otros se habían preocupado por ese terrible mal. Andrés Herrera Vegas (Caracas, 11 de diciembre de 1871-Caracas, 21 de agosto de 1948) fundó una revista para la lucha antituberculosa y, con su propio dinero, construyó un comedor popular para los pobres. En 1905 creó la «Liga Venezolana Contra la Tuberculosis» y, en 1906, estableció el Dispensario Antituberculoso, primero en su género que tuvo Caracas. En 1914 fundó el Sanatorio Popular de Montaña, en Guaracarumbo, para los enfermos pobres. Se le considera, con todo mérito, el iniciador en Venezuela de la lucha contra la tuberculosis.

Ángel Larralde fue otro médico muy preocupado por la tuberculosis, principalmente por haber contraído esa enfermedad en Puerto Cabello. Practicó el primer neumotórax terapéutico en 1914 y fue el primer venezolano que realizó en el exterior (EE.UU.) estudios de postgrado en tuberculosis. En compañía del doctor Francisco Antonio Rísquez, hizo campañas antituberculosas. Su hermano, Juan Vicente, también se dedicó a la tisiología.

Sus maestros

Los profesores forman al alumno y son los que más contribuyen, después de sus padres y familiares, a abrir las puertas de entrada a una buena historia. Me voy a referir ahora a quienes alinearon a Baldó del lado de la Medicina, a esos personajes que fueron completos en todo sentido: verdaderos profesores que le enseñaron las artes de Hipócrates y de Galeno, pero, sobre todo, maestros insignes quienes, ade-

más de dictar las materias, lo guiaban, aconsejaban e intimaban con él como sus mejores amigos. Todo esto se podía hacer en esa época porque los estudiantes eran pocos en su curso, quince en total, y con los profesores formaban un solo bloque de cordialidad.

Luis Razetti (Caracas, 10 de septiembre de 1862- Caracas, 14 de mayo de 1932) lo formó en cirugía, especialmente en la cátedra de Clínica Quirúrgica. Este insigne venezolano fue el más importante y polifacético de sus profesores: cirujano, positivista, humanista, moralista y hombre adornado de muchas virtudes. Lo considero el médico más notable que ha tenido Venezuela; prueba de esto son sus extensas e importantes publicaciones que el doctor Ricardo Archila dejó recopiladas en nueve densos volúmenes y las numerosas instituciones que llevan su nombre: hospitales, escuelas médicas y organismos oficiales y particulares. Incansable trabajador, Razetti fundó en 1904 la Academia Nacional de Medicina, entre otras importantes realizaciones, y sufrió destierro en tiempos del dictador Juan Vicente Gómez por decir la verdad acerca de la despoblación del país. Razetti, como el que más, fue ejemplo y doctor de juventudes, y Baldó le debió una gran dosis de buenos ejemplos y conocimientos. Los venerados restos de Razetti reposan en el Panteón Nacional.

Los Rísquez influyeron notablemente para que Baldó entrara a formar parte de la historia médica venezolana. El padre, Francisco Antonio (Juan Griego, Nueva Esparta, 10 de octubre de 1856-Caracas, 10 de julio de 1941), cariñosamente llamado el «viejo», lo educó en las disciplinas médicas puras. Este gran maestro tuvo una personalidad muy definida y original, y se rebeló contra la teoría Pausteriana única respecto a las enfermedades. Además de las enseñanzas médicas de este insigne profesor, Baldó seguramente se impregnó de los conocimientos humanísticos de este corifeo del buen hablar y escribir. Francisco Antonio Rísquez fue uno de los fundadores de la Academia Nacional de Medicina y, cosa única en esa institución, fue su presidente en tres ocasiones y ocupó el Sillón XXXIII. En la Cruz Roja Venezolana fundó la Escuela de Enfermeras. Muchas organizaciones llevan su nombre, entre ellas la «Fundación de la Academia de Medicina». A principios de 1998, se creó en Juan Griego, Nueva Esparta, un Museo en la casa natal de Rísquez y una condecoración con su nombre. En reconocimiento a sus grandes méritos sus restos reposan en el Panteón Nacional desde 1997.

Su hijo, **Jesús Rafael Rísquez** (Petare, estado Miranda, 24 de octubre de 1893-Caracas, 11 de diciembre de 1947), apodado cariñosamente «Chu-

cho», le sirvió desde muy joven a Baldó como ductor en varias materias a las que se había dedicado: Bacteriología, Parasitología, Laboratorio y Anatomía Patológica. Una de las publicaciones de este profesor, titulada «Espiroquetosis bronquial en Venezuela» ha debido interesar mucho a Baldó por estar enmarcada dentro de su especialidad.

José Gregorio Hernández (Isnotú, estado Trujillo, 26 de noviembre de 1864-Caracas, 29 de junio de 1919) fue el beato profesor que lo guió principalmente en las materias de Histología, Fisiología, Bacteriología y Embriología. Seguramente no se imaginó Baldó cuando era estudiante que este profesor ascendería a peldaños de santidad. Hernández fue uno de los 35 fundadores de la Academia Nacional de Medicina en 1904, donde ocupó el Sillón XXVIII.

José Izquierdo (Caracas, 12 de enero de 1887-Caracas, 3 de diciembre de 1975) fue su profesor de Anatomía. En 1915, Izquierdo se inició en la docencia en la Universidad Central de Venezuela con el grupo de estudiantes del cual formaba parte Baldó. Profesor y alumnos se llevaban muy pocos años de diferencia, y por eso todos eran camaradas y amigos. La Universidad Central estaba asentada en esa época frente al Palacio Legislativo, en esa casona franciscana conventual en donde actualmente se encuentra ubicado el Palacio de las Academias. Izquierdo fue ese artista del dibujo que con la ayuda de tizas y el pulpejo de sus dedos configuraba en la pizarra huesos, músculos, nervios, arterias y demás estructuras del cuerpo humano, colocándolas en perfectos planos como si fuera una disección real. Uno de sus biógrafos, su discípulo Oscar Beaujón Graterol, se refiere a las clases de Anatomía de Izquierdo de esta manera: *Sus alumnos en el paroxismo de la concentración mental no podían distinguir si las palabras de Izquierdo estaban dibujando o los dibujos hablando.*

Izquierdo colaboró estrechamente con Baldó; tengo conocimiento de que el profesor ayudó al discípulo en varias toracoplastias realizadas en su clínica privada; asimismo el doctor Izquierdo, a instancias de Baldó, practicó en el Hospital Vargas de Caracas, en 1928, la primera frenicectomía en Venezuela; con esa operación se paralizaba el hemidiafragma correspondiente para comprimir las cavernas pulmonares tuberculosas y mejorar así la enfermedad. Fue fundador de la Academia Nacional de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales en donde ocupó el Sillón XI.

Henrique Toledo Trujillo (Caracas, 1 de octubre de 1885-Caracas, 7 de julio de 1986) fue un notable cirujano, pero debido a sus actuaciones

políticas (Director de Sanidad Nacional y Ministro de Salubridad, Agricultura y Cría) no pudo dar a la Cátedra de Clínica Quirúrgica todo lo que hubiera podido aportar. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón XIII y, en el seno de ella, cumplió cien años de fructífera existencia.

Vicente Peña (Aragua de Barcelona, estado Anzoátegui, 18 de julio de 1872-Caracas, 4 de mayo de 1952) guió a Baldó en el arte de curar en la Cátedra de Terapéutica y Materia Médica. Yo también fui discípulo de este insigne y dedicado profesor, puntual como un inglés: sabíamos cuando eran las 4 p.m. en punto cuando hacía su entrada en el aula. En la Academia ocupó el Sillón VIII.

Otros profesores médicos de Baldó fueron Luis Felipe Blanco (Cariaco, estado Sucre, abril 1859-Caracas, 11 de diciembre de 1927) quien fue catedrático de Clínica Médica, Patología General y Patología Interna. Fue académico de Medicina Correspondiente, Sillón XV; Arturo Ayala (Choroní, estado Aragua, 1857-Caracas 11 de septiembre de 1922), profesor de Medicina, quien además de enseñarle a Baldó la manera de prevenir las enfermedades, también le enseñó el estilo y la manera elegante de escribir. Ayala fue uno de los fundadores de la Academia Nacional de Medicina, en donde ocupó el Sillón XIX; Armando Yánez, profesor que se ocupó de muchas actividades quirúrgicas: Medicina Operatoria, Ginecología, Vías Urinarias. Yánez figura en una foto en donde están presentes los maestros y los compañeros de Baldó; conocí a este personaje en varios sitios donde tuvo clínica en Caracas; Inocente Carvallo (Isnotú, estado Trujillo, 7 de abril de 1887-Caracas 10 de julio 1946) quien desempeñó varias cátedras, entre ellas la de Histología y Fisiología, materias éstas fundadas por José Gregorio Hernández, con quien Carvallo tenía nexos familiares.

Como se puede apreciar por las reseñas anteriores, los profesores de Baldó fueron de primera categoría: de once que pudimos registrar, nueve fueron académicos.

Sus condiscípulos

Los condiscípulos de Baldó fueron muy notables y todos tenían las características a las que se refería Juvenal, el pensador romano del primer siglo de nuestra era, cuando decía: *Una mente sana en un cuerpo sano* (*Mens sana in corpore sano*).

El hombre es un complejo «bio-psico-social», es decir, un ser vivo pensante que busca la compañía de sus semejantes. Por esto necesita tener un entorno apropiado que le dé satisfacción y felicidad, y Baldó

lo encontró entre sus compañeros con quienes convivió; entró en la historia de la medicina como un sol radiante rodeado de sus satélites. Fueron quince condiscípulos que andaban parejos en el destino de sus vidas. «Dime con quién andas y te diré quién eres» es un sabio refrán popular que cuadra muy bien en esta historia. Todos esos médicos eran de notables cualidades y de primera línea; formaron el núcleo de la Policlínica Caracas, inaugurada en 1930, en donde nacieron las especialidades médicas; esto equivale a decir que se dedicaron al ejercicio de una disciplina determinada, hecho completamente desconocido en nuestro medio para esa época.

Los integrantes de su promoción de 1920 fueron los siguientes:

Julio García Álvarez (Barinas, estado Barinas, 1893-Caracas, 25 de agosto de 1953), especializado en París, fue el principal propulsor de la Policlínica Caracas debido a su gestión ante el ingeniero Carlos Guinand a fin de que adaptara para la clínica los mismos planos de una construcción que estaba realizando en la Caracas de entonces, entre las esquinas de Velásquez a Santa Rosalía. Gracias a su iniciativa se fundó la *Revista Médica*. García Álvarez fue discípulo del doctor Emilio Conde Flores, el fundador de la especialidad de Otorrinolaringología en Venezuela; él, a su vez, formó discípulos como Victorino Márquez y Pedro González Vera, y fundó servicios de esta índole en la Cruz Roja Venezolana, el Hospital de Niños y el Sanatorio «Simón Bolívar». Fue el iniciador de la cirugía laríngea a cielo abierto en 1925, Ministro de Sanidad y Asistencia Social en 1938, Senador Principal por el estado Barinas en 1939 y presidente del Consejo de Reforma de la UCV, en cuyo Despacho le sorprendió la muerte en cumplimiento de su deber, en 1953. En la Academia de Medicina ocupó el Sillón IV.

Pedro Blanco Gásperi (Guanare, estado Portuguesa, 1º de abril de 1893-Caracas, 4 de noviembre de 1965), uno de los fundadores de la Policlínica Caracas, notable cirujano en varios campos del organismo humano: Urología, Ginecología, Cirugía Toráxica, Tiroides. Fue Decano de la Facultad de Medicina de la UCV e Inspector Nacional de Hospitales; en fin, un gran trabajador que también se ocupó del Servicio Antituberculoso «Rísquez» y de muchas otras empresas. Escritor de galana pluma y notable poeta. En la Academia de Medicina ocupó el Sillón III.

Héctor Landaeta Payares (Calabozo, estado Guárico, 16 de octubre de 1895-Caracas, 28 de noviembre de 1962), realizó cursos de postgrado en París, en el campo de la Electrorradiología. Fue uno de los funda-

dores de la Policlínica Caracas. En el Hospital Vargas de Caracas desempeñó varios cargos administrativos hasta llegar a ser su director en 1937; también ejerció cargos asistenciales y docentes en ese hospital: Servicios de Laboratorio, Fisioterapia, Radiología y Radiumterapia; en el Hospital J. M. de los Ríos fue Jefe del Servicio de Radiología y Jefe de Servicios; en el Instituto Anticanceroso Luis Razetti se desempeñó como Jefe de Trabajos Prácticos de Histología Normal, y en la Universidad Central de Venezuela ejerció la Cátedra de Electro-Radiología como Profesor Honorario. Fue también miembro de numerosas sociedades científicas nacionales y extranjeras. Como actividad secundaria se dedicó a la Gastroenterología. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón XXIX.

Pedro González Rincones (San Cristóbal, estado Táchira, 24 de noviembre de 1895-Caracas, 18 de noviembre de 1968), se especializó en Radiología en Francia, Alemania y Estados Unidos de Norteamérica. Fue de los primeros en utilizar la insulina. Fue bacteriólogo en la Sanidad Nacional, Inspector General de los Hospitales Civiles del Distrito Federal, Director del Hospital Psiquiátrico, fundador y primer presidente del Comité Directivo de la Escuela Nacional de Enfermeras, miembro del Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos, Decano de la Facultad de Medicina en la UCV, Rector de la UCV, miembro fundador y primer presidente de la Sociedad Venezolana de Radiología, fundador y primer Jefe de la Cátedra de Radiología de la UCV. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón XX. Su ejercicio privado lo realizó en la Policlínica Caracas.

Pedro del Corral (Chaguaramas, estado Guárico, 27 de abril de 1895-Caracas, 13 de noviembre de 1986), se especializó en Alemania (Hamburgo) y Francia (París) en Patología Tropical. En este último país recibió el diploma de Médico Colonial. Ejerció en la Clínica Maracay, donde fue Jefe del Laboratorio. Fue el primero en utilizar en Venezuela la atebrina intravenosa para el paludismo y en aislar un meningococo, llamado posteriormente «Neisseria Venezuelensis Del Corral Rísquez». Fue Jefe por Concurso de Oposición del Laboratorio del Hospital Vargas de Caracas. Ejerció en la Policlínica Caracas. Desde muy joven fue aficionado a la política: dirigente estudiantil en la UCV, fundador del Partido Social Cristiano «Copei» y su presidente. Miembro del Congreso Nacional. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón VI.

Gustavo Machado Hernández (Caracas, 27 de abril de 1897-Caracas, 14 de enero de 1968), se especializó en París en Pediatría y Puericultura;

antes de graduarse fue preparador de Anatomía Normal en la UCV y de Bacteriología en la Sanidad Nacional y presidente del Consejo Central de Estudiantes de Medicina. Después de graduado, ejerció su especialidad en la Cruz Roja Venezolana, en el Hospital J. M. de los Ríos y en su consultorio privado de la Policlínica Caracas, de la cual fue fundador. También fue fundador del Consejo Venezolano del Niño, fundador y miembro honorario de la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura y fundador de la Sociedad Venezolana de Tisiología. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón IX.

Bernardo Gómez (Arecibo, Puerto Rico, 4 de noviembre de 1897-Caracas, 12 de marzo de 1968), se especializó en Cardiología en París. Fue médico de Cabo Blanco (Sanidad y Asistencia Social). En la Universidad Central de Venezuela fue Jefe de Clínica Médica, profesor de Medicina Legal y Toxicología (Escuela de Odontología), profesor por oposición de la Cátedra de Clínica Cardiológica en los hospitales Vargas y Clínico Universitario. Realizó consulta cardiológica en la Cruz Roja Venezolana. Fue director del Servicio Sanitario de Control Cardiológico del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, miembro fundador y primer presidente de la Sociedad Venezolana de Cardiología, miembro de la Sociedad Francesa de Cardiología. Ejerció profesionalmente en la Policlínica Caracas. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón XII.

Antonio José Castillo (Caracas, 12 de abril de 1897-Caracas, 18 de abril de 1946), hizo postgrado de Cirugía en París. En 1922, verificó en Caracas la primera Pielografía Ascendente en colaboración con otro miembro de la Promoción de 1920, el doctor Pedro Gutiérrez Alfaro. Fue de los primeros médicos en abocarse a la cirugía gástrica. Se desempeñó como adjunto al Servicio de Cirugía I del Hospital Vargas, en donde fue designado Jefe del Servicio III. Fue el principal motor en la fundación de la Clínica «Luis Razetti» de Caracas, rector de la UCV, presidente de la Cruz Roja Venezolana, presidente del Consejo Directivo del Instituto Autónomo de la Ciudad Universitaria, diputado al Congreso Nacional. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón III.

Martín Vegas (Caracas, 23 de marzo de 1897-Caracas, 7 de febrero de 1991), se especializó en Dermatología, Sifilografía y Microbiología en París. Realizó Consultas de Dermatología en el Hospital Vargas, Cruz Roja Venezolana y en la Leprosería de Cabo Blanco. Fue profesor de Dermatología en la UCV, jefe de la División de Venereología y Lepra del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, fundador de la

Sociedad Venezolana de Dermatología y Venereología, miembro de numerosas sociedades científicas, tanto nacionales como extranjeras, presidente de la Federación Médica Venezolana. Ejerció en la Policlínica Caracas. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón XXXIX.

Pedro Gutiérrez Alfaro (Caracas, 29 de julio de 1897-Caracas, 25 de agosto de 1960), junto con el doctor Leopoldo Aguerrevere, fue paladín de la especialidad de Obstetricia; antes de ellos, todos los médicos asistían partos al igual que las comadronas, aunque con un poco más de conocimientos. Gutiérrez ejerció varias actividades obstétricas: Jefe del Servicio de Obstetricia Nº 3 de la Casa Prenatal «María Teresa Toro», profesor de Clínica Obstétrica en la Maternidad «Concepción Palacios». Su ejercicio privado lo prestó en la Clínica Maracay, en la Clínica Córdoba y en el Centro Médico «San Bernardino» de Caracas. Fue uno de los fundadores de esta última institución. Fue miembro honorario de la Academia de Medicina de Lima, diputado al Congreso Nacional, Ministro de Sanidad y Asistencia Social. En la Academia Nacional de Medicina ocupó el Sillón X.

Andrés Gutiérrez Solís (Güiria, estado Sucre, 4 de febrero de 1899-Caracas, 21 de agosto de 1952), realizó cursos de especialización en Francia y Estados Unidos de Traumatología. Con el doctor Hernán de las Casas formó un binomio insoluble gracias al cual la Traumatología en Venezuela tuvo un gran desarrollo. Fue director del Servicio de Traumatología del Puesto de Socorro anexo al Hospital Vargas. Perteneció a la junta promotora del Centro Médico de Caracas junto a los doctores Rafael Ernesto López, Franz Conde Jahn, Pedro Gutiérrez Alfaro, Fermín Díaz, Ricardo Baquero González, Leopoldo López, Julián Morales Rocha y Manuel Felipe Núñez (este último, abogado). Fue director del Hospital Poliomielítico. Perteneció a la Academia Nacional de Medicina en donde ocupó el Sillón XXIII.

Pedro Rodríguez Ortiz, graduado de Doctor en Ciencias Médicas, se asentó en la ciudad de Barquisimeto, estado Lara. En el exterior realizó varios cursos de especialización en cirugía que le hicieron apto para fundar una clínica de muy merecida fama; su nombre se dio a conocer en el estado Lara y zonas aledañas.

Arístides Tello Olavarría, inmediatamente después de titularse fue al interior y desempeñó el cargo de Médico del Ferrocarril de La Ceiba entre esta población y Motatán, ambas del estado Trujillo. Se encontraba en Caracas, ocupado en arreglos para hacer un viaje de espe-

cialización al exterior, cuando una fiebre tifoidea galopante lo llevó al sepulcro a los cuatro años de haberse graduado de médico.

Guillermo Hernández Zozaya, (Valencia, estado Carabobo, 23 de octubre de 1898-Caracas, 9 de marzo de 1967), fue el primer alumno de la Escuela de Medicina en ganar el Premio de Anatomía creado por el doctor Luis Razetti para aquel estudiante que lograra obtener veinte puntos en las seis pruebas que componía el examen de dicha materia.

En su discurso con ocasión de la graduación de dicho curso, el 20 de julio de 1920, el doctor Razetti dijo, entre otras cosas, lo siguiente: *El grupo de jóvenes que hoy penetra triunfante en el augusto templo de la ciencia médica, consagrados ya como sacerdotes de la sublime religión del dolor humano, merece el aplauso de sus maestros y yo se los tributo desde esta altura con la mayor satisfacción, porque es un acto de justicia.* Más adelante, al referirse al premio que entregaba a Hernández Zozaya, dijo: *He venido a esta tribuna principalmente para anunciar que este premio lo ha ganado por primera vez, el Señor Guillermo Hernández Zozaya en los exámenes de diciembre de 1916, y he escogido este día y esta fiesta para adjudicarlo. El señor Hernández no debe ver en este galardón sino el sincero aplauso que le tributa a su aplicación al estudio un maestro ingenuo, que cree todavía que el deber de los hombres que podemos manejar, con mayor o menor habilidad, la pluma y la palabra, es difundir la enseñanza, ilustrar a la juventud, estimular el estudio y distribuir a manos llenas el generoso plan de saber, único alimento que tiene la virtud de hacer buenas las almas malas.*

Después de su grado, Hernández Zozaya viajó a Europa para seguir estudios de especialización en Pediatría en el «Hospital des Enfants Malades» con el célebre profesor Marfan. Regresó a Caracas en 1922 y comenzó su ejercicio profesional. Fue Médico Pediatra del Hospital de Niños por varios años como Jefe del Servicio de Medicina Nº 2. Con ocasión de las bodas de plata profesionales, el 18 de julio de 1945, recibió la «Distinción al Mérito» del Gobierno del Distrito Federal, en reconocimiento a los meritorios servicios prestados dentro de las instituciones asistenciales de dicha entidad federal. Fue miembro de la directiva del Consejo Venezolano del Niño, miembro fundador de la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura. Desde 1940, abre en su residencia del Caracas Country Club una consulta gratuita diaria para niños de los barrios pobres de El Pedregal de La Castellana y Chapellín. Con los años, la consulta fue incluyendo niños de

barrios de toda la ciudad. Distribuía medicamentos y leche en polvo que le eran suministrados por los laboratorios farmacéuticos para tal fin. En vida, en el año 1963, recibió tributo de agradecimiento de los habitantes de El Pedregal. Murió el 9 de marzo de 1967. El 3 de marzo de 1998, el Municipio de Chacao denomina con el nombre de Guillermo Hernández Zozaya al centro Comunal de El Pedregal, en reconocimiento a la labor social y asistencial gratuita suministrada por tantos años a los jóvenes y niños de los sectores populares.

BALDÓ Y LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

Alberto Angulo

El interés del doctor José Ignacio Baldó por la Anatomía Patológica surgió quizás cuando realizaba su especialización en Tisiología en los hospitales franceses, alemanes y suizos donde la práctica de la autopsia era una rutina. Fue un gran admirador del famoso clínico francés René Laënnec, quien practicaba las autopsias a los tuberculosos fallecidos en su servicio hospitalario. Laënnec supo correlacionar su observación clínica con el examen metódico de los órganos para sostener la tesis del «Unicismo» de las lesiones tuberculosas, confirmada años después, en 1882, tras el descubrimiento del bacilo de Koch. Este ejemplo lo repetía frecuentemente el doctor Baldó para abogar por la coordinación más estrecha posible entre las disciplinas clínicas y anatomopatológicas.

Otra oportunidad que posiblemente despertó el interés de Baldó por la Anatomía Patológica ocurrió en 1923 cuando, siendo médico residente en el Waldsanatorium en Davos-Platz, Suiza, fue enviado al Forschungs Institut en la misma localidad donde funcionaba un servicio de Anatomía Patológica para entrenarse en la práctica de la autopsia, técnica en la cual no estaba familiarizado.

El doctor Baldó regresó a Venezuela en 1926; en febrero de 1934 es nombrado Jefe de Servicio de las Salas 6 y 15 para tuberculosos del Hospital Vargas de Caracas (único hospital docente de la Facultad de Medicina por aquel entonces), donde iniciaría su labor profesional. Entre las iniciativas introducidas a su cátedra figuraba la de asistir con los estudiantes a las autopsias de los enfermos fallecidos en su servicio, ocasionalmente practicadas por él mismo. Su contacto con el Servicio de Anatomía Patológica puso de manifiesto que la cátedra de esta asignatura para el momento «había llegado al colapso más completo». Lideró al grupo de médicos de la Policlínica Caracas (institución privada), la mayor parte del cual trabajaba en el Hospital Vargas, y contrató a un anatomopatólogo extranjero cuyo sostenimiento y traslado sería financiado por ese grupo. Fue así como el doctor Baldó entró en contacto con el Instituto Ibero-Americano de Berlín, Alemania, por intermedio de doctor Carlos Ottolina, médico venezolano que en ese momento realizaba estudios de postgrado en esa ciudad. A raíz de ello se contrató como anatomopatólogo al doctor Rudolf Jaffé, quien suscribió el contrato en Berlín, el 9 de octubre de 1935, en tanto que el 15 de noviembre de 1935 lo hizo el doctor Baldó en Caracas.

Baldó fue nombrado Profesor de la Cátedra de Anatomía Patológica el 1º de septiembre de 1935 para actuar como "Administrador Científico

de la Cátedra» mientras que el doctor José Antonio O'Daly, Jefe de Trabajos Prácticos, tendría a su cargo las «clases reglamentarias». El 1º de octubre, el doctor Baldó dictó la clase inaugural en presencia del Rector, doctor Plácido Daniel Rodríguez Rivero, anunciando a los estudiantes que las autopsias correrían a cargo de un «técnico extranjero que llegaría en diciembre de Alemania». La muerte del Presidente de la República, general Juan Vicente Gómez, ocurrida en diciembre, y los sucesos políticos que siguieron a su muerte, ocasionaron la renuncia del doctor Baldó a la Jefatura de la Cátedra y el retardo de la llegada del técnico alemán. El profesor Jaffé llegó a Caracas el 11 de marzo de 1936, iniciando su trabajo en el Hospital Vargas el 1º de abril de ese mismo año. Un año después, en abril de 1937, Jaffé comparte en las reuniones sabatinas de la Policlínica Caracas su trabajo titulado «Resumen del material de Anatomía Patológica recogido por mí durante el primer año de mi estadía en Venezuela». En ese año, el médico alemán había realizado 361 autopsias, ocho veces más que las efectuadas en el año anterior a su llegada. Hace una comparación entre el material estudiado por él en Venezuela y el observado en su país de origen.

Treinta años más tarde, en su artículo «A los 30 años de la firma de un contrato», el doctor Baldó escribió: *Nada ha sido tan evidente dentro de la historia de nuestra Medicina como la influencia ejercida en ella por el profesor Jaffé, que bien puede calificarse como de verdadera Era. Su escuela y sus trabajos constituyen uno de los jalones más brillantes y oportunos en nuestra evolución científica*[1].

Visita al Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar» (1940)

En varias ocasiones, el maestro Baldó recibió el reconocimiento público por el éxito obtenido en todas las actividades médicas que inició y dirigió; sin embargo, solía decir que su mérito consistió en saber elegir a sus compañeros de trabajo y seleccionar entre sus discípulos a los más diligentes y disciplinados. Con esas palabras compartía generosamente con sus colaboradores el éxito de su gestión, aunque quienes lo escuchábamos sabíamos que era de él, como creador y ejecutor, el plan que en ese momento se elogiaba. No tuve la suerte de pertenecer al selecto grupo escogido en esa etapa inicial por el gran líder de la lucha antituberculosa nacional y, posteriormente, de la salud pública dentro del país con proyección internacional.

Una mañana de octubre de 1941 me acerqué a la Dirección del Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar» de Caracas para solicitar la

colaboración de esa Institución en la elaboración de mi tesis doctoral, titulada «Protidemia y tuberculosis». La tesis versaba sobre uno de los temas propuestos por el Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela a los estudiantes de Medicina del último año (1941-1942), para ser dirigida por Baldó. Fui recibido por los doctores José Ignacio Baldó y Elías Toro, ambos Jefes de Servicio en el Sanatorio; el primero, Jefe de la División de Tuberculosis, y el segundo, Director Nominal del Sanatorio.

Me atendieron muy cordialmente; la Directora de Enfermeras recibió instrucciones precisas para facilitar mi trabajo que duraría varios meses. En el curso de la entrevista fui interrogado sobre mis planes futuros al graduarme de médico y, al comunicarles mi intención de dedicarme a la Anatomía Patológica, inmediatamente me ofrecieron una beca para cursar estudios en el exterior después de prestar mis servicios como médico residente en el Sanatorio Antituberculoso de Caracas por un lapso de dos años.

El objeto de este requisito era que yo recibiera el entrenamiento clínico necesario a mi especialidad para, oportunamente, ingresar al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Vargas, a fin de iniciar mi preparación en dicha actividad.

Esta grata y sorpresiva acogida por parte de los directores de la Institución que colmó mis ambiciones de futuro médico, fue acompañada por una gentil invitación para asistir a las reuniones anatomo-clínicas que se realizaban todos los sábados en el Sanatorio donde, además, se ofrecían algunos temas para tesis doctorales con material procedente del mismo Sanatorio, en caso de que eventualmente algunos de mis colegas estudiantes quisieran desarrollarlos.

Las reuniones anatomo-clínicas en el Sanatorio «Simón Bolívar» (1941)

La enseñanza de la Tisiología iniciada por el doctor Baldó en 1934 en el Hospital Vargas se traslada en mayo de 1940 al Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar», edificado en un área conocida como El Algodonal. Desde el decreto de su construcción en julio de 1933, pasando por su inauguración oficial en diciembre de 1939 y durante muchos años después, el Sanatorio «Simón Bolívar» tuvo la suerte de contar con una sola dirección. Allí no se improvisó nada. La calidad científica de sus jefes de Servicio, su eficiente administración y la capacidad de trabajo y mística de todo su personal lo distinguió durante muchos años como el primer hospital del país y de los mejores hospitales para enfermos crónicos en

América Latina. El primer empleado contratado fue el anatomopatólogo alemán, doctor Gerard Will, quien estuvo presente el 2 de mayo de 1940 cuando el Sanatorio abrió sus puertas. Ésta fue una norma en todos los hospitales que fundó el doctor Baldó: contar con un especialista como Will, tan escasos en este país en aquellos tiempos.

Este Sanatorio, clasificado de tipo «A» en nuestro medio, fue preferentemente quirúrgico; ingresaban a él enfermos que previamente eran seleccionados por los dispensarios antituberculosos, cumpliendo ciertas normas ya establecidas. Las autopsias eran obligatorias y debían presentarse junto con el material quirúrgico en las reuniones anatomo-clínicas que se celebraban todos los sábados, con asistencia de todo el personal médico y parte del personal paramédico. Se hacía un informe de todos los ingresos con su respectiva historia clínica, radiografías torácicas y exámenes complementarios, a fin de decidir la conducta que se debía seguir; igualmente eran presentados todos los egresos con su respectiva evolución. El análisis y discusión de cada caso era la base de la enseñanza. Allí se enseñaba la clínica de las enfermedades pulmonares y la terapéutica que era necesario aplicar. Estas reuniones adquirieron tal importancia que a ellas concurrían los tisiólogos residentes en Caracas no adscritos al Sanatorio o provenientes de las ciudades cercanas, como La Guaira y Los Teques. Antes de cumplirse un año de su funcionamiento, el Sanatorio empezó a recibir médicos becarios procedentes de Ecuador, Colombia, Brasil, Centroamérica y, posteriormente, de la República Dominicana. Ocasionalmente, estas reuniones médicas eran seguidas de una conferencia, bien fuera médica o de cultura general, a cargo de algún invitado importante. Otras veces eran sobre arte en general, música o pintura.

Entre los invitados especiales recuerdo al patólogo alemán, profesor Gerard Domag, Premio Nóbel de Medicina, descubridor de las sulfamidas; al profesor H. H. Berg, gastroenterólogo alemán conocido por sus estudios radiológicos en el campo de la patología digestiva, y al neurocirujano Olivecronna. Estas presentaciones anatomo-clínicas semanales no tenían antecedentes en nuestro país ni tampoco fueron imitadas por ningún grupo ni por ninguna cátedra de la Facultad de Medicina.

Estas reuniones dejaron una sólida impronta en mi formación profesional, pues contribuyeron junto con la disciplina, mística, calidad científica y humana del personal a que aceptase la proposición ofrecida y quedarme, así, durante 52 años en la institución.

Hasta 1947 la formación de los tisiólogos se hizo directamente en la cabecera del enfermo, ya fuera en los dispensarios antituberculosos o en las salas hospitalarias. A partir de 1947 se realizaron los primeros cursos de tisiólogos debidamente programados (con una duración de dos años) y aprobados por la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. La enseñanza de la Anatomía Patológica era materia obligatoria: los alumnos debían hacer las autopsias y redactar sus respectivos protocolos bajo la supervisión del anatomopatólogo, el profesor Serafino La Manna, médico italiano formado en Alemania.

X Congreso Panamericano de la Tuberculosis (1953)

El Comité Ejecutivo de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología (ULAST) eligió en Ecuador, en julio de 1951, con ocasión del IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis, el tema «Aspectos anatomopatológicos de la tuberculosis en Latinoamérica»; dicha proposición estuvo a cargo de la delegación venezolana presidida por el doctor Baldó, a fin de que este tema fuera desarrollado en el X Congreso Panamericano de Tuberculosis que se celebraría en Venezuela en 1953. Se acordó que el Comité Organizador del Congreso elaborara las normas a las cuales deberían atenerse los correlatos nacionales. Las normas fueron redactadas y distribuidas a los diferentes países. La idea del doctor Baldó era que el trabajo no se limitara al estudio del tema presentado en el Congreso, sino que se aprovechara la presencia de un grupo distinguido de patólogos para que «revisaran las pautas y se acordaran las modalidades del trabajo a proseguir» y pudieran presentarse «trabajos anatomopatológicos con fines de comparaciones continentales», además de que se estimulara el desarrollo de los servicios de Anatomía Patológica en el Continente.

El Congreso contó con la presencia de patólogos venezolanos, representantes de los países latinoamericanos y de patólogos procedentes de Norteamérica, entre ellos, el doctor Kornel L. Terplan, doctor Henry C. Sweany, doctor Esmond R. Long y otros médicos clínicos y cirujanos.

Al terminar de presentarse los trabajos de los diferentes países, los patólogos estuvieron reunidos elaborando las pautas para la obtención de datos anatomopatológicos, así como para la definición de los términos usados en la hoja de registro de los mismos.

Este X Congreso Panamericano de la Tuberculosis fue verdaderamente panamericano. Por primera vez fueron invitados representantes de

«Las Colonias» (1953) del Continente Americano, asistiendo representantes de Curazao, Guayana Británica, Guayana Holandesa, Jamaica, Martinica y Trinidad. Esta reunión se realizó inspirada en el «Ideario Bolivariano del Panamericanismo».

El Congreso reunió por primera vez a anatomopatólogos de todo el Continente, anticipándose al «Primer Congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica» realizado en México dos años después, en diciembre de 1955.

El doctor Baldó se interesó por el avance de la Anatomía Patológica en todo el Continente Americano.

Presidente Honorario de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica (1955)

Ejercí la Presidencia de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica en el período 1955-1957. Una de mis iniciativas fue la de reconocer los méritos del doctor Baldó en el programa de la especialidad, proponiéndolo como Presidente Honorario de la Sociedad. La entrega del diploma se hizo en las V Jornadas Nacionales de Anatomía Patológica, realizadas en Valencia en febrero de 1957. Su discurso de agradecimiento pronunciado en tal oportunidad, de gran contenido histórico y doctrinario, fue publicado en la *Revista Policlínica*. Tuve la oportunidad de ver el sencillo diploma ubicado en su biblioteca, cerca de su escritorio, entre un escogido grupo de los múltiples reconocimientos recibidos, en señal del aprecio que él le atribuyó.

El doctor Baldó y las micosis pulmonares (1957)

Cuando me reintegré a la jefatura del Servicio de Anatomía Patológica del Sanatorio «Simón Bolívar» en febrero de 1954, después de tres años y ocho meses de entrenamiento en Alemania y Suiza, dispuse que todo el material anatomopatológico de los hospitales de El Algodonal (hoy, Complejo Hospitalario «Dr. José Ignacio Baldó») fuera estudiado conjuntamente con el Departamento de Bacteriología de la misma área. Esta feliz disposición, junto con el uso sistemático de la coloración de Grocott (utilizada en el servicio por primera vez en el país) y la disminución del material de etiología tuberculosa, favorecieran el diagnóstico de las formas crónicas pulmonares de las micosis. Allí se describieron por primera vez en Venezuela todas las formas numulares pulmonares de las micosis y de otras formas anatomo-clínicas, así como también de otras enfermedades no micóticas como la nocardiosis y actinomicosis pulmonares.

El aumento de los casos de micosis pulmonares y cutáneas en todo el país dio origen a que, durante el VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, celebrado en Caracas en 1955, se presentara un trabajo que proponía la creación de un centro especial para el estudio del problema. El doctor Baldó, quien no estuvo de acuerdo con esta proposición aprobada por el Congreso, consideró *que (la idea) podía alcanzarse con mayor rendimiento si se estructuraba una comisión que coordinara todos los servicios oficiales o privados existentes en el país dedicada parcial o completamente al estudio de las micosis*. Tal idea fue expuesta en el Primer Congreso Venezolano de Salud Pública, celebrado en Caracas en 1956, habiendo sido aprobada su inclusión en la ponencia intitulada «Nuevos campos de acción de la salud pública en Venezuela». Esta idea obtuvo el respaldo de varias divisiones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social así como del Instituto Nacional de Higiene, máxima entidad científica interesada en la cuestión, y de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica.

En abril de 1957 fueron convocadas desde la División de Tuberculosis todas las personas interesadas en Micología a lo largo del país a fin de reunirse en el Instituto Nacional de Tuberculosis. Allí se aprobó la constitución de la «Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de las Micosis», cuya directiva estuvo integrada por trece personas y presidida por el doctor Baldó, e incluía al director del Instituto Nacional de Higiene, al profesor de la Cátedra de Medicina Tropical, al profesor de Clínica Médica, a tres micólogos (representantes del centro-oriente y occidente del país) y a dos anatomopatólogos, entre otros.

Esta comisión realizó diecinueve reuniones, resolviendo los puntos relativos a la historia clínica para la recolección de datos, la estandarización de las técnicas para las pruebas de sensibilidad cutánea, las serológicas, los exámenes micológicos y anatomopatológicos, etc.

La comisión solicitó la colaboración de centros especializados en el campo de las micosis, tales como el *Communicable Disease Center* de Georgia, el *Public Health Service* de Washington D.C., la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, etc. Se editó la *Cartilla Micológica* para divulgar entre los médicos generales, médicos rurales y estudiantes de Medicina las nociones elementales de este ámbito de estudio, a fin de despertar interés sobre el problema de las micosis.

En el IV Congreso Venezolano de Tisiología y Neumonología celebrado en Valencia en diciembre de 1959, la comisión presentó la ponencia titulada «Micosis profundas en Venezuela con referencia especial a las mico-

sis pulmonares». Entre los temas presentados en dicho Congreso figuraban los siguientes: resultados de las encuestas epidemiológicas sobre histoplasmosis; coccidioidomicosis y tuberculosis; labor realizada en el campo micológico; labor realizada en el campo anatomopatológico y resumen de los trabajos realizados en el diagnóstico inmunológico, además de varios trabajos libres.

El Servicio de Anatomía Patológica del Sanatorio «Simón Bolívar» presentó una exposición de cien fotografías en colores sobre su material micológico, la cual recibió entre los presentes grandes elogios por su portada, entre quienes se contaban los mejores especialistas latinoamericanos, algunos norteamericanos y dos representantes europeos. Esta exposición fotográfica fue exhibida luego en Viena, en agosto de 1960, con motivo del «VI Congreso Internacional de Enfermedades del Pecho», y también en el Congreso Panamericano de la Tuberculosis (ULAST), celebrado en Buenos Aires en 1966.

El éxito obtenido por la Comisión Coordinadora en el Congreso de Valencia fue tan importante, dado el interés que despertó, que me atrevo a afirmar que la micología venezolana tiene dos etapas fundamentales: antes y después de ese Congreso realizado en Valencia en 1959.

Por último, la actuación de la Comisión de las Micosis puede evaluarse por la resolución emanada de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) de fecha 29 de septiembre de 1959, recomendando a los países miembros «la creación de Comisiones Coordinadas con carácter nacional para el estudio de las micosis».

El curso de postgrado de Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (1959)

En 1942, al terminar mis estudios médicos, existían en el país cuatro patólogos, dos venezolanos –los doctores José Antonio O'Daly y Alberto Rivero– y dos extranjeros, el profesor Rudolf Jaffé y el doctor Gerard Will.

Después de la llegada de Jaffé, ingresaron al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Vargas varios médicos residentes venezolanos que luego se dedicaron a la especialidad. Cronológicamente, recuerdo a Leandro Potenza, Antonio José Mantilla, Darío Lozano, Armando Domínguez, Luis Carbonell y quien esto escribe, los cuales completaron posteriormente su formación en el exterior; otros que se iniciaron en el servicio se dedicaron a otras especialidades como los doctores Raúl Ferro, Miguel Layrisse, Tulio Villalobos, etc. Al final de

la década de los años cuarenta y en la década de los cincuenta, con la apertura de los sanatorios antituberculosos y la construcción de los grandes hospitales, hubo necesidad de contratar en el exterior (principalmente en Alemania, por intermedio del profesor Jaffé) patólogos expertos que se instalaron en el interior del país y quienes, a su vez, formaron a numerosos discípulos.

En noviembre de 1956, Baldó y sus colaboradores presentaron en el Primer Congreso Venezolano de Salud Pública la ponencia titulada «Nuevos campos de acción de la salud pública en Venezuela». En 1958 el eminente tisiólogo fue nombrado Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. La carencia de patólogos era evidente en los hospitales del interior. En febrero de 1959, durante las VI Jornadas de Anatomía Patológica realizadas en Barquisimeto, Baldó preside una Mesa Redonda sobre la formación de anatomopatólogos que cuenta con el decidido apoyo de la Sociedad. Desde esa posición, y gracias a su constante prédica y decisión, hace que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social contribuyera a realizar, a través de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina, los cursos de postgrado, siendo aquel de Anatomía Patológica, inaugurado en septiembre de 1959, el que abriría el camino, seguido por el de Medicina Interna.

Para septiembre de 1963, en tiempos de la X Jornada de Anatomía Patológica celebrada en San Cristóbal, existían en el país sesenta y tres anatomopatólogos, de los cuales más de la mitad trabajaban en Caracas. Según una ponencia presentada en esas Jornadas, para el año 1967 debían existir 34.000 camas de hospital en todo el país, necesitándose para ello unos 340 patólogos.

De acuerdo con estos cálculos, hubo que extender la formación de especialistas a otras instituciones que, hasta ese momento, estaban circunscritas al Instituto Anatomopatológico de la Universidad Central de Venezuela. Hoy en día el país cuenta con poco más de 450 anatomopatólogos.

Sin duda, es el doctor Baldó a quien se le debe el desarrollo y la posición que ostenta la Anatomía Patológica dentro de la medicina nacional; con la apertura del curso de postgrado de Anatomía Patológica, Baldó allanó el camino para los otros postgrados en la Facultad de Medicina, lo cual fue sin duda uno de los grandes progresos alcanzados por la Facultad en ese entonces.

[1] Así rezaba el contrato suscrito entre el doctor José Ignacio Baldó y el doctor Rudolf Jaffé, en 1935:
Entre el doctor José Ignacio Baldó, domiciliado en Caracas, por sí y en representación de los médicos de la Policlínica Caracas, por una parte, y por la otra, el doctor Rudolf Jaffé, anatomopatólogo, domiciliado en Berlín, se ha celebrado el siguiente contrato:
PRIMERO: El doctor Baldó contrata los servicios del doctor Jaffé como técnico anatomopatólogo, con el objeto de que se traslade a la ciudad de Caracas y se dedique a estudios de Anatomía Patológica. El doctor Baldó le garantiza al doctor Jaffé un sueldo de un mil quinientos bolívares mensuales, pagadero por mensualidades anticipadas, en remuneración de sus servicios. Dicho sueldo comenzará a devengarlo el doctor Jaffé desde la fecha de su llegada a Caracas.
SEGUNDO: El presente contrato es por el plazo fijo de un año, contado a partir del día de la llegada del doctor Jaffé a Caracas, y podrá ser prorrogado a voluntad de ambas partes.
TERCERO: El doctor Baldó hará entregar al doctor Jaffé en Berlín por la Agencia Horn, cuatro pasajes de primera clase Hamburgo-La Guaira y pagará los gastos de viaje y el flete de la biblioteca y de la colección de láminas de la propiedad del doctor Jaffé, todo lo cual debe traer a Caracas. Los gastos de retorno a Berlín le serán pagados, inclusive los pasajes, al fin del vencimiento del plazo fijo de un año o de la prórroga estipulada en este contrato. En este caso los gastos de retorno deben ser iguales a los ocasionados por el viaje de venida.
CUARTO: Durante la vigencia de este contrato el doctor Jaffé se compromete a dedicar sus actividades única y exclusivamente al desarrollo de los trabajos de carácter anatomopatológico. El doctor Jaffé se obliga a no revalidar su título en Venezuela, ni a ejercer la profesión de médico sino en su carácter de especialista anatomopatológico. Durante la vigencia de este contrato el doctor Jaffé no podrá contratar sus servicios con ningún otro instituto profesional.
QUINTO: El presente contrato será suscrito en Berlín por lo que respecta al doctor Jaffé, y en Caracas por lo que respecta al doctor Baldó. Se hacen dos ejemplares de un tenor y a un solo efecto.

Caracas, 15 de noviembre de 1935.
José I. Baldó
Berlín-Zehlendorf, 9 oct. 1935

Prof. Doctor Rudolf Jaffé

Bibliografía

Baldó, J. I. «Discurso pronunciado el 1º de febrero de 1957 en Valencia. V Jornadas de Anatomía Patológica». *Revista Policlínica*, vol. 25, Nº 143, pág. 131-144, 1957.

—«A los treinta años de la firma de un contrato». *Tribuna Médica*, Nº 122, 1965.

—«El estudio de las micosis en escala nacional». *Acta Médica Venezolana*, vol. 5, Nº 4, 1957.

—«Mesa Redonda sobre formación de anatomopatólogos». VI Jornadas de Anatomía Patológica. Barquisimeto, 1959. (Mimeografiado).

—«Exposición del plan de trabajo de la 'Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de las Micosis'». IV Congreso Nacional de Neumonología y Tisiología. Valencia, diciembre 1959.

—«Los cursos de postgrado médicos y el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto». Revista *Salud Pública*, vol. 4, Nº 17, 1959.

—«La posición de la Anatomía Patológica en la Medicina moderna». Conferencia leída en la Escuela de Medicina de Barquisimeto, diciembre 1965. *Tribuna Médica*, Nº 146, 1966.

Baldó, J. I. y colaboradores. «Nuevos campos de acción de la salud pública en Venezuela». *Memorias del I Congreso Venezolano de Salud Pública*. Caracas, 1956.

Baldó, J. I., S. La Manna, R. Valladares y A. Príncipe. «Aspectos anatomopatológicos de la tuberculosis en Latinoamérica». *Memorias del X Congreso Panamericano de la Tuberculosis*, diciembre 1953. Tomo Primero, Caracas.

BALDÓ Y LA EPIDEMIOLOGÍA

José Miguel Avilán Rovira

En el trabajo presentado en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana en enero de 1947 junto con los doctores Darío Curiel y Pedro Iturbe, el doctor José Ignacio Baldó afirmó que *la base sobre la cual debía orientarse correctamente la campaña antituberculosa era el conocimiento del problema, en sus aspectos generales y en las modalidades específicas que él pudiera tener en nuestro medio*[1].

En otras palabras, a su juicio, era indispensable disponer de las características epidemiológicas de la tuberculosis en el país a fin de planificar y evaluar racionalmente el programa para su control.

El hecho de que en 1947 el gran maestro de la Tisiología en Venezuela expresara en forma tan sencilla los fundamentos científicos del éxito de su noble cruzada no debe extrañarnos, pues simplemente hacía referencia a la metodología que había establecido y cumplido desde que inició sus labores para disminuir los efectos de la enfermedad a la que dedicó su vida.

Firme creyente de estos principios, *estimuló los estudios epidemiológicos en los dispensarios anti-tuberculosos, y esta materia constituyó el tema principal del Primer Congreso Venezolano de Tuber- culosis, en 1938; de las Primeras Jornadas de Tisiología, en 1940, y también parte importante de los trabajos presentados en el Segundo Congreso Venezolano de Tuberculosis, en 1943*[2].

El criterio de la realización del estudio epidemiológico previo, necesario para definir la acción con mayor propiedad, lo demostró Baldó aun antes de la creación de la División de Tisiología en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936. En efecto, ya lo había puesto en práctica en el Dispensario de Puericultura de San Ramón, en 1931.

En este servicio, perteneciente a la Sanidad del Distrito Federal, junto con el doctor Gustavo H. Machado, planificó y realizó la primera evaluación epidemiológica de la primo-infección tuberculosa en nuestro medio, a través de la cutirreacción a la tuberculina, entre el 1º de octubre de 1931 y el 31 de marzo de 1933.

En el dispensario se diagnosticaban e indicaban tratamientos a niños menores de seis años de la clase obrera, los cuales acudían a consulta por todas las afecciones propias de esas edades[3].

Adelantándose a la época, ambos pusieron en práctica uno de los conceptos más modernos recomendado en las clínicas de primer nivel de contacto con el paciente, a fin de cumplir con el principio de la atención integral. Este concepto consistía en no perder la oportunidad de la visita del paciente para realizar otra acción diagnóstica o

preventiva. Éste es el conocido principio de «oportunidades ganadas», con el cual se trata de estimular al personal de los ambulatorios para mejorar la cobertura de las inmunizaciones.

Los doctores Baldó y Machado integraron a la atención meramente curativa de los niños la evaluación de su reacción a la tuberculina, despistando la tuberculosis y contribuyendo al conocimiento de la magnitud de la infección en esos grupos de población.

El informe con los resultados de este primer estudio sobre la cutirreacción a la tuberculina en un dispensario de Caracas, constituye un modelo de sencillez y eficacia en la consecución de un diagnóstico preliminar de la situación de la infección tuberculosa a esas edades; en otras palabras, se trataba de un indicador efectivo para evaluar la magnitud del problema.

Cumpliendo con el principio básico de toda investigación epidemiológica al definir con precisión el objeto de estudio, sostuvieron lo siguiente: *Antes de entrar a analizar los datos obtenidos, nos parece indispensable precisar qué técnica y qué criterio se ha seguido para la evaluación de los resultados*[4].

Discuten así la técnica de la cutirreacción aplicada, los criterios para interpretar las reacciones y el tiempo de lectura, elementos esenciales para distinguir las respuestas tuberculinas verdaderas de las no específicas. Pretendían disminuir, en lo posible, los factores de error, y aparentemente lo lograron. Sus resultados no difieren en forma importante de la evaluación de la infección tuberculosa que realizaron otros investigadores (incluyendo al mismo doctor Baldó, más adelante) con técnicas más precisas, utilizando intradermoreacciones con el «derivado proteínico purificado» de la tuberculina (PPD), así como en muestras más representativas en poblaciones de zonas urbanas.

Pero la investigación del Dispensario de San Ramón no termina allí. Los niños con reacciones positivas se controlaron con rayos X y se encontró imágenes patológicas en dos tercios de los casos.

Al respecto, antes de describir estos resultados, apuntan: *Aquí, como lo dicho con respecto al criterio de apreciación de la cutirreacción, se hacen indispensables algunas explicaciones sobre las imágenes patológicas para tener una idea exacta, sobre lo que nosotros entendemos por ellas*[5]. Y así pasan a clasificar estas imágenes, ilustrando sus diferentes formas mediante esquemas gráficos sencillos y fáciles de comprender.

Baldó y Machado concluyeron de forma evidente que *salta a la vista la utilidad práctica del uso de la cutirreacción sistemática para despistar la tuberculosis en un dispensario de esta naturaleza (...) pues del examen clínico y radiológico de los positivos se demostró lesiones activas de tuberculosis ganglio-pulmonar en un poco más del 40% de los casos*[6].

Otro dato interesante para la Epidemiología y el despistaje de la tuberculosis infantil es el que señalan los autores al finalizar su informe: *Leyendo en las historias la causa por la cual han consultado, sólo en alrededor de la mitad figuran fenómenos respiratorios que pueden orientar el examen para investigar una tuberculosis de primo-infección; alrededor de una tercera parte habían consultado por fenómenos gastrointestinales y los restantes, en un número menor, por afecciones diversas*[7].

Estos resultados permitieron al doctor Baldó interpretar correctamente la falta de concordancia entre las estadísticas de mortalidad por tuberculosis en la infancia y en la edad adulta, cuando describió la magnitud de la enfermedad y sus principales características epidemiológicas en los menores de diez años en la ciudad de Caracas, con motivo de su incorporación a la Academia Nacional de Medicina, en 1936[8].

Tomando en consideración la positividad a la tuberculina encontrada y la diversidad clínica de la tuberculosis en el niño, Baldó pudo aseverar con certeza que las cifras oficiales de mortalidad en estas edades *son seguramente erróneas y tan por debajo de la realidad que no pueden establecer ninguna base de estudio*[9].

En efecto, de acuerdo con los datos disponibles, la tuberculosis no representaba ni el 4% de las causas conocidas de mortalidad hasta los diez años. Baldó comparaba esta cifra con el 40% de mortalidad encontrado en los niños del Dispensario de San Ramón, observando que *aunque basada sobre un número pequeño de casos, concuerda con las de la mayor parte de los autores franceses y alemanes*[10].

Al autocriticar las cifras que estaba presentando, sabiamente razona: *Una garantía suficiente no podría establecerla sino un extenso material de autopsia y, en este caso, las estadísticas de otros países tampoco arrojan cifras globales, sino sobre ciertos sectores de la población, las clases de hospital*[11].

De la lectura de estos trabajos iniciales se deduce la importancia que para el doctor Baldó tenían los datos estadísticos a objeto de evaluar el problema de la tuberculosis y cómo, con base en los resultados de sus

propias investigaciones clínicas en grupos de población debidamente caracterizados, es decir, en investigaciones epidemiológicas propiamente dichas, se podían interpretar correctamente las cifras disponibles y obtener aplicaciones prácticas para el control eficaz de la enfermedad.

No extraña que el doctor Baldó recomendara recurrir a la verificación del diagnóstico de la tuberculosis infantil mediante la Anatomía Patológica, pues, como es conocido, formó parte del grupo de trabajo del profesor Rudolf Jaffé de la Policlínica Caracas. Pero como declaró en una entrevista: *Hablo de una Anatomía Patológica como parte integrante de la clínica, y no aislada y acantonada en el epílogo del drama de la vida (...). Nunca he sido partidario de esa Anatomía Patológica de tribunal de última instancia, celosa únicamente de coger los errores del trabajo clínico, sino de una compenetración más a fondo que informe detalladamente sobre la alternativa de la evolución del proceso de las enfermedades*[12].

Al mismo tiempo, estaba consciente de la representatividad parcial de las «clases de hospital». En esa época ya el doctor Baldó dominaba el concepto de la «población muestreada» que, como es conocido hoy por todos, no siempre coincide con la «población objetivo»[13], categorías básicas en la investigación epidemiológica.

Conocedor de que la cutirreacción –y luego, la intradermo-reacción– constituía el índice sensible de la tuberculización del organismo, comprendió desde muy temprano su importancia en la epidemiología de la tuberculosis. Al respecto escribió: *Los porcentajes de positividad según las diferentes edades variarán según varios factores, de los cuales el más importante estará constituido por el medio en que se estudien*[14].

Baldó compara así distribuciones de positividad por edades y sexos, en escolares sanos; en niños que se suponen sanos, pero que asisten a un centro de profilaxis antituberculosa y en niños enfermos, consultantes de dispensarios. Pudo confirmar que del 20%, a los cuatro años en escolares sanos, la cifra de positividad se duplicaba en los niños del centro profiláctico y se triplicaba en los del dispensario de enfermos[15].

Para 1940 se habían realizado investigaciones sobre infección tuberculina en distintas zonas del país, revelando grados diferentes de tuberculización: altos índices en casi todos los centros urbanos y mucho más bajos en poblaciones semi-rurales y rurales. Esta diferencia en la distribución se explicaba al considerar la extensión territorial y la poca densidad poblacional, los precarios medios de comunica-

ción y el aislamiento por las lluvias de las poblaciones semi-rurales de los Llanos.

Sin embargo, al aumentar las investigaciones, los resultados de algunos estudios no se compadecían con estas reglas generales, incluyendo poblaciones indígenas, como la de los paraujanos en la Guajira venezolana.

En 1946 Baldó realizó, junto con el doctor Juan Delgado Blanco, una evaluación en dos núcleos de población indígena de la Gran Sabana: Santa Elena de Uairén y Kavanayén[16]. Los resultados mostraron cifras muy altas y precoces de infección, comparables con las más altas de algunos centros urbanos del país.

Los autores de dicho trabajo no se limitaron a describir la situación sino que razonadamente intentaron explicarla. En los últimos años, en Santa Elena, se había formado una segunda población, muy heterogénea, de buscadores de oro y diamantes, algunos de ellos procedentes de las regiones mineras de El Callao, altamente infectadas por tuberculosis. En Kavanayén, en cambio, no había población minera extraña, pero los indios estaban habituados a recorrer grandes distancias, desplazándose a zonas alejadas durante la recolección de la sarrapia y el caucho, donde entraban en contacto con otras gentes del estado Bolívar. Se consideraron también las propias costumbres indígenas, tales como el uso comunitario del recipiente para beber el kachirí y humedecer el pan de yuca. Finalmente, no podía descartarse la posibilidad de una resistencia congénita más baja por parte del natural de una etnia indígena.

Gracias a los trabajos de evaluación de la magnitud y distribución de la infección tuberculosa mediante la técnica de la reacción a la tuberculina –o a su derivado proteínico purificado–, los autores cumplían algunos de los objetivos de la investigación epidemiológica[17], como el de describir y explicar la distribución del estado de salud de las poblaciones.

En el último ejemplo citado, la Epidemiología habría contribuido a descubrir las causas profundas del problema de la infección tuberculosa en núcleos de población indígena supuestamente aislados, cuyo origen era la situación social de esas comunidades. A Santa Elena llegaban mineros desde El Callao y otras poblaciones, y de Kavanayén emigraban los nativos, por razones socio-económicas.

Estos y otros estudios de Baldó y sus compañeros de trabajo demuestran su concepción comunitaria y, por tanto, epidemiológica,

resultado del cambio profundo de una actitud pasiva común, no sólo en esa época, *de esperar por la llegada del enfermo a pedir ayuda para recuperar su salud*, a una actitud activa de investigación de los problemas de salud en los que el sujeto enfermo represente un signo o síntoma de la enfermedad comunitaria[18].

Para 1947 se habían examinado más de 300.000 personas «en grupos supuestamente sanos» en zonas urbanas, rurales, semi-rurales, industriales petroleras e indígenas[19].

Paralelamente, Baldó describió –junto con el doctor Pedro Iturbe– el aspecto de infección y morbilidad, dejando al doctor Darío Curiel el análisis de la mortalidad.

Especificaron la forma de selección de los sujetos examinados, cumpliendo así con un requisito básico de toda investigación, a fin de poder evaluar la representatividad de los resultados. Describieron con precisión el método utilizado (intradermo-reacción con tuberculina de Koch, en soluciones desde 1/1.000 hasta 1/10, con excepción del estado Zulia, donde se utilizó la tuberculina de Seibert o PPD) y el patrón para interpretar la lectura de los resultados. Además, advirtieron que *la apreciación exacta del grado de infección tuberculosa de una población, con base en las reacciones tuberculínicas, ofrece siempre un margen de error no despreciable, debido al hecho comprobado de que un cierto número de sujetos, seguramente infectados, dan reacciones negativas, porque la sensibilidad a la tuberculina se ha ido atenuando en ellos, por falta de reinfecciones repetidas, hasta llegar a desaparecer*[20].

Finalmente, los investigadores describieron los criterios adoptados para clasificar las poblaciones estudiadas. Los resultados confirmaron que la infección tuberculosa era precoz e intensa en las poblaciones de tipo urbano, donde se estaba alcanzando la etapa de tuberculización masiva. Sin embargo, les llamó la atención que en las ciudades de población más numerosa se presentara el menor índice de infección. Concluyeron que, por causa de una serie de factores (infección más antigua, mejores condiciones de vida, mejor estado sanitario-asistencial, etc.), estos individuos habían superado ya su etapa de tuberculización masiva, de tipo epidémico, para entrar en la etapa de endemia descendente.

En general, en las zonas rurales, la infección era menos precoz e intensa, considerándose que esas poblaciones se encontraban para la fecha en una fase de tuberculización ascendente.

En el conjunto de las zonas estudiadas, el porcentaje de reacciones positivas fue ligeramente mayor en las hembras que en los varones, en los dos primeros grupos de edad (de 0-4 y de 5-9), invirtiéndose luego los resultados a partir de los quince años. Esta diferencia, sin embargo, fue sólo significativa en las zonas rurales e indígenas. Ello podría explicarse por la mayor frecuencia con que los varones, a partir de la adolescencia, emigran de su localidad de origen hacia centros más poblados en busca de trabajo.

En cuanto a la morbilidad, los resultados del estudio se basaban en un poco más de cien mil sujetos examinados mediante radioscopia del tórax, pues el uso de la fluorofotografía era apenas incipiente. El trabajo fue desarrollado en veinticinco centros dispensariales distintos, advirtiéndose que *todo el personal pertenece a la División de Tisiología, por lo que las normas de trabajo y el criterio de clasificación se pueden considerar como uniformes*[21]. Especificaban igualmente que *con excepción del grupo escolar, que comprende todas las clases sociales, la mayor parte de los exámenes recaen sobre clases de posición económica modesta o definitivamente débil*[22].

Los resultados reflejaban lo previsto. Mientras, en total, el 1,5% presentó lesiones, los escolares no mostraron más del 0,25%. Como era de esperar, los contactos presentaron casi el 9% de lesiones activas. Las embarazadas alcanzaron, en cambio, un 3%.

Otro de los aspectos que desde los comienzos preocupó al insigne tisiólogo fue la clasificación de las localizaciones de la tuberculosis para determinar su magnitud. De sus estudios preliminares concluyó que la región de Caracas, para la década de los años 30, podía *ser tenida como un distrito de densidad tuberculosa muy alta en general, incluyendo la infancia*[23]. Por eso le sorprendió la relativamente poca frecuencia de las formas externas de la tuberculosis: óseas, osteoarticulares, cutáneas y ganglionares externas.

Sin embargo, Baldó no se conformaba fácilmente con sus propias observaciones. Prácticamente realizó una amplísima encuesta, consultando la opinión de los pediatras, dermatólogos y especialistas en enfermedades de los huesos y ortopedia; analizó y discutió la información disponible; la comparó con la información existente en otros países y concluyó confirmando la poca frecuencia de las manifestaciones extrapulmonares en nuestro medio.

Baldó no se limitó a describir y sustentar la observación. Fue más allá: trató de explicarla. En efecto, en una discusión detallada de la etiolo-

gía del raquitismo –que va desde la hipótesis respetable del doctor Marfan, aparentemente en boga todavía para la época, hasta la conocida como de «la escuela americana», cuyas comprobaciones experimentales habían sido difundidas en la Gaceta[24,25]– propuso que *el ergosterol, que protege el osteoblasto y las células cartilaginosas contra todas las cosas que producen el raquitismo, no dejará tampoco de constituirse en el locus minoris resistentia que facilitará la aparición de focos tuberculosos*[26].

Complementa el razonamiento con sus conocimientos de la epidemiología de la tuberculosis en los bovinos. En razón de la alta frecuencia del bacilo tuberculoso, tipo bovino, como agente etiológico de las tuberculosis externas, sobre todo del niño en países europeos, Baldó estudió las cifras de la enfermedad en los establos de Caracas. Entre sus resultados advirtió que la prevalencia era un poco menos de la mitad que la conocida en Francia. Sin embargo, descubrió que en los establos de las ciudades como Caracas, las vacas productoras eran de raza extranjera o cruzada, menos resistentes que el ganado indígena de los Llanos. Además, revisó las bajas cifras registradas en la Argentina y Chile, comparándolas con las encontradas en el Matadero de Maracay.

Hoy por hoy sabemos que las formas más frecuentes causadas por el bacilo bovino eran de tipo extrapulmonar, siendo los niños los más afectados, no por una especial afinidad tisular del bacilo sino porque la transmisión se efectuaba por consumo de leche cruda. Ésta es una de las razones que explica que en los países latinoamericanos, a pesar de la existencia de la enfermedad en los animales, esta forma fuera infrecuente debido a la costumbre de consumir la leche hervida[27].

La inquietud por explicar las verdaderas causas y características de la tuberculosis en Venezuela se encuentra presente también en otros documentos del insigne maestro, coincidiendo anticipadamente con una de las concepciones más avanzadas de la Epidemiología de nuestros tiempos. Nos referimos a su discurso de recepción en la Academia Nacional de Medicina, de lectura obligatoria no sólo para comprender su pensamiento sino por la vigencia de su mensaje[28].

En ese discurso, Baldó pasa revista al hecho de que el descenso de la tuberculosis en los países industrializados, como Inglaterra, se debió a las leyes que regularon las condiciones de vida de los trabajadores y precedió a los logros de las campañas específicas contra la enfermedad. *Se demuestra así que es yendo a las primeras causas por donde*

hay que comenzar para atacar al mal y que se está haciendo lucha antituberculosa cada vez que una buena ley mejore las condiciones de vida del obrero[29].

Al analizar las estadísticas concluye que la mortalidad por tuberculosis oscila con las fluctuaciones del poder adquisitivo del salario, colocando en primer plano los problemas de alimentación y alojamiento de las clases pobres. Según sus propias palabras: *Por bello que sea, no es con un enfoque caritativo solamente que podemos resolver el problema* y concluye diciendo: *Una enfermedad social no puede combatirse sino con remedios sociales*[30].

En otros documentos hace referencia de nuevo a las «causas indirectas» de las enfermedades. Para expresarlo con sus propias palabras: *Se conocen los conceptos epidemiológicos de la mortalidad basal debida a causas microbianas u otras de carácter específico; así como los conceptos de la mortalidad adicional debidas a causas económico-sociales, no específicas o indirectas*[31].

Para Baldó, a pesar de la influencia de estos factores en las enfermedades, *los médicos acostumbramos sólo a mencionarlos, pues por su complejidad técnica, tememos abordarlos, no considerándonos capacitados para tratarlos*[32]. Hizo especial referencia a este tipo de problemas al agradecer al doctor Conde Jahn, presidente de la Academia Nacional de Medicina, por haber acogido con beneplácito y apoyado el desarrollo de una serie de exposiciones sobre *problemas sanitarios, asistenciales, deontológicos y docentes, y no limitarse únicamente a la presentación de casos clínicos*[33].

Estos temas se expusieron y discutieron en un momento de grandes cambios políticos en el país, a escasos meses del 23 de enero de 1958, cuando se planteaban programas de reconstrucción económica y social.

Para el gran sanitarista, *dichos problemas constituyen el común denominador de lo que consideramos el programa básico de la democracia para el pueblo: la lucha contra el hambre, el rancho, la ignorancia, el abandono de la infancia, la inseguridad en el trabajo, la enfermedad, en una palabra, los flagelos que combatidos llevan, sin el asomo de la menor duda, al establecimiento de la verdadera justicia social*[34].

Sabiamente, el gran maestro recordaba que estas actividades reanudarían las directivas que trató de imprimirle el doctor Luis Razetti a la Academia desde su fundación. Baldó estimaba que la Academia era la tribuna más adecuada para estas presentaciones, *por su autoridad científica y moral, por su condición de institución apolítica y por la*

influencia valiosa de sus recomendaciones en los organismos oficiales y la opinión pública[35].

Lamentablemente, no hemos podido leer una célebre conferencia suya sobre el problema de la producción de leche, dictada en mayo de 1958, pues, con la sola salvedad de su introducción, el texto no fue publicado jamás en la *Gaceta Médica de Caracas.* Sin embargo, su conferencia estuvo dirigida fundamentalmente al análisis de la producción de leche en cantidad y calidad necesarias para luchar contra la desnutrición y la mortalidad infantil. La consideró un complemento a una exposición previa del doctor Pastor Oropeza sobre «mortalidad infantil y centros de rehidratación».

A la luz de la introducción a la conferencia y de las recomendaciones que hiciera la comisión designada por la Academia para estudiar las propuestas del doctor Baldó –y con apoyo en algunos datos[36,37] – hemos tratado de reconstruir algunos de los aspectos probablemente expuestos por él.

Para la época de la conferencia –además del tránsito de una dictadura a una prometedora democracia– continuaba la explosiva urbanización del país iniciada en la década de los cuarenta que, unida al relativo aumento de los ingresos de la población, propiciaba el cambio de las características de las costumbres alimentarias del venezolano: de productos no procesados o procesados en el hogar a los procesados industrialmente. En efecto, era la etapa de la consolidación de la industria –entre ellas, la de la leche– favorecida por la política de sustitución de importaciones.

De todos es conocido que la leche en polvo popular era difícil de adquirir porque su producción no cubría la demanda y su distribución era deficiente. En cuanto a la leche pasteurizada –según cálculos de los estudiosos del asunto– las plantas captaban para la época un margen de ganancia cercano al 30%, sobre el precio pagado al productor. A este incremento habría que agregar los beneficios de, por lo menos, otro 30% adicional que derivarían los distribuidores y repartidores. Finalmente, como los grupos de menores ingresos acostumbraban adquirir envases de tamaño reducido, el llamado «margen de comercialización» alcanzaría fácilmente el 100%. A nadie escaparía la influencia de estas cifras en el consumo de leche y su repercusión en la desnutrición de los menores de cinco años.

La Academia aprobó las propuestas de la comisión que analizó las observaciones del doctor Baldó y recomendó solicitar al Gobierno

Nacional el estudio urgente del problema, pronunciándose el 26 de junio de 1958 por la pronta aplicación de un subsidio diferencial durante el tiempo que fuere necesario, a fin de mejorar la calidad higiénica de la leche y asegurar su accesibilidad a las clases populares.

Es sabido que la política de los subsidios no es la más conveniente; pero se justificó en ese momento cuando era difícil interponer otros mecanismos para activar las actividades agropecuarias.

Los ejemplos citados de la obra del doctor Baldó, específicamente su concepción integral de la salud pública y su habilidad para lograr la solución de los problemas que se afrontaban, se repiten en las múltiples y variadas facetas de su obra. Entre ellas el propio Baldó relata que, a medida en que se desarrollaba el programa de la División de Tuberculosis, el problema más agudo era el déficit de camas. Surgió entonces como una solución el asociar la iniciativa privada a las distintas acciones oficiales realizadas desde los niveles centrales hasta los municipales[38].

Sin embargo, con gran tino y sustentándose en experiencias de otros países y las del nuestro en otras áreas médico-sociales, Baldó propuso aplazar esa iniciativa todo lo posible hasta tanto no se asegurara antes la unidad de la lucha antituberculosa a escala oficial. Se logró así que el objetivo de las asociaciones o ligas antituberculosas fuera el de colaborar con los organismos oficiales encargados de programar el control de la enfermedad en el ámbito nacional, cuyas recomendaciones técnicas debían orientar todas las actividades, tanto públicas como privadas[39].

El funcionamiento eficiente de los sanatorios se logró mediante la acción coordinada entre la División de Tuberculosis, cuya responsabilidad era la Dirección Técnica, la División de Hospitales, encargada del control administrativo, y las asociaciones o ligas antituberculosas que por estar integradas por personas representativas de la localidad demostraron gran interés en el mejor rendimiento de la institución. ¡Qué mejor ejemplo de la participación de la comunidad, mucho antes de la declaración de Alma Ata![40]

Para 1955 se puso de manifiesto el franco descenso de las tasas brutas de mortalidad por tuberculosis, así como la tendencia de las tasas específicas por grupos de edad a desplazarse hacia las edades superiores de la vida, lo cual demostraba un control de la enfermedad.

Por su visión extraordinaria, Baldó comprendió inmediatamente que la tuberculosis perdía la importancia que había tenido y que era menes-

ter dedicar la atención a otros problemas. Ese mismo año, coordinó y presentó su conocida ponencia sobre los «Nuevos problemas de salud pública»: accidentes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, desnutrición y diabetes, en la cual definía los lineamien- tos básicos de los programas que se debían seguir, con base en las características propias de cada daño[41]. Demostró así, una vez más, su capacidad para evaluar el proceso salud-enfermedad en su justa dimensión y con criterios epidemiológicos.

Ignoramos si el doctor Baldó recibió formación académica en Epidemiología. Pero actuó como un gran epidemiólogo. Tenía que ser así, pues fue un médico venezolano dotado de una exquisita sensibilidad social.

1 Baldó, J. I., D. Curiel y P. Iturbe «*Epidemiología* de la tuberculosis en Venezuela». *Rev. San. Asis Soc.*, XIV (3,4):671-734, 1949.

2 *Ibídem.*

3 Baldó, J. I. y G. H. Machado. «Estudio sobre la cutirreacción tuberculínica en un dispensario *de* Caracas». *Rev. de la Policlínica Caracas*, I (10):614-629, 1934.

4 *Ibídem.*

5 *Ibídem.*

6 *Ibídem.*

7 *Ibídem.*

8 Baldó, J. I. «Tuberculosis de la infancia». Trabajo de incorporación. *Gac. Méd. Caracas,* 44 (8): 122-5; 44(9): 138-43; 44 (10): 149-59; 44 (11): 163-9, 1937.

9 *Ibídem.*

10 *Ibídem.*

11 *Ibídem.*

12 Pérez, A. M. *25 Vidas bajo un signo.* Caracas, Ediciones Lerner Venezolana, 1967.

13 Colton, T. *Statistics in Medicine.* Boston, Little, Brown & Co., 1974.

14 Baldó, J. I. «Tuberculosis de la infancia». *Op. cit.*

15 *Ibídem.*

16 Baldó, J. I. y J. Delgado Blanco. «Investigación sobre infección tuberculosa en núcleos de poblaciones indias de la Gran Sabana». *XII Conferencia Sanitaria Panamericana.* Cuadernos Amarillos. Caracas, Editorial Grafolit, 1946.

17 *Usos y perspectivas de la Epidemiología.*Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1984. (Publicación Nº PNSP 84-47).

18 Hess, A. «Actividad antirraquítica de la colerterina, el ergoesterol y las sustancias aliadas irradiadas». *Gac. Méd. Caracas*, 34 (15): 236-240, 1927.

19 Baldó, J. I., D. Curiel y P. Iturbe. *Op. cit.*

20 *Ibídem.*

21 *Ibídem.*

22 *Ibídem.*

23 Baldó, J. I. «Tuberculosis de la infancia». *Op. cit.*

24 Hess, A. *Op. cit.*

25 Veracochea, L. «Ultravioletas en el Hospital Vargas». Tesis doctoral. *Gac. Méd. Caracas*, 42 (17): 266-70, 1935.

26 Baldó, J. I. «Tuberculosis de la infancia». *Op. cit.*

27 Acha, P. N. y Szyfres, B. *Zoonoses and Communicable Diseases Common to Man and Animals.* Second Edition. Washington, Pan American Health Organization, 1987, (Scientific Publication Nº 503).

28 El discurso pronunciado por el doctor Baldó con motivo de su incorporación a la Academia Nacional de Medicina, el 20 de diciembre

de 1936, aparece reproducido como Apéndice de este libro.

29 Baldó, J. I.
«Discurso de recepción como Individuo de Número». *Gac. Méd. Caracas*, 43 (24): 371-4, 1936.

30 *Ibídem*.

31 Baldó, J. I.
«El problema económico de la producción de la leche frente a la mortalidad infantil y a la nutrición». *Gac. Méd. Caracas*, 67 (7/12): 212-7, 1958.

32 *Ibídem*.

33 *Ibídem*.

34 *Ibídem*.

35 *Ibídem*.

36 Fundación Cavendes.
La nutrición ante la crisis. Caracas, Editorial Ex Libris, 1987.

37 Chossudovsky, M.
La Miseria en Venezuela. Valencia, Ed. Vadell Hermanos, 1977.

38 Baldó, J. I.
«Plan de Asistencia Hospitalaria Antituberculosa en Venezuela». *Rev. San. Asis. Soc.,* XVI (1,2): 93-128. 1951.

39 *Ibídem*.

40 Se refiere aquí el autor a la célebre reunión de expertos en salud celebrada en la Unión Soviética, en 1978. (N. del E.).

41 Baldó, J. I.
«Nuevos problemas de salud». *Memorias I Congreso Venezolano de Salud Pública y III Conferencia de Unidades Sanitarias*. Caracas, 1956.

LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN VENEZUELA

Guillermo Istúriz

La lucha antituberculosa moderna en Venezuela tiene como antecedente inmediato la labor realizada por el doctor Andrés Herrera Vegas, quien para inicios del siglo XX fungía como director de Higiene y Estadística Demográfica, dependiente del Ministerio de Relaciones Interiores. En 1904, en su trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina, Herrera Vegas presentó el proyecto de «Reglamento de la Liga Venezolana contra la Tuberculosis», en cuyos estatutos se establecía la gratuidad de los exámenes de esputo, de la atención médica y las gotas de leche para la protección de la infancia desvalida.

En 1905 fundó un dispensario antituberculoso de carácter privado, y en 1914, el primer sanatorio antituberculoso en Guaracarumbo, ubicado entre Caracas y La Guaira, el cual duró en sus funciones por apenas el lapso de cinco años. Herrera Vegas editó, además, un periódico (*La Lucha Antituberculosa*), con una circulación de 4.000 ejemplares mensuales y ofreció ciclos de conferencias sobre la tuberculosis destinados a la población general, con el objeto de crear conciencia ciudadana sobre el terrible mal.

Por su parte, el doctor Ángel Larralde inició en Los Teques la práctica de la colapsoterapia con el neumotórax, apenas a dos años de haber la iniciado C. Forianini en Italia, quien era conocido como el pionero de la especialidad tisiológica en el mundo. A Larralde se le dará la misma designación en Venezuela. Para esa misma época, el doctor Francisco Antonio Rísquez lanza la idea de la etiología determinante de la tuberculosis y hace énfasis en que, en la lucha antituberculosa, debe mejorarse el medio ambiente y el estado nutricional de los afectados, más que atacar el bacilo.

Más tarde, en 1928, el doctor Juan Vicente Larralde (hermano del anterior) fue nombrado Director de Sanidad del Distrito Federal y organizó el primer dispensario antituberculoso en Palo Grande. Allí trabajó el doctor José Ignacio Baldó a su regreso de Alemania y Suiza, quien por razones del destino se especializó en el campo de la tuberculosis, tanto en sus aspectos clínicos como organizativos.

Tres años después, en 1931, Pedro González Rincones, venezolano integral y propulsor de la Radiología moderna en Venezuela, es nombrado Director de Sanidad, dependiente del Ministerio de Relaciones Interiores. Según Baldó, González Rincones *tiene el temperamento de verdadero realizador que le permitirá descubrir procedimientos para actuar sobre las necesidades imperiosas y más urgentes de construir*

una hospitalización para tuberculosos. Eran momentos poco propicios para hablar sobre la terrible peste blanca; en esos días había muerto en Europa un hijo del general Juan Vicente Gómez a causa de la tisis.

En 1932, el mismo González Rincones publica una resolución destinada al control de la tuberculosis bovina en el Distrito Federal que, a finales de año, se hace extensiva a todo el país.

Ese mismo año, Baldó (junto con Gustavo H. Machado) realiza una encuesta entre escolares sobre infección tuberculínica a fin de obtener un diagnóstico epidemiológico de la situación. Se trataba de uno de los primeros pasos para ir organizando la campaña antituberculosa.

En 1953, entusiasmados por el emprendedor García Maldonado, Baldó y Machado instalan un Centro de Vacunación B.C.G. dirigido por el doctor Alberto J. Fernández, quien había estudiado en el Instituto Pasteur de París los aspectos bacteriológicos de la vacuna. Fernández designa a los doctores Baldó y Machado como médicos adjuntos, a fin de que se ocuparan de los aspectos clínicos de la población vacunada. Allí, Baldó trabaja con ahínco y, junto a Fernández, dicta diversas conferencias sobre tuberculosis. Asimismo, el Centro de Vacunación otorga las medallas de la legión sanitaria para premiar a los alumnos que contribuyeron a realizar el mayor número de vacunaciones B.C.G. que se administraba por vía oral, y organiza la Semana de la Tuberculosis. Cercanos al 24 de julio de 1933, fecha en la cual se conmemoraba el sesquicentenario del natalicio del Libertador Simón Bolívar, el director de Sanidad descubre que no había ningún decreto para celebrar tan magna fecha y le consulta a Baldó acerca de los terrenos de «El Algodonal» como sede apropiada para la construcción de un sanatorio antituberculoso. En ese mismo lugar se había intentado construir algunos años antes un hospital psiquiátrico que había ocasionado muchos dolores de cabeza a los gobernantes de turno. Pero las autoridades sanitarias logran convencer al general Gómez, y el decreto de construcción del sanatorio antituberculoso es firmado por los doctores Toledo Trujillo, Ministro para ese entonces de Salubridad, Agricultura y Cría, y el doctor Díaz del Ciervo, director del gabinete. Se le encargó la construcción al arquitecto Carlos Guinand, quien siguiendo las recomendaciones de los doctores Baldó y González Rincones, diseñó los aspectos médico-físico-estructurales de la futura institución. Guinand, Baldó y González Rincones formarían un excelente trío.

Con carácter visionario, Baldó observaba que *debía idearse algo que*

no fuera sólo un instituto asistencial sino que lo proyectado permitiera en un futuro desarrollar allí el Instituto Nacional de Tuberculosis, asiento de una escuela que pudiera algún día albergar y preparar el personal para investigar los grandes problemas que dentro de ese campo confrontaban.

Mientras se realiza la construcción del Sanatorio «Simón Bolívar», Baldó fue nombrado en 1934 Médico Jefe de las Salas de Tuberculosos del Hospital Vargas, donde fundaría un dispensario para la consulta externa. Para Baldó, la selección del material humano era vital, y así lo describe: *El único camino era situarnos en el Hospital Vargas para poder estar dentro del medio estudiantil y no en el dispensario de sanidad en donde hubiéramos estado aislados*. Allí, el gran capacitador escogió y seleccionó a los mejores candidatos, no sólo en conocimientos científicos sino en calidad humana. Eran verdaderos líderes, a quienes iría ubicando poco a poco en el resto del país para, de ese modo, ir comenzando a estructurar su proyecto de red. En el Vargas se practicaría la colapsoterapia en gran escala y la cirugía del tórax, especialmente la de reducción de volumen pulmonar. Baldó habría de contar para ello con la colaboración del eminente cirujano y condiscípulo, Pedro Blanco Gásperi.

En 1936 nace una nueva Venezuela. Se encuentra al mando del país el general Eleazar López Contreras, hombre culto, inteligente, progresista, quien decreta la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y pone al frente al doctor Enrique Tejera. Este médico eminente se supo rodear de los mejores cerebros científicos que existían para la época: Pastor Oropeza, Darío Curiel, Martín Vegas y José Ignacio Baldó, entre otros. Ese mismo año nace la División de Tuberculosis con Baldó al mando. Para la fecha, existían en Venezuela los problemas inherentes a un país de casi un millón de kilómetros cuadrados con apenas 3.500.000 habitantes, con altas cifras de mortalidad por tuberculosis y escasa infraestructura sanitaria. Igualmente, existían sólo tres dispensarios antituberculosos de cierto relieve en todo el país, de los cuales dos se encontraban en la capital y uno en la ciudad de Maracaibo.

Ese mismo año, y dentro de la División de Tuberculosis, Baldó funda el Servicio Social, considerando a la tuberculosis más como un problema social que un problema médico, hecho que ratifica al incorporarse como Individuo de Número a la Academia Nacional de Medicina, el 20 de diciembre de 1936, con su discurso sobre la enfer-

medad tuberculosa como problema social. De ese discurso podemos extraer lo que fuera una forma de vida: *Maestro no es aquel que nos enseña, pues todos no pueden enseñar, sino el que logra moldearnos, el que sabe pasarnos un poco de su yo y aquel a quien nos vamos a sentir siempre ligados por una influencia espiritual que ha de ser mutua*. Esa vocación de capacitador-educador-moldeador-forjador la tuvo Baldó hasta el fin de sus días.

En 1937, Baldó forma la Sociedad Venezolana de Tisiología como organismo integrador, consultor, orientador, libre de toda acción política, cuyo único y gran interés era la lucha antituberculosa. Se trata, además, del primer centro que organiza una biblioteca sobre dicha especialidad. Ese mismo año se funda la cátedra de Tisiología del Hospital Vargas, cuya jefatura la obtuvo Baldó a través de un concurso de oposición en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

En 1938 tuvo lugar el «Primer Congreso Venezolano de la Tuberculosis», el cual se realizó en la ciudad de Caracas. En dicho Congreso se presentan dos ponencias fundamentales, una de las cuales versaba sobre los índices de infecciones tuberculosas en ciudades diferentes a Caracas y, la otra, sobre el resultado de la colapsoterapia en diversos centros de atención médica del país.

El 17 de diciembre de 1939 es inaugurado el Sanatorio Popular Antituberculoso «Simón Bolívar» por el entonces Presidente de la República, general López Contreras.

El 2 de mayo de 1940 abre definitivamente sus puertas aquella institución que iba a ser la catedral de la Tisiología-Neumonología y Cirugía de Tórax nacional. Allí también iba a funcionar la División de Tuberculosis y el Instituto Nacional de Tuberculosis. El Sanatorio «Simón Bolívar» habría de ser un centro normativo-operativo-asistencial-investigativo-docente, tal como lo expresara Baldó en su discurso inaugural: *Aparte de su función hospitalaria, este instituto está destinado a llevar la función de centro docente para el personal que debe trabajar en la campaña, y sus puertas verán partir, con confianza y seguridad, y con una buena preparación indispensable para el triunfo, a las futuras generaciones de jóvenes tisiólogos que irán a poner en la práctica y a difundir, por las más apartadas regiones del país, las enseñanzas adquiridas*.

Baldó señaló que se trataría de un sanatorio de carácter nacional y, para ello, contó con los servicios de los pioneros en Cirugía del Hospi-

tal Vargas. Trabajaron junto con él, como Jefes de Servicios, los doctores Elías Toro, Julio Criollo Rivas e Isaac Pardo; también ingresan Rafael González Plaza, Raúl Soulés, Juvenal Curiel, denominados de la vieja guardia y, de la nueva guardia, Alejandro Príncipe, Víctor Giménez, Juan Delgado Blanco, Rafael Fernández Ruiz, Ángel Larralde y Víctor Yéspica.

Sus primeros residentes fueron José Antonio Valero Martínez, César Rodríguez, José Prieto Casanova y Alberto Angulo Ortega. Se practicaban las más avanzadas técnicas quirúrgicas para la época; la operación de Jacobeus, la segmentotomía, la lobectomía y el plumpaje. Al mismo tiempo, Baldó trajo a Venezuela a la señora Johanna Borowsky como Jefa de Enfermeras, conocida cariñosamente como la «super», y a otro equipo de enfermeras alemanas para que adiestraran a las criollas, no sólo en los aspectos curativos sino profilácticos.

Mediante la creación de la División de Tuberculosis nace una nueva visión de la Medicina, muy innovadora para esa Venezuela, porque se integró la Medicina preventiva a la curativa, cuando antes sólo se practicaba esta última. Allí nace el concepto de redes partiendo desde la primaria, en los centros poblados urbanos; secundarias, en las poblaciones semiurbanas; y luego la terciaria y cuaternaria en las poblaciones rurales y rurales dispersas. Estas últimas funcionan como líneas de diagnóstico, referencia y contrarreferencia, sobre la base de un sistema descentralizado pero siguiendo las normas del nivel central por su gran autoridad científica y mayor credibilidad.

A finales de 1940 se realizaron las Jornadas de Tisiología en la ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, las cuales fueron las primeras actividades médico-científicas que se celebraban en Venezuela fuera de la ciudad de Caracas.

Luego, en 1943, se realiza el II Congreso Venezolano de la Tuberculosis, en el curso del cual Baldó expone los retos de la lucha antituberculosa en Venezuela y sus problemas, haciendo énfasis en los aspectos históricos–doctrinarios de la tuberculosis y la seguridad social.

En noviembre de 1943 se funda la Asociación Antituberculosa de Caracas, y Baldó la integra a la Federación de Ligas de otros estados del país, teniendo cada Asociación su autonomía administrativa pero siguiendo normas de carácter técnico de acuerdo con la conveniencia nacional. Baldó partía de la premisa de que los problemas de salud eran nacionales pero aplicados a las regiones.

Por el carácter educativo y promotor que siempre lo caracterizó, y

con el deseo de despertar mayor interés en la comunidad (en especial, la infantil) acerca de la enfermedad tuberculosa y darle a la vez un emblema alegre a la lucha, Baldó concibió en 1944 la idea de un himno que llenara esa finalidad. Esta iniciativa fue acogida por dos de nuestras destacadas personalidades artísticas y literarias en el país, los profesores Juan Bautista Plaza y Héctor Guillermo Villalobos, a quienes se les debe la música y la letra de la canción infantil para la lucha antituberculosa.

En 1945 emerge la primera estampilla de Navidad que se edita en el estado Zulia. Ese mismo año se coloca la primera piedra del Sanatorio Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi» donde, dos años después, se estrena la canción infantil con los coros del Colegio San José de Tarbes y de la Escuela Normal «Miguel Antonio Caro».

En 1947 nace la Intendencia Hospitalaria en Venezuela, en manos del señor Guillermo Istúriz Graterol, hombre grande en inteligencia, integridad y honestidad. Es él quien se encarga de modelar los parámetros de una nueva organización elaborada con la dinámica que demanda toda administración moderna. Para Istúriz, el patrón era el paciente, la primera persona más importante del hospital. Fue un adelantado a su época: con máquinas enormes e incómodas de computación que funcionaban mediante tarjetas, mecanizó la administración; conoció al dedillo el costo cama/día, el costo por servicio y el costo por sanatorio. Los sanatorios competían entre sí por gastar menos sin disminuir la calidad de su atención.

Junto a él y Jorge Soto Rivera, se inician en 1947 los cursos de Directores e Intendentes de Hospitales para todo el país. Ese mismo año se dicta el primer curso de postgrado en Tisiología del cual se tenga noticia en Venezuela. Su primer instructor fue el doctor Rafael González Plaza; posteriormente le siguieron Argimiro Bracamonte y Carlos Ayala Páez. Se realizaron seis cursos en total, de los cuales saldrían los profesionales a integrar parte del equipo médico en los dispensarios antituberculosos y los futuros sanatorios que estaban en construcción, tanto en Caracas como en el resto del país. Luego se dictaron los cursos de Tisiología Sanitaria que duraban un año.

En 1948 abre sus puertas el Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo con Pedro Iturbe a la cabeza. Lo acompañaron los doctores Wintila Pérez Romero, Manuel Cuervo, Humberto Delgado Rivas, Ramón Soto Matos, médicos todos que harían historia en la sanidad zuliana.

En 1950 se inaugura definitivamente el Sanatorio Infantil «Luisa Cáce-

res de Arismendi», institución construida con base en la iniciativa privada (José Loreto Arismendi, Martín Tovar Arismendi y Maximiliano Sosa Báez). Asimismo, se inicia la campaña de recolección anual con la estampilla de Navidad que, desde entonces, la Asociación Antituberculosa ha continuado realizando a través de los años de manera ininterrumpida.

A mediados de 1950, se inaugura la sede del Servicio de Laborterapia bajo la dirección del señor Germán Gil Gutiérrez que, con su lema «La alegría cura», lleva esparcimiento a los pacientes haciendo su estadía más agradable. Se les imparte educación acerca de su enfermedad, se les alfabetiza administrándoles instrucción primaria a los que la carecían o la tenían incompleta, y se les capacitaba en joyería, encuadernación u otros oficios, preparándolos para la nueva vida que iban a afrontar después de haber pasado una larga estancia sanatorial.

En 1952 se comienza a administrar la isoniazida en el Sanatorio «Simón Bolívar», uno de los pocos centros en el mundo donde se administrara dicho medicamento. Este fármaco, junto a la rifampicina, revolucionaría el tratamiento de la tuberculosis. En 1954 se inaugura la «Colonia Infantil de Las Adjuntas», donde irían a reposar y completar su tratamiento los niños que requerían de un tratamiento más prolongado, permitiendo así abaratar los costos.

En 1955 abre sus puertas el Instituto Nacional de Tuberculosis con las secciones de Bacteriología, B.C.G., Anatomía Patológica, Exploración Funcional Cardiorrespiratoria, Administración y preparación de personal. Me imagino el placer que sentiría el gran estratega José Ignacio Baldó al mostrar, en un plano luminoso que se inauguraría ese día en el primer piso, cómo se luchaba y se ganaba la batalla contra un enemigo incansable –el bacilo de Koch– a través del diseño de las redes.

El año siguiente se inaugura el Sanatorio «Andrés Herrera Vegas», un sanatorio tipo B, para pacientes que necesitaban larga estancia con un tratamiento médico institucional de los casos; se diferenciaba así de aquellos hospitales tipo A que eran regionales, con personal y equipo para el diagnóstico diferencial de las enfermedades pulmonares y endotorácicas, dotados para el tratamiento quirúrgico de las mismas, capaz de servir de docencia para el personal profesional y poder llevar adelante trabajos de investigación. A mediados de ese mismo año (1956) fue inaugurado el parque infantil, magnifica obra realizada por la Asociación Antituberculosa. Allí eran llevados los niños hospitalizados para compartir festejos, actos culturales, premia-

ciones por su promoción a años superiores y, a la vez, permitirles recrearse, poniéndolos en contacto con la naturaleza y la rica variedad de la fauna venezolana que poseía el pequeño parque infantil. No tardó en comenzar a funcionar también la Cátedra de Tisiología y Neumonología del Hospital Universitario de Caracas, conformada por un equipo de docentes de primera línea: los doctores Rogelio Valladares, Luis Lozano Gómez, Gustavo García Galindo, Carlos Ayala Páez, Ángel Larralde y Alberto Angulo.

En 1958 nace de manera oficial el Bosque Escolar «Dr. Antonio José Uzcátegui Bruguera», cuyo núcleo había emergido quince años antes con los escolares de Caracas que venían arborizando el Valle de El Algodonal. La finalidad de estas campañas había sido doble: por un lado, sembrar conciencia ecológica y ambiental en la población infantil con el medio que los rodea y, por el otro, despertar un sentimiento de solidaridad y afecto del niño sano hacia el niño enfermo, sentimientos tan escasos en la Venezuela de hoy. La idea de arborizar El Algodonal partió del doctor Carlos Guinand, quien además de arquitecto tenía dotes de paisajista y que, al cambiar la vegetación del valle, totalmente agreste, por otra de más colorido y de variadas tonalidades, cumplía el designio de transmitirle más alegría y optimismo a los enfermos que se recluían en dichos centros.

En 1958 Baldó pasaría a ocupar la Jefatura de la División de Enfermedades Crónicas y, para ese momento, la lucha antituberculosa contaba ya con catorce sanatorios y más de noventa y dos centros dispensadores de atención específica para el tuberculoso. Venezuela contaba con casi seis millones de habitantes y la mortalidad había descendido a 22 x 100.000, menos de 1/4 que cuando se había iniciado la lucha. Quedaba demostrado, pues, que parte de la misión se había cumplido. Actualmente, la incidencia es de 25 x 100.000 y una mortalidad de 3.4 x 100.000, lo cual sigue confirmando que se trata del mejor programa contra la tuberculosis instrumentado en América Latina.

Con el objeto de ampliar sus campos de acción a otras enfermedades respiratorias, tales como el asma, las micosis, enfermedades ocupacionales, neumonías, etc., la División de Tuberculosis habría de cambiar su nombre en 1962 y pasaría a denominarse a partir de entonces «División de Tuberculosis y Otras Enfermedades Pulmonares».

En 1965, con motivo de la celebración de los 25 años del Sanatorio "Simón Bolívar", Baldó pronuncia la siguiente frase: *Han pasado 25 años; aquí ha nacido todo y de aquí ha salido todo de la lucha antitu-*

berculosa. Podríamos agregar que de El Algodonal ha salido todo y seguirá saliendo todo para el control de las enfermedades respiratorias en Venezuela.

En 1969, mediante los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, se dictó el primer «Curso Internacional sobre Epidemiología y Control de la Tuberculosis», cuyo primer director fue el doctor Rogelio Valladares. Se dictaron un total de siete cursos y por ellos desfiló una pléyade de expertos en la lucha antituberculosa mundial, con alumnos que procedían de los más variados rincones de Latinoamérica y el Caribe.

En 1970 se inauguraría, de manera oficial, la residencia sanitaria para médicos rurales y auxiliares de medicina simplificada con el objeto de dar mayor cobertura a los programas de salud y poder llegar así a los lugares más apartados del país, beneficiando aún más a la comunidad venezolana.

Baldó fue un hombre de ideas y de acción tal como queda demostrado en este recuento del papel que cumplió durante buena parte de aquella lucha antituberculosa en la Venezuela del siglo XX, la cual se remontaba a la labor pionera del doctor Herrera Vegas; pero ante todo llegó a ser un hombre sencillo y sincero que tenía por norte el lema: «Los frutos de la sabiduría deben ser para quienes la tienen y para quienes la necesitan».

Tulio López Ramírez

Podemos afirmar que la salud pública venezolana, como ciencia médica aplicada a través de una organización de servicios sanitarios modernos, es decir, como una entidad de compleja naturaleza articulada en una sociedad subdesarrollada de disminuidas variables de salubridad, tiene su comienzo el 23 de febrero de 1936, cuando es creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social dentro de la conformación del gobierno nacional. Ello constituye el inicio en nuestra historia médico-sanitarista de lo que hemos denominado «período de afianzamiento institucional».

Para fortuna del país, este nuevo despacho ejecutivo fue puesto bajo la experta dirección del destacado médico Enrique Tejera, quien con gran acierto instituyó ideas y prácticas administrativas modernas, reforzadas por la tendencia, entonces en boga en Europa y luego en Norteamérica, de no considerar el proceso salud-enfermedad como una manifestación exclusivamente biológica. Para esa época, la Medicina había adquirido valiosas ideas sociales que obligaban a romper definitivamente con los esquemas pasados y a fundar esperanzas en factores decisivos en los campos de la Sanidad y la Medicina preventiva, el Control Ambiental y la Medicina administrativa.

Por tanto, para la implantación y desarrollo de su ideario, Tejera buscó rodearse de inmediato de un grupo de profesionales sobresalientes en diversos campos de la morbilidad nacional, quienes con nuevos conocimientos científicos y técnicas administrativas de actualidad enfrentarían con éxito los cambios indispensables y positivos de las enfermedades frecuentes en la población.

Unos cuantos médicos especializados en diversas disciplinas conformaron este grupo primario. Entre ellos se destacaron bien pronto tres, a quienes por la dimensión y frutos de sus competencias y fecundos trabajos hemos llamado el «Trípode Rector» del Ministerio. Ellos fueron: Arnoldo Gabaldón, Pastor Oropeza y José Ignacio Baldó. En reconocimiento a la verdad histórica debemos recordar que a este notable trío de sanitaristas la merideña Universidad de Los Andes les confirió, en 1972, el Doctorado *Honoris Causa* en Medicina.

Este ensayo está destinado, en su limitado espacio, a reseñar la trayectoria de Baldó como sanitarista y a rendirle un justo homenaje de enaltecimiento a su memoria con motivo de haberse cumplido, hace pocos años, el primer centenario de su nacimiento.

Para reseñar ordenadamente las principales novedades introducidas y contenidas en las materias que son objeto de este epígrafe, conviene apuntar previamente los conceptos y orientaciones fundamentales sobre la Medicina europea y su práctica en los años durante los cuales Baldó se formó como tisiólogo.

Mucho antes, las investigaciones y trabajos de Pasteur, Koch y Kiebs, habían dado significación y máximo prestigio a la orientación etiopatológica de la Medicina, con predominio de ésta sobre un pensamiento anatomo-clínico caracterizado por su exclusivismo. En aquella época se desarrollaron espléndidamente tres disciplinas fundamentales de la «Patología científico-natural» –Anatomía Patológica, Fisiopatología y Microbiología–, las cuales establecieron las bases esenciales de la Medicina contemporánea.

Este proceso contribuyó, en gran parte, a lo que con razones históricas se ha dado en llamar «el sesgo social de la Medicina».

Según señala el eminente historiador español Pedro Laín Entralgo, en este fenómeno de la creciente socialización de la Medicina se deben considerar cuatro cuestiones:

1. La convicción, cada vez mayor, de que la adecuada asistencia médica de la enfermedad es un derecho inalienable de la persona. Desde un punto de vista social, atender debidamente a un enfermo pobre ha dejado de ser un acto de beneficencia y se ha convertido en un acto de justicia.

2. La consideración económica del trabajo humano y el cálculo del rendimiento que la enfermedad hace perder a la comunidad.

3. El inexorable advenimiento de una sociedad «de masas» que exige dar al tratamiento médico una estructura social.

4. El descubrimiento de la extraordinaria importancia que la relación interhumana posee.

Como hemos visto, la Medicina europea, en la que se formó Baldó como tisiólogo, ya proclamaba que los problemas de la salud y la enfermedad eran fenómenos colectivos, por lo cual no sólo cambió como ciencia sino también como profesión. Surgió el auge de la Higiene Pública y el doctor Baldó especializado en tisiología adquirió también el conocimiento especializado del médico sanitarista.

Conoce a fondo que la tuberculosis tiene una relación íntima con las condiciones de vida porque posee una patología individual y otra social; es decir, desde el punto de vista personal, el enfermo es un «ca-

so clínico» que pone en evidencia una larga cadena de casos que deben tener causas comunes susceptibles de ser modificadas socialmente. A esto obedece el concepto de que la tuberculosis es una enfermedad social que requiere enfrentarse y combatirse con acciones colectivas organizadas.

Baldó conoce que en Venezuela esta patología tiene una alta morbilidad y mortalidad; que presenta importante incidencia en los grupos de 20 a 45 años que son los de mayor capacidad productiva, y que su letalidad y cronicidad requieren atención especial en establecimientos hospitalarios que exigen grandes sumas presupuestarias. Estos y otros factores más planteaban que la tuberculosis era un problema difícil, cuya solución reclamaba una lucha intensa, dinámica y larga, en la cual debía desempeñarse una organización de carácter nacional.

El sanitarista en acción

Baldó vuelve de Europa potenciado por una voluntad de servicio, con la plena convicción de que la lucha contra la tuberculosis forma parte importante de la salud pública, y que ésta consiste en el estudio profundo de las condiciones sociales en que aparece y se desarrolla la Medicina; porque esta ciencia se encuentra estrechamente vinculada a las características demográficas, socioeconómicas, culturales y políticas de cada país. Ello es así porque la historia del universo poblacional en la que está amalgamada la Medicina y su práctica es fundamentalmente la historia de la vida humana; de allí que la salud pública sólo tiene explicación e importancia cuando la situamos en el plano de las realidades nacionales en que se desenvuelve.

Podemos afirmar que cuando Baldó convertido ya en el sobresaliente tisiólogo que fue, pisa de nuevo su amada tierra nativa, lo hace también como un legítimo médico sanitarista. En Europa comenzaron a plasmarse en su mente los principios generales de la salud pública y su práctica: organización, estructuras administrativas y niveles de atención de acuerdo con el grado de complejidad de los servicios, financiamiento y participación de la comunidad en la aplicación de las labores.

El más fuerte ejército para librar la lucha contra esta intensa endemia de la tuberculosis bajo el mando de Baldó ya estaba en acción en la década de 1938-1947, en el campo de batalla donde más estragos hacía: el medio urbano, con buenos y prometedores resultados.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. SANATORIOS ANTITUBERCULOSOS. 1956

NOMBRES	TIPO	Nº CAMAS	UBICACIÓN
Simón Bolívar	A	293	Caracas
José Gregorio Hernández	B	448	Caracas
Luisa Cáceres de Arismendi	A	150	Caracas
(Infantil)	A	150	Caracas
Andrés Herrera Vegas	B	60	Caracas
Padre Cabrera	B	120	Los Teques
Alejandro Próspero Reverend	B	40	Maracay
Bárbula	A	160	Bárbula (Carabobo)
Lara	A	211	Barquisimeto
Maracaibo	A	370	Maracaibo
Oriente	A	260	Cumaná
San Cristóbal	B	120	San Cristóbal
Mérida	A	114	Mérida
Ciudad Bolívar	B	57	Ciudad Bolívar
Santa Ana	B	75	Coro
		2.478	

Las cifras aportadas por la División de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio ponen en evidencia que era grande la frecuencia que, sobre el conjunto de la mortalidad diagnosticada durante el año 1938, presentaba la mortalidad por tuberculosis en todas sus formas en las principales ciudades del país. Así, el número de defunciones por tuberculosis y su porcentaje era: en Caracas, 664 (17,96 %); Maracaibo: 292 (12,30 %); Valencia: 233 (23,16 %); Barquisimeto: 116 (15,85 %) y Maracay: 89 (21,60 %).

Esta situación obligó a disponer de algunas camas para tuberculosos en ciertos hospitales existentes en el interior de la República para diciembre de 1945: 48 en Maracay (Instituto Antituberculoso); 2 en Villa de Cura (Hospital Santo Domingo); 24 en San Fernando de Apure (Hospital T.B.C. Rafael Rangel); 25 en Ciudad Bolívar (Hospital Ruiz y Páez); 80 en Valencia (Hospital Civil de Valencia); 8 en Puerto Cabello (Hospital Municipal); 2 en San Carlos (Hospital Isaías Herrera); 8 en Calabozo (Hospital Las Mercedes); 49 en Barquisimeto (Hospital Antonio María Pineda); 16 en El Tocuyo (Hospital San Antonio); 20 en Carora (Hospital San Antonio); 40 en Mérida (Hospital Los Andes); 70 en Los Teques (Hospital Padre Cabrera); 15 en Cumaná (Hospital Alcalá); en San Cristóbal 38 (Hospital Vargas) y 43 (Hospital Antituberculo-

so); 2 en San Antonio (Hospital San Antonio); 24 en Trujillo (Hospital José Gregorio Hernández); 18 en Valera (Hospital Nuestra Señora de la Paz); en Maracaibo 44 (Hospital Quirúrgico y Maternidad) y 1 (Hospital Caribbean Petroleum); 6 en Bobure (Hospital Central El Carmen); y en Caracas 288 en el Instituto «Simón Bolívar» (T.B.C.); 446 en el Hospital «José Gregorio Hernández» y 10 en el Hospital Militar y Naval.

A pesar de que las estadísticas revelan también que la tuberculosis en todas sus formas iba descendiendo de lugar entre las principales causas de muerte en los años siguientes, era manifiesto que todavía constituía un problema sanitario de importancia en el país.

Es en 1945 cuando el Ministerio cambia su ortodoxia exclusivamente preventiva y hace suya la doctrina de la sanidad integral: la preventiva (unidad sanitaria) y la curativa (hospital). Eso lo reafirmó el doctor Zúñiga Cisneros como diputado en el Congreso Nacional mediante el siguiente dictamen: *Que en donde no hubiese más que un médico, ese médico debe tener a su cargo no solamente la prevención sino también la curación de las enfermedades*. Para entonces ya Baldó había adoptado y respaldado la «doctrina sanitaria integralista» con su mayor propósito y alcance. En la práctica organizativa ministerial esto significó:

1. La incorporación de los sanatorios antituberculosos.
2. El servicio de especialidad médica para el trabajo de higiene escolar.
3. El tratamiento de los enfermos palúdicos.
4. La disponibilidad de camas para el aislamiento y curación de casos contagiosos de enfermedades venéreas.
5. La dualidad del trabajo (preventivo y curativo) en las medicaturas rurales.

Para ese momento Baldó era un verdadero apóstol de la doctrina unitaria integralista, por lo cual la Dirección de Tisiología impulsó sus actividades en la siguiente forma:

1. Promoción de la salud: educación sanitaria, promoción de la salud en los grupos más susceptibles.
2. Protección de la salud: inmunizaciones, descubrimiento de casos inaparentes de enfermedad, control de la tuberculosis con miras a su erradicación.
3. Restauración de la salud: atención médica ambulatoria, domiciliaria e institucional (sanatorios y hospitales).
4. Rehabilitación física y adiestramiento institucional.

Desde los años cuarenta Baldó estudia y profundiza la idea de desa-

rrollar un plan integrado y coordinado de su programa de lucha que impone sobre todo las siguientes circunstancias:

1. Falta de una política nacional de atención antituberculosa extensiva a todos los organismos que ofrecen servicios sanitarios.

2. Falta de integración de esa atención dentro de los programas nacionales y locales de salud.

3. Falta de un sistema de organización de lucha regionalizada, en estrecha integración con el organismo sanitario central.

4. Falta de investigación adecuada de los problemas epidemiológicos regionales y locales.

5. Falta de preparación conveniente del personal (profesional y auxiliar) hacia los objetivos proyectados.

Todas estas implicaciones representan una etapa de madurez en la concepción organizativa del ideario baldosiano hacia la creación de las «redes sanitarias antituberculosas», las cuales constituyen una de las soluciones más valiosas y contundentes que hayan influido en la prevención, fomento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la lucha contra la tuberculosis.

De estas redes se han derivado muchos progresos: la formación de equipos de trabajo con objetivos, planes y metas definidas, la evaluación nacional del trabajo realizado, la investigación clínica y epidemiológica, y la oportunidad manifiesta de que tanto los tisiólogos como otros especialistas y médicos generales practiquen una Medicina social.

Por razones de espacio, nos vemos limitados a resumir la composición de tales redes de la siguiente forma:

Red Primaria. La componen los dispensarios antituberculosos situados en las unidades sanitarias de las principales ciudades, operados por tisiólogos con curso de postgrado de dos años de especialización y provistos de todos los recursos y equipos para el diagnóstico y tratamiento ambulatorio.

Red Secundaria. De nivel intermedio, dictada por el hecho de que no se podía atender el problema solamente a través de tisiólogos. Ello obligó a la formación de cursos medios de médicos higienistas o de «clínica sanitarista» de cuatro meses y medio de duración, capacitados no sólo en Fisiología y Neumonología sino en otros conocimientos clínicos (Puericultura y Pediatría, enfermedades transmisibles agudas, enfermedades venéreas, lepra, enfermedades nutricionales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, higiene mental y ciertas endemias rurales).

Con propiedad, Baldó llamaba a esta red «la zona de seguridad» que

operaba en dos niveles demográficos inferiores: las poblaciones de 2.500 a 4.999 habitantes, y las comunidades de menos de 2.500, con sectores suburbanos hasta menores de 200.

Red Terciaria. El conocimiento epidemiológico que hace Baldó de que la onda infecciosa de la enfermedad invade hacia la periferia, lo obliga a crear esta red en la que trabajan los médicos rurales. Las medicaturas que atienden no están equipadas de rayos X, pero al prestar un servicio ambulatorio pueden articularse a la secundaria e informar y referir los casos. Una enfermera auxiliar de la red secundaria visita las medicaturas cercanas, realiza en la población infantil (sobre todo escuelas) la prueba de Mantoux y la vacunación BCG, y reserva cupos para quienes necesitan radiografía pulmonar.

Red Cuaternaria. Su formación obedecía al hecho de que todavía existían millones de venezolanos carentes de asistencia médica. En efecto, en 1961 había un 67% de población urbana y un 33% de rural; notable diferencia que continuaría diez años más tarde aumentando un 10% más.

A medida que se hacía más eficiente y productivo este trabajo coordinado de lucha antituberculosa, la pesquisa de casos llevó el tratamiento ambulatorio al medio rural disperso, lo cual obligó a establecer esta red con asiento en los Dispensarios Rurales. Comienza allí la historia del sobresaliente y exitoso trabajo sanitario que instituyó Baldó bajo el nombre de «Programa Nacional de Medicina Simplificada».

Medicina Simplificada: Acción Sanitaria

Desde la fundación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936, algunas de las dependencias que tenían a su cargo la lucha contra las enfermedades endémicas de mayor significación epidemiológica comenzaron a extender de inmediato sus acciones hacia el medio rural. Tales actividades se llevaron a cabo mediante la utilización de un personal no profesional encargado de determinadas tareas de índole curativa (malaria, anquilostomiasis, lepra, fiebre amarilla). Pero es Baldó quien le da a los problemas de salud de la población rural una atención más amplia y vigorosa. En 1952 publica en el *Boletín de la División de Tuberculosis* N° 1 y 2, el enjundioso trabajo titulado «Nuevas perspectivas de la lucha antituberculosa en el medio rural», con base en el cual se plantea el problema de que la causa de la enfermedad es el bacilo de Koch, pero su presencia no la provoca obligatoriamente si no concurren ciertos factores sociales que faciliten el proceso: susceptibilidad individual, hacinamientos en

malas viviendas, desnutrición, pobreza y aislamiento social. Entonces, el recurso para atender la salud de esta población reside en perfeccionar la organización sanitaria. Es así como el estudio aludido debe considerarse como el fundamento conceptual de lo que, diez años después, sustentará el origen e instauración del programa de Medicina Simplificada.

Sobre este programa sanitario –por su trascendencia nacional y repercusión internacional– han sido abundantes los juicios y alabanzas de muchos destacados trabajadores de la salud pública[1].

La erradicación de la tuberculosis como tarea de planificación inmediata y acción futura

En un documento de trabajo presentado en las Discusiones Técnicas de la XIV Reunión del Consejo Directivo de la Oficina Panamericana de la Salud (México, D.F., 1964), Baldó plantea este problema con abundantes consideraciones y lo formula haciendo esta pregunta: ¿se puede aceptar la idea de la erradicación de la tuberculosis humana? Y comenta que después del uso de antibióticos y drogas, en 1958 el notable tisiólogo Carrol Palmer abordó esta cuestión en los siguientes términos: *En los países en donde se han realizado grandes progresos no cabe duda de que las actividades antituberculosas en el futuro serán distintas de las realizadas en el pasado. No menos importante será el cambio que supone la substitución del objetivo de control de la enfermedad por el de erradicación. Creo que, en definitiva, no es posible sino obligatorio establecer la meta de la erradicación, en lugar de limitarse a una fase intermedia como la que indica el término control.*

Mas adelante, el sanitarista estadounidense Fred L. Soper, uno de los más destacados en el mundo en problemas de erradicación de enfermedades y líder indiscutible de la salud pública, expuso el problema con varias conclusiones fundamentales, entre las cuales figuran las siguientes:

1. La erradicación absoluta como meta realizable y urgente, eliminando los términos (el programa de control es sólo una cuestión de etapa); 2. la existencia de un sistema de coordinación nacional que esté sustentado en normas uniformes, con las mismas técnicas en lo epidemiológico, educativo, administrativo y financiero de acuerdo con las necesidades; 3. la preparación de personal dentro del concepto de que la tuberculosis es una enfermedad erradicable, y 4. la estandarización y simplificación de todos los procedimientos para facilitar

el entrenamiento de personal no profesional en rutina de identificación, registro, supervisión y vigilancia de las personas infectadas y de sus contactos íntimos.

Al reconocer estas recomendaciones que podían ser aceptadas en los países en vías de desarrollo como el nuestro, Baldó las acogió con beneplácito. No obstante, admitió con reserva algunas de estas observaciones, sobre todo en lo referente al hecho de que la tuberculosis ya no constituía en los países subdesarrollados un problema esencialmente de carácter social y económico, sino de salud pública y administración médica.

Si me he extendido en este punto más de lo que podría considerarse necesario es porque juzgo que el tema de la erradicación fue una cuestión esencial en la concepción de Baldó dentro de su sobresaliente obra como sanitarista. Ello obliga a transcribir los fundamentos de sus ideas al respecto. Sobre esto opinó en el documento de trabajo de 1964 antes citado: *Las grandes campañas de erradicación contra la viruela, la malaria, la fiebre amarilla y algunas otras se han hecho con los métodos de campañas masivas especiales. A pesar de sus éxitos impresionantes, aun en el caso de la malaria, se ha demostrado que la campaña especial y masiva no puede ser por sí sola sino una medida temporal en la fase aguda de ataque, lo cual debe obligatoriamente disponer de esquemas organizados de servicios generales de salud para su mantenimiento y consolidación (...). Esto no se puede lograr económicamente sino con una estructura de salud, aunque sea mínima (...). Por eso, recientemente, un grupo de estudio discutió en Ginebra sobre la integración de las campañas masivas en los servicios generales de salud. En cambio, en la tuberculosis, aun en países con gran atraso de organización sanitaria, no se podrá pensar provechosamente en su control si no se plantea una organización estructurada sobre los servicios generales de salud, cualquiera que pueda ser el grado de su desarrollo.*

Cuando Baldó se refiere al tipo de servicios necesarios para el control de la tuberculosis, afirma: *El control de la tuberculosis, así sea un programa mínimo de acción o el más avanzado plan de erradicación, necesita el apoyo de toda la organización sanitaria. A lo dicho se puede agregar lo siguiente:*

1. El servicio tiene necesidad de ser permanente, cualquiera sea su plan de acción y debe funcionar de manera fija dentro del servicio local de salud.

2. El servicio debe aspirar a cubrir la totalidad de la población en sus distintos niveles demográficos.

3. Por la importancia de la tuberculosis como problema de salud pública, la no existencia de actividades locales en ese campo sería una falla fundamental.
4. La única manera de propender a mejorar la acción del control de la tuberculosis es delegando la responsabilidad en el servicio local, y
5. El servicio debe simplificarse y reducirse a aquellas operaciones que se puedan desarrollar con las posibilidades que se brindan localmente, tanto de personal como económicas.
Con lo anteriormente dicho queda claro el ideario fundamental en que Baldó basó la organización estructural de sus trascendentales redes sanitarias de lucha antituberculosa.

La tuberculosis como causa de muerte en Venezuela

El estudio epidemiológico y estadístico de las causas que con más frecuencia ocasionan la mortalidad de nuestra población es del mayor interés sanitario. Por ello, en esta ocasión, dicha materia será analizada solamente en lo tocante a la tuberculosis del aparato respiratorio y la clasificada como tuberculosis en sus otras formas, constituyendo la primera –como se sabe– la de mayor prevalencia, y la cual representa prácticamente su totalidad. Debido a esta circunstancia, la tuberculosis ocupó desde 1938 a 1951 uno de los puestos punteros de las causas de mortalidad diagnosticada del país, y es a partir del quinquenio siguiente cuando experimenta una caída brusca debido al éxito obtenido por la campaña contra esta endemia. He aquí una representación estadística correspondiente al período 1938-1994:

AÑOS	CIFRAS ABSOLUTAS DE TUBERCULOSIS	% SOBRE MORTALIDAD DIAGNOSTICADA
1938	3.566	12,91
1942	3.418	13,8
1945	4.003	14,09
1951	3.212	10,2
1955	3.260	3,5
1990	701	1,15
1994	806	0,09

Las estadísticas de mortalidad por tuberculosis en todas sus formas revelan que dicha mortalidad era de elevada prevalencia en ciudades importantes del país, según se expone a continuación:

CIUDADES AÑO 1938	POR TBC	% DE DEFUNCIONES
Caracas	664	17,96
Maracaibo	292	12,30
Valencia	233	23,16
Barquisimeto	116	15,85
Maracay	89	21,60

Un estudio decenal (1929-1938) que comprendió la mortalidad por difteria, procesos tíficos, sarampión, tosferina y tuberculosis, reveló que esta última estaba muy por encima de las cuatro patologías infecciosas cuya incidencia registraba alta mortalidad.

A partir de 1955, los adelantos científicos alcanzados, la necesidad de afinar los procedimientos de diagnósticos etiológicos, el desarrollo previsto en las grandes regiones mineras e industriales, el descenso de la mortalidad por tuberculosis, el conocimiento progresivo de otras enfermedades pulmonares, entre las cuales merecen mención especial las micosis y otras patologías, hicieron que la División de Tuberculosis fuese ubicada en 1959 en el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto, dirigido por Baldó.

Para que esto ocurriera, con anterioridad, en 1956, en el Primer Congreso Venezolano de Salud Pública, una Comisión presidida por el doctor Baldó y formada por un grupo importante de directivos del Ministerio, presentó la Ponencia «Nuevos campos de acción de la salud pública venezolana», en la que hacían importantes consideraciones y planteamientos entre los cuales figuraban: *La acción sobre el medio físico, la lucha antiinfecciosa, el fomento y la restauración de la salud, actividades que caracterizan nuestra Sanidad, están todavía muy lejos de alcanzar la plenitud de su desarrollo, sin que pueda aducirse que los éxitos logrados hasta la fecha justifiquen una disminución de actividades con la consiguiente disminución de recursos que les sirvan de base.*

Ha sido tradición de la sanidad venezolana la de luchar específicamente contra enfermedades concretas, y la valoración de los resultados obtenidos se da también en cifras concretas de mortalidad y morbosidad para esa enfermedad.

Nuestra actual organización sanitaria, pese a la necesidad de ser reforzada, creemos ha alcanzado ese grado de madurez que permite abarcar nuevos campos de acción mediante la ampliación de sus programas con vistas a problemas prácticamente enfocados al punto de

vista sanitario. Hacemos hincapié en lo sanitario para diferenciar esta acción de la puramente médica.

Y luego señalan con riguroso análisis los problemas que presentan: la nutrición, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes, salud mental, geriatría, higiene del adulto, las micosis, enfermedades degenerativas y educación sanitaria.

En su reciente trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina (1998)[2], el destacado sanitarista doctor José Miguel Avilán Rovira hace un detallado estudio de la «Situación de salud en Venezuela según las estadísticas de mortalidad, 1940-1995», en el cual analiza la evaluación en el país de la mortalidad general y sus principales causas. De este importante estudio es indispensable reproducir aquí uno de sus cuadros (Nº 4) y la opinión del doctor Avilán Rovira sobre la mortalidad por tuberculosis y su significativo descenso entre 1940 y 1995.

TASAS DE MORTALIDAD POR 1.000.000 DE HABITANTES POR ALGUNAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (VENEZUELA 1940-1995)

	1940	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1995
Gastroenteritis	114,8	70,5	60,7	50,9	21,9	12,1	17,6	13,8
Tripanosomiasis	-	0,6	1,7	3,8	5,3	4,7	4,1	3,9
Tuberculosis	94,6	61,3	19,2	11,2	5,7	4,1	4,1	3,5
Septicemia	4,5	0,9	0,6	8,0	6,4	6,2	6,1	2,6
SIDA	-	-	-	-	-	0,15	2,2	1,2
Disenterías	10,4	4,8	7,6	2,8	0,8	0,8	0,9	1,0
Helmintiasis	10,6	10,2	3,2	2,3	0,3	0,6	0,6	0,5
Paludismo	34,0	4,4	0,07	0,08	0,06	0,13	0,2	0,22
Tétanos	9,4	9,0	6,9	3,4	0,88	0,55	0,2	0,15
Sífilis	15,0	14,8	2,7	0,9	0,1	0,1	0,1	0,13
Tosferina	5,7	4,9	4,1	0,9	0,2	0,4	0,2	0,1
Sarampión	1,5	3,8	2,7	8,2	0,84	1,6	0,2	0,01
Tíficas	8,7	3,2	0,7	0,1	0,01	0,02	0,01	0,0
Total	**309,1**	**187,9**	**108,3**	**88,8**	**37,3**	**26,6**	**32,5**	**27,1**

El descenso de la mortalidad por tuberculosis puede explicarse mediante el plan de asistencia hospitalaria establecido a partir de 1946, pero muy especialmente con el advenimiento de los medicamentos tuberculostáticos en 1952, lo cual produjo un gran impacto en el tratamiento de la enfermedad. Mientras la tasa descendió en un 35% entre 1940 y 1950, el descenso aumentó a casi el doble entre 1950 y 1960. El doctor José Ignacio Baldó, Jefe de La División de Tuberculosis, logró aprobar medidas que evitaran la venta libre de los medicamentos, impidió su uso indiscriminado y aseguró su distribución hasta los enfermos de bajos recursos. Otras técnicas fueron la vacunación BCG, la campaña de erradicación de la tuberculosis bovina y la incorporación de la acción privadamediante la ayuda prestada por las asociaciones antituberculosas. Llama la atención que la tasa de mortalidad por tuberculosis permanezca casi sin variación después de 1980 y a un nivel apreciable. Es posible que el repunte de esta enfermedad, observado en otros países, esté ya presente entre nosotros e impida el descenso de dicha tasa.

Nuevas consideraciones acerca del «Programa de Medicina Simplificada»

No hay duda de que la red cuaternaria antituberculosa tiene su origen en 1961, cuando en el II Congreso Venezolano de Salud Pública la ponencia sobre «Necesidades de personal para los servicios de salud en Venezuela», a cargo de Baldó, se plantea el problema de atención médica en el medio rural. Baldó propone la formación y utilización de un «perito sanitario». Como era de esperarse, la mayoría del gremio médico asistente se opuso abiertamente a esta proposición.

Tales consideraciones críticas no desalentaron a Baldó, quien como buen demo-epidemiólogo, conocía que el rápido crecimiento urbano que experimentaba Venezuela (en velocidad mayor a otros países latinoamericanos) era causado en gran parte por el éxodo rural. Así, en 1950, la población rural representaba el 46,2% del total; en 1961 el 32,5% y, 10 años después, el 21,6%. Este fenómeno explica que el éxodo migratorio mantuviera estática dicha población en 2.300.300 habitantes durante 35 años (1936-1971).

En 1961 Baldó hace un viaje de observación y de estudio al Territorio Federal Amazonas y, del conocimiento de sus muchos problemas sanitarios, hace su aparición en 1962 el manual titulado «Instrucciones para

la atención de la salud en la población rural dispersa no profesional».

Hemos llegado al final de estas consideraciones históricas, las cuales nos han demostrado una serie coherente de juicios y acciones que confirman el dominio y habilidad de Baldó en el ámbito de la salud pública. Comienza a partir de aquí la extraordinaria historia del «Programa de Medicina Simplificada»[3]. Esta historia fue escrita detalladamente en noviembre de 1992 para celebrar las I Jornadas Nacionales Conmemorativas del XXX Aniversario del Programa, realizadas en Puerto Ayacucho, Territorio Federal Amazonas. Fueron sus autores los médicos higienistas: Miguel Román, Oscar Lobo Castellanos y quien esto escribe, y las enfermeras licenciadas Dilia Becerrit y Elena Silva.

En dicha ponencia («Programa Nacional de Medicina Simplificada: Desarrollo histórico», 1992) se reseña el origen, evolución, desarrollo, preparación de personal y actividades cumplidas en el siguiente orden: 274 ambulatorios rurales en 1972; 1.889 en 1990 y 2.588 en 1997. En líneas generales tales actividades comprenden: atención materno-infantil y planificación familiar; inmunizaciones contra las principales enfermedades transmisibles; toma de muestra del esputo; muestra de sangre para diagnóstico de sífilis; muestra de sangre para extendido y gota gruesa en casos sospechosos de malaria; tratamiento de las enfermedades y traumatismos comunes; pesquisas y seguimiento de casos como: tuberculosis, lepra, malaria y cáncer de mama y cérvico uterino; saneamiento ambiental (promoción y protección de fuentes de agua, construcción de acueducto rural y letrinas, destrucción de basuras); higiene del hogar y alimentos; organización de cría de animales de granjas y huertos familiares; registro y envío de información estadística y epidemiológica y, sobre todo, educación para la salud, con énfasis en una nutrición adecuada.

Los límites de este trabajo nos impiden reseñar la importancia del éxito nacional alcanzado por este programa en sus 36 años de existencia. No obstante, en el cuadro que sigue, se visualiza la existencia (hasta 1997) de los ambulatorios rurales II y III en donde funciona la Medicina Simplificada.

AMBULATORIOS RURALES TIPO II Y III POR ENTIDAD FEDERAL CON O SIN MEDICINA SIMPLIFICADA. POBLACIÓN ATENDIDA Y DISTRITOS SANITARIOS (Venezuela, 1997)

ESTADOS	RURAL TIPO II	RURAL TIPO I		POBLACIÓN	DISTRITOS	TOTAL
		C.M.S.	S.M.S*	CUB+. C.M.S		A.R.I.**
AMAZONAS	8	67	-	11.952	7	67
ANZOÁTEGUI	48	125	41	93.883	6	166
APURE	20	72	--	29.350	5	72
ARAGUA	17	31	--	24.643	7	31
BARINAS	45	141	20	167.249	7	161
BOLÍVAR	32	124	36	78.451	7	160
CARABOBO	9	18	29	17.289	7	47
COJEDES	16	59	21	31.709	4	80
DELTA AMACURO	10	63	21	32.264	4	84
FALCÓN	60	85	118	46.861	6	203
GUÁRICO	29	95	21	76.456	5	116
LARA	28	169	19	184.494	9	188
MÉRIDA	74	114	03	76.019	5	117
MIRANDA	13	92	31	78.844	6	123
MONAGAS	35	153	35	57.887	10	188
PORTUGUESA	18	131	--	164.934	4	131
SUCRE	32	160	04	147.388	6	164
TÁCHIRA	23	147	--	178.229	9	147
TRUJILLO	70	138	91	89.777	5	229
YARACUY	17	53	5	71.397	5	58
ZULIA	6	47	9	41.460	21	56
TOTAL	**610**	**2.084**	**504**	**1.700.536**	**145**	**2.588**

*C.M.S. = Con Medicina Simplificada; S.M.S. = Sin Medicina Simplificada. / **A.R.I. = Ambulatorio rural tipo I / +CUB = Centro de Ubicación FUENTE: INFORMES DE MEDICINA SIMPLIFICADA

Quisiera concluir brevemente destacando que la máxima honra que puede tributársele a la inteligencia y memoria del doctor Baldó es su obra que aún perdura, por cuya convicción y fervor se constituyó en figura rectora internacional de la lucha contra la tuberculosis.

1 Por ejemplo, en 1992, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social dispuso la conmemoración de los XXX años del Programa en una Jornada de Trabajo de cinco días, que se celebró en Puerto Ayacucho (Territorio Federal Amazonas), en la cual tuvimos la honra de participar con una breve ponencia, de las dedicadas a revalorizar aquel programa por su significación e importancia. En vista de su valor intrínseco, la Oficina Sanitaria Panamericana local dispuso recoger tales trabajos en una publicación testimonial, en febrero de 1993.

2 *Gaceta Médica*, Caracas 106(2), 1998.

3 El tema de la Medicina Simplificada ha sido cuidadosamente desarrollado en este libro por los doctores Luis José González Herrera y Oscar Lobo Castellanos (N. del E.).

BIBLIOGRAFÍA

BALDÓ, J. I. «Plan para el trabajo de lucha antituberculosa en las unidades sanitarias en que no existe servicio especial de Dispensario Antituberculoso». *Revista Unidad Sanitaria*, vol. 1, nº 6, 1942.

—«The tuberculosis problem and the tuberculosis campaign in Venezuela». *Review of Diseases of the Chest*, vol. XI, nº 3, 1945.

—¿Marchan los servicios bacteriológicos de la División de Tuberculosis en forma cónsona con su desarrollo general?». *Boletín de la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, nº 1, 1950.

—«Plan de asistencia hospitalaria al tuberculoso en Venezuela». II Jornadas Tisiológicas Nacionales. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, vol. XVI, nº 1-2, 1951.

—«Papel del tisiólogo en la campaña de vacunación BCG». *Boletín de la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, nº 4, 1951.

—«Unidad sanitaria tipo C y lucha antituberculosa. *Boletín de la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, nº 2, 1951.

—«El problema número uno de nuestro programa hospitalario». *Revista Nacional de Hospitales*, vol. 1, nº 1, 1951.

—«Las nuevas drogas y la lucha antituberculosa». *Boletín de la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, nº 3-4, 1951.

—«Nuevas perspectivas de la lucha antituberculosa en el medio rural». *Boletín de la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, nº 1-2, 1952.

—«El tratamiento ambulatorio de la tuberculosis con las nuevas drogas». *Boletín de la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, nº 3-4, 1953.

—«Residencias quirúrgicas y curso de postgrado». *Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía*, vol. XV, nº 1, 1961.

—«Personal del Servicio Social». II Congreso Venezolano de Salud Pública. *Revista del Ministerio de Sanidad y Asistencia Soci*al, Suplemento nº 4, 1961.

—«Estudio y conclusiones sobre la formación de personal sanitario auxiliar». *Revista de la Sociedad de Salud Pública*, 1961.

—«Pasos previos dados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para hacer efectiva una campaña nacional contra el cáncer del cuello uterino». II Jornadas Nacionales de Oncología, San Cristóbal (estado Táchira), 1962.

—«Los médicos que Venezuela necesita». «Documento de la Comisión Consultiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela». II Seminario Nacional de Educación Médica, Caracas, 1964.

—«La erradicación de la tuberculosis. Una tarea de planificación inmediata y acción futura». Discusiones Técnicas. XIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. México, 1964 (Folleto).

—«Exposición sobre el proyecto de transformación del Sanatorio «Andrés Herrera Vegas» en Hospital General». *Boletín de la Dirección de Salud Pública*, nº 2, 1970.

BALDÓ, J. I. *ET AL*. «Estudio de los problemas sanitario-asistenciales en la población rural dispersa». XVIII Asamblea de la Federación Médica de Venezuela, Barinas (estado Barinas), 1963 (Mimeografiado).

EL PROGRAMA DE MEDICINA SIMPLIFICADA (I)

Luis José González Herrera

Al regresar el doctor José Ignacio Baldó a Venezuela, después de haber realizado sus estudios de especialización en Europa, comienza la primera etapa de la salud pública en nuestro país. En los años cuarenta, Venezuela era un país eminentemente rural; más del 70 % de la población estaba ubicada en centros poblados menores de 10.000 habitantes, con una alta dispersión de pequeños asentamientos aislados entre sí y muy distantes de los centros del poder. Esta situación se fue revirtiendo en los siguientes treinta años: así, para el curso del año 1961, esta relación se presenta en sentido contrario, con un 30% de población rural que abarcaba aproximadamente 2.445.000 habitantes distribuidos en 23.694 centros poblados menores de 1.000 habitantes, de los cuales existían 20.735 por debajo de 200 habitantes que sumaban 1.358.617 personas, lo cual nos indica la alta dispersión de nuestra población rural para aquella época.

En ese entonces, las principales causas de morbi-mortalidad eran el paludismo, la tuberculosis, las diarreas y la enteritis en menores de un año, y representaban los principales problemas de salud pública. El entonces recién creado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social emprendió una lucha frontal contra estas patologías, encargándosele al doctor Baldó la responsabilidad de la lucha antituberculosa en el país. Se creó así el Instituto Nacional de Tuberculosis. Los sanatorios antituberculosos en las principales ciudades del país como puntales del Programa Nacional de Tuberculosis fueron concebidos a manera de ensayo; así, por ejemplo, en las primeras regiones sanitarias, en los estados Aragua y Yaracuy, se empezaron a organizar los Distritos Sanitarios como las células fundamentales, técnica y administrativamente, de la estructura sanitaria. En estos Distritos Sanitarios se establecieron las «redes de la lucha antituberculosa», lo cual facilitó las actividades del programa: quedaba establecida así la Red Primaria en la Capital de cada estado, la Red Secundaria en la sede del Distrito Sanitario, que correspondía generalmente a un Centro de Salud, la Red Terciaria en las medicaturas rurales de aquel entonces (hoy ambulatorios rurales tipo II) y, por último, se consideró la rectificación del Dispensario Rural (ambulatorio rural tipo I) como ampliación de la red a nivel cuaternario por ser este establecimiento de salud el último eslabón de avanzada en la ampliación de cobertura del sistema de salud.

Por otra parte, se fueron formando los médicos higienistas, mediante cursos muy cortos de clínicas sanitarias y salud pública, los cuales los

capacitaba para el manejo clínico y epidemiológico de las enfermedades transmisibles, enfermedades agudas de la Pediatría, de la Fisiología, Dermatología sanitaria, enfermedades nutricionales y ciertas endemias rurales. Estos médicos formados para dirigir un centro de Salud (hospital tipo I) eran responsables a su vez del Distrito Sanitario donde tenían a su cargo las medicaturas y dispensarios rurales. Las medicaturas rurales, atendidas por médicos recién graduados, se consideraban «zonas de inseguridad», lo cual marcaba la diferencia con las «zonas de seguridad» que representaban los Centros de Salud con una mediana capacidad resolutiva. Éstos contaban con laboratorios, rayos X y camas de hospitalización presupuestadas.

Sin embargo, por debajo de estas poblaciones cubiertas con asistencia médica, existían otras cuya atención en salud habían sido las más deprimidas por no contar con este profesional de la Medicina, sino con un personal auxiliar de enfermería, casi siempre sin ningún tipo de preparación o con un mínimo de entrenamiento en materia asistencial. Su trabajo se limitaba a estar presente en la visita eventual del médico de la medicatura rural más cercana para auxiliarlo en la consulta de carácter curativo. La enfermera auxiliar aplicaba las inyecciones indicadas, realizaba las curas de primeros auxilios y repartía alguna medicina por orden médica, luego se retiraba a su casa sin ningún otro tipo de actividad. El trabajo preventivo no existía.

Esta situación preocupaba al doctor Baldó, al observar que un tercio de la población del país localizada en el medio rural no contaba con un servicio idóneo de carácter asistencial.

Se conocieron algunas experiencias realizadas por parte de eminentes sanitaristas, al delegar algún tipo de prácticas curativas en personal auxiliar no profesional dentro del ámbito de su campo de acción, pero éstas no tuvieron permanencia en el tiempo por falta de un debido control y persistencia en los proyectos. Podemos recordar, por ejemplo, la experiencia del doctor Armando Castillo Plaza en la entonces recién creada Región Sanitaria de Aragua, la del doctor Arnoldo Gabaldón con el personal auxiliar de Malariología, la del doctor Jacinto Convit con el personal de campo de la División de Lepra o la del doctor Rumero Isaac Díaz, con los servicios curativos prestados en las regiones selváticas por el personal auxiliar de la División de Fiebre Amarilla y Peste.

Es así cuando en marzo del año 1961, con ocasión de celebrarse el II Congreso Venezolano de Salud Pública, el doctor Baldó y un grupo de su equipo de trabajo presentaron la ponencia titulada «Necesidades

de personal para los servicios de salud en Venezuela». El doctor Baldó desarrolló el capítulo referente al problema de la Medicina en el medio rural; en él propuso un personaje que atendiera el dispensario rural al cual denominó «perito sanitario», que tendría como modelo el «Feldsher» utilizado en los países de la desaparecida Unión Soviética, o el «ayudante médico» de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para algunos países subdesarrollados. Este perito sanitario se definía como un agente de salud, quien por delegación podría realizar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades frecuentes en su medio, fácilmente reconocibles y que no implicara ningún riesgo para los pacientes. Se elaboró así un programa que contenía importantes adaptaciones a la realidad venezolana: una de ellas era la permanencia de este perito dentro de la comunidad, a fin de garantizarle a ésta una asistencia oportuna en casos de emergencias. Dicho proyecto fue rechazado por gran parte del gremio médico que lo consideró muy riesgoso, por el temor de crear un grupo de empíricos o curanderos que, de hecho, ya existía en algunas comunidades, sin ningún control y que, a la larga, pudiera tener un efecto negativo.

Sin embargo, el doctor Baldó no se dio por vencido con esta negativa sino que, por el contrario, organizó una expedición junto con los doctores Martín Vegas y Rafael Medina para estudiar la factibilidad de su proyecto en el Territorio Federal Amazonas que, en ese entonces, era uno de los más atrasados y deprimidos de todas nuestras entidades federales, con presencia de numerosos grupos étnicos indígenas en comunidades aisladas, extendidas en este vasto territorio de 180.000 km^2. Tuve el honor y la suerte de participar en esta expedición. Remontamos con muchas dificultades el río Orinoco, hasta la comunidad Yanomami de Platanal. No avanzamos más porque muy cerca de allí se encuentran los raudales de Guahorivos que interrumpen la navegación en el Alto Orinoco. Al regreso, a la altura de la comunidad Tamatama, se encuentra ese extraordinario fenómeno de la divisoria de las aguas del Orinoco con su afluente, el Brazo Casiquiare, a través del cual navegamos hasta San Carlos de Río Negro. Fueron cuarenta días de arduo trabajo, pero que dieron los resultados esperados, puesto que pudimos demostrar la necesidad de crear un modelo de atención de salud a las comunidades rurales y dispersas donde es imposible que llegue el médico.

Se elaboró y se presentó al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social un informe de esta experiencia, a la vez que se le encomendó al doc-

tor Emilio López Vidal, eminente sanitarista con gran experiencia en el trabajo de campo, la tarea de redactar un pequeño manual normativo, con lenguaje sencillo y de fácil comprensión para su implementación por parte del personal auxiliar seleccionado. Dicho manual recogía las orientaciones, pautas y procedimientos de las diferentes divisiones del Despacho de Sanidad para los programas que se desarrollaban en esa época, y su primera edición fue publicada en 1962.

Una vez hechos los ajustes y correcciones al Proyecto, en marzo del año 1963 fue presentada en la ciudad de Barinas, con motivo de la celebración de la XVIII Asamblea Ordinaria de la Federación Médica Venezolana, una ponencia cuyo título era: «Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa». Acompañaron en esta presentación al doctor Baldó, los doctores Carlos Luis González, Pedro Guédez Lima, Víctor Obregón Gavidia y el suscrito.

En esta Asamblea se delinearon magistralmente todos los componentes del «Programa» –su doctrina, sus bases y fundamento– que se llamaría «Medicina Simplificada», título que por sí sólo es una definición, ya que está implícito el sentido de la minimización del acto médico por delegación a un personal no profesional con conocimientos muy reducidos desde el punto de vista académico, pero que no podría entenderse como «una simple Medicina». Por otra parte, quedó claro que este modelo de atención sólo se implementaría en el medio rural en comunidades menores de mil habitantes, y que el personal que se capacitaría sería un Auxiliar de Medicina Simplificada y no un Auxiliar de Enfermería; sería, además, un trabajador adscrito al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y laboraría sólo en el dispensario rural (ambulatorio rural tipo I); por tanto, estos auxiliares serían parte del equipo de salud y no sustituirían a otro personal.

Apoyo del gremio médico al «Programa de Medicina Simplificada»

Después de discutida la ponencia, la Federación Médica emitió la siguiente resolución:

La XVIII Asamblea Ordinaria de la Federación Médica Venezolana

1. *Acoge para su estudio permanente la ponencia titulada «Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa».*

Felicita a sus autores por la solución lógica y nacionalista presentada en dicho trabajo y espera que el Comité Ejecutivo reciba sistemáticamente el resultado de sus experiencias a fin de consolidarlas en beneficio de la colectividad venezolana.

2. *Reafirma el interés demostrado desde su creación por el grave problema que para el país significa la atención sanitaria-asistencial de los habitantes rurales, que alcanzan hoy, aproximadamente un tercio de la población.*

3. *Considera que el complejo problema de la población rural debe ser resuelto por medidas destinadas a modificar fundamentalmente los factores socioeconómicos determinantes y que cualquier sistema de asistencia médica es solamente una contribución, a fin de disminuir el desequilibrio causado por estos factores.*

4. *Expresa su convicción de que las soluciones propuestas en la ponencia no podrán ser llevadas a cabo eficientemente a menos que se cumplan los principios doctrinarios y se apliquen los procedimientos técnicos y administrativos indicados en ella.*

5. *Apoya los programas de «Medicina Simplificada» expuestos en la ponencia, el desarrollo de los cuales deberá ir precedido por la creación de medicaturas rurales y otros servicios locales jerarquizados, necesarios para garantizar el adecuado funcionamiento del sistema.*

6. *Intensifica los esfuerzos a fin de lograr por parte del Congreso Nacional la aprobación de las modificaciones a la Ley de Ejercicio de la Medicina con vistas a lograr la asistencia del médico recién egresado al medio rural.*

7. *Reconstituye la «Comisión de Salud» de la Federación Médica Venezolana, a fin de que oriente el criterio del gremio médico y lo mantenga informado, por lo menos anualmente, sobre los aspectos del problema.*

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ratificó su posición respecto del «Programa de Medicina Simplificada» contenido en la ponencia, destacando su complacencia por las armoniosas relaciones existentes entre el Despacho de Sanidad y los organismos directivos del gremio médico, por lo cual le fue enviada al doctor Baldó una comunicación en los siguientes términos:

República de Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social –Dirección de Salud Pública– Caracas, 20 de septiembre de 1963, Nº 24, Señor Dr. José Ignacio Baldó. Presente. El Despacho de Sanidad y Asistencia Social ha tenido conocimiento de la general aceptación que tuvieron tanto la parte expositiva como las conclusiones y recomendaciones de la ponencia denominada «Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa» de la cual usted es co-autor, presentada a la XVIII Asamblea de la Federación Médica Venezolana, celebrada recientemente en Barinas.

Con particular satisfacción me es grato extenderle los parabienes del despacho y los míos personales, ya que, hechos de esta naturaleza, aparte de realzar el bien ganado prestigio personal de cada uno de los contribuyentes a la ponencia, son también un factor de preponderancia en las armoniosas relaciones entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los organismos directivos del gremio médico, y representan una contribución al mejoramiento de la atención a la salud de los venezolanos, en la cual tiene particular interés el Despacho. De usted atentamente, (fdo.) Lisandro Lattuf T., Encargado del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

A partir de entonces, el Ministerio de Sanidad prosiguió con los cursos de preparación de personal que ya se habían iniciado en el Territorio Federal Amazonas. En esta nueva etapa los cursos comenzaron ya con la aprobación por parte de la Federación Médica Venezolana en los estados Guárico, Aragua y Apure en 1964 y, en 1965, se incorporaron los estados Zulia y Yaracuy para completar el grupo de entidades federales consideradas como pioneras en el desarrollo del Programa.

La inexistencia de los servicios cooperativos de salud retrasaba la incorporación del resto de las entidades federales, por cuanto las Direcciones de Asistencia Social de los Ejecutivos Estadales no garantizaban el buen desarrollo de este Programa. Por ello, solamente en 1969 se incorpora el estado Carabobo; Portuguesa y Barinas lo harán en 1970; Táchira en 1971; Bolívar y Monagas en 1972; Mérida, Delta Amacuro, Miranda y Cojedes en 1975; Lara y Anzoátegui en 1976; Sucre en 1977 y Falcón en 1978. Para 1997, el Programa seguía funcionando en todos los estados de la República, con una cobertura de 1.700.536 habitantes, atendidos por 2.084 ambulatorios rurales tipo I. Para 1998 se cumplieron 36 años de haberse iniciado esta magnífica experiencia, cuyo impacto ha sido reconocido a escala internacional, despertando especial interés por parte de la Organización Mundial de la Salud y, particularmente, de la Oficina Sanitaria Panamericana, motivando a esta última a tomar el Programa como modelo para apoyar a otros países en el desarrollo de experiencias similares.

Organización y funcionamiento del «Programa de Medicina Simplificada»

La fase operativa del Programa se fundamenta en el principio administrativo de la delegación de funciones ejecutadas por un personal no profesional debidamente capacitado, el cual dispone de un

«Manual normativo y de procedimientos», de consulta obligatoria, que guía su trabajo y le indica los pasos que se deben seguir en cada caso en particular.

El Auxiliar de Medicina Simplificada es un trabajador a dedicación exclusiva para su comunidad, por lo cual es imprescindible que sea residente de la misma, ya que esa población no cuenta con otro recurso asistencial.

Sus acciones están respaldadas por una supervisión permanente y, de ser necesario, por servicios de apoyo de complejidad creciente en los diferentes niveles de atención, de ser necesario, para la referencia de casos. Se estima que un auxiliar puede atender una población de hasta mil habitantes y abarcar un área de influencia directa cuyos límites están determinados por un máximo de dos horas, usando el medio habitual de transporte.

El Distrito Sanitario es el responsable de establecer las metas de trabajo de los ambulatorios rurales tipo I que le correspondan, así como el procesamiento y análisis de la información estadística; también se encuentra a cargo de evaluar el rendimiento del Programa en función del cumplimiento de las metas propuestas, su correspondiente impacto en la modificación de los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad, así como su eficiencia dado su carácter de base primaria para la vigilancia epidemiológica.

Actividades que desarrolla el Auxiliar de Medicina Simplificada

Las acciones de este Programa están orientadas hacia los principales problemas de salud en la comunidad.

Proporciona los servicios preventivos, curativos y de fomento de la salud y pone en práctica, de la forma más sencilla, los principios del Servicio Nacional de Salud, con su Unidad de Comando y la integración de las siguientes actividades:

- Atención materno-infantil y planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades previsibles mediante vacunas.
- Saneamiento ambiental.
- Educación para la salud.
- Tratamiento de las enfermedades y traumatismos.
- Pesquisas, seguimiento de casos, tales como tuberculosis, lepra, malaria y cáncer de mamas y cérvico-uterino.
- Participación en la organización y desarrollo de la comunidad.

- Coordinación intersectorial.
- Orientación en la construcción de huertos familiares.
- Registro y envío de información epidemiológica.
- Toma de muestras para exámenes de laboratorios.
- Realización de visitas domiciliarias y escolares.

En conclusión, podemos afirmar que la «Medicina Simplificada» no es otra cosa que la actividad médica llevada a su mínima expresión, y la podemos definir como «la prestación de servicios básicos de salud a la población rural por intermedio de personal auxiliar del médico, dentro de una jerarquización de servicios que asegure la supervisión y referencia continua».

EL PROGRAMA DE MEDICINA SIMPLIFICADA (II)

Oscar Lobo Castellanos

La Medicina Simplificada es la prestación de servicios básicos de salud a la población rural por intermedio de personal auxiliar del médico, dentro de una jerarquización de servicios que asegura la supervisión y referencia.

Para poder llevar a cabo el «Programa de Medicina Simplificada», el doctor Baldó puso en práctica, una vez más, su estrategia muy particular de «vender» sus ideas, informando acerca de ellas y repitiéndolas en todas las instituciones y a personas con poder de decisión que, de alguna manera, pudieran ejercer su influencia en la solución del problema. Utilizaba todos los medios: información oral, visitas de campo, reuniones, informes escritos, puntos de cuenta, ponencias, etc. Como resultado de este trabajo de divulgación, aquellos que lo acompañamos en sus labores podíamos apreciar que todos exponíamos las ideas que él quería llevar a la práctica: no le importaba la paternidad de las mismas sino su ejecución.

Al explicar el Programa, Baldó señalaba: *Sólo existe una Medicina nacional y que el derecho a la salud obliga a aplicarla con las mismas directrices y principios, tanto en el medio rural como en el medio urbano; la doctrina es la misma, pero variando en su aplicación y el alcance de los servicios prestados. Al lado de una Medicina desarrollada que lleva en sí la complejidad del adelanto de las técnicas modernas y los recursos de personal e instituciones disponibles a nivel del medio urbano, ha nacido la Medicina Simplificada que se ha estado tratando de aplicar de manera parcial, razonable y controlada, en el medio rural disperso, donde hasta ahora ha habido insuficiencia de atención médica permanente, no sólo por la carencia de recursos, sino por la tendencia de querer usar las mismas formas clásicas de ejecución o de ejercicio, lo que ha tenido como consecuencia el abandono del problema por la imposibilidad de resolverlo.*

Es al amparo de la Medicina desarrollada, que con carácter de emergencia se ha propuesto ensayar la Medicina Simplificada, no siendo separable la una de la otra, ya que al delegar servicios en personal no profesional, dependemos siempre del médico de manera permanente o en funciones de supervisión, así como también de las instituciones en sus diferentes niveles de atención[1].

El optimismo y convicción del doctor Baldó de que el Programa era una solución inmediata, mientras las enseñanzas impartidas en los departamentos de Medicina Preventiva daban su fruto, lo hizo exponer lo siguiente en el prólogo al *Manual para la atención de la salud en*

la población rural dispersa en su segunda edición, aparecida en agosto de 1962: *No abrigo ningún temor en delegar racionalmente servicios de atención médica a un personal auxiliar debidamente controlado, cuando hoy existen 208 medicaturas rurales articuladas a unas 77 redes secundarias, dirigidas por médicos que han hecho el Curso Medio de Higienistas, y cuando simultáneamente estamos asistiendo a un resurgir de nuestra Medicina con los primeros resultados que están alcanzando en los centros hospitalarios del interior del país, mediante la savia juvenil que ya están definiendo en dichas instituciones, los aportes de los primeros cursos de postgrado.*

Han existido muchas experiencias sobre la delegación de aspectos curativos de la Medicina en personal auxiliar, aunque todas efímeras y de carácter local o regional; pero el establecimiento de un programa debidamente organizado y planificado, de desarrollo continuo, permanente y de carácter nacional, corresponde sólo al doctor Baldó y a sus colaboradores médicos y de enfermería.

Hablando sobre este tema, el doctor Rogelio Valladares apuntaba lo siguiente: *Una vez más el doctor Baldó ve claro el problema, propone soluciones y las lleva a la práctica. Permítaseme, al respecto, señalar una experiencia. Cuando realizaba la pasantía de campo del Curso de Médicos Higienistas en el Hospital de Barquisimeto, al encontrar que no se cumplían las normas, pregunté al doctor Leopoldo García Maldonado, (directivo del curso) la razón por la cual lo que nos enseñaban en el curso no se llevaba a la práctica en los hospitales. Él me contestó: En Venezuela sólo hay dos personas que llevan a la práctica lo que dicen: los doctores José Ignacio Baldó y Arnoldo Gabaldón.*

Es también conveniente resaltar el gran interés que el doctor Baldó daba a los pequeños detalles. Al escoger el personal de enfermeras graduadas que trabajarían en el Programa, decía que su mentalidad debía adecuarse a esta nueva manera de pensar y hacer las cosas, como lo era el trabajo en el medio rural disperso y, en sentido figurado, se le oía decir *a las enfermeras que van a trabajar en el medio rural, hay que quitarles un poco de almidón de sus uniformes.*

Doctrina

Los principios doctrinarios en que se basa el Programa son los mismos que rigen nuestra Medicina nacional: unidad de comando, regionalización y distritalización, integración de actividades, perma-

nencia del servicio, centralización normativa y descentralización ejecutiva, supervisión y evaluación.

La jerarquización y dependencia de una Medicina Simplificada, sustentada y respaldada por una Medicina desarrollada, es de fundamental importancia, pues ello implica el mejoramiento de los servicios regionales, de los centros de salud y de las medicaturas rurales. Hay que dejar establecido que tanto la Medicina Simplificada como la desarrollada son sólo aspectos o grados de una sola Medicina.

Los requisitos para una Medicina Simplificada son:

1. La existencia del Servicio Cooperativo de Salud o Región Sanitaria.
2. La preparación de personal auxiliar y orientación doctrinaria del personal médico y de enfermeras.
3. La supervisión periódica y permanente de las auxiliares en sus nuevas funciones.
4. El establecimiento de un sistema organizado de referencia.

Actividades

La revolucionaria idea del doctor Baldó permitió al personal de enfermería de los dispensarios aplicar sus conocimientos en el desarrollo de actividades de primeros auxilios, visitas domiciliarias, charlas, referencias, construcción de letrinas, registro de natalidad y mortalidad, exámenes de laboratorio, vacunaciones, control pre y post natal, infantil, preescolar y escolar, saneamiento ambiental, educación para la salud, construcción de huertos familiares y coordinación con otros organismos[2].

El problema del brujo y de la comadrona

El doctor Baldó sostenía en relación con el problema del brujo lo siguiente[3]: *La mejor manera de luchar contra el brujo no es atacándolo, ni criticándolo, sino demostrando que nuestros sistemas son más efectivos y beneficiosos. El brujo pertenece al mismo estrato social de la comunidad nativa y se expresa en el mismo lenguaje del conglomerado al que pertenece; siendo por tanto, mejor comprendido que el médico. El brujo está fuertemente unido por nexos sentimentales a la población, ya que todos tienen las mismas creencias y supersticiones, temores y angustias; al prestarle especial atención a éstas, el brujo está haciendo un tratamiento sicosomático, sistema que aún no es tomado en cuenta por algunos profesionales.*

Por consiguiente, tenemos que proceder con mucha paciencia y com-

prensión cuando nos proponemos eliminar el prestigio de quien aprovechando «hierbas», muchas de las cuales tienen efectos evidentes que el pueblo ha podido comprobar, deseamos sustituir esas prácticas tradicionales por unas de Medicina científica de primeros auxilios.
Por otra parte, sobre las comadronas[4] expresaba: *La necesidad que han tenido de atender los partos, les ha dado cierta experiencia; pero justo en esta práctica tienen, por lo general, malas costumbres o hábitos que ponen en peligro al recién nacido y a la madre. Para evitar en parte este riesgo, es conveniente enseñarles lo que se debe hacer y lo que NO se debe hacer, ganar su amistad y ofrecerles ayuda.*

Odontología simplificada

No descuidó el doctor Baldó el problema de la Odontología y, en tal sentido, presentó en el II Congreso Venezolano de Salud Pública la ponencia titulada «El problema de la Odontología en el medio rural»[5]. En este trabajo se refirió a la tesis de la División de Odontología Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la cual sostenía que la mortalidad dental provocada por las caries es *factor determinante de la salud de los niños y causa principal del ausentismo escolar, factor importante de vejez prematura en un apreciable número de individuos desdentados extemporáneamente*. Baldó hacía notar que cualquiera que fueran los planes llevados a cabo para resolver estos problemas, las mayores dificultades radicaban en la escasa formación recibida por el odontólogo. La carencia de una conciencia preventiva y sanitaria ha estado presente hasta ahora, tanto en la Odontología como en la Medicina, pues ambas escuelas han orientado la enseñanza en forma curativa e individualista, sin esforzarse por crear en el médico o en el dentista la actitud necesaria para la solución de los problemas en todos los sectores socioeconómicos de la colectividad.
Debido a la ausencia casi absoluta de personal profesional de Odontología en el medio rural, el problema revestía dramática gravedad. Hizo un llamado a este gremio para preparar personal subprofesional con el fin de delegar en él la aplicación de primeros auxilios odontológicos a toda la población.
Para ello, sostuvo entrevistas con los directivos de la División de Odontología y les propuso la elaboración de un aporte para incluirlo en el *Manual de Medicina Simplificada*. A pesar de estar de acuerdo con los planteamientos del doctor Baldó, las autoridades recomendaron esperar el momento oportuno porque, para entonces, estos pro-

fesionales confrontaban problemas con el ejercicio ilegal de los empíricos.

En la octava edición del *Manual* se encuentra inserto ya un amplio capítulo sobre la materia, el cual incluye los primeros auxilios en Odontología.

Repercusión del Programa a escala nacional[6]

En septiembre de 1964 una Comisión integrada por los doctores José Ignacio Baldó, Rafael Rísquez Iribarren y Oscar Lobo Castellanos, presentó su informe anual ante la XIX Asamblea Ordinaria de la Federación Médica Venezolana, reunida en San Cristóbal, estado Táchira, siendo aprobado por unanimidad. A su vez, la Comisión designada en la Asamblea para estudiar el informe anterior, expresó entre otras consideraciones: *Esta Comisión considera que los programas experimentales de Medicina Simplificada desarrollados hasta ahora en algunas regiones del país, deben ser extendidos e intensificados siempre que en algunas zonas se hayan organizado previamente los servicios de Medicina desarrollada indispensables, de acuerdo con la resolución de Barinas*[7]. Igualmente, se acuerda enviar un voto de aplauso al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social por haber desarrollado el Programa de Medicina Simplificada de acuerdo con la Resolución de Barinas.

A medida que el Programa se fue desarrollando, las experiencias de trabajo de la Medicina Simplificada evidenciaron en 1967 una situación deficitaria en las medicaturas rurales, las cuales nos eran ya conocidas y que denominamos «zona de inseguridad». Esta problemática fue elevada a la XXII Asamblea Ordinaria de la Federación Médica Venezolana, en septiembre de 1967, y estudiada en una Mesa Redonda. Sus conclusiones y recomendaciones fueron aprobadas[8]. Este hecho, unido a la ratificación por la FMV de los planteamientos formulados en la ponencia presentada en la Asamblea de Barinas (1963), contribuyó de manera determinante a la convalidación del Programa de Medicina Simplificada ante el gremio médico venezolano.

El «Programa de Medicina Simplificada» nació de una necesidad por aumentar la cobertura de la atención a la salud en general y de algunos programas en especial, tal como el control de la tuberculosis, para así cumplir con el propósito muy sentido por muchos sanitaristas de llevar la atención médica en forma oportuna al medio rural disperso.

No hay duda de que al poner en práctica en la forma más sencilla la

unidad de comando, la integración de actividades y la claridad en el funcionamiento de los niveles de atención, el programa trajo como consecuencia un mejoramiento de la infraestructura de salud a escala distrital y regional, una mayor asistencia del nivel central en todos los aspectos y un innegable impulso en la firma de los convenios entre el Ministerio de Sanidad y las diferentes entidades federales para la creación y organización de los servicios cooperativos. Se organizaron y crearon así nuevas medicaturas, al tiempo que se optimizaron los centros de salud y hospitales distritales y regionales. Un caso demostrativo de lo anteriormente expuesto es lo sucedido en el estado Apure y en el Territorio Amazonas, donde fue necesario el nombramiento de un asesor por parte del Ministerio de Sanidad a fin de organizar y asesorar los nacientes servicios cooperativos en los inicios del programa y, posteriormente, para las demás entidades donde se implantaría.

En el estado Apure se realizó una intensa preparación de personal en todos los niveles, especialmente de los médicos que iban a dirigir los distritos sanitarios. Se organizó el Servicio de Cirugía y se nombró un cirujano y un anestesiólogo con curso de postgrado. Se crearon los servicios de Anatomía Patológica, Cardiología y Gastroenterología, dirigidos por médicos con sus respectivos postgrados.

Para el año 1990, el Programa se estaba realizando en 21 de las 23 entidades federales en que se encuentra dividido el país. Existen 2.395 ambulatorios rurales, en 1.889 de los cuales se encuentra funcionando el Programa (83%), y éste atiende a una población de 1 millón 505 mil 345 habitantes, de los 4 millones 665 mil 476 del total de la población rural del país (33%)[9].

En relación con las actividades realizadas es conveniente reconocer el favorable impacto del Programa; así podemos observar que para el año de su inicio, las actividades que llevaban a cabo las auxiliares de enfermería de los dispensarios rurales se limitaban a unas pocas acciones –como se señaló anteriormente– que no contribuían a atender las necesidades de salud de la comunidad mientras que, en materia de primeros auxilios, las actividades eran nulas, situación que se modificó a la raíz de la implantación del Programa.

Sólo al revisar una representativa muestra recogida a lo largo de dieciséis años del Programa, queda confirmado que se realizaron 10 millones 347 mil 280 actividades, con un promedio anual de 646 mil 705. De este total, 2 millones 621 mil 639 fueron de primeros auxilios[10].

Las cifras del siguiente cuadro hablan por sí solas de la importancia y el beneficio que ha traído el Programa:

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA AUXILIAR DE MEDICINA SIMPLIFICADA (PERÍODO 1963-1990, VENEZUELA)

ACTIVIDADES	1963-1965	1972-1982	1988-1990	TOTAL
1.- Primeros auxilios	90.398	846.872	1.684.369	2.621.639
2.- Visitas domiciliarias	12.337	654.883	476.639	1.133.859
3.- Charlas	1.846	418.158	-	420.004
4.- Referencias	482	166.831	68.180	235.493
5.- Contrarreferencias	-	-	9.859	9.859
6.- Construcción de letrinas	134	14.023	-	14.157
7.- Nacimientos registrados	3.034	108.666	56.532	168.232
8.- Examen de orina	39	374.213	-	374.252
9.- Otras acciones de laboratorio	975	108.544	-	109.519
10.- Vacunaciones	78.277	2.742.502	-	2.821.729
11.- Prenatales	-	375.502	249.900	625.402
12.- Infantiles, preescolares y escolares	-	968.842	835.243	1.804.085
	187.522	6.779.036	3.380.722	10.338.230

IMPACTO A ESCALA INTERNACIONAL

La aceptación internacional del «Programa de Medicina Simplificada» podría medirse por la reacción favorable manifestada, en forma oral y escrita, por los asistentes a eventos internacionales; por el envío de observadores y becarios de diferentes países por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Latinoamericana de Asociaciones Antituberculosas y el gremio médico latinoamericano; por la confrontación e invitación del personal del Programa por parte de la OPS a fin de exponer la experiencia, dictar cursos, conferencias y otras actividades, en varios países de América Latina e islas del Caribe; por la visita a nuestro país del personal directivo de la OMS para conocer el funcionamiento del Programa, entre ellos su director general, doctor H. Mahler; por el apoyo de la OPS, manifestado a través de diferentes acciones que han contribuido grandemente a su desarrollo y, finalmente, por haber sido la fuente de donde se obtuvieron ideas para la creación de la Atención Primaria.

En este sentido, fue evidente la participación de Venezuela en las reuniones preparatorias de México, Costa Rica y Washington; en la reunión de Alma Ata (U.R.S.S., 1978) y en el Seminario Latinoamericano

«Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en Programas de Salud Rural», patrocinado por la OPS y celebrado en Maracay, estado Aragua, en 1974. Por último, merece citarse la participación de Canadá en la investigación realizada en Venezuela por parte de la Escuela de Salud Pública (UCV) y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1973-1975), mediante el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) del citado país[11].

Visitantes extranjeros

Con motivo del «Programa de Medicina Simplificada» visitaron nuestro país (durante los años 1973-1979) 105 personas, de las cuales 46 eran médicos, 48 enfermeras, 4 bioanalistas y 7 de otras profesiones, procedentes de los cinco continentes. De estos visitantes, 9 eran Ministros de Salud. El año en que se recibieron más visitantes fue 1963 y el país que envió mayor número fue Brasil. Le siguieron Colombia y Estados Unidos. Seis países enviaron personal perteneciente a 8 universidades.

La Oficina Panamericana de la Salud OPS-OMS y el «Programa de Medicina Simplificada»

En la década de los sesenta, la gran mayoría de los países de América Latina estaba en la búsqueda de estrategias a fin de extender la cobertura de los servicios de salud a la población rural, las cuales fueron plasmadas en el «Segundo Plan Decenal de Salud para las Américas de la Década del Setenta», refrendado luego por los Ministros de Salud de la región. Este Plan destacaba, entre otros aspectos, la necesidad de la extensión de la cobertura.

De acuerdo con lo expresado por el doctor José Aria Paganini en la Publicación Científica Nº 519 de la OPS (1990), *a pesar de todos esos intentos y preocupaciones por la salud pública, los avances logrados fueron mínimos, siendo Venezuela uno de los países que logró concretar una experiencia en este sentido. El éxito obtenido mediante el «Programa de Medicina Simplificada» despertó el interés de la OMS y, de manera especial, de la OPS, motivando a esta organización a tomar el Programa como modelo para apoyar a otros países en el desarrollo de experiencias similares.*

El apoyo brindado por la OPS desde el inicio del Programa ha sido innegable. En la década de los setenta, este apoyo se expresó a través de becas concedidas al personal de enfermería a fin de que realizara

estudios de licenciaturas, maestría, cursos de planificación y de actualización en universidades del exterior. En la década de los noventa, la cooperación estuvo dirigida al fortalecimiento del Programa, apoyando la realización de cursos de Medicina Simplificada en los estados Apure y Táchira, y fomentando la celebración de reuniones nacionales con el personal de supervisores e instructoras.

El gran esfuerzo realizado por el doctor Baldó para planificar, organizar y poner en marcha el «Programa de Medicina Simplificada» dio sus frutos al ser objeto de múltiples reconocimientos y elogios nacionales e internacionales, y al ser escogido como modelo para ponerlo en ejecución en otros países.

Consideraciones finales

Situación actual del «Programa de Medicina Simplificada»

El deterioro de la asistencia médica en el país ha incidido negativamente en el funcionamiento del Programa, pero, gracias a la forma como fue concebido, se encuentra razonablemente bien en algunos estados. En el resto de las entidades federales se cumplen sus normas sólo parcialmente, o no se cumplen.

Es recomendable reforzar la conducción del Programa a escala central, a fin de mantener el cumplimiento de las normas en los entes descentralizados mediante una supervisión efectiva y constante. Concebimos la descentralización como una centralización normativa y una descentralización ejecutiva. Si esto no se cumple, estaríamos dándole paso a la anarquía.

1 Baldó, J. I., C. L. González, P. Guédez Lima, V. Obregón.
«Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa». XVIII Asamblea Ordinaria FMV. Barinas, septiembre de 1963.

2 López Vidal, E.
«Instrucciones para la atención de la salud en la población rural dispersa por personal no profesional». Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1ª ed.,1962. (Multigrafiado).

3 *Ibídem.*

4 *Ibídem.*

5 Baldó, J. I. y colaboradores.
«Necesidades de personal para los servicios de salud en Venezuela». II Congreso Venezolano de Salud Pública. *Revista Venezolana de Salud Pública*. Ed. Especial. Suplemento Nº 4, diciembre 1961.

6 Lobo Castellanos, O.
«El Programa Nacional de Medicina Simplificada. Repercusión Nacional e Internacional». Puerto Ayacucho, Territorio Amazonas, noviembre de 1992. MSAS. Caracas, Venezuela. Exposición hecha con motivo del 30 Aniversario del «Programa de Medicina Simplificada». (Multigrafiado).

7 Román Peñaranda, M.
«Origen y evolución del Programa de Medicina Simplificada». Puerto Ayacucho, Estado Amazonas. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, Venezuela, pág. 4. (Multigrafiado).

8 Baldó J. I., O. Lobo Castellanos., P. Guédez Lima, L. J. González- H., D. Hernández y otros.
«Situación actual de la Medicina Rural como nivel de inseguridad en el desarrollo de la Organización de los Servicios Integrados de Salud en Venezuela. Proposición de medidas correctivas en lo administrativo, técnico y gremial». Caracas, 1967. Presentada en Mesa Redonda de la Asamblea Ordinaria de la Federación Médica Venezolana. Maracaibo, estado Zulia, 1967.

9 Archivos de la División de Enfermería del MSAS. Caracas, Venezuela, 1990.

10 Silva, E.
«Situación actual del Programa de Medicina Simplificada». Oficina Sectorial de Enfermería. MSAS. Caracas, Venezuela, 1990.

11 Escuela de Salud Pública UCV y MSAS, con el apoyo del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID), de Canadá. «Medicina Simplificada en Venezuela». Reseña de la Investigación 1973-1975. Caracas, Venezuela.

BALDÓ Y LA MEDICINA INTERNA

Otto Lima Gómez

Fui alumno y amigo de José Ignacio Baldó. Colaboré con él en su visionera empresa de organizar en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, los cursos médicos de postgrado. Junto a Baldó y otros distinguidos profesores de la Facultad de Medicina, formé parte de la Comisión que fue designada en 1959 por el Consejo de la Facultad de Medicina con la aprobación del Consejo Universitario para analizar la viabilidad de una nueva Escuela de Medicina en Caracas –hoy Escuela de Medicina Vargas– y tuve finalmente el inmenso privilegio de merecer su confianza como médico en varias ocasiones. Por todo ello, me es grato escribir estas páginas como profesor que fui de la «Clínica Médica A» en el Hospital Vargas, en la oportunidad en que se inició la enseñanza de postgrado de Medicina Interna en el país, a través del curso que por su iniciativa emprendieron las Clínicas Médicas del Hospital de la Ciudad Universitaria y del Hospital Vargas, dirigidas entonces por los profesores Henrique Benaím, Augusto León y por mí mismo.

El 20 de diciembre de 1936, día de su recepción en la Academia Nacional de Medicina, pronunció el doctor Baldó su discurso[1], y cito a continuación algunos párrafos del mismo:

(...) En mi concepto, se está haciendo lucha antituberculosa cada vez que una buena ley logra mejorar la condición de vida del obrero, aumentando el salario y disminuyendo las horas de trabajo.

(...) Así se llegará al verdadero enfoque de la lucha antituberculosa, y en general de toda higiene social, para alcanzar su máxima conquista que es, según el concepto de Flatzeck-Hofbauer, el haber disociado la pobreza y la enfermedad, tendiendo a igualar las clases sociales ante la salud.

Una frase de este discurso resumió la idea central del mismo:

Una enfermedad social no puede combatirse sino con remedios sociales.

Estas citas subrayan la concepción que guió su obra como médico y sanitarista. Él supo comprender desde un principio, y a partir de su sólida formación como especialista de la Patología Pulmonar, que el problema de la enfermedad era mucho más amplio e indisociable de la comunidad en la cual viven los enfermos.

Su campaña contra la tuberculosis lo condujo a la lucha contra diversas enfermedades que carecen de una prevención primaria. Organizada la primera, es obvio que él se debía proponer abordar la segunda. Ello no era posible si no se mejoraban los recursos hospitalarios del país. Sin buenos servicios generales en los hospitales y sin recursos anatomopatológicos adecuados no se podría avanzar.

En 1956 la ponencia de Baldó y sus colaboradores, conocida como «Nuevos campos de acción de la salud pública en Venezuela»[2] señaló el camino para las nuevas vías de acción que se imponían al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela.

En esta ponencia se hizo énfasis en que debían mantenerse las campañas sanitarias existentes; pero al mismo tiempo se advertía que era urgente enfocar nuevos problemas planteados por un grupo importante (tanto cualitativa como cuantitativamente) de enfermedades que incluían sobre todo el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y la patología renal, aún no sometido a profilaxis.

En la misma ponencia se destacó la importancia de actuar sobre estas enfermedades agrupándolas en función de la similitud de los medios de acción preventivos empleables y no utilizando los criterios médicos clásicos basados en las especialidades médicas.

Era indispensable elaborar nuevos programas, mejorar los hospitales y ampliar la formación de personal, ya iniciada en diversos campos a nivel del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Desde el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del adulto, Baldó organizó el plan de acción.

En la reunión de la Sociedad Venezolana de Salud Pública del día 31 de julio de 1959[3], argumentó extensamente sobre la necesidad de ampliar los cursos médicos de postgrado como elemento inicial para promover la salud del país. Su preocupación por mejorar la formación de patólogos y especialistas médicos se fundamentaba en una certera visión del papel que debían ocupar los hospitales generales y, en particular, sus servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna para mejorar la calidad de los actos médicos, así como para aglutinar en departamentos los servicios hospitalarios. No se podía luchar contra el cáncer sin buenos servicios de Anatomía Patológica; tampoco se podían establecer las bases para estudiar y enfocar diversas enfermedades sin prevención primaria, con hospitales que funcionaran en malas condiciones, con personal inadecuado y con servicios desarticulados en un momento en que, además, se incrementaban las especialidades médicas.

Baldó fue el catalizador de estas ideas. Su visión del futuro sobre la salud del país fue primordial para la adscripción de la Escuela de Salud Pública a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, gracias a una estrecha colaboración y comunión de ideas que se logró entre las autoridades sanitarias y el Decanato de la Facultad.

Los profesores que para entonces ejercíamos la jefatura de varias cátedras de clínica médica no vacilamos en darle apoyo a Baldó, y nos comprometimos en tal sentido a iniciar la enseñanza del postgrado de Medicina Interna en nuestros respectivos servicios hospitalarios, tanto en el Hospital de la Ciudad Universitaria como en el Hospital Vargas.

En el Primer Seminario de Educación Médica (Mérida, 1959)[4] preparé junto con Augusto León, la ponencia sobre cursos de postgrado, y entre las conclusiones de la misma destaqué las siguientes:

- Estimamos de urgencia la organización de cursos de radiólogos generales, inmuno-bacteriólogos, anatomo-patólogos y médicos internistas.
- Suscribimos enteramente las conclusiones a las que llegó la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica en su reunión de Barquisimeto en relación con la formación de patólogos de acuerdo con la ponencia presentada por José Ignacio Baldó.
- Las clínicas médicas universitarias deben afrontar con responsabilidad el deber insoslayable que plantean los requerimientos sanitarios del país en materia de médicos internistas y dar todo su apoyo a la organización inmediata de los cursos respectivos.

En la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela se venía gestando desde hacía algunos años un movimiento integralista que culminó con la fundación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna[5,6]. Esta Sociedad pretendía ser un contrapeso al enorme desarrollo de las especialidades médicas cuyas bondades y beneficios eran indudables a la luz del progreso científico, pero que entrañaban el potencial peligro de fragmentar la Medicina y los hospitales en servicios aislados. Las repercusiones de esta situación sobre la Medicina preventiva eran indudables si no se lograba una integración adecuada de los especialistas. Esto lo comprendía Baldó muy claramente. Por ello apoyó el desarrollo de la Medicina Interna como disciplina integradora y procuró la organización de los departamentos respectivos en los hospitales.

Era evidente entonces, como ahora, que el progreso de la Medicina hacia la especialización era indetenible, pero no era menos cierto que una visión horizontal del proceso morboso desde la intimidad del organismo hasta sus determinantes socio-culturales era igualmente indispensable. Las corrientes psicosomáticas, muy en boga en aquella época, y el impacto de los factores psicosociales en la enfermedad, no podían ignorarse.

Por todo ello, no es de extrañar la coincidencia que existía entre los profesores de Clínica Médica y el doctor Baldó, surgiendo de allí la estrecha colaboración que mantuvimos con él.

Queda por analizar si se cumplieron todos los objetivos de aquellos planes y propósitos cristalizados en 1959.

Esta tarea compete al propio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y a las universidades nacionales, en particular, a la Universidad Central de Venezuela y sus escuelas de Medicina.

En todo caso, pienso que el balance fue altamente positivo y que se sigue disponiendo de grandes recursos para mejorar aquellos propósitos en el futuro.

El desarrollo de la Medicina Interna en Venezuela fue uno de los productos de esta comunión de ideas y del trabajo armónico que se logró, gracias a la iniciativa y esfuerzo de José Ignacio Baldó, entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y las Cátedras de Clínica Médica que iniciaron la enseñanza del Postgrado de Medicina Interna en Venezuela en 1959.

1 Baldó, J. I.
«Discurso de recepción en la Academia Nacional de Medicina». En *Trabajos científicos y de incorporación a la Academia Nacional de Medicina. 1931-1936*. Tomo IV. Caracas, Impreso por Hijos de Ramiro Paz, SRL, pp. 433-459.

2 Baldó, J. I. y colaboradores.
«Nuevos campos de acción de la salud pública en Venezuela». *I Congreso Venezolano de Salud Pública y II Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias*. Caracas, 1956. Caracas, Imprenta Nacional, 1957, pp. 621-677.

3 Baldó, J. I.
«Los cursos de postgrado médicos y el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto. Orientación y planes inmediatos». Reunión de la Sociedad Venezolana de Salud Pública del 31 de julio de 1959.

4 Gómez, O. L. y A. León.
«Cursos de postgrado». Primer Seminario de Educación Médica. Mérida, 1959.

5 Gómez, O. L.
«Hacia una sociedad venezolana de Medicina Interna». *Prensa Médica Venezolana*, 10 de marzo de 1954, pág. 57.

6 Montes de Oca, I. y colaboradores.
«Historia y biografía documentada de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna». *Medicina Interna*, 12(1), 7-21, 1996.

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA OBRA DE BALDÓ

Juan José Puigbó

El objeto del siguiente capítulo es destacar la importante contribución del doctor José Ignacio Baldó al dominio de la disciplina cardiológica y a la organización y desarrollo de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares en el país.

Del predominio de la patología infecciosa al de las enfermedades crónicas no infecciosas

El resultado de la lucha antituberculosa en el país, cuyo adalid había sido el doctor José Ignacio Baldó, fue la reducción de la cifra de mortalidad por tuberculosis en el lapso comprendido entre 1925 y 1957, sobre todo a partir del empleo de los agentes quimioterapéuticos como la estreptomicina (1946), el PAS o ácido para-aminosalicílico (1946) y la isoniacida (1952). La introducción de las sulfamidas, de la antibioterapia y de otros agentes anti-infecciosos a partir del año 1945 hasta el año 1959, había contribuido también a la reducción de la mortalidad producida por la neumonía (excepto en la infancia), la gastroenteritis, la fiebre tifoidea, la disentería, el paludismo, la difteria, la sífilis y otras afecciones de índole infecciosa.

Pero, contrario a esta disminución de la patología infecciosa y de la mortalidad, incluyendo la infantil, se comenzaban a observar en Venezuela –al igual que en la mayor parte del mundo occidental– un incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Al fenómeno del aumento real, se aunaba una mayor precisión obtenida en el diagnóstico, en el empleo de una nomenclatura uniforme, en el uso de una mejor clasificación de las enfermedades cardiovasculares, así como también una mayor precisión de la etiología lograda en los certificados de defunción. Otro renglón en el cual se observaba un incremento de la mortalidad era en el campo de las afecciones neoplásicas. El efecto global sobre la duración de la vida había sido, sin embargo, el de un aumento del promedio de vida del venezolano. Este cambio en el tipo de patología ocurrido ameritaba la adecuación asistencial correspondiente.

Un discutible privilegio

Al referirnos al campo de las enfermedades cardiovasculares, es menester apuntar que nuestro país ha sido víctima de un triste privilegio, en razón de que:

1. Como país en vías de desarrollo, el perfil de las enfermedades cardiovasculares comprende aquellas relacionadas con la deplorable si-

tuación socio-económica en que se encuentran los estratos sociales de menores ingresos. Como prototipos de estas enfermedades figuran la fiebre reumática que había experimentado un descenso significativo en los países desarrollados –pero no así en el medio venezolano– y la enfermedad de Chagas, otra dolencia relacionada con la pobreza y con las precarias condiciones de vida existentes en el medio rural venezolano, incluyendo el sistema habitacional.

2. Pero, como también ocurre en el caso de los países desarrollados, somos víctimas de la enfermedad coronaria, la cual se relaciona con la sobrealimentación o con una alimentación defectuosa, como se observa en los estratos sociales de mayores recursos. Es decir, padecemos de una distribución bipolar de las enfermedades cardiovasculares, ligadas tanto a la miseria como a la abundancia, de acuerdo con el nivel de ingresos de la población.

Las enfermedades cardiovasculares habían pasado a constituirse entonces en la primera causa de muerte del adulto venezolano y en la segunda causa de mortalidad general en el país.

Ésta era la situación que se encontraba planteada en Venezuela para el año 1958. Era necesario adecuar las estructuras, los programas y las actividades del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a la lucha contra las enfermedades cardiovasculares y contra el cáncer.

La Fundación «Centro Nacional de Cardiología» (1948-1963)

Desde el año de 1948[1] empezó a gestarse, por iniciativa de los doctores Bernardo Gómez, profesor de la Cátedra de Clínica Cardiológica, Carlos Gil Yépez, profesor de Clínica Semiológica, y un grupo de profesores pertenecientes a la Cátedra de Cardiología del Hospital Vargas (los doctores Gilberto Morales Rojas, Juan José Puigbó, Eloy Dubois, Eduardo Hirschhaut, Rubén Jaén Centeno), junto con distinguidas personalidades del mundo económico y cultural, la constitución de una Fundación sin fines de lucro conocida con el nombre de «Centro Nacional de Cardiología» y cuyo objeto (según sus estatutos) era, textualmente, «contribuir al desarrollo de las actividades en el dominio de las enfermedades cardiovasculares en el triple aspecto de la investigación, docencia y asistencia». También tendría por objeto la colaboración con organismos encargados de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares, cuyas normas técnicas orientarían las actividades de la Fundación, cooperando también con las asociaciones similares existentes en la República o en el exterior, y las que se cons-

tituyeran en el futuro. Esta Fundación desarrollaría las actividades cardiológicas específicas en una ampliación *ad hoc* del Servicio de Cardiología del Hospital Vargas.

Este Centro funcionó bajo el patrocinio de la Cátedra de Clínica Cardiológica de la Universidad Central de Venezuela y del Servicio de Cardiología del Hospital Vargas, y mediante el soporte económico mencionado.

Se implantó un sistema de becas con la finalidad de lograr que el personal médico realizase estudios de perfeccionamiento en el exterior cubiertos con fondos del Centro Nacional de Cardiología y de la Universidad Central de Venezuela.

En 1955, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social creó el Servicio Sanitario de Control de Enfermedades Cardiovasculares, iniciativa del doctor José Ignacio Baldó, con la finalidad de incorporar la lucha contra las enfermedades cardiovasculares a los programas de salud pública y, también, como reconocimiento a la labor cumplida por el Centro Nacional de Cardiología.

El Centro tenía como objetivo: **1.** la preparación de personal tanto médico como técnico; **2.** el desarrollo de los modernos métodos de exploración cardiovascular, incluyendo el cateterismo cardíaco y la angiocardiografía, así como la actualización de los métodos tradicionales de diagnóstico, electrocardiografía, radiología, las exploraciones funcionales cardiorrespiratorias y algunas técnicas de laboratorio, y **4.** la promoción de la cirugía cardiovascular.

En septiembre de 1957[2] se produce el traslado de la Cátedra de Clínica Cardiológica y del Centro Nacional de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas. Un mes más tarde, en octubre de 1957, se inicia el primer curso de postgrado de Cardiología en el país, con una duración de dos años.

El Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto (1959-1962).

El doctor José Ignacio Baldó, en su condición de Médico Jefe de la División de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, había sido designado a partir de 1958 por la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a fin de llevar a cabo «una nueva orientación y reorganización del Despacho en el campo de las Enfermedades Crónicas»[3]. La creación de este Departamento era la consecuencia natural del cumplimiento, por parte del Despacho, de las conclusiones y recomendaciones insertas en la ponencia titulada

«Nuevos campos de acción de la salud pública venezolana», presentada en el I Congreso Venezolano de Salud Pública y durante la III Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias que tuvo lugar en Caracas, en 1956.

En dicha ponencia se reconoció que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer constituían problemas de salud pública que requerían acción inmediata y las cuales debían atenderse sin menoscabo de las otras luchas sanitarias, limitando las creaciones a organizaciones normativas, de preparación de personal y de coordinación.

Los objetivos del Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto eran: 1. coordinar las Divisiones que agrupaba, y 2. promover la lucha contra el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Las divisiones incluidas en el Departamento eran seis: 1. División de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, 2. División de Lepra, 3. División de Venereología, 4. División de Oncología, 5. División de Enfermedades Cardiovasculares y 6. División de Higiene del Adulto.

Para 1959, el Departamento de Enfermedades Crónicas, bajo la conducción del doctor Baldó, postulaba la necesidad de poner en marcha los primeros programas para la lucha a escala nacional contra el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, dada la creciente importancia de éstas como primera y segunda causa de mortalidad, respectivamente, desplazando a la gastroenteritis.

El objetivo planteado, tanto desde el punto de vista doctrinario como pragmático a fin de dar el primer paso en la lucha cardiovascular, era el descubrimiento precoz de los casos, de modo de aplicar aquellas medidas terapéuticas o de otra índole que pudiesen cambiar favorablemente el curso de la historia natural de estos padecimientos.

El problema crucial que se planteaba era la preparación de personal. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social obtuvo el apoyo decidido de la Facultad de Medicina en los planes destinados a la creación de los cursos de postgrado. El Ministerio de Sanidad ponía en práctica el principio de la «interrelación de todos los servicios del Estado» y sostenía –como señalaba Baldó– el postulado planteado desde 1935, a través de toda la historia del Despacho, según el cual se consideraba que la preparación de personal constituía el problema fundamental al cual era preciso abocarse.

Las bases de la lucha cardiovascular

Para el año 1958, el doctor Baldó[4,5,6] diseña las líneas generales de orientación del Despacho de Sanidad en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares a escala nacional.

El programa comprendería la creación de la División de Enfermedades Cardiovasculares, por resolución del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con fecha 1º de julio de 1959, adscrita al Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto. El doctor Bernardo Gómez, profesor de la Cátedra de Clínica Cardiológica, pasó a desempeñar el cargo de Médico Jefe de aquella División, la cual fue, a partir de 1959, la respuesta oficial para enfrentar el desafío planteado por la primera causa de mortalidad y letalidad en el adulto venezolano.

Sus funciones, en un sentido lato, consistían en las de ser el organismo rector, encargado de planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar las actividades que habrían de ejecutar los servicios locales de salud pública (hospitales, unidades sanitarias, centros de salud y medicaturas rurales), a objeto de alcanzar los propósitos fundamentales definidos en el programa de lucha nacional contra las enfermedades cardiovasculares, ya definidas en líneas anteriores como la primera causa de muerte del adulto venezolano y la segunda causa de mortalidad general.

También comprendería las siguientes funciones: 1. elaborar las normas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, utilizando una nomenclatura y clasificación uniformes que se aplicarían a escala nacional a los fines de la campaña; 2. supervisar para uniformar criterios, mejorar el trabajo y recolectar información a fin de realizar la medición estadística, con la intención de señalar las directrices necesarias para la campaña nacional; 3. preparar al personal médico; 4. investigar clínica y epidemiológicamente, y 5. educar desde el punto de vista sanitario.

Los cursos de postgrado en Cardiología

Estos cursos fueron destinados a la formación de los especialistas cardiovasculares, quienes debían ubicarse dentro de la organización cardiológica en los servicios hospitalarios o «Centros Cardiovasculares Zonales» que integraban la denominada «red primaria». Dentro de la estructura de la División de Enfermedades Cardiovasculares se instaló la «Sección de Docencia de Postgrado», encargada de coordinar

y desarrollar, en estrecha colaboración con la Cátedra de Cardiología de la Facultad de Medicina, los cursos de postgrado en Cardiología.
En lo que respecta al personal no médico, su preparación se dirigió a formar al personal técnico de rayos X, electrocardiografía, exploración funcional cardiopulmonar, hemodinamia, laboratorio, enfermeras especializadas y dietistas.

Los cursos medios de salud pública

Estaban destinados a suministrar a los cursantes los criterios básicos necesarios para el diagnóstico cardiológico, así como el conocimiento de las entidades nosológicas de mayor importancia y frecuencia en el país, apelando a los datos obtenidos por el examen clínico y radiológico. Los médicos que asistían a estos cursos medios de salud pública pasarían luego a ocupar su posición en los Centros de Pesquisa de casos en las unidades sanitarias, centros de salud y medicaturas rurales que integraban las «redes secundarias y terciarias».

El desarrollo de la estructura asistencial cardiológica

A partir de 1959[7,8,9] la organización cardiológica estaba integrada por:
1. El organismo rector, la División (Departamento de Enfermedades Cardiovasculares), con las funciones anteriormente definidas, y la cual se instala en la zona metropolitana, disponiendo de las facilidades para el desempeño de las labores del Consejo Directivo y las Secciones Administrativas, de Estadística y de Biblioteca.
2. Las redes cardiovasculares.
2.1. La Red Primaria: se instalaron en los hospitales generales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social los denominados «Centros Cardiovasculares Zonales» o «Centros Zonales» en donde se disponía de los requisitos de personal, equipo y técnicas que permitieran el diagnóstico, tratamiento e investigación clínica y epidemiológica. En estos Centros se utilizó una nomenclatura y clasificación uniforme con el fin de obtener datos acerca de la morbilidad, los cuales, aunados a las estadísticas de mortalidad registradas por el Departamento de Epidemiología y Estadística Vital, permitían obtener un mejor conocimiento sobre la magnitud y distribución de estas enfermedades en el país y orientar así las acciones que debía desarrollar la División. En los Centros se aplicarían las normas y procedimientos elaborados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, y se debían preparar las fichas epidemiológicas

así como el suministro de la información correspondiente a la Sección de Estadística de la División.

Estos Centros cardiovasculares primarios se organizaron en las capitales de estado o en algunas de sus ciudades más importantes que contaran con 25.000 habitantes o más, con sede principalmente en los hospitales o en aquellas unidades sanitarias o centros de salud regionales que estuviesen dotados de los recursos necesarios para desarrollar una labor integral. Estos Centros estaban atendidos por médicos cardiólogos denominados «cardiólogos de zona», egresados del curso de postgrado nacional de Cardiología.

Debían cumplir las siguientes labores: 1. de asistencia, dentro de las cuales se hacía hincapié en el diagnóstico precoz y en la búsqueda de casos en las etapas iniciales del padecimiento; 2. de investigación clínica y epidemiológica, especialmente dirigida a la obtención de datos sobre la morbilidad cardiovascular; 3. de docencia, a fin de contribuir con las tareas de formación del personal de apoyo necesario para cumplir fines específicos; 4. de coordinación, para establecer las relaciones de las actividades del Centro con los programas afines, en especial, con los servicios de Medicina Interna, y 5. de educación sanitaria a la población, para despertar en la comunidad la conciencia de la necesidad de colaborar en la lucha cardiovascular.

Esta red de servicios cardiovasculares hospitalarios se encontraba atendida por el personal debidamente preparado por la División correspondiente, ajustándose a las normas establecidas y que, bajo su supervisión, constituiría el centro neurálgico de la lucha sanitaria asistencial, con funciones similares a los servicios equivalentes del Departamento de Enfermedades Crónicas en los campos de la tuberculosis, la venereología y la lepra.

Estos Centros tendrían, además, la misión de extender su acción fuera del centro en donde se encontraba su asiento hospitalario para establecer, en forma planificada, la debida articulación con los hospitales distritales y locales. Además del personal médico y secretarial, estos Centros contaban para el cumplimiento de sus labores con la enfermera visitadora, la trabajadora social y la dietista. La supervisión de estos Centros corría a cargo del Director de la División y del Adjunto Administrativo, quienes efectuaban visitas periódicas para solventar los problemas administrativos que se suscitasen y para conocer de la debida marcha del desarrollo del programa.

2.2. La Red Secundaria: los Centros Cardiovasculares secundarios se

ubicaron en la periferia de los hospitales o centros de salud distritales, en poblaciones de 5.000 a 24.999 habitantes, atendidos por médicos formados en el Curso Medio de Salud Pública, debidamente entrenados para la lucha a ese nivel, valiéndose de la enseñanza clínica recibida y, en general, disponiendo del auxilio de los rayos X.

Estos Centros permiten intensificar y ampliar el área de acción de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares. Las funciones correspondientes son: 1. la atención a los problemas cardiovasculares por el médico encargado de la red secundaria, el cual se encuentra capacitado para resolverlos de acuerdo con los recursos disponibles; 2. la remisión al centro de la red primaria de aquellos casos que en su nivel no tuviesen solución; 3. el seguimiento de los pacientes que hayan sido referidos a la red primaria; 4. la búsqueda de casos y de formas incipientes de cardiopatía y 5. el registro y el archivo, mediante el cuidadoso control y la notificación periódica a la División, empleando formularios *ad hoc*. De esta forma, dichos centros se convierten en productores de estadística de morbilidad al recoger datos utilizando una base normalizada y comparable.

2.3. La Red Terciaria: estos Centros, ubicados en las medicaturas rurales de poblaciones pequeñas, eran atendidos por médicos a los cuales también se les mejoraba su preparación mediante el seguimiento de los cursos medios, con miras a que pudieran establecer un diagnóstico sindromático y aplicar el tratamiento básico, ajustándose a las pautas contenidas en el manual especialmente elaborado para las medicaturas rurales. Los integrantes de esta red podían solicitar el asesoramiento requerido a los centros secundarios o primarios.

El Consejo Directivo o Asesor de la División de Enfermedades Cardiovasculares (1959-1974)

Como quedó anteriormente señalado, la División de Enfermedades Cardiovasculares fue creada el 1º de julio de 1959, por resolución emanada del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y adscrita al Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto. El doctor Baldó se encontraba al frente del Departamento de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en tanto que el doctor Bernardo Gómez pasó a ocupar el cargo de Director y Médico Jefe de la División de Enfermedades Cardiovasculares, siendo su posición académica la de Profesor de Cardiología y

Jefe de Servicio, primero en el Hospital Vargas (1937-1957) y luego en el Hospital Universitario de Caracas (1957-1968).

Por iniciativa de los doctores Baldó y Gómez, se integró el Consejo Directivo o Asesor de la División de Enfermedades Cardiovasculares[10], con la finalidad de elaborar el programa de la lucha nacional contra las enfermedades cardiovasculares, contribuir al diseño de los programas epidemiológicos, proceder a la organización de la red asistencial cardiológica y brindar asesoría en los campos de la asistencia, docencia e investigación, así como en el desarrollo de los procedimientos técnicos requeridos. En síntesis, tenía a su cargo el dar cumplimiento a las tareas específicas de la División y la elaboración de las políticas de salud pública en lo referente al ámbito cardiovascular a escala nacional.

El primer Consejo Asesor quedó integrado de la siguiente manera: el doctor Baldó, en su condición de Médico Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto y Asesor-Director General del Programa Cardiovascular; el doctor Gómez, Director Médico Jefe; el doctor Iván Ferrer, como Adjunto Técnico Administrativo, y los doctores Carlos Gil Yépez, Rafael José Neri y Juan José Puigbó, como adjuntos clínicos.

El segundo Consejo Asesor quedó constituido por los doctores Baldó, Gómez, Humberto García Barrios, Carlos Gil Yépez, Rafael J. Neri y Juan José Puigbó. El doctor Ferrer pasó a desempeñar la función de organizar y supervisar los servicios locales de salud pública a escala nacional.

Este Consejo Asesor desempeñó sus funciones en forma regular durante quince años, reuniéndose semanalmente, dando cumplimiento así a las tareas mencionadas y realizando reuniones y visitas de índole técnico-administrativa a los Servicios de Cardiología en todo el país.

El Consejo Asesor contaba con la asistencia del doctor Rubén Jaén en lo concerniente a los problemas relativos a la cirugía cardiovascular, del doctor José A. Suárez para la programación de los estudios de Patología Cardiovascular, del doctor Luis López Grillo en lo relativo al postgrado de Cardiología y de los doctores Rogelio Valladares y Armando Pérez Lozano en el campo de la Neumonología. Un apoyo invalorable para el desarrollo de la División lo brindó el grupo de médicos especialistas en el campo de la salud pública, quienes también realizaron su especialidad en Cardiología; ellos fueron los doctores Iván Ferrer, Humberto García Barrios, Gonzalo Pieters y J. R. Nava Rhode, los cuales constituyeron, junto con el grupo cardiológico del

Hospital Universitario de Caracas, el núcleo inicial de la División de Enfermedades Cardiovasculares.

Las secciones técnicas[11] ubicadas en el Hospital Universitario de Caracas fueron, en la etapa inicial de su instalación, la de Radiología (doctores T. Uzun y F. Pisani); Electrocardiografía (doctor A. Anselmi); Hemodinamia, Cateterismo Cardíaco y Angiocardiografía (doctor Juan José Puigbó); Exploración Cardiopulmonar (doctor Eduardo Hirschhaut); Laboratorio Clínico Cardiovascular (doctor Pierre Curé); Servicio de Bioanálisis (señorita Noelle Guerón); Servicio de Administración (Licenciado William Suárez), y en los Servicios Clínicos (los doctores León Klarh, Eloy Dubois y Alberto Drayer). Posteriormente, se organizaron las Secciones de Cardiopatía Pediátrica (doctores G. Anselmi, S. Muñoz), Vectocardiografía (doctores I. Boccalandro, F. Moeliro), Métodos Gráficos (doctores Eloy Dubois, O. Auiar, A. Salazar, S. Brandi), Hipertensión Arterial (doctor L. Klarh), Vascular Periférico (doctores A. Mamán, I. Avendaño). Luego se establecieron la Unidad de Cuidados Coronarios (doctores L. López Grillo, J. Acosta, D. Almeida), de Rehabilitación Cardíaca (doctores D. Almeida, J. Rosenthal), Ecocardiografía (doctores H. Acquatella, O. Medina), Isótopos Radioactivos (doctores N. Arreaza y J. J. Puigbó), de las Unidades de Fiebre Reumática (doctor S. Muñoz), y Miocardiopatías (doctores J. J. Puigbó y H. Giordano).

El programa de la lucha nacional contra las enfermedades cardiovasculares

El Consejo Directivo de la División de Enfermedades Cardiovasculares trazó desde el inicio las bases del «Programa»[12] que debía contener los objetivos centrales o primarios de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares:

1. Reducir la incidencia de aquellas afecciones cardiovasculorrenales que fueran tributarias de medidas específicas de control (prevención primaria).

2. Prevenir el progreso y las complicaciones de las afecciones cardiovasculorrenales, y prevenir o limitar la invalidez, mediante el diagnóstico y tratamiento precozmente realizado (prevención secundaria).

3. Ofrecer la rehabilitación física, mental y social de estos enfermos, a fin de hacerles más grata y productiva la vida.

Los cursos de postgrado nacionales de Cardiología

Estos cursos fueron iniciados, como ya se mencionó, en 1957[13], simultáneamente con la apertura del Servicio y el traslado de la Cátedra de

Cardiología del Hospital Vargas al Hospital Universitario de Caracas. La División de Enfermedades Cardiovasculares, por medio de su Sección de Docencia de Postgrado, tenía a su cargo las funciones de coordinar y desarrollar en estrecha colaboración con la Cátedra de Cardiología de la Facultad de Medicina:

1. Los cursos de postgrado de Cardiología para la formación del especialista en esta área.

2. Los cursos medios de salud pública, con el propósito de suministrar el componente de la información cardiovascular necesario para cumplir las funciones específicas a este nivel mediante un curso teórico-práctico. Los cursantes eran asignados al Departamento de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas bajo la dirección del Médico-Jefe, el Médico-Jefe de la Docencia, así como del cuerpo docente de la Cátedra de Cardiología del Hospital Universitario y de la División de Enfermedades Cardiovasculares.

Estos cursos se establecieron dentro de los siguientes lineamientos: *Los objetivos perseguidos para la formación del especialista cardiovascular deben ser no solamente los que tiendan a resolver los problemas de asistencia a los pacientes cardiovasculares, sino a desarrollar en el aspirante una visión integral de la Cardiología como rama de la Medicina Interna, una comprensión de la función social que le toca desempeñar, una posición científica suministrada por un dominio de las ciencias básicas y el desarrollo de una capacidad docente, cualidades todas que lo colocan en situación de actuar en el medio al cual será destinado en forma productiva.*

Los cursos de postgrado nacionales de Cardiología, iniciados en 1957, se han venido realizando en forma ininterrumpida hasta el presente, habiendo llegado a completarse siete cursos de importancia fundamental para cumplir con las demandas de cardiólogos, y necesarios para cubrir los servicios y satisfacer los requerimientos de la población, en unión con otros centros de postgrado que fueron emergiendo y han colaborado en la tarea de la formación del personal necesario a escala nacional.

Los cursos medios de salud pública. La Cardiología simplificada

Como se mencionó previamente, el objetivo básico de estos cursos era incorporar al médico general, es decir, sin formación específica en el campo de la Medicina Interna o en el de la Cardiología, en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares. A sugerencia del doctor

Baldó, en su condición de Médico-Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto y de Asesor-Director General del Programa Cardiovascular, se planteó en el Consejo Asesor el estudio de la contribución que podía brindarse a los cursos medios de salud pública en la esfera cardiovascular.

El Consejo Asesor designó al doctor Juan José Puigbó para que presentase un proyecto de curso señalando el contenido y el número de temas dirigidos a:

1. Mejorar la capacitación de los médicos cursantes para su ejercicio, en el nivel de las redes secundarias de la organización sanitaria.
2. Suministrar los criterios fundamentales o incontrovertibles de cardiopatía en forma simplificada, expuestos en un curso teórico-práctico, de manera de capacitar a los cursantes en las tareas del despistaje.
3. Realizar despistaje, pudiendo separar la población estudiada en tres grupos: los sanos, los patológicos y los sospechosos. Estos dos últimos grupos serían objeto de referencia a los centros de la red primaria.
4. Alcanzar el diagnóstico precoz, el cual constituye la piedra angular de una buena práctica médica al permitir el diagnóstico antes de que el paciente amerite el ingreso al hospital. Mediante el diagnóstico precoz se busca prevenir las consecuencias graves de la enfermedad. Los cursantes deben formular un diagnóstico sindromático y etiológico tentativo.
5. Enseñar las medidas preventivas requeridas y la orientación del tratamiento básico.
6. Remitir a nivel primario aquellos casos patológicos o sospechosos, con la finalidad de su estudio en profundidad. El cursante entrenado deberá hacer el seguimiento de estos casos a nivel intrahospitalario y recibir el resultado de las exploraciones y exámenes realizados. Asimismo, habría de asistir a la revisión conjunta de los casos.
7. Llenar la ficha epidemiológica de los casos estudiados, con el fin de suministrar la información estadística centralizada a la División de Enfermedades Cardiovasculares, para su debido procesamiento.

Los criterios básicos de cardiopatía

En atención al requerimiento del Consejo Asesor del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, el autor procedió a presentar un conjunto de criterios fundamentales de cardiopatía[14] que pudiesen identificar con gran rigor al sujeto portador de la misma, por poseer éste los síntomas y los signos seleccionados, una elevada sensibilidad y

especificidad para el diagnóstico, ser fácilmente demostrables al examen del paciente y ponerse en evidencia con el entrenamiento básico que ofrece el docente, bien sea en pregrado, es decir, cuando están destinados al estudiante de Medicina, o bien sea en los cursos medios de salud pública, cuando están dirigidos a afinar el conocimiento del médico general, los cuales van a ejercer sus funciones dentro de la red asistencial, en los niveles secundario y terciario.

Estos criterios permiten, en síntesis, establecer la preparación necesaria para acometer la tarea de separar una población sana de la enferma desde el punto de vista cardiovascular, así como la de identificar los factores de riesgo presentes en una determinada comunidad.

Los objetivos del curso

Los propósitos del curso eran[15]:

1. Establecer el diagnóstico presuntivo de cardiopatía, separando la población estudiada en tres categorías: la sana, la dudosa y la portadora de cardiopatía. Los sujetos clasificados como dudosos o patológicos recibían la atención inicial, según las normas terapéuticas elaboradas, y eran posteriormente enviados al nivel asistencial superior para exámenes especiales.
2. Asentar tentativamente el tipo etiológico de cardiopatía e investigar los eventuales factores de riesgo asociados que estuvieran presentes.
3. Llenar las fichas, según las normas de la Asociación de Corazón de Nueva York, en lo relativo a la clasificación funcional y terapéutica.

De la cirugía torácica a la cirugía cardiovascular

El doctor Baldó contribuyó en forma significativa al inicio y desarrollo de la cirugía del tórax en el país al introducir la intervención de la toracoplastia (16 de abril de 1929). En esta etapa pionera fue acompañado en sus esfuerzos por el doctor Ángel Larralde, padre. En 1934, el doctor Baldó es designado Jefe del Servicio de Tuberculosis del Hospital Vargas y procede a la creación del Servicio de Cirugía del Tórax, el cual pasaría a llenar la etapa inicial del progreso de la Cirugía del Tórax en Venezuela. En este período se incorporó al Servicio el doctor Rafael González Plaza, un brillante discípulo y colaborador de Baldó. Por otra parte, en 1936, el doctor Elías Toro realizó un viaje de especialización a Berlín con los profesores Sauerbruch y Ulrici. A su regreso pasó a ser un elemento de gran empuje para el desarrollo de la cirugía del tórax.

Luego, en 1940, tiene lugar la inauguración del Sanatorio «Simón Bolívar» gracias a los esfuerzos desplegados por Baldó, el arquitecto Carlos Guinand y el doctor Pedro González Rincón. El Sanatorio pasaría a convertirse en el organismo rector de la lucha antituberculosa en el país y en un centro altamente especializado para la cirugía torácica. El doctor Baldó también promueve la instalación y desarrollo de los laboratorios de exploración pulmonar, siendo el doctor Víctor Giménez el encargado inicial de este campo, a partir del año 1943. En esta etapa, la cirugía del tórax continuaba siendo básicamente una cirugía de la tuberculosis. En 1946, se incorpora el doctor César Rodríguez, quien incluye la práctica de la cirugía endotorácica y expande el campo de la cirugía del tórax a la patología pulmonar de etiología no tuberculosa.

A partir de 1948 se inauguran en el país otros centros antituberculosos y de cirugía del tórax. En abril de ese año fue inaugurado el Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo, el cual se constituyó como el primer centro de cirugía torácica fundado fuera de la capital de la República, al cual se sumarían los Sanatorios de Barquisimeto (1947), de Oriente en Cumaná (1949), y el Sanatorio Venezuela en Mérida (1951). Estos sanatorios, junto con el «Simón Bolívar» de Caracas, suministraron la infraestructura necesaria para brindar el beneficio de la cirugía del tórax a diversas e importantes regiones del país. El doctor Baldó, en su condición de Médico Jefe de la División de Tuberculosis, desempeñó un papel fundamental en la implantación, realización sistemática y desarrollo de la cirugía torácica en todo el ámbito nacional.

La exploración funcional cardiopulmonar y la cirugía cardiovascular

Como se mencionó previamente, el doctor Víctor Giménez había iniciado el campo de la exploración funcional pulmonar, llevando a cabo junto con Ángel Larralde los primeros cateterismos efectuados en el país en el año 1949[16]. En 1952 se realizan en forma sistemática los cateterismos cardíacos en el Centro Nacional de Cardiología, cuyo director era el doctor Bernardo Gómez, por un equipo integrado por los doctores J. J. Puigbó, Eloy Dubois y P. Fernández Bonetti. En Maracaibo se iniciaron a partir de 1954 gracias a la labor de G. García Galindo, W. Pérez Romero, A. Ferrero Tamayo y R. París Martínez y, seguidamente, de Fernando Bermúdez Arias. Los estudios hemodinámicos se continuaron en gran escala en el Hospital Universitario de Caracas a partir de 1957 por los doctores Juan J. Puigbó, Pablo Blanco Her-

nández, Iván Machado, Hugo Giordano y P. Fernández Bonetti[17]. Fueron continuados en el Hospital Vargas por los doctores Otto Hernández Pieretti y Henry Collet, y en el Hospital Militar, por el doctor Otto Hernández Pieretti. En el Sanatorio «Simón Bolívar», la exploración funcional cardiopulmonar fue continuada por el doctor Manuel Adrianza y, en Mérida, por el doctor Hugo Carrasco. Luego se establecieron laboratorios de hemodinamia en las principales ciudades del país (Barquisimeto, Valencia, etc.).

Recientemente se han instalado laboratorios de hemodinamia en diversos centros médicos privados del país.

La primera intervención de cirugía cardiovascular fue practicada con éxito en el país por el cirujano inglés sir Holmes Sellors T. H., quien viajó a Venezuela como miembro de una misión médica británica. Operó un caso de conducto arterioso en el Hospital Vargas de Caracas, estudiado por los doctores G. Morales Rojas y J. J. Puigbó[18,19]. Una semana después, practicó otra intervención de persistencia de conducto arterioso en Maracaibo, estudiado por el doctor F. García Ordoñez.

La cirugía cardiovascular en los sanatorios antituberculosos

Cabe destacar el importante papel que jugaron los sanatorios antituberculosos del país (Maracaibo, Mérida, Cumaná y Caracas) en el desarrollo de este tipo de cirugía en Venezuela. Dentro de las distintas instituciones descollaron el doctor Ángel Larralde, quien fue el primer cirujano venezolano en practicar con éxito la ligadura del conducto arterioso, y el doctor G. García Galindo, quien practicó con éxito la «sección y sutura» del conducto arterioso, la cual fue realizada también por el doctor Luis Delfín Ponce en el Hospital Vargas (1955). El doctor García Galindo realizaría por primera vez el tratamiento quirúrgico de la coartación aórtica en 1954, y también la primera pericardiectomía para el tratamiento quirúrgico de la pericarditis constrictiva crónica[20] en 1955. Debido a la consideración especial concedida por el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares al programa de cirugía cardiovascular, el Consejo Asesor designó al doctor Rubén Jaén Centeno para encargarse del desarrollo de este programa. Debido al esfuerzo del doctor Jaén, se crea la Cátedra de Cirugía Cardiovascular y el Servicio de Cirugía Cardiovascular en el Hospital Universitario[21] (1968). Posteriormente, la cirugía cardiovascular adquiere un mayor desarrollo en el Sanatorio «Simón Bolívar» debido al equipo quirúrgico presidido por el doctor Manuel Adrianza,

lográndose así un mayor impulso en los sanatorios de las principales ciudades del país.

No cabe duda alguna acerca de la poderosa influencia que ejerció el doctor Baldó en la implantación y desarrollo de la cirugía torácica en el país, la importancia del estímulo que le brindó a la creación de los laboratorios de exploración funcional y al desarrollo de la infraestructura, especialmente en los sanatorios antituberculosos, lo cual abrió el paso de la cirugía torácica a la cirugía cardiovascular.

Consideraciones finales

A grandes rasgos, se podría resumir la contribución del doctor José Ignacio Baldó a la esfera cardiovascular de la siguiente manera:

1. En el aspecto asistencial, creó el organismo rector de la lucha cardiovascular (la División de Enfermedades Cardiovasculares y la red asistencial articulada), destinado a enfrentar el reto planteado por las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte en el país.

2. En el aspecto pedagógico, promovió la formación de personal *ad hoc* a todos los niveles: el postgrado de Cardiología, los cursos medios y la Cardiología Simplificada.

3. En el Consejo Asesor de la División de Enfermedades Cardiovasculares, brindó su apoyo al desarrollo de:

• La patología cardiovascular, estimulando la especialización en este aspecto y designando los primeros asesores en la disciplina.

• La exploración funcional cardiopulmonar, promoviendo el desarrollo de laboratorios especializados en la red primaria de la organización asistencial.

• La cirugía cardiovascular en el Hospital Universitario y en otros centros hospitalarios, así como en los institutos antituberculosos, contribuyendo a la formación de especialistas en este campo especializado.

• La investigación de carácter epidemiológico en las enfermedades cardiovasculares, como fue el caso específico de la enfermedad de Chagas.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto la importancia de la contribución del doctor Baldó al desarrollo de la disciplina cardiológica en el país, tanto en la concepción y aplicación de un proyecto de la Cardiología social como en lograr una organización cardiológica destinada a disminuir el impacto provocado por las enfermedades cardiovasculares en la sociedad venezolana.

1 Puigbó, J. J.
«Historia de la Sociedad Venezolana de Cardiología». *Avances Cardiológicos,* vol. XIV, Sup nº 2-40 Aniversario, 1994.

2 Plaza Izquierdo, F.
Hospital Universitario de Caracas. Recuento histórico en su trigésimo aniversario, (Tomos I-II). Rectorado de la Universidad Central de Venezuela y Hospital Universitario de Caracas, Caracas, 1986.

3 Baldó, J. I.
«El Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto y su labor contra el cáncer y las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos». *Rev. San. As. Soc.*, vol. XXV, Nº 2-3, 1960.

4 *Ibídem.*

5 Gómez, B.
«La División de Enfermedades Cardiovasculares». *Rev. San. As. Soc.*, vol. XXV, nº 2-3, 1960.

6 Gómez, B., C. Gil Yépez, J. J Puigbó y H. García Barrios.
«El problema cardiovascular en Venezuela». *Rev. Venez. San. As. Soc.*, vol. XXVII, nº 3, 1962.

7 Baldó, J. I.
Op. cit.

8 Gómez, B.
Op. cit.

9 Gómez, G., C. Gil Yépez, J. J. Puigbó y H. García Barrios.
Op. cit.

10 Puigbó, J. J.
Op. cit.

11 *Ibídem.*

12 Gómez, G., C. Gil Yépez, J. J. Puigbó y H. García Barrios.
Op. cit.

13 Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Cursos de postgrado. «Curso de Postgrado de Cardiología», págs. 82-90, Caracas, 1959.

14 Puigbó, J. J.
Fundamentos de clínica cardiológica integral. Caracas, OBE-UCV, 1972.

15 Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. «Curso Medio de Salud Pública», págs. 19-25, Caracas, 1959.

16 Puigbó, J. J.
«Historia de la Sociedad Venezolana de Cardiología». *Op. cit.*

17 Puigbó, J. J., P. Blanco, I. Machado, H. Giordano.
Bases hemodinámicas de la clínica cardiovascular. Caracas, OBE-UCV, 1966.

18 Puigbó, J. J.
«Historia de la Sociedad Venezolana de Cardiología». *Op cit.*

19 García Galindo, G.
«Evolución de la cirugía torácica en Venezuela en el período 1926 a 1955». VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, págs. 1.313–1.323, 1955.

20 *Ibídem.*

21 Puigbó, J. J.
«Historia de la Sociedad Venezolana de Cardiología». *Op cit.*

LA CARRERA DE TECNOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN LA OBRA DE BALDÓ

Margot Corvaia

En su gran obra, el doctor José Ignacio Baldó le dio mucha importancia a la docencia en todos los niveles. Junto con la preparación de los médicos, adiestró a cada uno de los que formarían los equipos de trabajo; así, por ejemplo, a principios de los años cuarenta, trajo de Alemania a la enfermera Johanna Borowsky, quien le dio una formación y disciplina europea al ambiente del Sanatorio «Simón Bolívar». Se unió con Luisa Amalia de Vegas, y de allí salieron las pioneras de la actual Carrera de Servicio Social de la Universidad Central de Venezuela. Por otra parte, junto al doctor Víctor Giménez Figueredo, Baldó fundó el Servicio de Exploración Pulmonar en el Sanatorio «Simón Bolívar» y se preparó a Ludovina Puente, nuestra primera mujer técnica en Función Pulmonar.

El doctor Baldó, conocedor de los avances en Fisiopatología Cardiopulmonar, envió al doctor Giménez Figueredo a la Argentina primero, con el profesor Gumersindo Sayago, y a los Estados Unidos después, con el doctor André Cournand, en el Bellevue Hospital de Nueva York, donde se efectuaban los cateterismos de corazón. Al regresar el doctor Giménez, Baldó convoca a los médicos que formarán iguales servicios en los sanatorios del interior. Ellos traen bachilleres para prepararlos en el manejo de los equipos que habrían de emplear. El doctor Baldó les proporcionó todas las facilidades (becas y alojamientos en los hospitales) para que hicieran su carrera.

Así fuimos formando a los pioneros en esta especialidad. El doctor Víctor Giménez convirtió su servicio en una aula permanente para estos técnicos pasantes. El Centro Nacional de Cardiología también envió jóvenes para su formación en esta área. En 1949 ya teníamos personal preparado y así hicimos el primer cateterismo de corazón en el Sanatorio «Simón Bolívar», donde se encontraba el personal técnico que él impulsó.

Baldó estaba consciente de la importancia que revestía la formación del personal técnico en el campo de la salud y esta enseñanza ha continuado a través de los años. Trabajábamos hasta sábados y domingos sin remuneración especial, y era un orgullo que él nos convocara. Nunca se hizo paros por falta de material o huelga; era una Venezuela donde todos hacíamos lo que teníamos que hacer.

El doctor Víctor Giménez preparó un libro para médicos y técnicos y ese fue uno de nuestros primeros textos de estudio y nuestro primer programa. Manejábamos espirómetros de varias marcas, electrocardiógrafos, gasómetros volumétricos, como los Van Slike, Haldane,

Tissat; fonocardiógrafos, balistrocardiógrafos, equipos para medir presiones intracavitarias, rayos X, y revelábamos las fonocardiografías, las placas tomadas en serie, ya que no teníamos los cineangios. Medíamos la tensión venosa y la arterial; tomábamos muestras de sangre de venas, arterias, cavidades cardíacas y las analizábamos. Había una pequeña estación suiza que medía la presión barométrica, la temperatura y la humedad, factores necesarios para los cálculos que eran muchos.

Ese fue el primer laboratorio de entrenamiento de fisiopatología cardiopulmonar que existió en el país para médicos y técnicos cardiopulmonares. En los años cincuenta, con el avance de la cirugía cardiovascular, ya el doctor Baldó y su equipo de médicos y técnicos efectuarían con éxito la primera operación de corazón en Venezuela. Eso fue en 1952, en El Algodonal, en el Sanatorio «Simón Bolívar». Los encargados fueron los doctores Ángel Larralde, Juan Delgado Blanco, Rafael Junquera, Víctor Giménez y otros. Allí estábamos los técnicos, controlando los gases arteriales, electrocardiogramas y otros parámetros.

Ya los servicios que él fundó estaban en pleno funcionamiento en Mérida, Maracaibo, Barquisimeto, Cumaná, Los Teques y Valencia, entre otras ciudades. En Caracas también se extendieron los servicios, junto con el Centro Nacional de Cardiología que funcionaba en el Hospital Vargas, a cargo de los doctores Bernardo Gil Yépez, Juan José Puigbó y otros. Se les había preparado su personal técnico y, ya para 1958, también ellos estaban en capacidad de hacer sus cateterismos cardíacos, al igual que todos los otros hospitales, como el Hospital Militar, la Cruz Roja y el Hospital Universitario de Caracas.

El doctor Baldó traía todos los nuevos equipos que se conocían en este campo para que nos mantuviésemos al día. En 1957 introdujo los equipos Godart que medían nuevos parámetros, tal como el volumen residual, y podíamos medir las capacidades de cada pulmón por separado, lo cual era verdaderamente un gran avance para el estudio de la función pulmonar. En 1960 nos envió para analizar la situación de los estudios de tecnología cardiovascular en otros países de Europa y Norteamérica; el personal se preparaba de la misma forma como nosotros, y los laboratorios eran casi iguales, con nuevos equipos y tecnologías.

Así resuelve llevarnos, a principios de 1961, al Hospital Universitario, donde se desempeñaba como Jefe del Servicio de Neumonología y

Jefe de la Cátedra. Comenzamos los trámites y abrimos un servicio de rehabilitación respiratoria, ya que teníamos experiencia, pues en El Algodonal dicho servicio se encontraba también muy adelantado gracias a las labores del doctor Efraín Barrera.

Con los doctores Eduardo Hirschaut y Víctor Giménez, abrimos el Laboratorio Cardiopulmonar del Hospital Universitario de Caracas; allí también llevamos a hacer pasantías a los alumnos, ya que los cateterismos cardíacos en este hospital eran una rutina, y en él se encontraban los técnicos que habíamos preparado en los años cuarenta.

Para ese tiempo, y en vista de que ya nos encontrábamos tramitando la carrera de Técnico Cardiopulmonar en la Universidad Central de Venezuela, hicimos una nivelación de todo el personal preparado, ya que ellos estarían llamados a ser los profesores al contar con más de veinte años de experiencia y estudios. Estos cursos duraron dos años y los diplomas fueron firmados por los doctores Henry Collet Velazco e Irán Rodríguez, profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

También se había creado, en los años sesenta, la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, y su fundador, el doctor Jorge Andrade, nos brindó todo su apoyo. Igual fue el caso de los sucesivos directores quienes nos daban las becas para los estudiantes; ellos también avalaron nuestros estudios y, gracias a su estímulo, graduamos una promoción en 1975. Los diplomas fueron firmados por los doctores Luis Moncada, Arcadio Andrade, Manuel Adrianza, Eduardo Carvallo y los técnicos coordinadores y profesores de la Escuela. Pero en 1976 muere nuestro gran benefactor, el doctor Baldó, y fue entonces cuando decidimos proseguir la lucha para la inscripción formal de la carrera en la Universidad Central de Venezuela. Él nos dejó el camino trazado, su orientación, su disciplina y la fe. Sabíamos que se trataba de una cuestión de constancia y tiempo.

La lucha era dura, pues los diferentes cambios de autoridades obligaban a posponer proyectos diferentes. Así fuimos enviados unas veces al Ministerio de Educación, pues se formaría el Instituto Tecnológico Universitario de las Carreras de la Salud; otras veces, a la Universidad Simón Bolívar, y luego, otra vez, a la Universidad Central de Venezuela.

Nuestros contactos definitivos fueron con la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina que estaba situada en la Ciudad Universitaria, en el Instituto de Higiene. Fueron meses de trámites. Luego se transfirió esta Escuela a la zona de El Algodonal, y fue allí donde en-

contramos la cuna de nuestra carrera. Todos entendían la necesidad de la formación de este personal y conocían nuestro trabajo. Fue entonces cuando la Universidad Central de Venezuela resolvió convocar por primera vez a los aspirantes, a quienes se les exigirían notas de 15,8 puntos, ser Bachiller en Ciencias y dedicación exclusiva.

Se funda la Dirección de Tecnología Médica con la doctora Evelyn Dugarte de Figueroa. En ese tiempo se encontraba allí como director el doctor Oscar Lobo Castellanos, sanitarista que perteneciera al grupo del doctor Baldó. Tres promociones formaron el primer acto de graduación de técnicos cardiopulmonares en el paraninfo de la Ciudad Universitaria. Habían transcurrido desde entonces 17 años de trámites y 40 años de haber preparado a la primera mujer técnico pulmonar.

Situación actual

Al crearse el Departamento de Tecnología Médica se organizaron los nuevos programas, se solicitó que se elevara el rango al de técnico superior cardiopulmonar y se aumentó un semestre más de estudios (anteriormente eran cuatro semestres). Así graduamos varias promociones. Luego, la Facultad de Medicina convirtió los estudios en régimen anual y la carrera pasó a durar tres años. Los programas irían aumentando en materias y número de créditos, al tiempo que se actualizaban de acuerdo con los avances tecnológicos y de equipos.

Se trata de una carrera de alto nivel que, para 1998, aspiraba ya a estar preparando personal de licenciados, los primeros de los cuales se graduaron en 1999; son, actualmente, cinco años de estudios.

Los equipos que manejamos comprenden espirómetros, tensiómetros, analizadores de gases en gases y sangre, Ph, capnógrafos, nitrógrafos, electrocardiógrafos, ergómetros, ecocardiógrafos, marcapasos, control y lectura de electrocardiogramas ambulatorios, respiradores y nebulizadores, entre otros.

Mediante estos instrumentos trabajamos en las pruebas para hacer cateterismos de corazón; en cirugía cardiovascular, manejando la bomba extracorpórea y la instalación de marcapasos, y en rehabilitación cardiopulmonar, efectuando punciones arteriales, ecocardiogramas, ergometrías, programación de marcapasos y espirometrías.

Muchas de las técnicas cardiopulmonares que manejan la bomba extracorpórea fueron (y son) preparadas en esta carrera por los primeros perfusionistas. Ellos, junto con los médicos, son de hecho los

responsables del primer programa de perfusión de esta carrera: María Cristina París, quien se preparó en los Estados Unidos, el doctor Víctor Grossman, en ese entonces con su equipo del Hospital Militar, y Aída Guarisma. Luego, el doctor Rubén Jaén, la doctora Hilda Velarde y Antonieta Lazg, entre otros, han hecho programas similares, brindando un entrenamiento especial en el Hospital Universitario de Caracas.

Se trata de un personal que, previa referencia médica, trabaja en exámenes para diagnóstico, medicina preventiva y en el campo de las investigaciones; asimismo, se encuentra en capacidad de planificar, organizar y administrar los recursos materiales y humanos asignados a su área de servicio, y de propiciar el mejoramiento de las condiciones de trabajo y profesionales. En suma, es un personal que labora en la parte asistencial, docente y administrativa.

Es importante destacar que la carrera de técnico cardiopulmonar fue una de las más exitosas iniciativas del doctor Baldó. La vida y obra de este insigne médico venezolano son material de estudio de estos jóvenes, y modelo de empuje y constancia para los que seguimos su ejemplo de trabajo y disciplina.

Consideraciones finales

Desde la fundación del servicio de Exploración Cardiopulmonar por parte de los doctores José Ignacio Baldó y Víctor Giménez hasta hoy, cuando ya se cursa esta carrera a nivel de licenciatura, han transcurrido cincuenta años llenos de luchas y esperanzas, con el orgullo del éxito logrado. Hoy en día disponemos en la Facultad de Medicina de varias carreras cortas con un personal técnico competentemente preparado. Esas carreras son Tecnología Cardiopulmonar, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rayos X, etc., donde hombres y mujeres venezolanos creen y se inspiran a diario en la obra del doctor Baldó.

BALDÓ Y LA FISIOPATOLOGÍA CARDIOPULMONAR

Manuel Adrianza

El Instituto Nacional de Tuberculosis se inaugura al final de la década de los años cincuenta. Cuando se completó su estructura física, ya el personal estaba formado para las funciones que le tocaría desempeñar de acuerdo con la visión de su fundador, José Ignacio Baldó.

Baldó comenzó en 1926 con la vacunación BCG en las instalaciones del primitivo Dispensario Antituberculoso de Palo Grande; luego, formó a los especialistas en la Sala 7 del Hospital Vargas a fin de que ocuparan las posiciones que les corresponderían dentro de la red primaria contra la tuberculosis, en un programa técnicamente estructurado desde 1936 y conducido al más alto nivel de la investigación científica para las demandas progresivas de un problema de alta prioridad como lo era la tuberculosis.

El Servicio de Fisiopatología Cardiopulmonar, denominación muy correcta para sus comienzos, fue uno de los cuatro servicios básicos en los que estuvo estructurado el Instituto, al lado de Anatomía Patológica, BCG y Bacteriología. Normalmente eran cuatro laboratorios llamados a mantener una operatividad al día mediante el desarrollo científico, a objeto de llenar esa insustituible condición de idoneidad que debe caracterizar la conducta humana en todos los sentidos. Por supuesto, por encima de los cuatro laboratorios, se encontraba el propio doctor Baldó, apoyado por otras dos estructuras también imprescindibles, la Epidemiología y las Estadísticas Vitales, brújula de la salud pública y la administración, disciplina esta última necesaria a toda buena estructura organizacional. Recordemos que todos los hospitales nuestros estaban centralizados y ello aseguraba el ejercicio indiscutible de las normas.

La disciplina de la Cirugía Torácica, practicada desde un comienzo en aquellas intervenciones primarias que hacía como ayudante del doctor Blanco Gásperi, le permitió a Baldó ver y seguir de cerca el comportamiento del corazón. Él, como eminente clínico que fue, se dio cuenta del compromiso insustituible del órgano central de la circulación en esa función superior que es la respiración, responsable del mantenimiento de la vida de todo ser y, específicamente, la respiración humana para el compromiso de la vida del hombre en condiciones normales y patológicas.

Más adelante, con el tórax abierto de la nueva Cirugía Torácica y el desarrollo de las técnicas de exploración cardiopulmonar, quedó muy en claro para su mente la realidad anatomo-funcional del corazón y del pulmón para los propósitos de la respiración humana. Esto le im-

pondría llevar al terreno sanitario el desarrollo de la integración cardiopulmonar para conducir los programas sanitarios de ambas disciplinas. Por supuesto, el Servicio de Fisiopatología Cardiopulmonar, creado años antes y pionero de las primeras exploraciones espirométricas y hemodinámicas, renovado y reestructu- rado a partir de 1956, se convirtió en el instrumento más idóneo para el propósito de la integración cardiopulmonar.

De esta manera, con su claridad intelectual y visionaria, Baldó captó la necesidad en el Instituto y en los Sanatorios Antituberculosos de Mérida, Maracaibo, Valencia, Cumaná y Ciudad Bolívar de los equipamientos técnicos necesarios para el desarrollo de la investigación clínica, tanto en Cardiología como en Neumonología.

Por otra parte, en lo tocante al enfoque sanitario de todos los problemas de la Cardiología, tuvo muy en cuenta que ello se resolvería aplicando las lecciones técnico-organizacionales desarrolladas en tuberculosis, cuyos resultados positivos nadie discutía en el país. A ello se abocaría él mismo, estructurando dichas técnicas organizacionales junto con la colaboración y la solidaridad del doctor Bernardo Gómez, Jefe de la División de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

El Servicio de Fisiopatología Cardiopulmonar de El Algodonal desarrolló ampliamente los aspectos de laboratorio, convirtiéndose en el primer servicio de hemodinamia del país durante varios años, así como el primer servicio de evaluaciones espirométricas, con la ventaja del desarrollo de ambas clínicas, Cardiología y Neumonología, dentro del contexto de una nueva disciplina llamada Fisiopatología Clínica Cardiopulmonar, verdadera muestra de integración. Simultáneamente, como era de esperarse, desarrolló la cirugía para constituirse en el primer Servicio de Cirugía Cardiovascular en Venezuela, tal como lo comprueban las estadísticas de las I, II y III Jornadas Nacionales de Cardiología (Caracas, Maracaibo y Valencia, respectivamente), que se pueden consultar en las *Memorias* de estos Congresos, publicadas en la *Revista de la Sociedad Venezolana de Cardiología*.

Con la clínica y la Anatomía Patológica asociadas al instrumental quirúrgico, se había llegado al vasto campo de las micosis pulmonares hasta satisfacer las demandas en ese momento de la investigación en dicho campo, así como para coordinar las actividades de los investigadores del área en todo el ámbito nacional, y promover y realizar así las jornadas científicas necesarias para la exposición del problema y

la aplicación científica, altamente acreditadas en el plano internacional para validar las investigaciones.

Al enfrentarse con la Cardiología como problema de salud pública, Baldó descubre la existencia de una Cardiología clásica, convencional y fundamentalmente clínica en manos de científicos altamente virtuosos, como lo fueron Bernardo Gómez, Carlos Gil Yépez y Gilberto Morales Rojas, y un grupo de jóvenes formados en México, entre los cuales me encontraba yo, armados con una clínica avanzada, dominando los campos de la investigación hemodinámica moderna, la electrocardiografía, las patologías congénitas del corazón y la terapéutica quirúrgica. Pero ninguno de estos grupos contaba con el desarrollo de un programa sanitario como lo tenía la tuberculosis.

Cuando se planteó la necesidad de un Instituto de Cardiología similar al de México, fue necesario explicar que este tipo de instituto no era la prioridad para enfrentar un Programa Nacional de Cardiología, y que lo primero que debía hacerse era preparar al personal para que todo el país contara con una red primaria de extensión nacional para el diagnóstico y el tratamiento, como en el caso de la tuberculosis, lo cual muy bien podría hacerse en los hospitales generales universitarios del país.

Esto quedó claro para un grupo muy selecto, pero no podía ser entendido por quienes no estaban preparados, por defecto de formación médica para comprenderlo. De todas formas, Baldó dedicó parte importante de su vida, semanas tras semanas durante varios años, a desarrollar el esquema del Programa Cardiológico que hoy tenemos gracias a la experiencia fructífera ya comprobada del Programa Tisiológico.

En las micosis, al igual que en el campo de la tuberculosis, la Fisiopatología Cardiopulmonar estudió los trastornos de la ventilación, circulación y capacidad de difusión del sistema respiratorio enfermo por los parásitos micelianos del medio ambiente venezolano, especialmente paracococcidioidomicosis.

Igualmente, mediante las exploraciones hemodinámicas, la Fisiopatología Cardiopulmonar abre, por primera vez en el país, el campo de las cardiopatías congénitas al diagnóstico cierto de una exploración intracardíaca metódicamente realizada, a la cirugía del corazón «cerrado» como se le llamó al comienzo, colocando a El Algodonal a la cabeza de los servicios cardiológicos del país.

Cuando en las I Jornadas Venezolanas de Cardiología de diciembre de 1957 Baldó me invitó a presentar nuestro trabajo titulado «Cardiolo-

gía a través de las actividades de la lucha antituberculosa», lo acepté sin discusión y hoy reconozco que aquella vez entendí sólo parcialmente el inmenso mensaje que este título poseía. En efecto, años más tarde, cuando mi madurez y mi experiencia me llevaron a comprender con cabalidad aquel significado, comprobé con mi trajinar en el campo de la salud pública que el doctor Baldó, con su genio, su honestidad y su perseverancia, había logrado penetrar a través del Programa de la Tuberculosis en todos los terrenos físicos y humanos de la salud pública del país y, en consecuencia, había puesto toda la estructura sanitaria nacional al servicio del Programa de Tuberculosis; ejemplo único en la historia de la medicina venezolana y, muy probablemente, continental y universal.

De inmediato desarrolló la doctrina de la integración cardiopulmonar con los argumentos anatómicos y fisiológicos naturales de la biología animal, la cual él complementaba con una estructura sanitaria de campo hecha para que ambos problemas (neumonológicos y cardiológicos) fueran objeto de pesquisas simultáneas.

Para las IV Jornadas de la Sociedad de Fisiología y Neumonología de Coro, en 1961, tocó al Departamento de Fisiopatología Cardiopulmonar elaborar la ponencia sobre incapacidad cardiopulmonar. Con la metodología de la experiencia real, revisamos la frecuencia de estas incapacidades en los egresos de nuestros sanatorios; luego, en las estadísticas anuales del trabajo de evaluación cotidiana del Servicio de Fisiopatología, los resultados nos sorprendieron al descubrir que el 19,2% de los egresos de los sanatorios antituberculosos de Venezuela fueron con incapacidades cardiopulmonares y que, de ellos, el 20% fueron por patologías respiratorias no tuberculosas.

Cuando nosotros revisamos la casuística del propio Servicio de Fisiopatología Cardiopulmonar nos encontramos que el porcentaje de casos por incapacidad respiratoria se había elevado al 55,7%. Este hecho nos obligó a mirar más seriamente el perfil de la patología respiratoria no tuberculosa: cáncer del pulmón, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, asma bronquial y enfermedades ocupacionales respiratorias, hasta encontrar que los factores de riesgo de esta patología eran la contaminación ambiental general, la contaminación ambiental en las minas y las fábricas, y la contaminación por humo de tabaco, factores de la nueva Venezuela y de su primer censo poblacional superior a los once millones de habitantes.

La Fisiopatología Cardiopulmonar sirvió entonces para descubrir, a

través del estudio de las incapacidades pulmonares, las entidades nosológicas conducentes a estas incapacidades, e investigar los factores de riesgo involucrados en estas entidades. Por supuesto, también fue importante para determinar que la contaminación ambiental general que venía observándose en nuestras ciudades más desarrolladas como Caracas (a la cabeza de ellas), la contaminación del ambiente en las minas de oro y en las industrias de asbesto, cemento, cerámica en general, vidrio, porcelana, etc., los programas de desarrollo industrial de Venezuela y la contaminación del aire respirable por el humo del cigarrillo, eran tan importantes como para ameritar un enfoque dentro de la salud pública.

En la práctica, este enfoque significó promover las discusiones que llevaron a que el Congreso de Salud Pública celebrado en Guayana acogiera las recomendaciones que hicieron posible los decretos de Desconcentración Industrial del Valle de Caracas y la Prohibición de Establecimiento de Nuevas Industrias Contaminantes; la intervención del gobierno de Venezuela, al presidir la Comisión de Contaminación Ambiental por Polvo, Ruido y Vibraciones en la Reunión Anual (1975-1976) de la Organización Internacional del Trabajo en Ginebra; la traída al país de la misión del PIAT (OIT) para el estudio de las condiciones y medio ambiente de trabajo en Venezuela, así como el primer proyecto de Ley sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en Venezuela; y, finalmente, a través de la Sociedad Venezolana de Fisiología y Neumonología, la primera declaración de principios contra el hábito de fumar llevada ante el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a fin de solicitar acciones oficiales contra el hábito de fumar, el 26 de junio de 1973.

Al igual que en el campo de la tuberculosis, las investigaciones de infección, morbilidad y mortalidad se venían investigando y determinando desde hacía varias décadas. Ampliar el horizonte de investigaciones a la patología no tuberculosa se considera un deber de las nuevas generaciones para garantizar la continuidad de la escuela.

La Fisiopatología Cardiopulmonar venía otorgando un apoyo decisivo al diagnóstico y evaluación de las enfermedades ocupacionales del pulmón en las escuelas europeas y americanas. Siguiendo las lecciones de aquellas escuelas, fundamos en 1975 el Comité Nacional de Neumoconiosis, integrando a la División de Medicina del Trabajo del Instituto Venezolano de Seguro Social y a la División de Higiene Ocupacional y Contaminación Ambiental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

A nosotros, residentes de la parroquia industrial de Antímano, nos sobraba campo para llevar a cabo estas investigaciones en nuestro medio. Así que trasladamos nuestros equipos a las industrias de asbesto, cemento, hierro, enzimas biológicas, etc., del área y logramos manejar inicialmente toda esa morbilidad laboral «a boca de mina» como nunca antes se había hecho. La Fisiopatología Cardiopulmonar nos permitió, pues, ampliar considerablemente el campo diagnóstico de las patologías respiratorias cardiopulmonares y evaluarlas mediante metodologías epidemiológicas hasta abarcar un universo de trescientos mil trabajadores de las industrias pulvígenas del país; el resultado de estas investigaciones fue llevado ante la IV Conferencia Internacional de Neumoconiosis celebrada en Bucarest en 1972, y ante la V Conferencia Internacional celebrada en Caracas en 1978, la cual tuvimos el honor de desarrollar y presidir.

A partir de nuestros primeros servicios, el desarrollo de la Fisiopatología Cardiopulmonar en el país ameritaba una coordinación, como nos lo había enseñado la Escuela de Tuberculosis donde nos habíamos iniciado. Esto fue algo muy característico del estilo del doctor Baldó y no costaba trabajo aprenderlo porque lo vivíamos en el desempeño cotidiano de nuestras actividades. La característica más genuina de la doctrina de trabajo de Baldó fue la integración y la expansión de cada uno de los ámbitos socio-culturales y científicos, donde las necesidades de los problemas sanitarios mostraban su presencia emergente.

Por ello, estaba claro para nosotros que los laboratorios de Fisiopatología Cardiopulmonar que en el pasado nos habían servido para coadyuvar en el manejo del enfermo tuberculoso, tenían necesariamente que enfrentar para la década del sesenta los problemas de la Cardiología como parte de la respiración humana, y, en consecuencia, desarrollarla mediante el concepto de la integración cardiopulmonar; las micosis pulmonares, cuyas infiltraciones se asemejaban a las de la tuberculosis; las patologías obstructivas crónicas inespecíficas, en donde la ayuda del instrumento radiológico tenía muy poco que aportar al lado de las evaluaciones del laboratorio cardiopulmonar, y las patologías ocupacionales del pulmón, emergentes en la Venezuela contemporánea, con un desarrollo hasta entonces de veinte años en el campo industrial y con una perspectiva de incuestionable futuro en el ámbito minero.Así pues, se fundó en Maracaibo la Comisión Nacional de Fisiopatología Cardiopulmonar, porque ya el doctor Pedro Iturbe

había materializado para la región zuliana el ejemplo de la integración cardiopulmonar en el Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo. Para el IV Congreso Venezolano de Fisiología y Neumonología celebrado en Ciudad Bolívar en 1969 esta Comisión consagró a través de las ponencias sobre enfermedades ocupacionales en Venezuela y las de las perturbaciones obstructivas respiratorias, su trabajo de coordinación. Este Congreso se desarrollaba, además, como contribución de la Escuela de Tuberculosis a los ambiciosos proyectos de la conquista del Sur para esa nueva Venezuela que se abría a las márgenes de nuestro gran Orinoco y a expensas del potencial hidráulico del río Caroní.

Durante ese Congreso, que el doctor Baldó había programado tan cuidadosamente con la participación de lo más granado de la medicina nacional, la Fisiopatología Cardiopulmonar tuvo una presencia trascendental mediante la inauguración, dentro de la Unidad Hospitalaria «Dr. Julio Criollo Rivas», del más moderno Departamento de Fisiopatología Cardiopulmonar programado para la Región de Guayana, y con la presentación y discusión del primer informe de actividades de la Comisión Nacional de Fisiopatología Cardiopulmonar publicado en el volumen Nº 2 de las ediciones del Instituto Nacional de Tuberculosis.

En la actualidad, Ciudad Bolívar cuenta con una Unidad Neumonológica equipada con un laboratorio cardiopulmonar de alta calidad y una Unidad de Terapia Funcional de alto rendimiento que sirve de referencia a la población trabajadora del estado, especialmente la de Puerto Ordaz.

Cuando en 1956, el doctor José Ignacio Baldó me llamó a su oficina para pedirme que me encargara del Servicio de Fisiopatología Cardiopulmonar del Instituto Nacional de Tuberculosis, prácticamente acéfalo por problemas de salud de sus fundadores, le argumenté con escrúpulos académicos mi dificultad para aceptar esa decisión por no ser ésa mi especialidad. No obstante, el doctor Baldó me sorprendió de la manera más convincente como siempre lo hacía: *Doctor Adrianza, la Fisiopatología Cardiopulmonar es hacer espirometrías que usted las sabe hacer, es hacer cateterismos del corazón y exploraciones hemodinámicas, como las que ha hecho recientemente, y nadie aquí por el momento las hace mejor que usted; además de neumonólogo, usted es cardiólogo con excelentes credenciales del Instituto Nacional de Cardiología de México y si usted*

no recupera el Servicio de Fisiopatología Cardiopulmonar no podrá hacer el diagnóstico para las operaciones del corazón que usted quiere desarrollar. Esa es la verdadera situación.

Con esa verdad en las manos tan indiscutible, desarrollé una actividad incansable para lograr convertir aquel servicio en el primer laboratorio de prueba funcional en el país con técnicas de alta modernidad; en el primer Servicio Hemodinámico con el mayor número de cateterismos del corazón y exploraciones cineangiocardiográficas realizadas en el país; en el servicio pionero y creador de la hemogosodinamia ultrasónica, así como en el primer Servicio de Cirugía del Corazón de Venezuela en completar las primeras cien intervenciones de corazón hasta realizar, finalmente, más de ciento cincuenta con diagnósticos no invasivos gracias a la hemogosodinamia ultrasónica.

En la actualidad, este servicio sigue siendo un pilar importante en el manejo de los casos más delicados de la patología respiratoria, gracias al liderazgo institucional históricamente genial que ejerció el doctor José Ignacio Baldó.

LA OFTALMOLOGÍA Y LA OBRA DE BALDÓ

Francisco Belisario Navarro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma en su Constitución que cada persona tiene derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable, y existe un amplio marco jurídico a nivel nacional que refrenda formalmente el interés por la calidad de asistencia que debe estar presente en nuestra sociedad. Partiendo de este tipo de conceptualizaciones que se conjugan en su esencia con la filosofía que impartía el doctor José Ignacio Baldó sobre la prevención primaria de la salud, se entiende la prioridad que debe jugar el mantenimiento y promoción de la salud en la prevención de las enfermedades. Las intervenciones del equipo de salud en este campo tienden a concientizar al paciente sobre la importancia de su salud y sobre su propia responsabilidad personal para mantenerla. Igualmente, tienen como objetivo informar al individuo sobre los peligros eventuales que pueden amenazar la salud y sobre los medios que se pueden utilizar para conservar un estado óptimo de bienestar físico, emocional, mental y social.

Inspirado en estas premisas, el doctor Baldó propuso en 1961 un nuevo concepto de Medicina en el medio rural en el curso de su ponencia titulada «Necesidades de personal para los servicios de salud en Venezuela», durante el II Congreso de Salud Pública; en ella planteaba la formación de un personal idóneo para la atención de la salud en el medio rural venezolano.

Desde entonces, con el propósito de alcanzar un máximo de cobertura de los «servicios básicos de salud», llamados hoy de «atención primaria de la salud», el doctor Baldó ideó e impulsó el «Programa de Medicina Simplificada», por medio del cual se habrían de prestar servicios de salud en aquellos lugares que por razones culturales económico-sociales y de aislamiento, es difícil establecer servicios sanitarios permanentes atendidos por profesionales de la Medicina y la Enfermería.

A pesar de la cobertura lograda hasta ese momento, el doctor Baldó observó que la séptima edición del *Manual de Medicina Simplificada* aparecida en 1968 incluía nuevos capítulos referentes a enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, diabetes, higiene escolar y planificación familiar, pero no así sobre la prevención de la ceguera en el medio rural. Para esta época, le pide al doctor Ceferino Alegría, Jefe de la División de Educación Sanitaria, que se imprimieran afiches especiales para medir la agudeza visual. Para ello, se pone en contacto con el suscrito, a fin de estudiar la posibilidad de ofrecer cursos relacionados con la prevención de enfermedades de la vista y, de

manera muy particular, preparar al personal auxiliar que pudiera contribuir a ofrecer cobertura en el área de la Oftalmología a la población, de manera de poder realizar una verdadera Medicina preventiva oftalmológica.

Se comprende fácilmente que al disponer de este personal técnico especializado el médico oftalmólogo puede multiplicar sus actividades asistenciales o, dicho en otras palabras, rinde más en su actividad eminentemente médica. Se logra así ampliar y diversificar los servicios oftalmológicos curativos y preventivos a escala hospitalaria y comunitaria, tanto en el campo oficial como privado.

El resultado final sería una mayor cantidad de población asistida mediante servicios asistenciales integrales y de alta calidad científica y, por tanto, un menor número de incapacitados visuales, con minimización de dicha incapacidad en las enfermedades crónicas, ya fueran éstas del aparato visual en sí o que representaran repercusiones de enfermedades generales con secuelas oculares. De allí la importancia de la creación de una «Escuela Nacional para Técnicos Auxiliares de Oftalmología», lo cual llenaría las necesidades expresadas y podría representar la primera etapa de una gran meta hacia la tecnificación de los estudios en este campo y la participación en la diversificación de los estudios tecnológicos superiores.

El propósito del curso de Técnicos Auxiliares de Oftalmología era capacitar a jóvenes de sexo femenino para prestar atención de Oftalmología bajo la supervisión directa del médico oftalmólogo en la prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades de los ojos.

Objetivos del curso

- Determinar la capacitación del personal técnico auxiliar.
- Aumentar la cobertura en el área de Oftalmología de la población asistida.
- Disminuir la cantidad de incapacitados visuales.
- Detectar precozmente el grado de incapacidad visual, cuando ésta sea inevitable.

Hecha esta propuesta, el doctor Baldó veía con agrado la creación de la Consulta de Oftalmología en el Sanatorio «Simón Bolívar», haciendo énfasis en que se debía tener como prioridad la preparación del personal auxiliar que se asignaría a la consulta. En esta oportunidad me di a la tarea de preparar a la señorita Dorila Rivas, enfermera profesional con cargo directivo en el Sanatorio «Simón Bolívar» pero con

espíritu de cooperación, lo cual era de suma importancia para dar cumplimiento al rol que le correspondería desempeñar como primer técnico capacitado para atender una consulta de Oftalmología, y a la vez servir de agente multiplicador, preparando al personal auxiliar de enfermería en los establecimientos de salud «Luisa Cáceres de Arismendi» y «Andrés Herrera Vegas». De tal manera, se cumplía la inquietud planteada por el doctor Baldó en este campo.

Consciente de la Oftalmología como especialidad médica, Baldó realiza estudios y tratamiento de las afecciones oculares, tanto primarias como secundarias, y del mantenimiento de la salud visual de la población mediante el concurso del médico oftalmólogo; por ello piensa que los médicos que realizan el Curso de Médico Rural en Villa de Cura deben obtener conocimiento sobre la atención primaria en Oftalmología. Por tanto, Baldó me invitaría, en mi calidad de médico oftalmólogo, a que colaborara en orientar al grupo médico acerca de la importancia de la atención primaria de la salud oftalmológica, basado en que la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria especial, utilizando métodos y tecnología prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos. Es así como pude ofrecerle al grupo de médicos la tecnología apropiada para la atención del primer nivel en Oftalmología y Medicina familiar.

El propósito de esta preparación integral del médico rural era para que estuviese en condiciones de poder diagnosticar afecciones que ocasionasen incapacidad visual cuando no fueran detectadas precozmente, tales como el glaucoma crónico simple, ambliopía, alteraciones seniles de retina, lesiones periféricas predisponentes a desprendimiento de retina, y enfermedades que pudiesen causar una incapacidad recuperable, tal como la catarata senil.

Éstas son algunas de las razones por las cuales Baldó pensaba que era necesario incorporar una unidad relacionada con la Oftalmología Clínica:

1. Reforzar los conocimientos del médico general, relacionados con la anatomía y fisiología del globo ocular.
2. Informar al médico sanitarista de las principales afecciones del globo ocular.
3. Realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de las afecciones oculares detectadas.
4. Determinar la pérdida de la visión en la población expuesta al riesgo.

Baldó pensó en la creación de un Centro Nacional de Oftalmología en El Algodonal, a fin de que sirviera de referencia para los estableci-

mientos de salud del país. Sin embargo, esta obra no llegó a consolidarse debido a su estado de salud que lo obligó a separarse de esta última actividad de su vida profesional, tal vez una de las más queridas por él en el variado abanico de su brillante carrera.

En honor de este ilustre venezolano, preocupado por el avance técnico-científico de la Medicina, me di a la tarea de preparar un postgrado en Oftalmología Clínica Sanitaria, a fin de fortalecer la Medicina preventiva y curativa realizada en los Servicios Locales de Salud (SILOS), y para su uso racional y eficaz en los distritos sanitarios. Si esta actividad se cumple, podremos contar con un médico oftalmólogo preparado clínicamente en un curso de duración no menor de tres años, donde recibirá entrenamiento teórico-práctico, relacionado con la Oftalmología, de manera de evitar la incapacidad visual de muchos pacientes a escala nacional. La razón es que este médico servirá de agente multiplicador a través de los médicos que van al medio rural, haciendo énfasis en los niveles de atención primaria y secundaria, lo cual se haría a través de la tecnología apropiada para la atención primaria de primer nivel en Oftalmología y la tecnología apropiada para la atención primaria en Medicina familiar, por ser ésta una de las preocupaciones de los países en vías de desarrollo. Durante los últimos años se ha intentado la búsqueda de estrategias para garantizar a la población rural el fácil acceso a los servicios de salud en forma oportuna, a bajo costo y de calidad aceptable, con el objeto de alcanzar el mejoramiento de la salud oftalmológica de la comunidad.

Continuando con la filosofía del doctor Baldó se realizaron diferentes cursos de Oftalmología, también bajo mi conducción, al frente del Servicio de Oftalmología del Hospital Rísquez de Caracas. El primer curso se dictó en Ocumare del Tuy en junio de 1976; esta experiencia se hizo extensiva al Territorio Amazonas, donde permanecía un residente de tercer año de Oftalmología durante un período de dos meses, en forma rotatoria, incluyendo el traslado del equipo de cirujano de dicho servicio, a fin de realizar, ya para abril de 1978, operaciones de cirugía mayor y menor.

Es preciso destacar que la iniciativa de la Oftalmología en el medio rural la impulsó el doctor Baldó y se continuó a través de la sala de espera de los centros de salud, sin duda el mejor lugar para realizar la educación para la salud a través de charlas sencillas y de corta duración, e información general, en especial, relacionada con las enfermedades de la vista.

Entre las actividades que se realizaron bajo mi dirección en el Servicio de Oftalmología del Hospital Municipal Rísquez figuran diferentes cursos dictados en la zona metropolitana, de atención de primer nivel en Oftalmología, labor que se continuaría con la creación y funcionamiento del «Instituto Popular para los Ojos F. Belisario Navarro», fundado en 1986, donde también se dictan cursos especialmente dirigidos a los médicos de postgrado de Medicina familiar, del curso de postgrado de Geriatría y Gerontología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, así como a los médicos adscritos al Distrito Uno de la zona metropolitana. Se prosigue, de esta manera, la labor que se inició en Villa de Cura bajo la dirección del doctor Baldó. De hecho, dichos cursos se denominan: «Cursos de Atención Primaria en Oftalmología y Prevención de la Ceguera, Dr. José Ignacio Baldó».

Por recomendación del propio doctor Baldó, en el año 1969 se consagró la publicación Nº 27 de la División de Educación Sanitaria al fenómeno del glaucoma. Igualmente, se editó un *Manual sobre Medicina Simplificada para enfermeras auxiliares*» a fin de ser utilizado en el medio rural.

En mayo de 1991 se celebraron las Primeras Jornadas de Oftalmología sobre temas de Oftalmología Sanitaria, denominadas «Dr. José Ignacio Baldó», donde se tuvo como invitado de honor al doctor Emilio López Vidal, a quien le correspondió dictar la conferencia magistral, basada en el tema de atención primaria de la salud, haciendo énfasis en la Declaración de Alma Ata, celebrada en Moscú el 12 de septiembre de 1978. La Conferencia reiteró firmemente que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo, y no tan sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. También reafirmó que la salud es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de ella es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya consecución exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA DIVISIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Saúl Peña

En la cronología del desarrollo estructural del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, creado en 1936, la División de Enfermedades Crónicas figura veinte años más tarde. La creación de esta nueva División tuvo lugar dentro del proceso evolutivo del perfil sanitario asistencial del país, frente a un incuestionable liderazgo de alta calidad, tanto político como sanitario, de Venezuela.

A raíz del último día de la prolongada dictadura de Juan Vicente Gómez, en diciembre de 1935, Venezuela quedó con tres millones de habitantes dispersos en un millón de kilómetros cuadrados, enfermos y enfermizos, con todas las plagas infectocontagiosas propias de un medio rural primitivo y atrasado culturalmente, con el predominio de un ambiente insalubre en los cuatro puntos cardinales del país.

Las características más resaltantes de ese amanecer del año 1936 fue la existencia de un país con ausencia de toda base institucional característica de un país moderno; en consecuencia, con tantas necesidades planteadas en aquel panorama, irrumpió una generación con la capacidad científica e intelectual suficiente para analizar las flaquezas y desarrollar los programas destinados a superarlas.

Al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social le tocó enfrentarse a aquella Venezuela y desarrollar los programas de saneamiento ambiental y de la atención médica que eran necesarios. Por esta razón se pudo combatir la malaria, la tuberculosis (tanto la humana como la animal), el tétanos, los parásitos intestinales –especialmente la anquilostomiasis–, así como otras enfermedades infecciosas, entre las cuales se contaban la sífilis y las enfermedades venéreas en general, la gastroenteritis, etc. En pocas palabras, se trataba de todo el conjunto que estructuraba el perfil infectocontagioso para una Venezuela con una población atomizada en ese millón de kilómetros cuadrados al que hemos hecho referencia, y que podemos calificar de habitantes socialmente solitarios y desposeídos de los medios más importantes de comunicación. Una idea de nuestro perfil sanitario se refleja en las siguientes cifras obtenidas de la ponencia «Nuevos campos de acción de salud pública» presentada ante el Primer Congreso de Salud Pública:

MORTALIDAD ESTIMADA PARA 1954

PRIMER GRUPO / ENFERMEDADES SOMETIDAS A PROFILAXIS		
Gastroenteritis	8.890	muertes
Enfermedades de la primera infancia	6.578	muertes
Tuberculosis	4.256	muertes
Neumonías (*)	3.473	muertes
Tétanos (*)	1.066	muertes
Sífilis	820	muertes
Total	**25.083**	**muertes**

SEGUNDO GRUPO / ENFERMEDADES NO SOMETIDAS A PROFILAXIS		
Cáncer	4.939	muertes
Enfermedades del corazón	4.534	muertes
Enfermedades vasculares	1.860	muertes
Accidentes	1.792	muertes
Nefritis y nefrosis	1.487	muertes
Total	**14.612**	**muertes**

(*) Se incluyen las neumonías y el tétanos entre las enfermedades sometidas a profilaxis por el hecho de que tales causas de muerte atacan a niños en una proporción de 80%. Los programas que desarrolla la División de Higiene Infantil incluyen la lucha directa e indirecta contra estas enfermedades.

Resulta muy estimulante constatar una importante verdad: nuestros líderes de aquella generación promovieron de manera programada una estructura socio-política que comprendió el desarrollo de un Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (su nombre define la visión de sus fundadores), que emprendió un cambio progresivo del ambiente y del hombre. Para el caso que nos ocupa, José Ignacio Baldó se comprometió a fondo con el desarrollo de un programa contra la tuberculosis técnicamente organizado, conduciéndolo hasta el fin de su vida, cincuenta años después, a través de todas las circunstancias, muchas de altísimo riesgo pero dentro de un impecable contexto epidemiológico que le permitió, cuando las circunstancias así lo exigieron, asociarlo al nuevo perfil creado por las modalidades de la evolución social del país.

Cuando se hablaba de la tuberculosis industrial en el Congreso Tisiológico de Valencia era porque el desarrollo industrial del país en los primeros cinco polos de avanzada condujo a una tremenda migración interna, del campo a la ciudad, arrastrando tras sí toda la cultura rural

a la marginalidad de los polos de desarrollo y, dentro de esta cultura y con el hombre rural, venía la tuberculosis y se enfrentaba con un hombre sometido a partir de entonces al estrés laboral, a la contaminación ambiental laboral, a la contaminación ambiental por el humo de cigarrillo y el hacinamiento.

Nuestro *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*, celosamente conducido día a día por nuestro personal de Salud Pública, comenzó a mostrar la emergencia de las enfermedades cardiovasculares, del cáncer, los accidentes de tránsito, los accidentes laborales, las enfermedades ocupacionales, etc., las cuales se imbricaban sobre el perfil infectocontagioso (aún relevante aunque en descenso franco) de la tuberculosis, así como de las enfermedades venéreas, el paludismo, las diarreas, las enteritis, etc. En otras palabras, la tuberculosis se asociaba ahora al nuevo perfil emergente, y este nuevo perfil, que tenía indudables valores médicos altamente desarrollados en investigación, carecía de la cultura epidemiológica suficiente para conducir la lucha a los campos de amplias coberturas nacionales como lo había hecho veinte años atrás el doctor Baldó con la tuberculosis. El propio Baldó definió en el Congreso de Salud Pública (1956) los nuevos campos de acción y puntualizó la necesidad de organizar estructuras, es decir, capacidades técnico-administrativas para enfrentar estas nuevas necesidades del venezolano.

Así arranca la «División de Enfermedades Crónicas», junto con la reestructuración ministerial que estableció departamentos para el conjunto de problemas de aquel perfil y divisiones a fin de coordinar el enfoque de las luchas sanitarias de manera integrada. Para 1985, cuando la Oficina Sanitaria Panamericana comenzaba a desarrollar el Programa Integrado contra los Factores de Riesgo, ya la División de Enfermedades Crónicas (recuperada a partir de ese año) estaba formada por once Departamentos que manejaban –con o sin programas suficientemente desarrollados– 37 problemas de salud pública. Abanderaron la cruzada inicial de 1958 los Departamentos de Tuberculosis, Lepra, Cardiología y Oncología, estos últimos en las etapas incipientes de estructuración asesorados directamente por el doctor Baldó.

No podemos obviar algunos nombres que tanto significaron en estas etapas iniciales al lado del doctor Baldó, como lo fueron Bernardo Gómez y Carlos Gil Yépez para la Cardiología; Martín Vegas y Jacinto Convit para la Lepra y afecciones dermatológicas; Bernardo Guzmán Blanco para el cáncer, todos ellos con institutos desarrollados hacia el

enfoque curativo de estos tremendos problemas que carecían de un cuerpo rector, y de personal con formación epidemiológica. Es necesario dejar consignados aquí estos nombres por dos razones fundamentales: la primera, por el liderazgo indiscutible que ejercieron en sus respectivos terrenos; la segunda, por la admiración y disposición de ánimo que tuvieron con ese compañero y hermano generacional que fue el doctor Baldó, a quien le reconocieron sus capacidades organizativas y su consagración a la salud pública. Por eso, aquellos programas pudieron arrancar coordinadamente y, gracias a ellos, se constituye la primera estructura que con la tuberculosis dio comienzo a la primera División de Enfermedades Crónicas de Venezuela (1958).

Aún no era fácilmente concebible la separación entre enfermedades transmisibles y no transmisibles, ya que tampoco lo era en el hombre de entonces y, al no serlo en el medio social, tampoco lo podía ser en la cabeza del sanitarista que operaba frente a las necesidades del medio. Cuando nos tocó desempeñar nuestra primera responsabilidad en la División de Enfermedades Crónicas para 1984, ya la escuela nos había legado dos enseñanzas: la primera fue la integración disciplinaria, es decir, la interdisciplinariedad, como lo había enseñado la tuberculosis, y, la segunda, el contexto holístico de salud que se iniciaba en el individuo dentro de su medio y con la atención sanitaria básica primaria de salud, concluyendo en la perfección progresiva de los niveles de atención para retrotraerse al hombre sano, es decir, a la promoción y prevención de la salud. Así, pues, fue necesario reestructurar la División de Enfermedades Crónicas no Transmisibles a partir de 1984, a fin de acoplarla de forma integral a un conjunto de estructuras de la salud pública del adulto responsables del manejo de más de treinta problemas de salud, muchos de ellos con programas técnicamente desarrollados. En este sentido, cabe citar el caso de la tuberculosis, el cual sirvió de modelo para la conducción de otros programas.

Junto con la Oficina Sanitaria Panamericana, la División de Enfermedades Crónicas ha desarrollado un Programa de Investigación contra los Factores de Riesgo, llevando a cabo una investigación en el Distrito Sanitario Nº 3 con una cobertura superior a los casi dos millones de habitantes, con un universo de personas mayor de quince años para las parroquias de San Juan, Antímano, Caricuao, La Vega, Macarao y Santa Teresa. Fue una encuesta de hogares, la primera realizada en el país, con metodología integrada para los factores de riesgo más im-

portantes que estaban incidiendo negativamente en la salud del venezolano: el cigarrillo, el alcohol, la dieta, la contaminación ambiental y el estrés.

Como podemos deducir, todos estos factores de riesgo correspondían al área de la no transmisibilidad; por esta razón, comenzamos a diferenciar la sección de enfermedades crónicas no transmisibles, tal como lo divulgamos en 1987. Esta encuesta, publicada en un volumen titulado *Enfermedades crónicas no transmisibles*, constituye un valioso aporte a la doctrina de la integración y los parámetros de referencia más confiables para el manejo de los factores de riesgo en la prevención y promoción de la salud, es decir, la profilaxis ante un conjunto de problemas importantísimos que para 1954, durante el Primer Congreso de Salud Pública, constituían el segundo grupo de «enfermedades no sometidas a la profilaxis».

Hoy en día, hemos obtenido el suficiente número de conocimientos como para convertir aquella denominación de «enfermedades no sometidas a profilaxis» en una denominación totalmente contraria, pues sabemos que una campaña efectiva contra el humo del tabaco va a prevenir el 45% de las enfermedades isquémicas del corazón en el hombre y el 41% en la mujer; el 51% de las enfermedades cardiovasculares en el hombre y el 55% en la mujer, así como el 90% del cáncer del pulmón en el hombre y el 79% en la mujer. Así sucesivamente, podemos hacer referencia para manejar todos los factores de riesgo: grasas, estrés, contaminación ambiental, alcohol, drogas, etc. En otras palabras, estamos frente a una perspectiva radicalmente diferente y muy optimista en relación con la que teníamos en la década del cincuenta, cuando se planteó la necesidad de establecer la División de Enfermedades Crónicas para el control de las nuevas enfermedades emergentes carentes de medidas profilácticas. Hoy, en cambio, sí poseemos tales medidas, las cuales, inteligentemente integradas, nos pueden permitir modificar el perfil de la enfermedad a fin de prolongar la esperanza de vida del venezolano.

Es éste, pues, el límite que tenemos que establecer entre el pasado y el presente, y las relaciones entre ambos nos permitirán avizorar el futuro del perfil sanitario y condicionar nuestro rol, es decir, nuestra misión actual para la conquista de ese futuro. Y es aquí donde radican las enseñanzas de nuestros primeros grandes maestros en el campo de la salud pública, entre ellos el doctor Baldó, a quien corresponde el producto de estos esfuerzos.

A partir del 1º de enero de 1973, los antiguos Departamentos se convirtieron en Divisiones y, a su vez, éstas pasaron a llamarse Departamentos, de acuerdo con la circular Nº 2 de la Dirección de Salud Pública de fecha 9 de enero de ese año. Las modificaciones estructurales se resumen en: 1972, los Departamentos de Venereología e Higiene del Adulto se desprendieron de la División de Enfermedades Crónicas no Transmisibles; el 5 de abril de 1976, por resolución presidencial, Gaceta Oficial Nº 30956, el Departamento de Oncología también se desagrega estructuralmente de la División de Enfermedades Crónicas para denominarse Dirección de Oncología; el 26 de octubre de 1976, el Departamento de Rehabilitación Médica deja de depender de la División (este cambio no se hizo por resolución oficial) y, para 1979, se incluyen tres nuevos programas: Diabetes, Enfermedades Reumáticas, Diálisis y Transplantes.

Sin embargo, desde 1975, el carácter funcional del organigrama propuesto no se corresponde a la actual realidad, toda vez que ese año se inicia una crisis en las relaciones humanas entre los distintos niveles jerárquicos, de tal manera que se procesa una desmembración progresiva, dando como resultado la minimización de la División de Enfermedades Crónicas como estructura técnico-administrativa.

En cualquier análisis histórico se hace preciso señalar la labor encomiable realizada por un nutrido grupo de sanitaristas desde el 22 de septiembre de 1958, cuando se designa al doctor Baldó para estudiar y formular planes en el campo de las enfermedades crónicas. Para ese entonces la destacada figura del doctor Baldó, eminente clínico y sanitarista, hizo posible que se delinearan dos aspectos fundamentales: coordinar las actividades de la División e influir en la lucha contra las enfermedades crónicas como orientación característica de la salud pública. Esta línea de pensamiento del doctor Baldó se conjuga con la de otros directores: Carlos Luis González, eminente sanitarista de proyección internacional; Humberto García Barrios, quien publicará diversos tópicos sobre dicha materia; Oscar Lobo Castellanos, destacado clínico sanitarista y maestro universitario; Felipe Bello, experimentado profesional y científico de la salud pública; Ronald Evans, catedrático y epidemiólogo eminente.

Sin embargo, merece destacarse la gestión realizada por el doctor Manuel Adrianza, clínico sanitarista, quien dirigiera entre 1984 y 1989 el «Programa Integrado del Enfermo Crónico en Venezuela», tal como

lo detalla en su trabajo el doctor Marco Tulio Maristany. Esta labor tesonera fue continuada por los doctores Vicente Addimandi, Tony Flores y, desde 1996, por el suscrito, en su condición de sanitarista y docente universitario, quienes, en un solo bloque, han hecho un aporte importante a la misión y visión de la División de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Situación actual de la División de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

A fin de impulsar el desarrollo de un nuevo modelo central administrativo y epidemiológico en el ámbito de las enfermedades crónicas se ha dado inicio a la implementación de distintas acciones de corte estratégico que, en su conjunto, ofrecen perspectivas de crecimiento: apoyo institucional, técnico y administrativo a los programas adscritos a la División (Diabetes, Lucha contra las Enfermedades Renales, Neurológicas, Prevención en Neurología, Reumática y el Programa Tabaco o Salud); apoyo y participación activa en el Consejo Nacional Antitabáquico y, recientemente, en la Comisión Presidencial de Lucha Antidiabética.

Asimismo, la participación activa en foros, seminarios, congresos, etc., ha permitido redimensionar el papel de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles conjuntamente con sus programas adscritos. En marzo de 1997 se logró concertar, junto con los Directores Regionales de Salud, el nombramiento de los 23 coordinadores regionales de Enfermedades Crónicas, dando inicio así al proceso de horizontalización de los Programas de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en todo el país.

Por otra parte, se encuentran en proceso las siguientes iniciativas: la elaboración del manual técnico-normativo de los programas de enfermedades crónicas no transmisibles; el desarrollo del plan de capacitación en gestión operativa de programas de enfermedades crónicas no transmisibles; el desarrollo del plan de capacitación en gestión operativa de programas de enfermedades crónicas para los 23 coordinadores regionales y el equipo de salud local. Por otra parte, se han adelantado estudios descriptivos epidemiológicos de mortalidad por enfermedades crónicas a escala nacional, al tiempo que se estudia la vinculación efectiva con la Escuela de Medicina Luis Razetti y sociedades científicas, con el objeto de insertar el manejo operativo de las enfermedades crónicas no transmisibles en el diseño curricular de pre y postgrado.

Finalmente, se ha venido integrando el estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles al Comité Terapéutico Nacional, a fin de actualizar la lista de medicamentos esenciales utilizados en el sector. Asimismo, actualmente se efectúa el proceso de revisión y actualización técnica normativa con la consiguiente validación nacional e internacional de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La razón técnico-administrativa y la actividad científica de estudiar y tratar las enfermedades crónicas como un problema de salud pública, tal como figura de manifiesto a través de esta reseña histórica, celebró sus cuarenta años, el 22 de septiembre de 1998. La complejidad que han enfrentado las distintas autoridades para desarrollar los programas de salud en enfermedades crónicas no transmisibles ha sido puesta de relevancia, a lo largo del tiempo, a través de recursos destinados a un organismo central técnico normativo, cuya rectoría conserva el Ministerio de Salud, tal como lo establece la Ley Orgánica de Salud.

Se concluye, en consecuencia, que el desarrollo histórico de los Programas de Enfermedades Crónicas no Transmisibles se encuentra coherentemente justificado por la evaluación de sus estructuras, las cuales no se agotan en el tiempo sino que siguen vigentes y se encuentran siendo redimensionadas con ocasión del cuadragésimo aniversario de creación de la entonces División de Enfermedades Crónicas y Transmisibles y del centenario del natalicio de quien fuera su creador, el doctor José Ignacio Baldó, cultor de la salud pública, de las clínicas sanitarias y de la "Medicina Simplificada" en Venezuela.

Alí González
José Miguel López Antonini

Tener que escribir sobre la actividad docente del doctor José Ignacio Baldó no resulta una tarea fácil, por cuanto ella está íntimamente ligada a su función académica, asistencial y administrativa. Muy probablemente la docencia extra-universitaria realizada por el doctor Baldó como médico Jefe de la División de Tuberculosis, primero, y del Departamento de Tuberculosis y Enfermedades Crónicas, después, iguale o supere a la realizada en su cátedra universitaria.

Al referirnos a su labor docente necesariamente tocaremos los otros campos de su acción creadora, puesto que para él no había diferencias entre la docencia universitaria y la no académica. Un ejemplo de ello era la labor docente que cumplía el personal de la División de Tuberculosis en la universidad sin ser miembros de la misma.

En 1948, ante un cuestionario enviado por el decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela, el doctor Baldó refiere haber desempeñado docencia extra-universitaria desde 1934 como Jefe del Servicio Nº 2 de Tuberculosis en las salas 6, 14 y 15 del Hospital Vargas. Posteriormente, allí se formaron los primeros médicos que habrían de ocuparse de la lucha antituberculosa en las diferentes zonas del país.

En un discurso pronunciado por el doctor Baldó el 1º de febrero de 1957 en Valencia, estado Carabobo, en las V Jornadas de Anatomía Patológica, con ocasión de su designación como Presidente Honorario de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica, señalaba que cuando le fue encomendada la Jefatura del Servicio de Tuberculosis del Hospital Vargas llegó a advertir que, entre las deficiencias más notorias existentes en la Institución, destacaba el escaso número de autopsias que se practicaba, ya que el número de pacientes era de 350 con una alta letalidad. En sus propias palabras, Baldó apuntaba lo siguiente: *Para explicar este colapso científico en la primera institución hospitalaria del país y, además, centro de la docencia universitaria, es interesante anotar, entre las diferentes causas que hubieran podido conducir hasta tal situación, que uno de los mayores peligros en la formación médica en lo que va del siglo lo ha constituido el excesivo espíritu de especialización, llevando hasta la mente del estudiante la idea de que determinadas disciplinas del pensum no son de la incumbencia del médico general, principalmente aquellas que por su carácter científico no van a tener una aplicación utilitaria en la práctica de la profesión.*

Ante circunstancias tan precarias, el grupo médico de la Policlínica

Caracas resolvió contratar los servicios de un anatomopatólogo extranjero. Después de un primer contacto con el profesor H.E. Anders, Director del Instituto Rudolf Virchow en Berlín, se llegó a un acuerdo definitivo con el profesor Rudolf Jaffé, quien arribó a Caracas el 11 de marzo de 1936. Refiere el doctor Baldó que en los medios influyentes de la Medicina oficial no se veía con buenos ojos la idea. Se hizo necesario proceder con cautela.

Como nos dimos cuenta –decía Baldó– *de que el plan no tendría trascendencia si no tocábamos el punto álgido del problema que era la Universidad, en donde la cátedra había llegado al colapso más completo que se pueda imaginar, decidí dirigirme al Rector, doctor Plácido Daniel Rodríguez Rivero, para exponerle francamente el proyecto y hacerle ver que era hasta los estudiantes que queríamos llegar. La cátedra estaba prácticamente abandonada desde el punto de vista científico y, por eso, le pedí resueltamente que me nombrara profesor, pues de otra manera no se podría hacer nada, exigiéndole, que el doctor O'Daly, con quien estaba de acuerdo y había acogido favorablemente el plan, fuera mantenido en la jefatura de Trabajos Prácticos.*

El 1º de septiembre de 1935 Baldó recibió el nombramiento de profesor de la Cátedra, con el compromiso de que su sueldo fuera utilizado para aquellos gastos incurridos en la empresa de traer al doctor Jaffé a Venezuela.

Luego, en octubre de 1935, Baldó dictó en el auditorio del Hospital Vargas la lección inaugural de la Cátedra en presencia del Rector, anunciando a los estudiantes en forma un poco vaga, según su recomendación, el plan que se llevaría a cabo. Este plan incluía al doctor O'Daly en la Jefatura de Trabajos Prácticos, con la responsabilidad de las clases reglamentarias y, bajo la égida del propio Baldó, la organización completa de la Cátedra mediante la puesta en marcha de las autopsias con «un técnico extranjero» que llegaría de Alemania.

Los acontecimientos políticos de la época llevaron a algunos cambios en el plan original, *como fue mi renuncia, que debí mandar apresuradamente a la Universidad en diciembre, antes de que se me destituyera cuando me vi en una lista de «profesores asaltantes de cátedras» que debían ser sancionados por los estudiantes. Esto, por cierto, me resultaba comprensible, pues por los enemigos de nuestro proyecto, había habido necesidad de hablar en forma velada.*

A partir del 25 de febrero de 1936, el doctor Baldó ejercería como profesor de la Cátedra libre de Clínica Tisiológica, teniendo como Jefe

de Clínica al doctor Rafael González Plaza. En 1937 se efectúa el primer concurso por oposición que se realiza en Venezuela, adjudicándosele en consecuencia al doctor Baldó la Cátedra de Clínica Tisiológica, siéndole entregado el diploma correspondiente el 19 de abril del mismo año mediante acto solemne que tuvo lugar en la Universidad Central.

En 1940 se incorpora como Jefe de Clínica interino el doctor Juan Delgado Blanco; luego, en 1946, harán lo mismo los doctores Rogelio Valladares y Raúl Soules Baldó; en el año 1947, el doctor Víctor Giménez; en 1952, Luis Lozano Gómez y en 1954, Alberto Angulo.

Para el 1º de octubre de 1955, los profesores asistentes de aquella Cátedra de Clínica Tisiológica eran los doctores Ángel Larralde, Rogelio Valladares, Carlos Ayala Páez, Víctor Giménez, Alberto Angulo y Luis Lozano Gómez.

El 1º de octubre de 1957, con motivo de la inauguración del Hospital Universitario de Caracas, se abre el Departamento de Neumonología. Este Departamento contó con la presencia del personal de la Cátedra de Clínica Tisiológica, entre quienes figuraban el doctor Baldó, los doctores Larralde, Ayala Páez, Valladares, Lozano Gómez, Angulo y Gustavo García Galindo.

En el discurso pronunciado por el doctor Baldó el 11 de diciembre de 1956, en un acto académico de la Universidad de Los Andes con motivo de conferírsele el título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina, éste señaló: *Hemos procurado orientar la enseñanza de la clínica tisiológica tratando de cubrir todos los aspectos de la materia, el esencialmente clínico y el social. La jeringuilla y la tuberculina preceden al estetoscopio en la enseñanza de la clínica tisiológica. La práctica de la radiografía del grupo estudiantil a su entrada al hospital, así como la reacción de Mantoux, recordándoles lo que ya se le practicó desde el primer año de Medicina, pero esta vez, sirviendo el material para la demostración de la clínica, tanto en lo que respecta al aprendizaje exacto de la prueba biológica de infección como para lo que se refiere a la lectura de la radiografía normal, no les dejará nunca olvidar el valor de las encuestas, base fundamental del diagnóstico precoz y parte importante de la acción profiláctica.* Más adelante anota: *Nada ha sido más favorable para la realización de los propósitos que han orientado nuestra cátedra universitaria, que la contribución prestada por los servicios de salud pública y de asistencia hospitalaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social dentro de una experiencia que*

ha permitido la utilización de la variada armada de la Medicina preventiva y curativa de la lucha antituberculosa organizada, la cual se ha puesto generosamente al servicio de la Universidad para la demostración de todos los aspectos de las actividades, tanto en lo que se refiere a la formación del estudiante, como a los cursos de postgrado.

A medida que los progresos de los medios de diagnóstico fueron revelando la importancia de otras enfermedades pulmonares en el momento en que se pudo actuar con mejores resultados terapéuticos en el campo de la tuberculosis, las distintas Cátedras de Fisiología se convirtieron en la Cátedra de Neumonología, colocando sus enseñanzas y sus técnicas de diagnóstico y tratamiento en la lucha contra el cáncer del pulmón y otros tumores, las micosis, las bronquiectasias, los quistes, las neumoconiosis y otros procesos patológicos, como las neumonías, producidas ya no sólo por bacterias, sino por causa de virus y parásitos.

En 1940, con motivo del segundo curso hecho en el país para preparar médicos higienistas, se comprendió que los dispensarios antituberculosos apenas podían cubrir poblaciones del medio urbano; de allí que para el nivel demográfico intermedio se requería (para que el servicio fuera permanente) de un nuevo plan de trabajo, el cual se denominó desde entonces como las redes secundarias de tuberculosis. Se incorporó a este curso la preparación teórica y el adiestramiento práctico necesario para que los médicos encargados de los servicios locales pudieran realizar un trabajo mínimo en tuberculosis. Nace así la Fisiología Sanitaria que, integrada a las otras clínicas, contribuirá a construir los Cursos Medios de Higienistas, mejor conocidos como Clínicas Sanitarias.

En 1947, en el Sanatorio «Simón Bolívar» de El Algodonal, se dicta el primer curso de postgrado de Fisiología, el cual se constituye como pionero dentro del área clínica en el país. Su director fue el doctor Baldó, mientras que el instructor fue el doctor Rafael González Plaza, y colaboraron en su realización todos los médicos de la institución. Fueron alumnos de este primer curso los doctores Wintila Pérez Romero, Eduardo Urdaneta, Armando Pérez Lozano, Rubén Padrón, Francisco Moncada Reyes, Augusto Cárdenas, Rafael Junquera y Juan Zarrans. Se realizaron seis cursos en total.

En el año 1963, con motivo de intensificar la lucha antituberculosa extra-muros y de iniciar el tratamiento ambulatorio del enfermo, se transformó el curso de Clínica Tisiológica en curso de Fisiología Sanitaria, con un año de duración; de éstos se dictaron cinco cursos.

Apoyándose en la creación de la Escuela de Salud Pública dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, así como en la buena disposición que él mismo habría de motorizar y alentar desde el Despacho de Sanidad, Baldó logró coordinar el esfuerzo, la voluntad y capacidad de grupos universitarios para emprender una de las etapas más importantes de nuestra facultad médica: la iniciación de los cursos de postgrado clínico. Así, los anatomopatólogos e internistas ingresaron a partir de entonces en los nuevos cursos de sus respectivas disciplinas, mientras que cardiólogos, neumonólogos y tisiólogos, pediatras y puericultores continuarían su marcha incorporados definitivamente a la Universidad. Entre tanto, Baldó seguiría preparando activamente cursos destinados a la capacitación de radiólogos, radioterapeutas, cirujanos generales, etc.

En el mes de mayo de 1969, Baldó presentó un informe al Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela a fin de «contribuir al proceso de renovación académica» en el campo de la Medicina. En dicho documento el doctor Baldó consideraba que, para la correcta enseñanza de la Medicina que Venezuela necesitaba, se requería en ese momento sacar al estudiante de los muros de los grandes hospitales y de las zonas metropolitanas e incrementar las prácticas en servicios de diferentes niveles, tales como centros de salud distritales y medicaturas rurales. A juicio de Baldó, allí se enseñaba un ejercicio distinto, con menos recursos en lo administrativo, pero con la ventaja que reportaba el hecho de que ambientalmente aparecieran más claras las causas que generaban las distintas enfermedades y sus repercusiones sobre la familia y la comunidad, principalmente en el medio rural, permitiendo así el conocimiento del hecho epidemiológico completo. Este fue el fenómeno que él definió bajo el principio de «campus *versus* claustro». Semejante razonamiento lógico, que ampliaba el horizonte social del estudiante y despertaba sus inquietudes naturales, lo continuaría expresando así:

Expusimos que el cambio que acontecería en la Medicina nacional era una reforma de fondo, puesto que el médico saldría con conocimientos fundamentales sobre la Medicina venezolana en el medio rural, conocimientos que actualmente no adquiría. Sería la integración de la Medicina rural a la Medicina nacional. Más adelante sentenciaba: *La Medicina progresa, una cátedra en 10 años mejora y también la enseñanza; pero ese progreso no es reforma. Reformar es volver a formar, rehacer. Reforma es un cambio que afecta la filosofía de los principios de la enseñanza.*

Mas adelante acota: *Como funcionario de Sanidad, no puedo impedirme de señalar que las tres reformas fundamentales que ha experimentado la enseñanza en algo más del último decenio se deben al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Son estas tres reformas las siguientes:*

1. Los cursos de postgrado. El primero en ser aprobado fue el de formación de anatomopatólogos el 21 de febrero de 1959.

2. El segundo paso es el Primer Seminario de Educación Médica, realizado en Mérida en 1960, donde se recomendó la creación, dentro de las Escuelas de Medicina del Departamento de Medicina Preventiva y Social que imparte, a todo lo largo de los estudios de Medicina, las enseñanzas de una serie de disciplinas que completan los conocimientos de la clínica.

3. El tercer paso es el entrenamiento, solamente informativo, a médicos rurales de un mes de duración debidamente programados.

Estas proposiciones presentadas por el doctor Baldó fueron con miras a adscribir la Región Sanitaria de Aragua y las instalaciones del área de El Algodonal a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, lo cual nunca se llevó a cabo.

En 1970, ya jubilado, el doctor Baldó emprendió la organización y dirección de un curso intensivo de actualización clínico-sanitaria para médicos rurales en servicio, el cual habría de llevarse a cabo en el Centro Docente de Villa de Cura.

Como reconocimiento a su labor docente, al doctor Baldó lo distinguieron con varias promociones entre las cuales podemos señalar:

Promoción «José Ignacio Baldó», Curso de Trabajadoras Sociales, Escuela de Servicio Social; Promoción «José Ignacio Baldó», Curso de Postgrado de Médicos Tisiólogos-UCV, 1957, y Promoción «José Ignacio Baldó», Curso de Médicos Cirujanos. UCV, 1953-1959.

Igualmente, fue distinguido como Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia y de la Universidad de los Andes. Con motivo del vigésimo quinto aniversario en el desempeño de su cargo como Profesor por Concurso, la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela emitió un acuerdo para celebrar tal acontecimiento, por cierto no habitual en nuestra Facultad.

Con motivo de su fallecimiento el 20 de noviembre de 1976, la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela acordó tres días de duelo, lapso durante el cual quedaron suspendidas las actividades culturales y deportivas en el seno de sus dependencias. Un año

después de su muerte, en Sesión Especial de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina, el doctor J. A. Díaz Guzmán inició sus palabras así: *Hoy estamos aquí, poco después de cumplirse un año de su desaparición física, para recordar al maestro José Ignacio Baldó, para vivir bajo el influjo de su recuerdo, su permanente presencia espiritual.* Más adelante, el doctor Díaz Guzmán señaló: *Junto con otros eminentes maestros sanitaristas, él fue para nosotros, promoción de sanitaristas de 1940, el sembrador de nuestra vocación de servicio y el cultivador de nuestra sensibilidad social. Por eso, al igual que todos ellos, mereció de nosotros y más de una vez, el «bendito seas, maestro» con que los estudiantes de su España se refirieron alguna vez al gran Unamuno.*

Bibliografía

Adrianza, M. «Discurso de Orden en la Sesión Solemne de la Sociedad Venezolana de Fisiología y Neumonología». Instituto Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, 37-45, 1971.

Archila, R. *Diccionario biográfico de médicos venezolanos*. (Ensayo). 1ª edición. Caracas: Tipografía Vargas, S.A., 1985.

Baldó, J. I. «Discurso pronunciado con ocasión de la Conmemoración de los 25 años de funcionamiento del Sanatorio Antituberculoso 'Simón Bolívar'». V Congreso Venezolano de Fisiología y Neumonología 1966, 11-15. (Mimeografiado).

—«Discurso pronunciado el 11 de diciembre de 1956, en el Acto Académico en la Universidad de los Andes para Conferir el Título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina». *Revista del Colegio de Médicos del estado Mérida*, XIX: 3-18, 1956.

—«Discurso pronunciado en las V Jornadas de Anatomía Patológica». Separata de la *Revista de la Policlínica Caracas*, XXV, 143: 131-144, 1958.

—Ficha Personal. Facultad de Ciencias Médicas. UCV, 1950.

—«Informe presentado al doctor Alfonso Anselmi, Decano de la Facultad de Medicina de la UCV, para contribuir al proceso de renovación académica en el campo de la Medicina», 1-17, 1969.

—«Participación del médico general y personal auxiliar en la lucha antituberculosa». Seminario Nacional de Tuberculosis. Huaraz-Perú, 1-22, 1966.

Bruni Celli, B. «Historia de la Facultad Médica de Caracas». Trabajo de incorporación como Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*, 16-17(VI): 381, 1958.

Díaz G., J. A. «Palabras pronunciadas en la Sesión Especial de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina para recordar al doctor José Ignacio Baldó en el Primer Aniversario de su Muerte». Academia Nacional de Medicina, 1977.

Perry, O. y colaboradores (Eds.). *Valores humanos de Venezuela, Panamá, Ecuador, Colombia*. 1ª edición. Bogotá: Editorial Agra, 1952.

Prieto, C. J. «Palabras pronunciadas como Presidente de la Asociación Antituberculosa de Caracas con motivo del 40º Aniversario del Sanatorio Antituberculoso 'Simón Bolívar'.1980.

Primer Concurso de Oposición para optar al cargo de profesores de la Facultad de Medicina en 1937. *Boletín de los Hospitales*. Caracas.

Rodríguez, C. «Discurso de Orden en el Auditorio del Instituto Nacional de Tuberculosis con ocasión de los Actos Conmemorativos de los 40 años del Sanatorio 'Simón Bolívar'». *Tórax Boletín del Postgrado de Neumonología Clínica Integral, Cirugía Torácica, Neumonología Pediátrica*, 2:3-16, 1980.

Valladares, R. «Homenaje al doctor José Ignacio Baldó». Asociación Antituberculosa de Caracas 1986, 5-31.

LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Paúl Romero

La idea de una Escuela Nacional de Salud Pública estaba en la mente de los directivos y técnicos del Ministerio de Sanidad desde la aparición de este organismo en el escenario social venezolano, a comienzos de 1936. José Ignacio Baldó fue una de las figuras, en su calidad de Jefe de la División de Fisiología, más preocupadas por la formación del personal.

En el nuevo Ministerio prevalecía una gran preocupación ante la inexistencia del equipo humano necesario para atender los programas que se estaban organizando a fin de enfrentar los principales problemas de salud pública en el país. Se pretendía, por tanto, conferir un carácter prioritario a la capacitación de personal de diferentes tipos y niveles para que ocuparan las posiciones de dirección y de ejecución de las actividades y tareas de los mencionados programas.

La Escuela no se concretaría como tal sino a partir del 3 de diciembre de 1958, cuando la Comisión Universitaria de la Universidad Central de Venezuela, presidida por el doctor Francisco De Venanzi, crea la institución docente adscrita a la Facultad de Medicina. Esta iniciativa fue ideada en convenio con el Ministerio de Sanidad, a fin de coordinar las acciones y apoyarla técnica y financieramente. El Ministro de Sanidad para aquel momento era el doctor Espíritu Santo Mendoza.

Las discusiones en torno a la creación de la Escuela fueron muy frecuentes y de gran intensidad en el seno del Ministerio, con posiciones enfrentadas. Podría recordarse por caso la propuesta proveniente de la Fundación Rockefeller, en el sentido de crear una Escuela Internacional de Salud Pública con sede en Caracas, dado el desarrollo tan importante que habían alcanzado en el país las actividades de salud de la población. Dicha proposición no prosperó, aparentemente, por la oposición de quienes consideraban que el movimiento tendiente a la conformación de la Escuela debía ser fundamentalmente nacional. Con relación a la adscripción de la Escuela a la Universidad, ello también fue un asunto que produjo la aparición de grupos con diferentes opiniones, ya que se consideraba que el despacho no debía perder el control de la actividad de formación de personal, la cual había sido tan cuidadosamente desarrollada; además, se consideraba que los mecanismos universitarios eran diferentes y difíciles de conciliar con los del Ministerio. Releyendo la obra de Archila, puede concluirse que todavía, a finales de 1956, no había nada claro al respecto.

Durante todo el año 1957 el Jefe de la Sección de Preparación de Personal del Ministerio, Alfredo Arreaza Guzmán, trabajó intensamen-

te, tanto a escala nacional como internacional, logrando avances significativos. Entre las personalidades frecuentemente consultadas por el doctor Arreaza se encontraba José Ignacio Baldó, según lo hace constar en su trabajo acerca de la Escuela de Salud Pública el doctor Oscar Lobo Castellanos, testigo presencial y actor de esos momentos. Las consultas al doctor Baldó eran obligadas por el respeto que todos profesaban a su dedicación al trabajo en el campo de la Salud Pública, por la importancia que le confirió siempre a la capacitación del personal dentro de este trabajo, por su capacidad para generar ideas y, no menos, por su tesón para avanzar en acciones tendientes a la solución de problemas de índole administrativa y técnica.

Es conveniente hacer mención de los años que antecedieron a la Escuela, ya que durante ese tiempo se hicieron muchas cosas importantes relacionadas con la capacitación del personal. Éstas guardan relación con los orígenes de la institución docente y con quien puede ser considerada la figura más importante del movimiento de Salud Pública en Venezuela, el propio doctor Baldó. Su nombre está muy vinculado a la Escuela, lugar en el cual su manera de pensar es resguardada con respeto, y sale a relucir cada vez que se conversa acerca de lo que ha sucedido, el quehacer presente o las aspiraciones de este espacio para la formación de los trabajadores de la salud.

Durante esos años, la presencia del doctor Baldó en la capacitación de personal del Ministerio era una constante, así como él mismo fue protagonista principal de este proceso. Como fue mencionado, Baldó estuvo presente desde el mismo momento de la creación del Ministerio, en calidad de Jefe de la División de Fisiología, y permanecería en esa posición hasta pasar a ser Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas, dependencia que fue otro producto de su pensamiento y que tanto habría de influir sobre la futura Escuela de Salud Pública.

Es bien conocido que la capacitación de personal la emprendieron las diferentes dependencias del despacho en forma aislada unas de las otras; algo que, utilizando términos de uso más frecuente en estos tiempos, podría ser calificado de ineficiente, pero muy eficaz y efectivo, como lo evidenciaron los grandes avances logrados en la salud de los venezolanos, los cuales permitieron arribar a los años setenta con valores sencillamente impresionantes en relación con los indicadores sanitarios.

El Ministerio asumió las tareas de formar auxiliares y técnicos para cumplir con actividades de Salud Materno-Infantil, Servicio Social, Fi-

siología, Leprología, Venereología, Malariología y otras áreas. Asimismo, las primeras acciones de postgrado médico son realizadas en el país por el órgano rector de la salud en áreas de Pediatría y Puericultura, Fisiología, Venereología, Leprología, Malariología, Psiquiatría y Administración de Salud Pública. Respecto a esto último, vale apuntar que desde 1934 el doctor Baldó se desempeñaba como Jefe de la Cátedra de Fisiología de la Universidad, con sede en el Hospital Vargas, y en tal condición se encontraba atento a la vinculación permanente entre la formación de los estudiantes de pregrado y postgrado, así como a las necesidades de la población y de los servicios.

La calidad con la cual el Ministerio cumplía con esas responsabilidades era muy buena y mereció el reconocimiento internacional. Esa es la experiencia que el despacho entrega a la universidad, al considerar que es a ésta a la que le corresponde continuar con su desarrollo, y lo hace con la responsabilidad con la cual se asumían siempre en su seno las decisiones y sus consecuencias, así como con la convicción acerca de la armonía que debía existir entre los procesos de capacitación y de utilización del personal, no sólo como una necesidad a fin de evitar aquellas distorsiones que pudiesen resultar costosas en lo económico, sino en lo esencial de las instituciones y de la población.

Cuando se revisan los trabajos del doctor Baldó, el lector puede percatarse inmediatamente de su influencia en la capacitación de personal, tanto en los escritos generales de doctrina, en los cuales el tema de la formación se encuentra siempre presente, como en los principios que los sustentan: priorizar la capacitación, así como la alta calidad de la misma, la adecuación permanente a las necesidades y la articulación con las instituciones de formación.

Los egresados de los postgrados de Fisiología eran ubicados en los hospitales a fin de que atendieran a los pacientes con procesos avanzados de la enfermedad tuberculosa. Esta mención, un tanto al margen de la secuencia, es necesaria a los comentarios que siguen a continuación.

Una de las actividades docentes más importantes de la Escuela de Salud Pública continúa siendo su Curso de Ampliación de Conocimientos en Salud Pública, más conocido como «Curso Medio de Salud Pública»; esta última es su denominación oficial. Dicho nombre le debe su razón de ser al hecho de que existía un Curso Básico de Sanidad Rural, de nueve semanas de duración, dirigido a los médicos que iban a iniciarse en las medicaturas rurales. Por cierto, muchos médi-

cos que ejercieron en las medicaturas en los años sesenta y setenta tuvieron la oportunidad de disfrutar de las enseñanzas del doctor Baldó en los últimos cursos básicos a los cuales se dedicó con su empeño característico en Villa de Cura.

El origen del Curso Medio se ubica temporalmente en el año 1941, luego de que Baldó desarrollara el concepto de las redes para enfrentar el problema de la tuberculosis. Ya el nivel más complejo, el de los hospitales, estaba siendo atendido en lo referente a la formación de personal, con los postgrados de Fisiología. Pero ya el segundo elemento de la red requería, en cambio, un médico entrenado en los diferentes aspectos preventivos, clínicos y administrativos del programa de tuberculosis, y es así cuando ese mismo año se organiza y comienza a dictarse un tipo de curso para atender esta necesidad, con contenidos de Salud Pública, de Administración y de Clínica, con una duración de dieciocho semanas. A este curso original se fueron agregando contenidos relacionados con los programas de las otras divisiones del Ministerio, lo cual permitió formar a un profesional médico con destrezas en Administración, Epidemiología y Clínicas Preventivas a fin de poder desempeñarse en el nivel intermedio de la organización sanitaria venezolana.

El Curso Medio de Clínicas Sanitarias fue definitivamente conformado en 1953. Es evidente que llevaba la impronta del doctor Baldó, de su integracionismo, de la no aceptación de la separación entre lo preventivo y lo curativo, y de su preocupación porque las acciones de salud abarcasen a toda la población. Además de impulsor, Baldó siempre fue miembro del personal docente del Curso Medio hasta mucho tiempo después de la adscripción del mismo a la Escuela de Salud Pública. En el primer catálogo de cursos aparece su nombre no sólo como coordinador de los postgrados de Anatomía Patológica y Medicina Interna, sino también como profesor del Curso Medio.

Debido al desarrollo que alcanzaron las especialidades médicas parecía que no se justificaba continuar con el Curso de Clínicas Sanitarias; al mismo tiempo, surge también la preocupación por la debilidad creciente en la administración de los programas y servicios en el nivel intermedio. Por estas razones, se produjo un cambio en la orientación del curso desde finales de los años ochenta, haciéndolo más administrativo y minimizando los componentes clínico-sanitarios hasta el punto de hacerlos desaparecer.

Esto último precisa de unos comentarios adicionales. El desarrollo de

las especialidades médicas no se hizo cuidando la necesaria armonía entre formación y utilización; en realidad, los especialistas se concentraron en los centros profesionales más importantes, dando impulso así a un ejercicio privado creciente. Todo ello conspiró contra la integridad, el acceso igualitario y el ejercicio médico socializado por el cual siempre abogó el doctor Baldó.

Por otra parte, los programas de Salud Pública se fueron debilitando en la medida en que quienes se desempeñaban al frente de las clínicas sanitarias fueron desapareciendo por diferentes motivos, sin que ocurriese el debido relevo.

La Escuela ha continuado dictando los cursos medios de Salud Pública y, en la actualidad, además de los dos que se dictan anualmente y a dedicación exclusiva en su sede de El Algodonal, se suma la modalidad de estudios dirigidos, con presencia de los alumnos durante sólo dos días a la semana, pero con igual contenido y duración total. Esta forma del curso se dicta tanto en Caracas como en el interior del país en un número aproximado de seis veces al año. Ello permite aumentar la oferta a fin de apoyar las reformas del Estado y del sector salud, así como cumplir con el mandato de la formación integral del trabajador de la salud.

Para finalizar los comentarios acerca del Curso Medio, es preciso señalar que la Escuela ha propuesto que éste se generalice en el sentido de exigirlo como requisito previo para ingresar a los estudios de cuarto nivel en Ciencias de la Salud, con la seguridad de que ello induciría a cambios positivos en la prestación de los servicios a la población, al desempeñarse al frente de los mismos un personal distinguido por la característica de dirigir su pensamiento hacia la salud pública.

Los cursos de especialización en Salud Pública también son anteriores a la creación de la Escuela y fueron producto de la preocupación del Despacho por contar con especialistas de alto nivel en sus cuadros dirigentes y en la conducción de los programas en los distintos estados del país. Los cursos se iniciaron incluso antes de la creación de la División de Preparación de Personal, dependencia que se habría de encargar de la administración de los mismos entre 1948 y 1958. En estos cursos también participó el doctor Baldó e, incluso, la promoción del año 1952 lleva su nombre por esta razón.

Algunos de estos cursos tuvieron reconocimiento universitario. Los primeros fueron de higienistas integrales y luego se dictaron los destinados específicamente a la formación de administradores en el cam-

po de la atención médica. Con respecto a estos últimos, se propuso la conformación de un área de demostración para las prácticas docentes de los alumnos, la cual debía estar dotada de todos los recursos necesarios para la aplicación de las técnicas más avanzadas en Administración de Servicios; en tal sentido, el doctor Baldó ofreció las instalaciones del Sanatorio «Simón Bolívar» para esos fines. Si bien no existe una relación directa y bien documentada al respecto, con frecuencia se menciona que la actual ubicación de la Escuela de Salud Pública en el Complejo «José Ignacio Baldó» guarda relación directa con tal ofrecimiento.

En relación con ello, es preciso señalar que tanto el Complejo como la Escuela deben aprovechar al máximo la oportunidad de integrar el servicio con la docencia y la investigación en una zona de la ciudad de Caracas como Antímano, aquejada por tantos problemas médico-asistenciales y sociales que exigen la creatividad y el tesón de los trabajadores de la Salud Pública para comprenderlos y enfrentarlos. Se trata, en síntesis, de encarar los problemas de la Venezuela actual y futura, equivalentes en magnitud y trascendencia a los que debieron combatir las viejas generaciones de sanitaristas en el medio rural. Problemas seguramente tan vulnerables, si se les enfrenta con la misma presencia de ánimo y empeño con los cuales ellos lo hicieron en su momento.

A partir de 1959, los cursos de especialización en Salud Pública pasarían a ser responsabilidad de la Escuela de Salud Pública, contando con el doctor Baldó como uno de los miembros de su personal docente. La Escuela comenzó dictando un curso integral general y dos cursos más específicos, uno de Administración de Atención Médica y otro de Epidemiología. El curso general era requisito previo para cualquiera de los otros dos. Esta situación se mantuvo hasta comienzos de los años setenta, cuando bajo la dirección del doctor Clemente Acosta Sierra se decide la diversificación de los cursos en Administración de Atención Médica, Administración Sanitaria, Epidemiología, Nutrición en Salud Pública y otras áreas, como la de Educación para la Salud. Los cursos de la Escuela tenían la calificación de *magister scientiarum* hasta el inicio de la década de los ochenta, cuando por decisión de la Facultad de Medicina se les asignó el nivel de Especialidad. Nunca se ha tenido clara la razón de ello, ya que el proceso formativo siempre estuvo orientado no sólo a la práctica en los servicios, sino también a la capacitación para la investigación y la docencia, tal y como lo de-

muestran hechos como, por ejemplo, el aporte que el personal formado por la Escuela hizo a las universidades nacionales para que se desarrollaran sus respectivos departamentos de Medicina Preventiva y de Salud Pública, así como la gran producción de trabajos orientados a analizar las situaciones de salud, los programas y servicios de casi todas las regiones del país.

En la actualidad, la Escuela dicta las tres especialidades de Administración de Hospitales, Administración de Salud Pública y Epidemiología; se apresta a iniciar una Maestría en Epidemiología, con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de organismos internacionales y de universidades nacionales, y de otros países, conformando por tanto una red para la formación de recursos humanos en Epidemiología y atendiendo a una necesidad de este tipo de personal para afrontar las complejas tareas de un campo de trabajo como la Salud Pública. Nuevamente hace su presencia aquí el pensamiento integrador de la docencia y el servicio para atender dichas necesidades.

En su empeño por ofrecer la formación del más alto nivel, la Escuela introdujo ante la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina un proyecto de Maestría y Doctorado en Salud Pública.

Para concluir podría afirmarse con toda propiedad que Baldó le confirió siempre una gran importancia a la Escuela de Salud Pública; así lo evidencian tanto sus escritos como su participación en las actividades de la Universidad Central de Venezuela. La ya mencionada integración entre la capacitación y los servicios, punto fundamental de su pensamiento, se aprecia en sus planteamientos acerca de los postgrados de Anatomía Patológica, Medicina Interna, Fisiología, Oncología y Cardiología: formar personal para atender las necesidades. Aun más, los contenidos de Salud Pública, Administración Sanitaria, Epidemiología y Estadística están contemplados en todos esos postgrados. Baldó insistió también en la necesidad de la relación permanente que debía existir entre la Escuela y las dependencias técnicas del Ministerio, ya que el personal que se forma en la Escuela está destinado a desempeñarse precisamente en los servicios.

Las relaciones entre el órgano rector de la salud en Venezuela y la Escuela de Salud Pública son débiles en la actualidad, perjudicando a las partes involucradas y a la población en todos sus estratos. Los programas de Salud Pública han decaído notablemente en co-

bertura, calidad, eficiencia y eficacia. Las universidades ocupan su tiempo en problemas no prioritarios, en una crítica desmedida, sin atreverse a proponer soluciones alternativas a situaciones que ameritan su labor docente y de investigación. La población sufre las consecuencias de la reaparición de enfermedades que fueron efectivamente controladas, al tiempo que no consigue satisfacción a sus necesidades de atención y se ve afectada por la ausencia de los principios de solidaridad.

Isaac Abadí

Referirse a la semblanza académica del doctor José Ignacio Baldó es una tarea harto difícil, pues su vida es un magnífico ejemplo de un profesional de la Medicina en el sentido más integral: modelar una manera de vivir y demostrar los atributos y conductas que permiten mantener el interés en torno al paciente por encima del propio. Así, el doctor Baldó, representa el modelo para las nuevas promociones médicas que tienen el serio compromiso de dar una adecuada solución a las numerosas afecciones que siguen siendo de difícil diagnóstico y, aun más, de difícil tratamiento, y quienes deben ver en muchos de sus antecesores un claro y dignificante ejemplo de constancia y tenacidad ante las más descarnadas realidades nacionales.

El profesionalismo en Medicina implica:

• El compromiso con el más alto nivel de excelencia en la práctica de la Medicina y en la generación y diseminación del conocimiento;

• El compromiso con las actitudes y conductas que mantienen el interés y el bienestar de los pacientes, y

• El compromiso para responder a las necesidades en salud de la sociedad.

El doctor Baldó demostró con su quehacer diario todas las características propias del profesionalismo en Medicina: altruismo, excelencia, deber, servicio, evolución, honor, integridad y respeto a sus semejantes.

El Baldó académico se integra, por lo tanto, con el docente, con el sanitarista, con el humanista, y el científico, en fin, el maestro con todo lo que significa el término y que muy pocos pueden merecerlo.

Al hablar de Baldó, el doctor Rogelio Valladares se refiere, por ejemplo, a *su extraordinaria capacidad de trabajo con una disciplina inflexible y un horario sin minutos para la charla intrascendente, un hombre que no hemos visto bostezar jamás*[1].

Mientras desarrolla su labor en las salas del Hospital Vargas, Baldó se preocupa por la docencia universitaria, no sólo la de su especialidad sino la de la Cátedra de Anatomía Patológica[2], la cual logra «por petición directa» al entonces Rector de la Universidad Central, doctor Plácido Daniel Rodríguez Rivero.

En febrero de 1937, Baldó comienza a desempeñarse como Profesor de la Cátedra de Clínica Tisiológica en virtud de un concurso de oposición, cargo que le fuera conferido académicamente por el Ministro de Educación, doctor Rafael Ernesto López, el Rector de la Universidad Central, doctor Antonio José Castillo, y el Presidente del Jurado, profe-

sor doctor Salvador Córdoba, junto con los doctores Vicente Peña y Beltrán Perdomo Hurtado.

El doctor Baldó plantea la visualización y aplicación progresiva de una doctrina unitaria con la concepción integral de la salud y la necesidad de formación de personal a todos los niveles. Esta Doctrina Unitaria mediante la concepción integral de la salud «en una época en la que parecían imperar barreras artificialmente establecidas entre lo preventivo y lo curativo» fue revolucionaria y continúa siendo tan vigente ahora como en el pasado. Ilustra particularmente la concepción de una campaña de lucha contra las enfermedades o problemas de salud, aplicando conceptos gerenciales en relación con la historia natural de las enfermedades y la aplicación de los factores de riesgo (relacionados etiológicamente o no) de forma específica. Una consecuencia administrativa de esta doctrina es la necesaria interrelación de todos los servicios dentro de un funcionamiento debidamente coordinado, bajo un comando único regional, lo cual es particularmente importante puesto que se evidencia a partir de entonces la necesidad de imponer el siguiente principio: la «descentralización» administrativa y la «centralización» normativa.

La necesidad de formación de personal a todos los niveles lo llevó a la conclusión de que el mejor sitio para prepararlo y seleccionarlo no era otro que el medio universitario –para la época el Hospital Vargas de Caracas–, puesto que allí estaría dentro del medio estudiantil y no en el dispensario de sanidad donde hubiera permanecido en relativo aislamiento**.** Esta concepción de aprendizaje y adquisición de competencia por el trabajo será la columna vertebral de todas las actividades de Baldó a lo largo de su vida profesional. Consecuente con esta concepción, él mismo percibe desde el comienzo la necesidad de formar personal en otras áreas; de esta manera, junto con la enfermera María Arroyo Castro y la trabajadora social Celestina Zalduondo, ambas de Puerto Rico, Baldó establece en 1936 un embrión de escuela para auxiliares de enfermeras visitadoras en tuberculosis, y con un grupo de venezolanas voluntarias, a cuya cabeza estuvo Luisa Amelia de Vegas, inicia lo que habría de transformarse más tarde en nuestra Escuela de Servicio Social.

Desde el comienzo de su dilatada actividad pública, Baldó iría integrando y ejecutando acciones que respondieran al planteamiento de problemas, todos relacionados con su visión de la Medicina como una ciencia integral. Fue un defensor de la necesidad de integrar la activi-

dad preventiva y curativa en el ámbito de la salud; por ello, propuso y estimuló la incorporación de las campañas especiales a los servicios generales de salud, cuyo personal era preciso formar para el ejercicio de la coordinación y ejecución de programas integrados de salud.

En este sentido, y desde el comienzo, Baldó consideró muy importante la relación de los programas de salud con la docencia de pregrado y de postgrado, planteándolo bien de forma definida mediante su intervención y la de sus colaboradores, o bien en los trabajos, presentaciones o ponencias nacionales o internacionales.

La cátedra universitaria que ejerció durante veintiocho años le permitió, dentro de la formación del médico general, la enseñanza de la tuberculosis y otras patologías broncopulmonares de una manera sencilla y fácil de entender. *Dictaba unas cuantas clases semanales, pero la mayor parte de la formación se daba en grupos de 4 a 8 alumnos con instructores que seguían un método común de discusión de casos*[3]. Esta metodología docente es particularmente importante cuando en algunas escuelas de Medicina se aprecia masificación en la enseñanza y, en ocasiones, no se sigue una metodología homogénea y/o no basada en evidencias. Fue maestro en la sala, en el dispensario y en el sanatorio, pues para él no había nada más importante que la formación de personal.

Su interés en todo lo relacionado con la docencia a todos los niveles lo llevó a participar activamente en todas las actividades de la Facultad de Medicina, ya desde su Cátedra de Fisiología, donde desarrolló una labor intensa –aun cuando contratado a tiempo convencional– y planteando desde el comienzo la necesidad de *tratar sobre los cambios que se hayan introducido en el curriculum de los estudios del pregrado que puedan concurrir a una mejor orientación del estudiante para que tenga una actitud y pueda contribuir a colaborar en la lucha antituberculosa*[4]. Asimismo, hizo siempre hincapié en la necesidad de ofrecer al estudiante una docencia integrada, planificada, basada en la comunidad y en el planteamiento de problemas, cuando, por ejemplo, se refirió en varios documentos a la necesidad de contar con una muestra adecuada de pacientes para la enseñanza de la Cátedra de Fisiología.

Es importante mencionar aquí que, aun cuando formalmente no se enuncian los objetivos y las competencias clínicas, éstos resultan muy evidentes en los planteamientos formulados por el clínico-sanitarista, en la concepción doctrinaria y docente que expusieron una y otra

vez, en todos los documentos y trabajos publicados por ellos, tanto el doctor Baldó como sus colaboradores, sobre la doctrina unitaria de la lucha antituberculosa.

El doctor Baldó participó activamente en las comisiones asesoras y grupos de trabajo de la Facultad de Medicina; mencionaremos algunas de ellas por su importancia y por la indudable proyección de sus conclusiones. Así, de los archivos de la Facultad, podemos precisar las siguientes:

1. Comisión Asesora de la Escuela de Salud Pública (23-03-59, Gil Yépez, Decano) con distinguidos profesores de la Facultad (F. Pifano, F. Montbrún, P. Izaguirre, F. Vizcarrondo, R. J. Neri, J. Andrade).
2. Comisión de Postgrado: doctores R. Valladares, L. García Maldonado, A. León V. Grossman (21-10-59, Rafael J. Neri, Decano).
3. Comisión Organizadora del Postgrado de Cirugía por órgano de la Escuela de Salud Pública: doctores M. Pérez Carreño, F. R. Coronil, J. Morales Rocha y A. Mota Salazar (17-08-60, Rafael J. Neri, Decano).
4. Comisión especial del decano para experiencias en Educación Médica en Europa (Austria-U.R.S.S.).
5. Comisión para la Planificación de la nueva Escuela de Medicina en San Lorenzo. F. R. Coronil, F. Montbrún, A. Borjas, O. Lima Gómez (presidente Rafael J. Neri, Decano).
6. Coordinador de la Agrupación Médica que desde 1959 precedió la integración de los departamentos de medicina en 1959-1960. Primer Jefe del Departamento de Medicina de la Escuela Razetti.
7. Viaje de estudios (OMS-MSAS) de Servicios Médicos I, docencia en países de Europa y África (15-2 al 15-04 de 1963).
8. Comisión Consultiva que elaboró el Documento Básico sobre el Tema: «El médico que Venezuela necesita» (22-04-1963). Integrantes: doctores J. I. Baldó, L. García Maldonado, M. Zúñiga Cisneros, Pastor Oropeza, H. Benaím Pinto, A. Arreaza Guzmán, Darío Curiel, Carlos Luis González, F. Pifano, D. Orellana, A. González Nava, y H. Cedeño López.
9. Delegado de la Escuela Luis Razetti ante el II Seminario Nacional de Educación Médica (13-07-64).
10. Miembro del Comité Técnico de la Escuela de Salud Pública en el Núcleo Clínico (24-09-64).

Fruto de estas comisiones y de sus responsabilidades ante los nuevos problemas de salud pública, fueron sus reflexiones acerca de la docencia de pregrado. Así lo menciona en varios de sus escritos, refiriéndose a la participación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en

el desarrollo e integración de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social y, posteriormente, a los cursos de postgrado:

Dos grandes preocupaciones habían surgido en los últimos años entre los personeros de la salud pública en nuestro Ministerio de Sanidad, siendo la primera el reconocimiento de la necesidad de imprimirle mayor contenido preventivo y social a la enseñanza de la Medicina en el pregrado, y la segunda viniendo como una consecuencia del concepto integralista de la salud, que al no permitir continuar estableciendo barreras entre lo preventivo y curativo, nos presentaba nuestros hospitales como una red caduca y muy poco efectiva de instituciones, incapaces de convertirse en el centro ductor de la nueva medicina que el país reclamaba. Ni lo uno ni lo otro se consideró posible sin asumir la responsabilidad de contribuir a la transformación de muchos aspectos de nuestra Medicina.

Al considerarse los requerimientos de una campaña nacional contra el cáncer, fue cuando se puso de manifiesto la imposibilidad de llevarla a cabo si cada hospital del país no podía convertirse en un centro de diagnóstico precoz y de tratamiento adecuado. El balance que hizo al respecto el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto fue de los más pesimistas, lo que llevó a la conclusión, en primer término, de considerar la necesidad de desarrollar Cursos de Postgrado de Anatomía Patológica, bajo la dirección y financiamiento del Ministerio de Sanidad, llevados a cabo por el personal de profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad Central. Esta idea, que fue originada por un imperativo sanitario, apoyada y recomendada por la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica, en enero de 1959, fue expuesta por el Despacho de Sanidad a la Facultad de Medicina de la mencionada Universidad de la cual recibió acogida entusiasta. De seguidas y mediante una gestión semejante y previa de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, pudo el Despacho de Sanidad dar los pasos con la misma Facultad de Medicina para la realización del Primer Curso de Postgrado de Medicina Interna. A los mencionados cursos se agregó el de Urología, que siguió un proceso parecido. Otros, como el de Cardiología, no hacían sino consagrar lo que antes del nuevo movimiento ya habían llevado a cabo Divisiones especiales en el Ministerio de Sanidad en el terreno del postgrado.

La formación y desarrollo de los Departamentos de Medicina Preventiva en las Escuelas de Medicina surge como una necesidad de la acción en salud, y se trata de un movimiento que ha dado resultados impor-

tantes en la formación del médico; en la actualidad, ello adquiere una mayor significación por la inaplazable necesidad de integrar en la práctica clínica racional la proyección de los hallazgos diagnósticos, así como el pronóstico y la respuesta terapéutica de grupos de pacientes hacia el individuo enfermo. En este sentido, las estrategias y tácticas utilizadas para entender grupos de enfermos (es decir, las tácticas de la Epidemiología y de la Bioestadística) deben y pueden ser de extraordinaria utilidad para el clínico. Más aún, es posible utilizar estrategias epidemiológicas y bioestadísticas desarrolladas con la finalidad de estudiar la distribución y los determinantes de la enfermedad en grupos de población, a fin de rediseñarlos dentro de una perspectiva clínica y utilizarlos para mejorar nuestro desempeño clínico.

El impulso y la extraordinaria capacidad de liderazgo del doctor Baldó se demostró una vez más en el desarrollo de los cursos de postgrado, los cuales marcaron una etapa fundamental en la formación de personal para los nuevos campos de acción de la salud pública. En esta etapa de su labor se hizo muy evidente la aplicación progresiva de una doctrina unitaria con la concepción integral de la salud y la necesidad de formación de personal a todos los niveles. He sido un testigo presencial de esa etapa, pues formo parte de la primera promoción del Postgrado de Medicina Interna y he vivido personalmente los cambios que se dieron en la atención médica en el país, así como del papel fundamental de estos cursos en la integración de la actividad hospitalaria a todo lo largo y ancho del territorio nacional. La mayoría de los postgraduados teníamos y cumplimos el compromiso de trabajar en el sitio que nos asignaran; desde el comienzo, nuestras actividades eran docente-asistenciales y en su totalidad fuimos acogidos por las universidades nacionales para cubrir las necesidades de personal docente. Había continuidad en la acción educativa, pues el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, mediante convenios establecidos, supervisaban nuestra acción. Después de casi cuatro décadas de funcionamiento de los postgrados se puede afirmar, sin riesgo a equivocaciones, que ha sido uno de los programas de formación de personal más exitosos que hayan existido en la Medicina nacional.

La participación académica del doctor Baldó llegó a ser una constante en su vida profesional; así lo consigna el hecho de haber sido nombrado Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes en 1960 y de la Facultad de Medicina de la Universidad

del Zulia, en 1963; distinguido como Presidente Honorario de las Sociedades Venezolanas de Fisiología y Anatomía Patológica, además de haber sido incorporado como miembro Honorario de numerosas sociedades y asociaciones científicas nacionales e internacionales. Amén de ello, recibió Diploma de Honor del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela en 1960, y fue epónimo de varias promociones: Trabajadoras Sociales, Médicos Higienistas, Médicos Tisiólogos y Médicos Cirujanos (como la de 1959).

Baldó llegó a jubilarse de la Universidad en 1965, un año después de haber sido el primer jefe del Departamento de Medicina de la Escuela Luis Razetti, siendo designado posteriormente Profesor Honorario de la Cátedra de Clínica Tisiológica. Sin embargo, ante la crisis universitaria de 1969, envía una comunicación[5] al Decano Alfonso Anselmi en la cual expresó su opinión ante los problemas de la renovación académica, planteando soluciones que resumió con el término «campus *versus* claustro», ofreciéndole a la Facultad de Medicina de la Universidad Central la adscripción de la Región Sanitaria de Aragua y las instituciones del área de El Algodonal.

En este mismo documento se expresó así:

No puedo impedirme de señalar en este informe, antes de entrar en materia, dos credenciales de universitario que poseo: la primera, y de la que más me enorgullezco, es la de la promoción de Médicos Cirujanos de la Universidad Central de Venezuela de 1959, que lleva mi nombre y que celebra sus primeros 10 años; y en la cual ya figuran personas prominentes de la Medicina nacional, que espero que a manera de testamento científico reciban este mensaje, pues sólo si es acogido por gentes jóvenes tendrá sentido práctico, ya que además de lo inmediato a realizar comprende medidas a largo término, para las que espero que ellos contribuirán a llevarlas a cabo con las generaciones que les siguen.

Estas palabras revelan de una manera bien definida la importancia que Baldó le concedía a la formación de nuevas generaciones médicas; esta semilla encontró terreno fértil, no sólo por los miembros de su promoción entre los cuales se destacan figuras importantes de la Medicina nacional (Virgilio Paz Martínez, en el CNDT; Alí González, en la Sección Medicina y Cátedra de Neumonología y Harry Acquatella en el Centro de Investigaciones Cardiológicas, por ejemplo), sino porque hizo posible que a su alrededor surgiera una verdadera Escuela de Fisiología, que luego se extendería a la Neumonología y a la Ciru-

gía del Tórax, la cual, además de su aspecto científico, se ha caracterizado por su preocupación en torno a los aspectos sociales de la Medicina. Por otra parte, Baldó fue ductor de generaciones de sanitaristas, administradores en salud, enfermeras y trabajadoras sociales.

Mi segunda credencial –continuó señalando Baldó en su comunicación al Decano Alfonso Anselmi– *son mis dos títulos universitarios, el de Profesor de la Cátedra de Anatomía Patológica, que ejercí desde el 1° de septiembre de 1935 hasta el 22 de diciembre de ese mismo año, en el que, por los acontecimientos políticos del momento debí renunciar; y el de Profesor de la Cátedra de Clínica Tisiológica, que obtuve por concurso el 24 y 25 de febrero de 1937 y que ejercí durante 26 años consecutivos, pues al pedir reglamentariamente mi jubilación a los 25 años, el Decano para la fecha, Dr. Rafael José Neri, me exigió que permaneciera un año más en funciones como Jefe del Departamento de Medicina, encargándome realizar una labor de coordinación en el Hospital Universitario.*

Para 1963, y con motivo de habérsele conferido el título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Baldó pronunció las siguientes palabras que aún conservan extraordinaria vigencia:

Las experiencias realizadas en estos dos años y medio de trabajo cooperativo entre la Facultad de Medicina y del Despacho de Sanidad, han demostrado de manera convincente que cuando existe convergencia de propósitos no pueden derivarse sino ventajas de la mutua colaboración. Si al organismo responsable de la educación médica, la Universidad, le incumben los problemas académicos, manteniendo en ellos toda su autonomía y dirección científica, a través de su Facultad de Medicina, al organismo que, como responsable de los problemas de salud, va a ejercer funciones de patrono, le interesa orientar, coordinar y financiar esa enseñanza médica para poder disponer de profesionales debidamente capacitados y orientados en los problemas sanitarios de la nación.

Esta integración es indispensable, sobre todo ante el panorama del nuevo milenio que nos muestra el desarrollo vertiginoso de la tecnología y del conocimiento médico; los nuevos modelos de atención en salud y las exigencias de la sociedad a la cual servimos, la imposibilidad manifiesta de obtener los recursos necesarios, ante el aumento de los costos de la acción en salud y que hacen indispensable la atención ambulatoria de la mayoría de los enfermos; todo ello, referido a proble-

mas de salud pública que son nuevos o creíamos que se habían resuelto. La doctrina unitaria, propuesta y ejecutada por un grupo de venezolanos con mística y amplios conocimientos en salud pública, inspirados por maestros con alto profesionalismo, nos demuestra la factibilidad del éxito ante este gran reto.

El modelo de atención de las enfermedades crónicas, utilizando los principios desarrollados por el doctor Baldó, es un ejemplo que se debe seguir, pues demuestra claramente los conceptos vigentes y nos permite enfrentar los problemas actuales y futuros de la acción en salud.

Pareciera que Baldó no olvidó jamás la frase que pronunció ante la Academia Nacional de Medicina en su discurso de incorporación en diciembre de 1936, refiriéndose a la falta de voluntad de los médicos venezolanos para la publicación: *Qué de sabia experiencia se ha perdido, cuánto caudal de ciencia ha desaparecido, sin que queden ni las huellas para los que vienen detrás, pues o nos anima el deseo de querer hacer algo muy bueno o preferimos no hacer nada, sin percatarnos de que una ciencia nacional no está fundamentada sobre asuntos extraordinarios, sino sobre la rutina de hechos bien observados y exactamente contados*.

Quisiera concluir esta semblanza académica del maestro Baldó invocando sus propias palabras, referidas al doctor Pedro Iturbe, en su discurso pronunciado en ocasión de conferirle el título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina:

Esta ceremonia académica cierra un día inolvidable en el que se agolpan en mi mente, en torbellino de recuerdos, los tenaces esfuerzos de un hombre que sin descanso, con inteligencia y corazón, tras el solo ideal de tratar de mejorar la salud de los habitantes de esta vasta región occidental del país, y quien ha estado laborando en la realización de una obra convincente que aporta las mejores pruebas y testigos, cuales son aquellas vidas rescatadas, útiles a familiares y la patria.

Ello demuestra su generosidad cuando hacía referencia a sus colaboradores; este rasgo –eminentemente humano– de la generosidad no era el único signo de su destacada personalidad. *Era muy humano y afectuoso y muy apreciado por muy generoso*[6]. Estos rasgos fueron el denominador común de las conversaciones que manteníamos el doctor Alí González y yo con el doctor Baldó mientras lo atendíamos como médicos durante la última etapa de su vida. Cuando se refirió a sus experiencias en la interrelación humana, tuvimos en esos momen-

tos el privilegio de conocerlo y comprender, en su máxima expresión, tanto su pasión por el país como su altruismo e inagotable vocación de servicio; en fin, su profesionalismo en Medicina, lo cual nos hizo respetarlo, quererlo y sentirnos orgullosos por la suerte de haber tenido la oportunidad de haber sido sus discípulos.

1 VALLADARES, R.
Exposición de Motivos «Orden de la Salud José Ignacio Baldo».

2 BALDÓ, J. I.
«Informe al doctor Alfonso Anselmi, Decano de la Facultad de Medicina», 28 de mayo 1959.

3 *IBÍDEM.*

4 BALDÓ, J. I.
«Participación del médico general y personal auxiliar en la lucha antituberculosa». Seminario Nacional de Tuberculosis, Huaraz-Perú, 26-31 de julio de 1966.

5 BALDÓ, J. I.
«Informe al doctor Alfonso Anselmi... *Op. cit.*

6 DÍAZ GUZMÁN, J. A.
Palabras pronunciadas en la sesión especial de la Sociedad de Historia de la Medicina, celebrada en el local de la Academia Nacional de Medicina, el 30-11-77 para recordar al doctor José Ignacio Baldó en el primer aniversario de su muerte.

HISTORIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO «JOSÉ IGNACIO BALDÓ» (EL ALGODONAL)

José Prieto Casanova

Introducción

La historia del Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó» tiene facetas interesantes que se vislumbran a lo largo de sus casi sesenta años de existencia. En esta institución surgieron iniciativas que, después de un cuidadoso análisis por parte del equipo que integraba su dirección, se transformaron en novedosos programas. De hecho, estos programas, al ser aplicados al campo de la salud, cambiaron definitivamente el rumbo de la epidemiología de la tuberculosis en el país, pues tuvieron como resultado una significativa reducción de la morbilidad y mortalidad por causa de aquella enfermedad y, a la vez, lograron una notable recuperación de la población atacada por ella.

Este conjunto de logros positivos sobre la endemia produjo la disminución del dolor humano, lo cual representa en definitiva el ineludible deber del médico en el ejercicio de su profesión.

No puedo dejar de mencionar estas reflexiones expuestas como preámbulo a la parte histórica del Complejo Hospitalario, porque ellas también constituyen parte de esa historia, y, al exponerlas, pretendo cubrir el cometido de este libro multidisciplinario sobre la obra del doctor José Ignacio Baldó.

Antecedentes históricos de la construcción del Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar»

Por referencia personal que me hiciera el propio doctor Baldó, tuve conocimiento de que el área del valle de El Algodonal fue escogido durante el gobierno del general Juan Vicente Gómez para la construcción de un hospital de enfermos con trastornos mentales, el cual hubiese estado edificado en el mismo sitio donde hoy se encuentra el Sanatorio «Simón Bolívar». Los trabajos de una obra de esa magnitud, proyectada en un terreno tan accidentado, debían comenzar por el embaulamiento de las numerosas quebradas existentes en el área, a fin de contener y conducir los torrentes de agua que bajaban de las montañas vecinas.

La realización de estos trabajos requería de una elevada inversión económica así como de mucho tiempo para la consolidación del embaulado. Lograda esta primera fase, se continuó con la construcción de las fundaciones del nosocomio, las cuales no eran visibles por estar al mismo nivel del terreno.

Cuenta el doctor Baldó que, en esta etapa de la construcción del hospital, el general Gómez, en uno de sus inesperados viajes a Caracas,

decidió visitar El Algodonal para supervisar el desarrollo de los trabajos del nosocomio. En su relato histórico, el doctor Baldó deduce que por estar la obra en su fase inicial el general Gómez no pudo apreciar ningún avance visible y ordenó la drástica medida de paralizar la construcción, por considerar que no estaba justificada la onerosa inversión erogada por el gobierno. Después de este incidente, el «Benemérito» se negó a oír toda sugerencia relacionada con dicha construcción.

Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar»

Por el contenido de los sucesos anteriormente narrados se desprende que el doctor Baldó tenía una completa y detallada información acerca de las adversidades que fueron responsables del fracaso de la construcción del hospital psiquiátrico en esa área.

La posesión de estos conocimientos y el entorno político de la época permitieron que un personaje de tan esmerada observación y agudo análisis como Baldó, pudiese confeccionar una exitosa estrategia que tenía como finalidad convencer y conseguir un cambio en la actitud de un gobernante de carácter tan difícil y de decisiones tan firmes como las tomadas por el general Gómez. ¿Cuál era el objetivo? Que el dictador aceptara edificar en el Valle de El Algodonal el sanatorio antituberculoso. En efecto, la zona de El Algodonal poseía todas las condiciones y características para que se construyera este tipo de hospital: clima benigno, fácil comunicación para la movilización del personal, dotación de suministro y traslado de enfermos.

Precisamente la falta de los requisitos señalados, unido a factores económicos, fue la causa principal por la cual el sanatorio que había abierto el doctor Andrés Herrera Vegas[1] el 15 de agosto de 1914, en el sitio llamado Guaracarumbo, entre Caracas y La Guaira, tuviera que suspender sus actividades cinco años después de su fundación, pese a la tesonera labor e ingentes esfuerzos del doctor Herrera Vegas.

El doctor Baldó, al igual que el doctor Herrera Vegas en el pasado inmediato, tenía un sólido concepto científico del daño ocasionado por la tuberculosis, lo cual, unido a las precarias condiciones sociales y de salud que imperaban en el país para la época, ocasionaba verdaderos estragos en la población.

La brillante personalidad de Baldó, su perseverancia en conseguir un propósito y su excepcional técnica de persuasión, dio el resultado es-

perado al lograr en el año de 1933, durante la gestión administrativa del ingeniero Luis Vélez al frente del Ministerio de Obras Públicas[2], que el gobierno nacional decretara el 24 de julio de 1933, fecha del Sesquicentenario del Natalicio del Libertador, que los terrenos de El Algodonal fueran transferidos al Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría. Luego, el 24 de julio de 1935, mediante el Decreto Nº 263, se dispone proceder a la construcción de un edificio destinado al Sanatorio Popular Antituberculoso; igualmente, se promulga el Decreto Nº 264, por el cual se procede ya en concreto a la construcción de dicho edificio en los terrenos de propiedad nacional denominado «El Algodonal», situados al norte de la Carretera de Caracas a Antímano, en el sitio llamado «Carapa», todo ello durante la gestión administrativa de H. Toledo Trujillo, en el Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría[3].

La muerte del general Gómez en diciembre de 1935 daba fin a una época y abría la oportunidad esperada para desarrollar planes estructurales en la conducción del país, entre ellos, en el campo de la salud.

En 1936 es creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como órgano independiente, separado del Ministerio de Agricultura y Cría. Un preclaro venezolano, el doctor Enrique Tejera, es nombrado Ministro del Despacho. El acierto en la elección de sus colaboradores es un extraordinario ejemplo en la historia de la sanidad nacional: en esa oportunidad, el día primero de julio de 1936, al doctor Baldó le es asignada la Jefatura de la División de Fisiología. La primera acción de esta dependencia ministerial, centralizador de la lucha antituberculosa, fue la de establecer un reglamento, el cual tenía bajo su potestad funciones específicas tales como la preparación del personal, el estudio de la enfermedad desde el punto de vista sanitario-asistencial, la elaboración de los programas de trabajo, la tarea de fijar pautas, normas y procedimientos en la lucha antituberculosa nacional, así como la vigilancia epidemiológica de la endemia.

Pese a las medidas iniciales, en los seis años que siguieron al decreto de la construcción del Sanatorio, el trabajo por realizar era verdaderamente abrumador. El país vivía una crítica situación política y asistencial en donde se destacaban la desnutrición, el analfabetismo, el paludismo, las viviendas insalubres, el alcoholismo, los bajos ingresos y la injusticia social como factores todos que se conjugaron para mantener una tasa de mortalidad por tuberculosis en alrededor de

trescientas muertes por cada cien mil habitantes. La palabra tuberculosis, decía en un discurso el doctor Tejera, «era sinónimo de luto» porque esta enfermedad ocupaba la primera causa de muerte en la nación. En cifras absolutas se estimaba en nueve mil el número de muertes en el país por año, es decir, casi el doble de las que el paludismo producía, estimadas en cinco mil defunciones durante el mismo lapso.

Ésta era la figura trágica a la que debía enfrentarse la División de Fisiología para tratar de controlar la enfermedad en el menor tiempo posible.

Los problemas de salud pública surgían en las comunidades por los cuatro puntos cardinales. El doctor Baldó, con prudente serenidad pero con firmeza a la vez, puso a funcionar sus destacadas cualidades de dirigente sanitario y, ayudado por su equipo, comenzó a buscar soluciones (inmediatas unas, mediatas otras), teniendo siempre presente que al lado de los aspectos propios de la enfermedad convivían, con igual o mayor gravedad, los aspectos sociales. Por ese tiempo, sir Williams Osler hizo la advertencia de que «la tuberculosis es una enfermedad social con aspectos médicos». Este criterio era el que también pregonaba Baldó, cuando nos recordaba que nunca debíamos olvidar que luchábamos contra una enfermedad social.

Es oportuna esta ocasión para presentar los sucesos padecidos en nuestra población porque parte de las nuevas generaciones no los conocen y otras los han olvidado, siendo necesario que se recuerde que los sufrimientos del pueblo aquí señalados no fueron fábula del pasado sino una triste realidad.

El 17 de diciembre de 1939, fecha conmemorativa de la muerte del Libertador, fue inaugurado el Sanatorio «Simón Bolívar». Para ese momento el Presidente de la República era el general en jefe Eleazar López Contreras, «El General de Tres Soles», como lo llama el doctor Tomás Polanco Alcántara en su biografía[4], y se le designa «Sanatorio Simón Bolívar» como un tributo al Padre de la Patria, quien fuera una de las víctimas de esta cruel enfermedad.

Cronológicamente, antes de entrar en servicio el día 2 de mayo de 1940, la institución ya había brindado la primera lección práctica de conservación ambiental. Mostraba el resultado de la perseverante iniciativa del arquitecto Carlos Guinand, quien en los seis años transcurridos entre el decreto de construcción y la terminación de la obra, logra, con cuidadoso esmero y gran devoción por la naturaleza, la

sustitución de la vegetación xerófila en un área de la zona por un acogedor bosque de eucaliptos en el entorno sanatorial. La lección de renovación de recursos naturales renovables, la cual compartió el doctor Baldó, fue continuada con la siembra de árboles por la Asociación Antituberculosa de Caracas desde el año 1944, costumbre que se ha mantenido vigente hasta el presente.

El Sanatorio «Simón Bolívar» se proyectó en función de una doctrina que tenía metas bien definidas. Debía desarrollarse como una institución rectora en el campo de la atención médica integral del tuberculoso y como un organismo rector en la formación de personal a todos los niveles, necesario para el programa de control de la tuberculosis que se había diseñado.

En los propósitos de este programa no se concebía tratar el mal que minaba la salud del enfermo sin atacar primero el problema social que agobiaba a la familia, célula principal de la comunidad. Para atender al enfermo se necesitaba de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y bioanalistas, todos adecuadamente adiestrados para resolver los diferentes aspectos económicos del paciente, entre ellos los sociales, los cuales se tornaban a veces insolubles. Se hacía indispensable, pues, entrenar a las trabajadoras sociales quienes debían enfrentar, con cautela y seguridad, la conciencia social para lograr esa solución con ayuda del grupo familiar.

Para cumplir estos fines, la institución disponía en su seno de una unidad dinámica, ejecutiva y orientadora que debía impulsar la demanda de esfuerzos de diversa naturaleza y diferente calidad pero que, sometidos todos ellos a las reglas y normas establecidas, podría cumplirse con los objetivos previstos en el programa, a saber: a) profilaxis y tratamiento de la enfermedad; b) docencia a todos los niveles, y c) investigación básica y operacional aplicables a la comunidad.

El doctor Baldó, en su calidad de Director, y el pequeño grupo que lo acompañaba, constituían esa unidad dinámica. Frecuentemente, él producía las ideas y las defendía con ardor porque creía en ellas; y proponía ejecutarlas porque confiaba en obtener dividendos positivos mediante su aplicación.

De nada sirven las ideas si no son llevadas a la práctica; de nada los conocimientos si no son transmitidos para que rindan los beneficios esperados. Cumplir fielmente con estas premisas fue una de las

reglas que hizo acatar el doctor Baldó a lo largo de su destacada carrera docente.

Al abrir sus puertas el Sanatorio «Simón Bolívar» e iniciar sus actividades el día 2 de mayo de 1940 con el ingreso del primer paciente llamado Fernando Castell[5], este instituto era ya, desde sus comienzos, una moderna edificación especialmente diseñada para evitar la aglomeración de pacientes. Como ejemplo de ello cabe citar que los salones estaban divididos en tres segmentos de ocho camas cada uno, dotado de lavamanos individuales.

En esta edificación tenían su sede la División de Fisiología y el Instituto Nacional de Tuberculosis, dependientes ambos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, pero bajo la responsabilidad técnica y administrativa de la citada División.

El Sanatorio tenía características y estilo completamente distintos a los establecimientos hospitalarios que lo precedieron. De hecho, marcó un cambio fundamental en la estructura y sistema de atención al enfermo, dándole un rumbo más humano a la función social en Venezuela. De sus seis salones, tres estaban destinados para hombres y tres para mujeres, pero en sus comienzos sólo entraron en funcionamiento cuatro de ellos.

El equipo médico estaba integrado de la siguiente manera:

- Director del Sanatorio y Jefe del Servicio M-1: doctor José Ignacio Baldó;
- Jefe del Servicio H-1: doctor Elías Toro;
- Jefe del Servicio M-2: doctor Isaac J. Pardo; y
- Jefe del Servicio H-2: doctor Julio Criollo Rivas.

Los médicos adjuntos eran los doctores Ángel Larralde Rivas, César Rodríguez, José Valero Martínez, José Alberto Ferrero Tamayo, Alberto Angulo Ortega y José Prieto Casanova.

El equipo de especialistas de la institución estaba integrado de la siguiente manera: en Gastroenterología, doctor Carlos Ottolina; en Otorrinolaringología, doctor Julio García Álvarez; en Cardiología, doctor Rafael Zubillaga; en Oftalmología, doctor Francisco Belisario Navarro; en Cirugía de Tórax, doctor Rafael González Plaza; en Anatomía Patológica, doctor Gerard Will y doctor Miguel Layrisse; Jefe del Laboratorio, Ladislao Pollak; Jefe del Departamento de Exploración Funcional Cardiorrespiratoria, doctor Víctor Jiménez; Internista, doctor Luis Sosa y Jefe del Servicio de Odontología, José García López.

Años después, empezaron a funcionar los Servicios M-3 y H-3 bajo la jefatura de los doctores Ángel Larralde Rivas y Rafael Fernández Ruiz, respectivamente. La Jefe de Enfermeras era la señora Johanna Borowsky y las jefes de servicio, las señoras Ingard, Irma y Betty, quienes eran de nacionalidad alemana, y la venezolana María Izquiel, personal éste que mantenía una rígida disciplina en un sanatorio con capacidad para doscientas camas y que albergaba un numeroso grupo de alumnos en diferentes cátedras que tenían como aula el Sanatorio «Simón Bolívar».

Prevención y tratamiento

Según los objetivos de proyección social sobre la comunidad y para cumplir los compromisos del Sanatorio, los cuales eran de dimensión nacional, se decidió acortar en lo posible el tiempo de hospitalización de enfermos, utilizando al máximo los recursos disponibles y acudiendo a nuevos métodos terapéuticos para colocar al paciente en condiciones de no contagioso. Es preciso recordar que, para esa época, no se conocía aún la quimioterapia específica.

La capacidad científica de su personal médico, la competencia de sus enfermeras y el moderno equipo del cual disponía el Sanatorio para realizar los trabajos cada vez más exigentes, permitieron avanzar en el campo de la terapia quirúrgica de la enfermedad, complementando así la colapsoterapia pasiva tradicional a través del neumotórax artificial, la toracoplastia, frénico-excerisis, hasta llegar a la cirugía radical, extirpando áreas enfermas del pulmón.

En noviembre de 1943, el doctor Elías Toro (tisio-cirujano que revolucionó la cirugía del tórax en Venezuela) practica la primera lobectomía en el país cuando apenas el Sanatorio tenía tres años de fundado. Menos de un año después, en el mes de marzo de 1944, el doctor Isaac J. Pardo efectúa allí la segunda lobectomía en el pulmón izquierdo y, en 1956, el doctor César Rodríguez practica la primera neumonectomía en un paciente no tuberculoso, transformando de esta manera una enfermedad generalmente de índole médica en una enfermedad quirúrgica.

En diciembre de 1943, el doctor José Alberto Ferrero Tamayo presentó ante el II Congreso Venezolano de la Tuberculosis un trabajo titulado «Labor del Sanatorio 'Simón Bolívar' en sus primeros tres años»[6], en el cual relata las experiencias suscitadas en torno de los primeros mil pacientes hospitalizados en dicho lapso, llegando a las siguientes conclu-

siones: **a)** el período de permanencia de los enfermos fue de cinco meses y medio; **b)** el tiempo de negativización fue de cinco meses; **c)** el 65% de los enfermos salió mejor y sólo 6,7% salió sin resultado positivo; **d)** alrededor del 80% de los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, y **e)** la mortalidad quirúrgica fue de 0,61%.

El trabajo realizado por el doctor Ferrero perseguía demostrar la reincorporación del paciente al medio familiar en un período de tiempo relativamente corto, restableciéndose así el equilibrio en la situación socio-económica del grupo familiar.

El ascendente número de pacientes tratados quirúrgicamente estuvo favorecido, entre otros factores, por la cooperación del Servicio de Exploración Funcional Cardiorrespiratoria que le hacía un estudio minucioso a cada caso, y gracias a los progresos alcanzados en el campo de la anestesia y la aparición de un conjunto de fármacos de eficacia comprobada, los cuales detenían la actividad del bacilo de Koch y limitaban la extensión de las lesiones.

Los progresos mediante la ayuda de la quimioterapia específica, relatados en experiencias publicadas por Crofton en 1959, donde se aseguraba que ese tratamiento curaba al 100% de los pacientes que lo seguían en forma regular, y las del profesor Wallace Fox, en Madrás (India), quien experimentó tratamientos en dos grupos de pacientes tuberculosos elegidos en forma aleatoria (uno ambulatorio y otros hospitalizado), encontrando que el tratamiento ambulatorio arrojaba iguales resultados al tratamiento en sanatorios, no sólo redujeron a sus justos límites las indicaciones quirúrgicas, sino que además decretaron la declinación de los sanatorios como instrumentos en la lucha antituberculosa.

Docencia

El profesor Baldó estaba consciente de que las necesidades del momento obligaban a incorporar varias disciplinas en la formación del personal indispensable para cubrir, por una parte, la demanda acelerada de una situación nacional en transición que los cambios sociales imponían; y, por la otra, la dirección y manejo de los servicios específicos en establecimientos de atención médica –creados o en expansión– a escala nacional.

Estos adiestramientos para preparar al personal tenían como aula de estudio el Sanatorio «Simón Bolívar». Al comienzo se formaron en esta institución médicos adiestrados en servicio y, después, en

cursos para especialistas que incluían tisiólogos clínicos, tisiólogos cirujanos, anestesiólogos, bacteriólogos, anatomopatólogos y especialistas en exploración funcional respiratoria. Además, también se formaban tisiólogos sanitarios, higienistas y estudiantes del curso medio de salud pública.

Este variado grupo médico, multidisciplinario, iría después a prestar servicios, adecuadamente y acorde con sus conocimientos, en establecimientos institucionales o de atención ambulatoria del país.

En el Sanatorio «Simón Bolívar» funcionó por primera vez el Servicio Social, en donde se adiestraron sus trabajadoras. También lo hicieron alumnos del pregrado de la Cátedra de Fisiología y de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Central de Venezuela, alumnas de la Escuela Nacional de Enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos en rayos X y de laboratorio.

A fin de desarrollar la formación de tan variadas ramas de trabajo era necesario disponer del respaldo de una buena administración de los recursos asignados. Por haber logrado este objetivo administrativo, la institución fue seleccionada como sede del curso de Intendentes de Hospitales y de entrenamiento al curso de postgrado de Directores de Hospitales.

Otra de las extraordinarias actividades docentes realizadas en el Sanatorio «Simón Bolívar» fue las reuniones anatomo-clínicas-radiológicas que se efectuaban los días sábado. En esas sesiones, nuestros maestros dictaban brillantes clases de Clínica Médica, Clínica Radiológica, Clínica Quirúrgica, Medicina Social, Anatomía Patológica y Terapéutica Aplicada, en las cuales se actualizaba a los asistentes, asegurando el tratamiento más adecuado al paciente y quedando aclaradas las dudas que pudiesen presentarse acerca del diagnóstico.

No podemos finalizar este aparte sin mencionar la importante labor que desarrolló el bachiller Germán Gil Gutiérrez en la Sección de Laborterapia y Recreación de este Sanatorio, la cual estaba bajo su dirección. Esta Sección se dedicó, además de recrear a los enfermos, a la alfabetización de un grupo numeroso de adultos y adolescentes hasta el 6º grado de instrucción primaria; adicionalmente, se dedicaba a dotar de conocimiento a otros analfabetos laborales, dejándoles en condiciones de ejercer una profesión capaz de mejorar su posición económica y social al salir del Sanatorio.

El Sanatorio «Simón Bolívar» tenía entre sus objetivos desarrollar la investigación. El anuncio de esta actividad la propuso Baldó en el discurso inaugural del Sanatorio en 1939 con estas frases: *Con sus posibilidades para la experimentación, aquí nacerá el Instituto Nacional de Tuberculosis, que brindará a los investigadores la manera de meditar y resolver tantos problemas que a diario se plantean en el trabajo.*

La metódica, prudente y continuada investigación que en el Departamento de Exploración Funcional Cardiorrespiratoria inició y desarrolló el doctor Víctor Jiménez, dio origen a varias experiencias aplicables al trabajo diario.

El doctor Jiménez comenzó esta investigación observando el comportamiento de la función pulmonar en grupos sanos. El éxito de los resultados obtenidos le aseguró las bases para llegar al cateterismo cardíaco, realizado por primera vez en Venezuela mediante la colaboración de los doctores Ángel Larralde Rivas y Juan Delgado Blanco, y con resultados halagadores. Gracias a esta feliz experiencia fue posible avanzar en el campo de la Cirugía Pulmonar y empezar a incursionar en la esfera de la Cirugía Cardiovascular.

Especial mención merecen los trabajos realizados por el doctor Alberto Angulo Ortega en el Departamento de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de Tuberculosis, desarrollados en el campo de las micosis, las cuales representaban por entonces un problema para el diagnóstico en algunos enfermos pulmonares no tuberculosos. Una calmada y acuciosa observación en el estudio de cortes microscópicos en estas piezas, teñidos con colorantes de su propia invención, fue la clave para descubrir la existencia del hongo responsable de la enfermedad y, finalmente, el tipo de agente patógeno causante del mal.

Esta labor de investigación científica, fruto de muchas horas de estudio en el complejo terreno de las micosis, fue presentada en congresos nacionales e internacionales, escenarios donde fueron objeto de calurosos elogios por parte de los congresistas especializados en esta materia de la Micología. Uno de estos trabajos del doctor Angulo Ortega, «La Paracoccidiodomicosis», fue seleccionado para ser publicado en la colección alemana especializada en la materia, titulada *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie* y en *The Pathologic Anatomy of Mycoses*.

La quimioterapia, sola o asociada a la cirugía, fue objeto de varias investigaciones desde su aparición y, junto con las publicaciones científicas en

el exterior, se aplicaría con mayor seguridad en los servicios ambulatorios de control de la tuberculosis a escala nacional desde julio de 1953.

El Departamento de Bacteriología, bajo la dirección del doctor Ladislao Pollak, realizó numerosos trabajos de investigación experimental sobre el comportamiento del bacilo de Koch (las bacterias atípicas, en modificación de medios de cultivo), cuyos resultados fueron presentados también en varios congresos nacionales e internacionales, brindándole prestigio a la Institución por su calidad y solidez científica.

En el capítulo de las investigaciones del Departamento de Epidemiología y Estadística Vital, bajo la responsabilidad del doctor Alejandro Príncipe, centralizadas desde 1947, se lograría consolidar la información epidemiológica de todo el país, lo cual hizo posible continuar las investigaciones operacionales que, desde el punto de vista epidemiológico, debían llevarse a cabo y las prioridades que se debían seguir en el control de la endemia.

Por iniciativa del doctor Baldó nació también la idea de llevar asistencia médica oportuna a las poblaciones del medio rural y disperso. Se efectuaron investigaciones, se discutieron planes y se analizaron las posibilidades de cambiar la inhumana situación de esas comunidades azotadas continuamente por enfermedades respiratorias agudas así como por la gastroenteritis, especialmente en el caso del niño campesino.

Conformado y aprobado el proyecto, se decidió iniciar la experiencia a través de un personal previamente preparado en el Territorio Amazonas, sistema que luego se denominó «Medicina Simplificada» y que posteriormente fue bautizado por los organismos internacionales como «Atención Primaria de Salud». La población campesina venezolana está en deuda con el egregio humanista que fue el doctor Baldó, quien puso todos sus conocimientos y entereza al servicio de esta desamparada población del campo venezolano. Gracias a estas medidas, una numerosa comunidad campesina disfruta hoy de estos beneficios de cobertura nacional.

El Sanatorio «Simón Bolívar» es una institución que tiene un sobresaliente y honorable pasado por los destacados servicios que ha prestado a la comunidad en el combate de la tuberculosis y en él han nacido iniciativas de gran trascendencia para la medicina nacional.

En diciembre de 1939, a pesar de la escasez de material y equipos ocasionada por las dificultades derivadas de la Segunda Guerra Mun-

dial (que para la época se encontraba en todo su apogeo de destrucción), el Sanatorio estaba bien dotado, siempre limpio, su personal (de todas las categorías) mostraba una vocación de servicio excepcional, y el orden y la disciplina eran ejemplares. Se respiraba en su seno una diligente benevolencia para rescatar la salud del enfermo y reducir el dolor humano.

El respeto, admiración y aportes científicos de esta austera institución cruzaron las fronteras patrias y pudieron mostrarse con orgullo a tan ilustres personalidades como al Presidente de Colombia, doctor Alfonso López, quien, acompañado del ciudadano Presidente de Venezuela, general Isaías Medina Angarita, lo visitó en el mes de octubre de 1942, mostrando interés en conocer los aspectos docentes, administrativos y científicos que esta institución desarrollaba en el control de la tuberculosis.

En forma hábil, idónea y concisa, el doctor Baldó les explicó a los señores presidentes la forma como el Sanatorio manejaba la docencia, la administración y las investigaciones, todo ello con la finalidad primordial de combatir la tuberculosis en el país.

Por otra parte, se tiene la presunción de que posiblemente visitaron también el Sanatorio «Simón Bolívar» los señores presidentes Manuel Prado, de la República de Perú, en el mes de mayo de 1942, y el general Enrique Peñaranda, de Bolivia, en el mes de mayo de 1943, respectivamente, épocas en las cuales realizaron sus visitas oficiales a Venezuela.

En la celebración del cuadragésimo aniversario del Sanatorio, en el mes de mayo de 1980, transformado desde el 28 de enero de 1976 en Hospital General, una obligada inspección de la obra presentaba a la vista del público un cambio nostálgico de su hermoso y austero pasado. No lucía tan limpio, ni con tanto orden. La mística parecía haberse esfumado, daba la impresión de encontrarse en una fase de estancamiento de su actividad creadora, asociada a un sentimiento de hostilidad hacia su habitual buena presencia. Este progresivo deterioro quizá responde al vacío de autoridad, a la poca experiencia gerencial y las temerarias acciones sindicales empeñadas en solicitar mucho a cambio de dar muy poco. Es realmente un triste cuadro de esta benemérita Casa de Salud. Este estado de desidioso abandono de una institución que fue orgullo de la organización hospitalaria nacional, nos trae a la mente el recuerdo de una frase pronunciada con ingenio y oportuna actualidad por el doctor Enrique Tejera: «A veces

hay que confesarlo, la fuerza es útil lo mismo para mantener la paz, que para obligar a aceptar lo bueno».

La inquietud del doctor Baldó por la influencia de las condiciones sociales en la tuberculosis no es nada nuevo. Debemos recordar que en el año 1940, cuando entra en actividad el Sanatorio «Simón Bolívar», el tema del discurso el 20 de mayo de 1936, con motivo de su incorporación como individuo de Número de la Academia de Medicina, cobraba particular vigencia. Dicho discurso se tituló «La enfermedad tuberculosa es una enfermedad social». Cabe destacar que tomamos como referencia el año 1940 porque el coeficiente de mortalidad por tuberculosis era, según la División de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de doscientas cuarenta y un muertes por cada cien mil habitantes.

Esta tasa de mortalidad, en menos de cuatro décadas descendió a sólo 6,39% por cien mil habitantes y, para el año 1995 era de 3,49% por cada cien mil habitantes.

El Sanatorio «Simón Bolívar» ha participado activamente en la reducción de ese alto coeficiente de letalidad, destacándose además en la prevención de la enfermedad, la restitución de la salud del paciente, la asistencia social, el progreso de la Cirugía Torácica, la Bacteriología, la Anatomía Patológica y en la Administración de Hospitales, todo ello a escala nacional. El doctor Baldó resumió con esta frase la participación del Sanatorio «Simón Bolívar»: «Aquí ha nacido todo y de aquí ha salido todo lo de la lucha antituberculosa».

Instituto Nacional de Tuberculosis

El día 2 de diciembre de 1955, en una sencilla ceremonia, sin ninguna ostentación, fue inaugurado el edificio asignado al Instituto Nacional de Tuberculosis, con asistencia del Presidente de la República, general Marcos Pérez Jiménez, y altos funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, así como autoridades superiores que dirigían el programa de control de la endemia.

Después del acto simbólico se instaló oficialmente, bajo la dirección del doctor Baldó, el Departamento de Enfermedades Crónicas, el cual era responsable de la vigilancia de cinco Divisiones:

1. Tuberculosis y otras Enfermedades Pulmonares.
2. Cardiología Sanitaria;
3. Venereología;
4. Lepra y Dermatología, y

5. Rehabilitación.

De las cinco Divisiones, únicamente la de Tuberculosis y otras Enfermedades Pulmonares funcionaba en el Instituto con las siguientes secciones: de Exploración Funcional Cardiorrespiratoria; de Anatomía Patológica; de Bacteriología; de Supervisión Nacional de Enfermería Urbana y Rural (bajo la responsabilidad de la enfermera Leonor Talavera y el enfermero Benito Guerrero), y el Laboratorio de BCG.

Disponía el Instituto de un auditorio bien dotado, en el cual se desarrollaban anualmente en forma obligatoria los Seminarios Técnicos Administrativos, al cual debían asistir todos los médicos, jefes y adjuntos de los dispensarios antituberculosos a escala nacional.

El objetivo perseguido en estas reuniones anuales era conocer los avances o fracasos de los programas bajo la responsabilidad de cada uno de los médicos jefes y adjuntos, en su respectiva área de trabajo y, en especial, conocer si el coeficiente de mortalidad por tuberculosis había descendido. Durante los dos días de duración de estas reuniones se dictaban conferencias acerca de los progresos de la quimioterapia específica y algunas sobre cultura general. Otra de las actividades importantes que se realizaban eran los cursos dictados sobre temas relacionados con la variada patología pulmonar y la forma de realizar el diagnóstico.

Al referirnos a la actividad docente del Instituto Nacional de Tuberculosis, deben merecer mención especial los cursos regionales de Epidemiología y Administración de Programas de Control de la Tuberculosis, así como los cursos regionales de Microbiología patrocinados por la Oficina Sanitaria Panamericana y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los cuales se llevaron a cabo entre 1969 y 1976. El cambio de administración del Departamento de Tuberculosis en este último año fue, quizá, el motivo por el cual la Oficina Panamericana decidió trasladar los cursos regionales a Cuba y Chile, eliminando a Venezuela como sede de los mismos.

Por disposición del Presidente de la República, y como se evidencia en la Gaceta Oficial Nº 34.278 y la Resolución del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Nº G-229, el día 8 de agosto de 1989 el Instituto Nacional de Tuberculosis es exaltado con el nombre de José Ignacio Baldó: «Esta Institución tiene por finalidad el fomento, la organización y el desarrollo de todas las actividades científicas en el campo del estudio de la tuberculosis».

La carencia de recursos humanos y financieros que ha caracterizado la vida de esta institución no le ha permitido mejorar su actuación

en el campo de la pesquisa; se ha exhortado a las autoridades correspondientes a que entiendan que es imperativo dotar a esta institución de los recursos necesarios para continuar con éxito las investigaciones realizadas por las secciones de Epidemiología, Exploración Funcional, Anatomía Patológica y Bacteriología, estudios que contribuyeron a un mejor conocimiento de los problemas de la salud.

En el mes de mayo de 1980, en la oportunidad de reseñar históricamente la trayectoria de esta institución, propusimos renovar esfuerzos para remediar su crítica situación que la presentaba físicamente deteriorada, científicamente deprimida y económicamente olvidada, todo ello sin merecerlo.

En poco ha cambiado esta situación; pero en la actualidad hay esperanzas de lograr un mejor mantenimiento de la edificación y de los equipos de exploración funcional, laboratorio y Anatomía Patológica.

La doctora Reina Méndez Amaya es actualmente la encargada del área de Investigación y Docencia bajo la cual se están dictando los cursos de Bacteriología Básica, Técnico Administrativo de Epidemiología y Control del Asma, Técnico Administrativo y Control de la Tuberculosis, y Técnico Administrativo de Bacteriología de la Tuberculosis, con los auspicios de la Oficina Panamericana Sanitaria y la Organización Mundial de la Salud.

Construcción del Sanatorio Antituberculoso Infantil en Caracas

En 1942, la existencia de dos dependencias oficiales, el Sanatorio Municipal «José Gregorio Hernández», con capacidad para cuatrocientos enfermos pulmonares y el Sanatorio «Simón Bolívar» del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con ciento noventa y dos camas activas, tenían parcialmente resuelto el problema del enfermo adulto en el área metropolitana.

En cuanto al niño, pequeña víctima del bacilo de Koch, generalmente contagiado por un familiar bacilífero, la situación era crítica porque no se ofrecía ninguna posibilidad de hospitalización al no disponerse de camas indispensables para el tratamiento y atención adecuada.

Con ocasión del II Congreso Venezolano de Tuberculosis, el doctor Julio Criollo Rivas y sus colaboradores mostraron el problema en toda su crudeza, en un trabajo titulado «Estado actual de la lucha antituberculosa en la ciudad de Caracas»[7]. Igualmente, se destacaba la ruina que en la comunidad infantil producía la tuberculosis por las muertes acaecidas en la capital, basados para ello en las cifras defini-

tivas tomadas de la División de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, durante el año 1942.

Ahora bien, debemos recordar que el coeficiente de mortalidad por tuberculosis, en todas sus formas, en el año 1940 fue de 241 defunciones por cada 100 mil habitantes.

Los coeficientes correspondientes en ese mismo año a grupos etáreos infantiles, según el estudio presentado por el doctor Criollo Rivas, fueron los siguientes:

• 0 a 11 meses	Coeficiente 134 x 100.000
• 1 a 4 años	Coeficiente 173 x 100.000
• 5 a 9 años	Coeficiente 41 x 100.000

El doctor Baldó estaba consternado por la precaria atención prestada al niño tuberculoso. Teniendo pleno conocimiento de los elevados coeficientes de mortalidad, incluso en el menor de un año, informó a la Asociación Antituberculosa de Caracas de la magnitud del problema en este grupo humano, expresando en el primer informe anual de la Asociación, en el año de 1944, que la construcción del Sanatorio Antituberculoso Infantil en el área de El Algodonal revestía caracteres de urgencia. El Comité decidió adoptarlo como punto de mira de sus actividades.

Esta obra, por su magnitud y alcances económicos, corría el riesgo de no poder ser ejecutada en virtud de los escasos medios económicos disponibles durante esa primera etapa de actuación de la Asociación.

Los altos porcentajes de mortalidad infantil por tuberculosis y las pocas promisorias expectativas de vida que los niños tenían al nacer, fueron razones de suficiente peso para que los diversos Comités de la Asociación desplegasen una intensa campaña publicitaria que comprendía, entre otras acciones, el desarrollo de conferencias en colegios, liceos y, en general, dentro de la colectividad.

En estas campañas publicitarias se divulgaban las numerosas bajas que la «peste blanca» producía en nuestra población infantil, de manera de poder crear conciencia preventiva y despertar sentimientos de solidaridad que permitieran captar recursos para el fin perseguido.

Una de las campañas más exitosas fue la Estampilla de Navidad, novedoso recurso lanzado por primera vez en Caracas en el año 1945.

Sobre este particular, merece destacarse la ayuda brindada por los medios de comunicación social del país que, en forma generosa y entusiasta, se preocuparon por transmitir la información precisa sobre los males producidos por la endemia tuberculosa, procurando exhor-

tar al público a la compra de la Estampilla de Navidad, actividad que todavía se mantiene vigente en el país.

Los frutos de esta promoción no se hicieron esperar, pues el día 13 de noviembre de 1944, cinco días antes de que la Asociación Antituberculosa de Caracas cumpliese su primer año, el doctor José Loreto Arismendi envió al doctor Baldó una comunicación en la cual ofrecía un donativo por la cantidad de un millón seiscientos mil bolívares (Bs. 1.600.000), fondos éstos que estarían destinados a la construcción del Sanatorio Antituberculoso Infantil.

A esta dádiva se le unieron las donaciones efectuadas por la Cervecería Caracas y el aporte del doctor Antonio Díaz González y del doctor Pedro Blanco Gásperi, las cuales aseguraron la posibilidad de lograr el objetivo propuesto.

Dentro del gran número de benefactores que tuvo este Sanatorio Infantil no debemos olvidar el gesto del doctor Maximiliano Sosa Báez, quien por testamento inscrito en la Oficina Subalterna del Primer Circuito de Registro del Distrito Federal, el día 13 de diciembre de 1943, legó la cantidad de cuatrocientos ochenta mil bolívares (Bs. 480.000) con expresa orden de invertir dicha cantidad y utilizar los intereses obtenidos para sufragar el mantenimiento de diez camas en dicha Institución.

El prestigio adquirido por la Asociación Antituberculosa de Caracas, en virtud de la seriedad, transparencia y excelente manejo de los donativos recibidos a través de la campaña de la Estampilla de Navidad, unido a las gestiones realizadas con el fin de lograr la construcción del Sanatorio Antituberculoso Infantil, tuvieron un feliz desenlace con el Decreto Ejecutivo Nº 108 del día 17 de abril de 1945[8], publicado en la Gaceta Oficial de los EE.UU. de Venezuela, bajo la presidencia del general Isaías Medina Angarita.

Mediante este Decreto se dio la orden de proceder a la construcción del Sanatorio Antituberculoso Infantil, con el nombre de nuestra heroína Luisa Cáceres de Arismendi. Para esa fecha, el Ministro de Sanidad y Asistencia Social era el doctor Félix Lairet y el Ministro de Obras Públicas, el ingeniero Tomás Pacanins.

Con el patrocinio de los ministros de Obras Públicas, Educación, y Sanidad y Asistencia Social, el día 24 de diciembre de 1945 se cumplió el protocolo de colocación de la primera piedra del futuro sanatorio. Con motivo de tan promisoria obra, ese día se estrenó la canción infantil para la lucha antituberculosa, compuesta por el maestro Juan Bautista Plaza y con letra del profesor Héctor Guillermo Villalobos.

El niño venezolano, enfermo de tuberculosis, lograba finalmente un refugio seguro donde su mal estaría bajo control de un equipo médico especializado, enfermeras entrenadas para atender adecuadamente esta misión, y de un tratamiento específico para vencer la enfermedad y recuperar su salud.

Este diligente comienzo de tan ansiada obra es el resultado del tesonero trabajo de ese infatigable benefactor de la infancia que fue el doctor José Ignacio Baldó.

El día 29 de mayo de 1950, cinco años después de librarse una dura lucha, fue inaugurado el Sanatorio Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi», acto que contó con la asistencia de las autoridades de los Ministerios de Educación y Sanidad y Asistencia Social, así como del personal de la División de Tuberculosis.

Con motivo de que esta fecha fuera coincidente con la celebración del Día del Árbol, también se encontraba presente una bulliciosa representación escolar que llenó de alegría el acto, especialmente con las matizadas notas de la canción infantil para la lucha antituberculosa, interpretada por un coro infantil bajo la dirección del maestro Juan Bautista Plaza y la colaboración de la «Banda Bolívar».

El Sanatorio Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi» fue puesto en servicio el día 1º de agosto de 1951[9]. El Ministro de Sanidad y Asistencia Social para esa fecha era el doctor Raúl Soulés Baldó. Se designó como primer Director del Sanatorio al doctor Ignacio Combellas y como Jefe Médico se nombró al doctor Eduardo Urdaneta. El equipo de médicos que lo acompañaba en la gestión estaba integrado por los doctores J. A. Díaz de Rekarte, Armando Millán, Jácome Vigilansa, Héctor Marcano Coello y Víctor Yéspica, quien después fue su segundo Director.

El Sanatorio Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi» estaba dotado con todos los equipos que requería un hospital moderno; contaba con un pabellón quirúrgico en el cual se disponía de todo lo necesario para atender las emergencias infantiles, así como para efectuar todo tipo de cirugía del tórax, función ésta que estaba a cargo del doctor César Rodríguez, cirujano de la institución.

Este nosocomio infantil estaba preparado para prestar al niño enfermo una atención integral; de manera que, dentro de los objetivos trazados, figuraban los siguientes: recuperar la salud; dar instrucción adecuada a la edad; estimular las aptitudes artísticas con exposiciones de pintura; presentar actos culturales, de los cuales se encargaba

el bachiller Germán Gil Gutiérrez; tratar, en la medida de lo posible, de brindar soluciones a los problemas sociales y familiares del menor; ofrecer lecciones prácticas sobre la fauna venezolana en el zoológico que estaba situado al frente del Sanatorio, actividad que llenaba a los niños de alegría y momentos placenteros; finalmente, recrear a los menores con paseos por el área, lo cual se realizaba en una pequeña carreta tirada por un burrito que representaba el encanto de los niños. En este hospital también se impartía la docencia en el marco del curso de Neumonología Clínica Integral.

Posteriormente, mediante una resolución promulgada el día 28 de enero de 1976, el Sanatorio pasó a tener condición de Departamento de Pediatría y Puericultura del Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó».

Colonia Infantil «Las Adjuntas»

En 1955, la señora doña Amelia Díaz González entregó a la Asociación Antituberculosa de Caracas, en calidad de comodato, un terreno de moderada extensión destinado única y exclusivamente a desarrollar una Colonia Infantil que fue denominada «Las Adjuntas».

Esta Colonia tenía el importante objetivo de consolidar la curación de niños que, aun cuando no sufriesen de lesiones pulmonares activas, debían mejorar su estado nutricional.

La otra función –aún más importante– era mantener bajo protección al niño que, a pesar de encontrarse sano, no podía regresar a su hogar por existir en él graves conflictos familiares, situación ésta a la que las trabajadoras sociales de la dependencia, con gran prudencia y arduos esfuerzos, ayudaban a encontrar soluciones con miras a lograr un medio adecuado para un infante que luego de haber pasado, en el mayor de los caos, dos años de reclusión entre el hospital y la Colonia, ya estaba acostumbrado a llevar una vida higiénica impecable, con buena alimentación y esmerado trato y atención.

La Colonia estaba bajo la dirección y administración del Hospital Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi», pero fue clausurada al pasar este hospital a la condición de Departamento de Pediatría y Puericultura del Complejo Hospitalario en 1976.

Sanatorio «Andrés Herrera Vegas»

Por disposición del Gobierno Nacional y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se le dio el nombre de «Andrés Herrera Vegas» al Sanatorio inaugurado y puesto en servicio en 1955.

El primer director de este Sanatorio fue el doctor Cristóbal Marrero, y lo sucedió el doctor Sergio Otero Casteñeda. Los médicos Jefes de las distintas unidades fueron:

- el doctor Jorge Echeverría Criollo (H1);
- el doctor José Prieto Casanova (H-2);
- el doctor Jácome Vigilansa (M-1) y
- el doctor José María Díaz de Rekarte (M-2), quien además supervisaba los servicios de adolescentes, de niñas y jóvenes.

El doctor Andrés Herrera Vegas fue un ilustre y distinguido médico quien, desde fines del siglo XIX y en los primeros años del XX, creó obras y programas dirigidos a controlar la tuberculosis, cuyo elevado coeficiente de morbilidad y mortalidad conocía por haber sido el Director de la Oficina de Higiene y Estadística Demográfica del Distrito Federal[10] desde el año 1899.

En 1905 creó el primer Dispensario Antituberculoso de Venezuela y, en 1914, fundó el primer Sanatorio contra esta enfermedad.

Cuando el Sanatorio «Andrés Herrera Vegas» comenzó sus actividades ya se estaban desarrollando en casi todo el mundo las experiencias operacionales con la quimioterapia ambulatoria, cuyos excelentes resultados demostraron que el Sanatorio ya no tenía justificación debido a los costos de su mantenimiento frente al tratamiento en condiciones de terreno más eficaces y económicas.

Mediante la resolución del Ministerio de Sanidad del día 28 de enero de 1976, este Sanatorio cerró sus puertas para ser remodelado como institución docente. Finalmente pasó a la condición de Departamento de Gineco-Obstetricia del Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó».

Historia actual

La quimioterapia específica en el tratamiento de la tuberculosis revolucionó la estrategia que se debía seguir frente al problema de esta enfermedad. Al quedar demostrado en 1960 que se podía (y se debía) cambiar el costoso sistema de tratamiento institucional y sustituirlo por la farmacoterapia ambulatoria de eficacia superior y con una relación costo-beneficio más ventajosa, se modificó el criterio que se tenía sobre el tratamiento de la tuberculosis.

El binomio organismo contra bacilo se ha sustituido por el de droga contra bacilo. Ahora, el aislamiento quimioterápico sustituye al aislamiento hospitalario, decretando la inoperancia de los sanatorios y la

obligación de prescindir de estas instituciones para transformarlas en Hospitales Generales.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social tomó esta decisión, la cual quedó plasmada en la Resolución Nº 172, de fecha 28 de enero de 1976[11], que reza en parte así:

Artículo 1: Se establece que los hospitales «Simón Bolívar», «Luisa Cáceres de Arismendi» y «Andrés Herrera Vegas», que integran el Área del Algodonal, constituyen una sola estructura técnico administrativa, que se denomina «Hospital General José Ignacio Baldó», el cual funciona adscrito a la Comisionaría General de Salud del Distrito Federal y Distrito Sucre del estado Miranda.

Artículo 2: El Hospital General «José Ignacio Baldó» tiene como propósito fundamental el obtener una elevada eficacia asistencial y ofrecer máximas facilidades docentes y de investigación. Cumplirá sus funciones por medio de los siguientes Órganos:

1. Departamento de Medicina y Cirugía con asiento en el antiguo Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar».

2. Departamento de Pediatría con asiento en el antiguo Sanatorio Antituberculoso «Luisa Cáceres de Arismendi».

3. Departamento de Gineco-Obstetricia con asiento en el antiguo Sanatorio Antituberculoso «Andrés Herrera Vegas.

Esta resolución del Ministerio de Sanidad, firmada por el Ministro Parra León, contenía fervientes y prometedoras esperanzas e importantes propósitos que se resumen en varios de sus artículos. Podría parecer de fácil cumplimiento, con la sola decisión de cambiar sanatorios especializados, con patrones de trabajo bien definidos, en hospitales generales que tienen una organización multidisciplinaria y deben disponer de una infraestructura física y funcional radicalmente distinta en virtud de los variados tipos de patología que tienen que atender.

De acuerdo con el articulado de dicha resolución, estas instituciones tienen responsabilidades docentes, de investigación, formación de recursos humanos y «una mayor programación funcional en estos institutos de atención médica».

No es que resulte imposible cumplir con estas acciones dirigidas a alcanzar una meta; por el contrario, todo es posible y perfectible si en el Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó» se nombrara un equipo técnico administrativo, dirigido por médicos con Cursos de Dirección de Hospitales, libres de influencias políticas, con autoridad suficiente para que sean acatados los planes armónicos de trabajo, con la cooperación de un ad-

ministrador experimentado en la materia hospitalaria, que tenga disponible una dotación de recursos suficientes, tanto de los sofisticados equipos médicos indispensables en estos establecimientos como de suficiente y variado personal: médicos, bioanalistas, enfermeras, auxiliares, técnicos radiólogos, y demás personal de apoyo necesario en este tipo de instituciones, pues se trata de tres hospitales que, además de encontrarse aislados, desarrollan especialidades distintas.

En los años transcurridos desde la fecha de haberse efectuado el cambio de los sanatorios en el Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó», se ha carecido de un presupuesto acorde con las necesidades y de todo orden que presentan estos establecimientos para cumplir con una atención médica adecuada.

La anómala situación que entraña el déficit presupuestario permanente ha sido, en gran parte, la responsable del deterioro de las edificaciones, de la deficiente calidad de la atención del paciente hospitalizado por falta de insumos, de medicamentos, del mal (o ningún) mantenimiento de los equipos, de la diluida autoridad de sus dirigentes, todo lo cual conforma un conjunto de hechos apropiados para provocar situaciones de conflicto.

Si a esto le añadimos los reclamos de los hipertrofiados sindicatos, no nos cabe duda de que todo ello ha contribuido a deteriorar la imagen del Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó». Este panorama, tan distinto al existente en un pasado no muy lejano, ha ocasionado, unas veces con razón y otras sin ella, una variante importante al trato que el enfermo recibía en estas instituciones.

A esta caótica situación se le puso punto final en el mes de septiembre de 1996, al reorganizarse la dirección de estas instituciones mediante el nombramiento de un nuevo equipo directivo que se propuso desarrollar acciones en el marco de la celebración del centenario de nacimiento del doctor José Ignacio Baldó (1898-1998).

Este equipo comenzó por la parte fundamental: haciendo el inventario del inoperante complejo, identificando las prioridades, jerarquizando los variados asuntos frente a los escasos recursos disponibles, eligiendo al personal que debía adiestrar, seleccionando el grupo administrativo que debía acompañarlo, y mejorando los conocimientos del conjunto de empleados mediante el auxilio y apoyo del «Instituto de Capacitación del Empleado Público» en función de tratarse de un centro de referencia en el área pulmonar.

El Complejo Hospitalario ocupa unas cuatrocientas hectáreas en el

valle de El Algodonal, donde están concentrados los tres hospitales que lo integran:

• el Hospital «Simón Bolívar», que dispone de trescientas treinta y ocho camas y en el cual funcionan los departamentos de Medicina Interna, Cirugía General y Cirugía del Tórax;

• el Hospital «Luisa Cáceres de Arismendi», que atiende el Departamento de Pediatría y Puericultura, y

• el Hospital «Andrés Herrera Vegas», con un Departamento de Gineco-obstetricia.

Además de estas dependencias hospitalarias, en el área se encuentran:

• la Escuela de Salud Pública de la UCV;

• la División de Enfermedades Pulmonares;

• la División de Enfermedades Cardiovasculares;

• una Escuela de Enfermeras, y

• el Dispensario «Cesar Rodríguez», dedicado a la consulta externa.

El doctor Antonio José Briceño Domínguez, Director, y el doctor Javier Correa, Subdirector, junto con el valioso equipo que los acompaña, se han dedicado con vehemente tesón a ofrecer una medicina de primera calidad, llevando a la práctica medidas de rescate de este complejo hospitalario que sufría de problemas de todo orden.

Desde 1997 ambos médicos se han dedicado a organizar la educación continua del personal en todos los rangos. Asimismo, se creó el cargo de Coordinador de Docencia, se obtuvo la cooperación de la Escuela de Salud Pública para adiestrar personal de nivel superior, con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud y, finalmente, se ha logrado modernizar la administración de los recursos humanos del Complejo Hospitalario con la ayuda de la Universidad Simón Bolívar, la cual le ofrece la formación del Departamento de Ingeniería Clínica para la conservación del Hospital.

Adicionalmente, con aportes de la Organización Panamericana de la Salud se ha implementado el Sistema de Información Gerencial que permite el diagnóstico para identificar, entre otros, los problemas de impacto en el perfil de la eficiencia institucional.

El personal ha participado en cursos del INCE, de la Universidad Católica «Andrés Bello» y de la Dirección e Investigación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Gracias a la ayuda brindada por el Ministerio de Sanidad, se han acometido reparaciones de la infraestructura, se ha puesto en funcionamiento los cuidados intensivos del Hospital «Luisa Cáceres de

Arismendi» y se remodelaron los quirófanos y la Terapia Intensiva del Hospital «Simón Bolívar». Se ha logrado, además, la dotación de equipos importantes para los hospitales, y se cuenta con insumos y medicamentos sin mantener deudas con proveedores, lo cual representa un avance en el área administrativa. Toda la zona verde que rodea al Complejo Hospitalario seguramente será recuperada mediante la participación de la Universidad Simón Bolívar, la cual colabora a través de un contrato celebrado con una compañía especializada, incluyendo la siembra de tamarindos de San Pedro Alejandrino (Colombia), hijos del tamarindo bajo cuya sombra descansaba el Libertador.

Finalmente, con el intenso trabajo de este personal directivo, se ha realizado y concluido alrededor del 80% de las reparaciones solicitadas, quedando pendientes aún algunas de ellas para darle la misma buena imagen del pasado. Sólo así se podrá arribar de nuevo a la convicción de que el enfermo es «la persona más interesante del Hospital». La ventajosa asociación con instituciones que realizan diferentes actividades (pero de apropiada competencia para prestarle ayuda), unido a la firme voluntad de lograr su objetivo, permitirá que el equipo de los doctores Antonio Briceño y Javier Correa logre alcanzar, en un futuro cercano, la meta esperada.

Para finalizar este recuento histórico deseo exhortar al personal médico, técnico y administrativo de estas instituciones a que reflexionen y dediquen a ellas su trabajo creador, a fin de recuperar el Complejo Hospitalario que hoy ostenta el nombre de José Ignacio Baldó y llevarlo al sitial de honor que una vez ocupara. De esta manera podemos rendirle el más hermoso de los tributos a quien hoy honramos a través de este libro, al que fue visionario de la medicina social, sabio de la medicina clínica, profesor con la palabra y el ejemplo, exigente en el cumplimiento del deber: el doctor José Ignacio Baldó.

1 II Congreso Venezolano de la Tuberculosis. Citado por Baldó, pág. 25, 1943.

2 Centenario del Ministerio de Obras Públicas, Caracas, pág. 25, 1974. Tomás Polanco Alcántara en su libro *Un General de Tres Soles*, pág. 51.

3 *Memoria del Ministerio de Obras Públicas*, Sanatorio Popular y Antituberculoso (Documento Nº 263 y 264), pág. 287.

4 Polanco, T. *Biografía del General Eleazar López Contreras*, 4 de agosto de 1985.

5 Archivo del Sanatorio «Simón Bolívar».

6 *Memorias II Congreso Venezolano de la Tuberculosis*, pág. 605.

7 *Ibídem*, pág. 260.

8 Archivo del Sanatorio «Luisa Cáceres de Arismendi».

9 *Ibídem*.

10 II Congreso Venezolano de la Tuberculosis, *Op. cit.*, pág. 22.

11 Archivo del Sanatorio «Simón Bolívar».

LA CONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO«JOSÉ IGNACIO BALDÓ»

Alfredo Guinand Baldó
Eduardo Guinand Baldó

A quienes nos ha correspondido redactar este capítulo dedicado a la concepción, diseño y construcción del Sanatorio Popular Antituberculoso «Simón Bolívar», nos unen vínculos familiares muy estrechos con tres pioneros de esa institución. Ellos son nuestro tío, Pedro González Rincones, quien desde la Dirección de Sanidad del Distrito Federal logra que el 24 de julio de 1933 se dicte el decreto mediante el cual los terrenos denominados «El Algodonal», en el sitio conocido como «Carapa», fueran adscritos al Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría, en una época en que los áulicos del Jefe de Estado, general Juan Vicente Gómez, habían inventado la leyenda de que por habérsele muerto un miembro muy allegado de la familia, no convenía recordarle la tuberculosis pulmonar; nuestro tío, José Ignacio Baldó, quien desarrolla el programa médico del Sanatorio, no sólo haciendo énfasis en utilizar las más avanzadas condiciones hospitalarias en beneficio de los pacientes, sino en las instalaciones de cirugía y en los aspectos de docencia e investigación científica aplicada; y, finalmente, nuestro padre, el arquitecto Carlos Guinand S., a quien se le encarga este ambicioso programa médico-hospitalario para su estudio, interpretación, desarrollo completo del proyecto y posterior ejecución.

Dos años más tarde del primer decreto, el 24 de julio de 1935, el general Gómez dicta un segundo decreto, mediante el cual se dispone proceder a la construcción de un edificio destinado a Sanatorio Popular Antituberculoso en los terrenos de «El Algodonal» y donde se establece, en su artículo 2º, que el Ejecutivo Federal dispondrá todo lo relativo a la organización y funcionamiento del mencionado Sanatorio; por otra parte, en su artículo 3º, se dispone que el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría queden encargados de la ejecución del decreto en lo que les concierne y, en su artículo 4º, que los gastos que ocasione la ejecución del decreto sean erogados con cargo del Presupuesto de Gastos del Departamento de Obras Públicas.

Es a partir de esta fecha cuando la nación asume la responsabilidad económica de la lucha antituberculosa, y la División de Tuberculosis asesora y dirige el programa trazado hacia el futuro, teniendo al frente al doctor Baldó, a quien lo caracterizaba una clara visión de lo que debía hacerse, una voluntad férrea, gran capacidad de realización y un liderazgo incuestionable.

El proyecto

El proyecto arquitectónico del Sanatorio realizado por Carlos Guinand a finales del año 1935, tuvo como inspiración y guía los requisitos ya comprobados en esa época como imprescindibles para la cura de los pacientes tuberculosos recluidos en un sanatorio: luz, aire y sol.

Coincide el nacimiento del doctor Baldó en 1898 con el de las primeras edificaciones hospitalarias para enfermos de tuberculosis en Davos, Suiza. Hemos descubierto en una reciente publicación[1] cómo fue que se desarrolló el proceso de crecimiento de múltiples sanatorios dedicados originalmente a pacientes tuberculosos y los cuales, gracias a los avances de la ciencia, se han ido transformando en institutos para el tratamiento de todo tipo de enfermedades respiratorias, alérgicas y similares o en hoteles de reposo, dada la virtual desaparición y control del bacilo de Koch mediante el uso de medicamentos cada vez más eficaces.

La participación de los médicos especialistas de principios del siglo XX, como el doctor Karl Turban en Davos, el doctor Oscar Bernhard en Saint Morris y el doctor August Rollier en Leysin, contribuyeron y tuvieron gran influencia sobre la arquitectura moderna hospitalaria de la época y en los años veinte. Entre las dos guerras mundiales, los sanatorios de Davos se consideraban como prototipos del «vivir en un ambiente liberado» con resultados altamente satisfactorios para la recuperación de los enfermos. De allí surgió la idea de una futura arquitectura que tenía que cumplir un papel terapéutico activo en el proceso de la curación y regeneración de los pacientes, con la posibilidad de aplicarla también a edificaciones habitacionales en las grandes ciudades.

El doctor Baldó, quien había estado recluido en el Waldsanatorium de Davos como paciente y que posteriormente ejerció su profesión de médico residente en el mismo, mantuvo prolongadas sesiones de trabajo con su cuñado, el arquitecto Carlos Guinand S., para intercambiar ideas e informaciones que permitieran realizar el proyecto completo de las edificaciones del futuro Sanatorio Popular Antituberculoso en los terrenos de El Algodonal, de acuerdo con el programa médico y las más avanzadas especificaciones hospitalarias.

El conjunto arquitectónico del sanatorio debía ajustarse a algunos conceptos y normas básicas que contribuyeran a la sanación y recuperación de los enfermos. Entre ellos podemos citar los siguientes:

- los pabellones destinados a habitación y dormitorio de los pacien-

tes debían cumplir con el requisito esencial de permitir que la luz y el aire tuviesen la mayor entrada posible;

• frente a las habitaciones debía disponerse de terrazas amplias, donde los enfermos pudieran recibir sol durante el mayor número de horas del día en sillas de extensión o en sus camas sobre ruedas;

• las salas de dormitorio no debían exceder de ocho camas, con el objeto de lograr así la separación y agrupación de los pacientes según el estado de la enfermedad;

• los servicios sanitarios de cada sala-dormitorio debían disponer de lavabos individuales y de duchas y W.C. separados;

• los médicos y enfermeras se ubicarían en una edificación adyacente con todas sus facilidades. Solamente pernoctarían en habitaciones cercanas a las salas de los pacientes los médicos residentes y enfermeras de guardia, pero las mismas debían estar separadas;

• todos los servicios generales del hospital destinados a consulta, rayos X, cirugía, neumotórax, laboratorios, farmacia, etc., debían tener fácil acceso, tanto para los internos como para los enfermos que viniesen a consulta;

• los espacios comunitarios como refectorios, salas de reunión, capilla, debían ser amplios y ventilados, y

• los servicios auxiliares de lavandería, sala de calderas, desinfección de lencería y útiles, así como la morgue con sala de autopsias, también se ubicarían en una edificación independiente.

En resumidas cuentas, se trataba de lograr un sanatorio cuya arquitectura no sólo fuese funcional sino que se adaptara a las pautas médicas requeridas para curar la enfermedad con base en el principio del reposo y la distracción, en un ambiente con mucha luz, aire fresco, sol y pulcritud.

El terreno seleccionado para la construcción del sanatorio tenía aproximadamente una extensión de cincuenta hectáreas y estaba rodeado de colinas, con la sola excepción del sureste, que es su vía de acceso desde la carretera nacional que conduce a Antímano.

Era en ese espacio donde Carlos Guinand S., en su calidad de arquitecto y constructor, debía implantar las edificaciones que iban a conformar el futuro Sanatorio Popular Antituberculoso para una capacidad de 300 pacientes entre mujeres y hombres, de acuerdo con el programa previamente discutido y aprobado por Baldó y sus colaboradores.

Su primera decisión consistió en utilizar la zona más plana del terreno para ubicar el edificio principal del sanatorio con la fachada orientada

hacia el sureste, con el fin de lograr que circulara la mayor cantidad de luz y aire posible hacia las terrazas y habitaciones de los enfermos.

Igualmente, Guinand decide diseñar las edificaciones en sólo dos niveles y desarrollarlos horizontalmente, a objeto de facilitar el funcionamiento del hospital. El conjunto se estructuraba a partir del cuerpo central, donde se encontraba localizada la administración, los servicios médicos del Sanatorio y las áreas comunes de los pacientes, entre las cuales se destacaba la capilla.

A ambos lados de este cuerpo central, y separado por amplios patios, se desprenden tres naves sucesivas que conforman entre sí dos patios longitudinales de acentuada horizontalidad. Estas naves son los pabellones de hospitalización, tres de hombres a la izquierda y tres de mujeres a la derecha.

Cada pabellón de dos plantas tiene seis salas-dormitorios de ocho camas, tres en la planta baja y tres en la planta alta. Disponen igualmente de un espacio separado destinado a las enfermeras de turno, el cual incluye habitación, sanitario y pequeña cocina, así como depósito de lencería.

Todos los dormitorios dan hacia una amplia terraza parcialmente cubierta, pero sin soportes que impidan la entrada del aire y de la luz a través de las grandes puertas y ventanas de hierro y vidrio que las separan de las salas de dormitorios. La circulación y acceso a estas habitaciones se realiza a través de un corredor amplio y bien iluminado, ubicado en la fachada posterior noroeste de los pabellones, el cual recibe luz y aire de los patios.

En la parte posterior del cuerpo central se ubican dos espaciosos comedores de fácil acceso para los pacientes, separados entre sí por un área destinada a despensa, desinfección, lavado de vajillas y sala de oficios. Finalmente, al fondo de este cuerpo completamente aislado y ventilado, se encuentra la amplia cocina del Sanatorio.

El conjunto se completa con dos edificaciones independientes, ubicadas detrás del edificio principal, destinadas a Pabellón de enfermeras, la de mayor tamaño, y a lavandería y morgue, la segunda. Ambas construcciones tienen fácil acceso desde el edificio principal y su diseño guarda gran armonía con éste.

La construcción

A comienzos de 1936 se inicia el gobierno del general Eleazar López Contreras. El país confrontaba una difícil situación económica y un altí-

simo desempleo, lo cual se veía agravado por una cada vez mayor migración de campesinos hacia las ciudades y, especialmente, Caracas.

Se producen hechos de violencia promovidos por líderes políticos quienes habían regresado del exilio en ese momento o habían sido liberados de las cárceles del régimen anterior. Entretanto, el gobierno decide emprender de inmediato un programa acelerado de ejecución de obras públicas, destinado a finalizar las obras en proceso e iniciar aquellas cuyos proyectos estuviesen avanzados, con el objeto de proporcionar empleo a esa gran masa trabajadora, en su mayor parte no calificada, susceptible de intervenir en conflictos y desórdenes.

Correspondió al Ministerio de Obras Públicas, bajo la dirección del Ministro Tomás Pacanins, liderar ese programa que incluía el Sanatorio Popular Antituberculoso, los Museos de Bellas Artes y de Ciencias Naturales, el Instituto Pedagógico, el Cuartel Urdaneta, la recuperación del Puerto de La Guaira y otras obras en diversos sitios del territorio nacional.

La construcción de la gran mayoría de las obras de importancia que emprendía el Ministerio de Obras Públicas en esa época se hacían bajo la modalidad de un contrato de administración delegada, el cual consistía en elegir a un profesional de reconocida trayectoria como constructor responsable y de probada honestidad, a fin de que organizara, administrara y dirigiera la obra. El Ministerio suplía semanalmente el dinero requerido para el pago de la nómina del personal, de los materiales y de los equipos e implementos de construcción. De esta manera, el profesional constructor tenía la responsabilidad de dirigir, administrar y rendir cuentas al Ministerio, con base en unos honorarios previamente establecidos.

Las obras de construcción del Sanatorio fueron contratadas a comienzos de 1936 con nuestro padre Carlos Guinand S., quien además de ser el arquitecto proyectista de las edificaciones del Sanatorio, tenía una amplia y reconocida trayectoria como constructor de importantes obras públicas y privadas.

La movilización al sitio y el inicio del movimiento de tierra para nivelar las terrazas requeridas para la ubicación de las edificaciones y lograr un adecuado drenaje de las aguas de lluvia, tuvo lugar durante el segundo trimestre de 1936. El trabajo consistía en rebajar varias colinas, rellenar las zonas bajas y desviar algunos cursos de agua existentes. El volumen de tierra por excavar, transportar y rellenar era de gran magnitud, lo cual permitió dar empleo inmediato a más de qui-

nientos obreros, quienes con picos, palas y carretillas debían realizar aceleradamente el movimiento de tierra. No se utilizó ningún tipo de maquinaria pesada, la cual era muy escasa y hasta casi desconocida en la Venezuela de esa época.

Aunque para ese entonces aún éramos niños, conservamos algunas vivencias y recuerdos sobre la organización y avance de los trabajos que vale la pena narrar.

Los obreros eran agrupados en cuadrillas de aproximadamente veinte trabajadores con un caporal; a cada cuadrilla se le asignaba una zona determinada de trabajo. Cada cinco cuadrillas las dirigía un maestro de obras encargado de verificar que el trabajo se ejecutara de acuerdo con los planos e indicaciones del proyectista y constructor.

Al comienzo, los trabajos no avanzaban de acuerdo con el rendimiento previsto, entre otras razones, a causa del bajo salario que devengaban los obreros (Bs. 3,00 por día), lo cual se traducía en una mala alimentación y falta de incentivo para esforzarse.

Con el objeto de superar esta situación, Carlos Guinand y otros arquitectos e ingenieros encargados de diversas obras públicas lograron convencer al ingeniero Tomás Pacanins, Ministro de Obras Públicas, para que presentara ante el gabinete la solicitud de incrementar el salario mínimo a Bs. 5,00 por día, lo cual se logró ese mismo año con gran beneplácito de la masa trabajadora.

Simultáneamente se implantó en la obra del Sanatorio un premio semanal para la cuadrilla que excavara, transportara y rellenara el mayor volumen de tierra. Estas medidas dieron resultado de inmediato, y recuerdo la alegría que experimentó nuestro padre y sus comentarios favorables hacia los obreros, quienes mejor alimentados e incentivados, habían más que duplicado su rendimiento.

Había una cuadrilla que obtenía casi todas las semanas el premio ofrecido por su rendimiento y la cual se ganó el nombre de «La Voladora». El caporal de la misma se distinguió por su liderazgo y motivación hacia sus obreros con quienes jugaba pelota sabanera (béisbol con una pelota de pabilo) en las horas de descanso, para mantenerlos alegres y como un equipo unido y disciplinado.

Al poco tiempo, Carlos Guinand compró y regaló un equipo completo de guantes, bates y pelotas para organizar varios equipos de béisbol entre los trabajadores de la obra, quienes podían practicar al concluir la jornada diaria y jugar partidos completos los días domingo en terrenos adyacentes a la construcción.

Esta iniciativa de estimular a los obreros en la práctica deportiva durante su tiempo libre fue rápidamente imitada en otras obras de la ciudad, dando origen a varios grupos organizados, los cuales constituyeron una Asociación Deportiva Obrera que patrocinaba torneos e intercambios deportivos en diversos campos de Caracas. De allí surgieron jugadores profesionales reconocidos de nuestro béisbol, e influyó para que muchos de nosotros nos dedicáramos a practicar este deporte con entusiasmo y disciplina.

Otro recuerdo de la época de la construcción del Sanatorio está relacionado con la bajísima delincuencia y con el respeto a la propiedad existentes para la época en nuestro país, incluyendo a una ciudad como Caracas donde, como ya hemos señalado, existía desempleo, pobreza y agitación política.

El día de pago de los obreros era el sábado al mediodía. En varias oportunidades, mi hermano Carlos y yo acompañamos a nuestro padre el sábado en la mañana hasta el Banco de Venezuela, situado en la esquina de Sociedad, a buscar el dinero requerido para dicho pago de nómina, el cual nos era entregado en varios bolsos de liencillo con un precinto de plomo. Caminábamos desde el banco hasta la oficina ubicada de Principal a Conde, atravesando la Plaza Bolívar, cada uno con dos bolsas de monedas o billetes sin ningún guardia ni arma. Nunca nadie nos perturbó ni en ese trayecto a pie, ni en el viaje desde el centro de Caracas hasta la obra en El Algodonal en el pequeño automóvil de nuestro padre.

Simultáneo al avance de los trabajos de construcción se inició un programa de reforestación de todos los terrenos adyacentes al Sanatorio, con árboles como eucaliptos, casuarinas, caobos, cedros y otras especies, con el propósito de crear alrededor del hospital un ambiente bucólico, provisto de espacios verdes que contribuyeran a mejorar el clima y limpiar el aire del lugar. Para alcanzar este propósito, se instaló un vivero de árboles en los mismos terrenos. Un grupo de obreros se encargaba de su cuido, de abrir los hoyos y sembrar los árboles de acuerdo con un plan previamente diseñado.

Recuerdo que, en varias ocasiones, nuestro tío José Ignacio y nuestro padre invitaban a un grupo de primos y algunos amigos para que ayudáramos en la labor de plantar árboles en las colinas que rodeaban el Sanatorio en época de vacaciones o en días festivos. Esto constituía un programa magnífico y mediante el cual nos sentíamos muy complacidos al saber que estábamos contribuyendo con el futuro de la

obra. Fueron miles de árboles sembrados y, gracias a Dios, en pocos años, el Sanatorio quedó rodeado de un bosque frondoso que todavía se conserva.

Los trabajos de construcción de las edificaciones se ejecutaron, en su mayor parte, entre los años 1937 y 1938. En las Memorias del Ministerio de Obras Públicas correspondientes a esos años, se da cuenta detallada de los avances importantes de los trabajos. A manera de ejemplo basta citar que en la de 1938 se señalaba: *Apreciando plenamente el Ministerio de Obras Públicas la necesidad del tratamiento de los enfermos tuberculosos que existen en la República, se ha continuado con la mayor actividad la construcción del Sanatorio Popular Antituberculoso, situado en la vecindad de esta capital.*

El edificio que viene en construcción desde años anteriores, se encuentra situado en un valle perfectamente adecuado al caso, protegido de los vientos e inmediato a la ciudad, lo que facilita en todo caso la buena atención médica. Los terrenos que lo avecinan han sido perfectamente plantados de árboles escogidos de tal manera, que esto de por sí en el futuro contribuirá al alivio de los pacientes.

Continúa la Memoria con una descripción de las obras en proceso de ejecución, finalizando así: *Para la fecha ya se encuentran en el país gran parte del equipo del hospital, así como el material de cerámica especial con el que se cubrirán los muros de las habitaciones de enfermos, y están igualmente en ejecución las instalaciones eléctricas y sanitarias que se llevan a cabo con material y procedimientos de los más adecuados al caso. Dada la forma intensa con que se están realizando los trabajos del hospital, sus anexos y otras obras que forman parte de él, como caminos, acueducto, cloacas, etc., se espera que el edificio pueda estar listo para entrar en servicio en julio del corriente año* (1938).

Por su parte, en la Memoria del año 1939 se incluye un informe detallado de los trabajos realizados; llevaba la firma del encargado de la obra, el arquitecto Carlos Guinand, del cual transcribimos los siguientes párrafos: *Siendo de sumo interés poner en funcionamiento el Sanatorio Popular Antituberculoso –clave de toda la lucha antituberculosa que con tanto afán viene desarrollando el Ejecutivo Federal–, fue considerablemente aumentada durante el año 1939 la asignación semanal de estos trabajos. Tan es así que se puede asegurar que el cuerpo principal del edificio, sus seis pabellones para enfermos y los pabellones para enfermeras, para servicio, para desinfección y lavandería, se concluirán para mediados de año.*

Luego de una detallada enumeración de los trabajos de todas las edificaciones del Complejo Hospitalario, así como de las obras exteriores, se puede concluir que las obras estaban prácticamente terminadas.

El 17 de diciembre de 1939, fecha conmemorativa del fallecimiento de El Libertador en Santa Marta, Colombia, víctima de la enfermedad contra la cual se lucharía en el Sanatorio de El Algodonal, éste quedó oficial y formalmente inaugurado.

Según la opinión del Ministerio de Obras Públicas, *dadas las condiciones en las que se han previsto todas las necesidades para un instituto de esa índole, puede asegurarse que es el más completo y mejor dotado de todos los existentes en la República*.

El Sanatorio «Simón Bolívar» abrió sus puertas a los pacientes el 2 de mayo de 1940, cuatro meses después de su inauguración, lo cual demuestra que, simultáneamente con la construcción de las edificaciones, se avanzó en la adquisición e instalación de todo su equipamiento médico, mobiliario y de lencería, así como en la formación del personal médico, administrativo y de enfermeras que habría de operar el hospital. Vale la pena traer a colación, a propósito de este capítulo, las palabras pronunciadas por el propio José Ignacio Baldó el día de la inauguración del Sanatorio, a fin de juzgar el significado que para él y sus colegas tenía esa obra:

Para todos los tisiólogos venezolanos esta casa va a significar un potente estímulo que nos impedirá ceder en los momentos de desaliento que se viven en un país que inicia la lucha antituberculosa, cuando la magnitud de los problemas que se confrontan hacen flaquear el optimismo y la confianza, pues su glorioso nombre nos obligará a luchar con tesón para rendirle un homenaje al Padre de la Patria.

Aparte de su función hospitalaria, este instituto está destinado a llenar la función de centro docente para el personal que debe trabajar en la campaña y sus puertas verán partir con la confianza y la seguridad necesarias, atributos de una buena preparación e indispensables para el triunfo, las futuras generaciones de jóvenes tisiólogos... que irán a poner en la práctica y a difundir por las más apartadas regiones del país las enseñanzas adquiridas.

Complementan el Complejo Hospitalario «José Ignacio Baldó» en El Algodonal otros dos Sanatorios, el Sanatorio Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi» y el Sanatorio «Andrés Herrera Vegas» e, igualmente, el «Instituto Nacional de Tuberculosis».

La concepción y construcción de todas estas edificaciones fueron impulsadas por el doctor Baldó en la siguiente secuencia:

• El Sanatorio Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi» quedó concluido en mayo de 1950 y contó para su ejecución con los valiosos aportes de personas y empresas privadas motivadas por Baldó;
• El Sanatorio «Andrés Herrera Vegas», destinado a enfermos crónicos, quedó finalizado en 1955, y
• El Instituto Nacional de Tuberculosis, dedicado a la investigación, formación de personal, estudios estadísticos y divulgación científica, fue inaugurado en diciembre de 1955.

La ejecución de estas obras estuvo a cargo del Ministerio de Obras Públicas en una época de grandes avances en la industria de la construcción en Venezuela, tanto desde el punto de vista técnico como por el hecho de haber podido contar con una mano de obra muy calificada y de procedencia mayoritariamente europea, como consecuencia de la inmigración que se produjo al finalizar la Segunda Guerra Mundial, y gracias también al impulso que se le dio a las obras públicas durante la década de los cincuenta.

Consideramos que a través de la lectura de los distintos temas que conforman este libro se puede afirmar que, a partir de la construcción del Sanatorio «Simón Bolívar», se desarrolló una nueva etapa en la historia de la lucha antituberculosa, de la Medicina sanitaria, la salud pública y la asistencia social en Venezuela.

1 *100 Jahre Stiftung Deutsche Hochgebirgsklinik Davos*, Buchdruckerei Davos AG, 1998.

Bibliografía

Fundación Polar. *Diccionario de Historia de Venezuela*, 2ª edición. Caracas, 1997.

Memorias del Ministerio de Obras Públicas. Años 1936-1940.

Palabras de apertura del acto conmemorativo de los 25 años del Sanatorio «Simón Bolívar», pronunciadas por el doctor Juvenal Curiel, y discurso del doctor José Ignacio Baldó en el mismo acto.

Sprecher, T. *100 Jahre Stiftung Deutsche Hochgebirgsklinik Davos*, Buchdruckerei Davos AG, 1998.

SIMÓN BOLÍVAR, ALEJANDRO DE HUMBOLDT Y OTRAS PASIONES EN LA VIDA DEL DOCTOR JOSÉ IGNACIO BALDÓ

Edgardo Mondolfi Gudat

Como ocurre por lo general con quienes trascienden los límites de su profesión, José Ignacio Baldó cultivó otros mundos con la más apasionada e irreductible intensidad. Una de esas pasiones, tal vez la que mejor describa su temperamento, fue la contemplación y el goce que le deparó siempre la naturaleza venezolana. Tanto sus campañas en pro de la difusión de la Medicina Simplificada en los entonces territorios federales de Amazonas y Delta Amacuro, como sus expediciones alpinistas en la Sierra Nevada de Mérida, fueron algunas de las oportunidades que tuvo para ejercer esa pasión.

La música académica también se fijó en el mapa de sus pasiones, sin dejar jamás de reiterar sus acentos y resonancias dentro de su mundo privado. Así lo atestigua, por ejemplo, su labor como miembro fundador de la Asociación Venezolana de Conciertos, sus habilidades como pianista aficionado, las charlas de apreciación musical promovidas por él, tanto en la Asociación Cultural Humboldt como en la sede del Complejo Hospitalario de El Algodonal, y su gran amistad con músicos venezolanos de la calidad del maestro Juan Bautista Plaza[1], a quien, por lo demás, le encargó la composición del himno de la campaña antituberculosa a escala nacional.

La obra viajera de Alejandro de Humboldt, así como la trágica muerte del Libertador Simón Bolívar, también formaron parte de sus desvelos, siempre en consonancia con las tareas y el rigor científico que le imponía el ejercicio de la Medicina. De alguna forma podría decirse que el destino que gobernó a ambas figuras –los felices hallazgos científicos de Humboldt; la gloriosa soledad y voluntariosa lucha de Bolívar frente a la tuberculosis–, formaron un eje vinculante sobre el cual Baldó insistió una y otra vez en distintos momentos de su enjundiosa trayectoria.

Quienes conocieron de cerca a Baldó aseguran que siempre recomendó la lectura de la obra de Humboldt con el mismo celo de un religioso. De hecho, la tradición oral sostiene que Baldó conservaba al alcance de su personal médico en El Algodonal un ejemplar de los *Viajes a las Regiones Equinocciales del Nuevo Continente*, en la hermosa y cuidada traducción al español realizada por Eduardo Röhl, Lisandro Alvarado y José Nucete Sardi.

Aun sin incurrir en la pretensión de ser original a la hora de analizar la obra de Humboldt, Baldó se acercó a ella con una nueva interpretación a la mano, al menos en lo que se refería al linaje científico dejado por el sabio berlinés a su paso por esta tierra de gracia. Así lo demos-

tró en un discurso pronunciado en la sede de la Asociación Cultural Humboldt, en septiembre de 1969, con motivo de cumplirse los primeros veinte años de la ACH y, coincidencialmente, el bicentenario del nacimiento del ilustre naturalista, en el cual abordó la deuda que desde distintos puntos de vista aún tenía con él la moderna ciencia venezolana.

En su discurso del bicentenario, Baldó comenzó por recordar que la Asociación Cultural Humboldt (ACH) se había fundado entre las sombras que proyectaba la postguerra. Era 1949. Habían transcurrido apenas cuatro años desde que el ejército alemán capitulara definitivamente frente a los aliados y, por tanto, los vientos y huracanes que tronaban en otras latitudes demoraron la iniciativa de un grupo de 25 venezolanos y 25 alemanes de crear en Caracas un centro de la cultura germana. Por más que Alemania fuera la tierra de Humboldt, Goethe, Beethoven o Kant, los tiempos no eran precisamente los más propicios. Baldó lo entendía a cabalidad, aunque nunca cejara en su empeño. Para él, esta tarea significaba –como lo expresa el historiador venezolano Karl Krispin Riera– volverle a mirar el rostro a la antigua nación alemana[2].

En sus palabras, Baldó resumió el duelo que se libraba entre la hora oscura del momento y el empeño que cifró aquel grupo de voluntariosos venezolanos en la tarea de plasmar a Humboldt como símbolo de la más respetable cultura:

Se habían logrado los propósitos de una iniciativa que basamos en convicciones, sin recursos materiales y con dificultades que no podían comprenderse, inspirados en lo que existe de más duradero y progresista en una sociedad: su civilización y su cultura. Esto constituye un fundamento tan firme que es parte de la nacionalidad, y su naturaleza no admite cambios determinados por acontecimientos transitorios[3].

Luego prosiguió diciendo:

Entre las causas circunstanciales más peligrosas para hacer tambalear una cultura están los cataclismos históricos, ocasionados por las guerras, tan a propósito para despertar apetencias y rivalidades materiales, pudiendo en un momento llegar a pretender modificar el curso y la fisonomía de tendencias culturales que por su universalidad no tienen patria[4].

En este mismo discurso Baldó rememoraba la particular circunstancia de que el año 1949 hubiese arribado para ellos como un fabuloso pretexto. Se trataba en ese momento del bicentenario de Goethe pe-

ro también del sesquicentenario de la llegada de Humboldt a Venezuela. En pocas palabras, los proponentes de la (hasta entonces fallida) idea de un centro cultural alemán estaban resueltos a no dejar pasar por alto la oportunidad que les brindaba el hecho de que, ciento cincuenta años antes, el 16 de julio de 1799, al barón von Humboldt lo saludaran por primera vez las estrellas del trópico. Por tanto, Baldó y el resto de los fundadores de la Asociación Cultural Humboldt, entre ellos, el anatomopatólogo Rudolf Jaffé, insistieron ante el país en que la celebración de tan auspicioso encuentro de Humboldt con la tierra americana debía servir para saldar un deber espiritual, cual era la creación de la ACH, en el día y la hora en que la desgracia política de una gran nación parecía tocar a su fin.

Baldó pasó luego a referirse en su discurso de 1969 al hecho de que sin Humboldt y su aventura equinoccial, habría sido desde todo punto imposible que Charles Darwin zarpara a bordo del *Beagle* en 1831 en busca de continuar con la tarea de catalogar las riquezas científicas del continente americano. Emulando al barón Humboldt, Darwin no había hecho otra cosa que demorar su atención en todo cuanto el Nuevo Mundo podía ofrecerle a su curiosidad científica: la flora y la paleontología, la fauna y el clima, la geología y el hombre. Sin Humboldt –prosigue Baldó– tampoco se explicaría el legado de Adolfo Ernst, quien pretendía seguir los pasos de su maestro en el propio terreno y a cuyo empeño se debió, entre tantas iniciativas disímiles, la creación de la Biblioteca Nacional de Venezuela. La descripción que hace Baldó de la vida del sabio Ernst es verdaderamente dramática. Ernst –dice Baldó– era un hombre del talento de Humboldt pero a quien jamás le sonrió la misma fortuna. A diferencia de Humboldt, no lo recibió el cielo luminoso de Caracas ni su cultura refinada, sino la desolación causada por nuestras guerras civiles e inciviles que azotaron casi todo el siglo XIX. De hecho, Ernst llegó a Venezuela en 1861, en plena borrasca federal. Veamos lo que dice Baldó:

Ernst todo lo explora, la botánica, la zoología, la mineralogía, la antropología, la etnología, la geografía, y escribe sobre los más variados tópicos de las ciencias y las artes. Funda la Sociedad de Ciencias Físicas y Naturales e impulsa la Biblioteca Nacional. Es un Humboldt sin suerte que vence los obstáculos de la pobreza; que vive el drama de la Venezuela de entonces, desde la Guerra Federal hasta 1899 en que muere. No lo arredran las penurias materiales y llega a publicar más de 450 trabajos, la mayor parte en revistas científicas alemanas, inglesas y

francesas, así como también en otras lenguas. Sus trabajos que aparecen en castellano, unos en los periódicos de la época, como El Federalista y la Opinión Nacional, tocan muy a menudo tópicos vernáculos, y cuando de conferencias científicas se trata, se publican en impresiones nacionales, siempre editadas pobremente y con dificultades[5].

Baldó evocaba, de paso, el carácter amable del sabio y, comparándolo por su similitud al de Humboldt, señaló que no había en su temperamento o sus escritos ni sombra de aquel estilo polémico y violento que tanto caracterizó las diatribas de otros exponentes del positivismo venezolano, como su discípulo Luis Razetti, de quien Baldó fue a su vez alumno. *Ernst* –acota Baldó–, *aunque usa expresiones a veces irónicas y fuertes para combatir cuando discrepa, parecería que su positivismo lo siembra con una convicción tan firme que se asemeja a la del misionero que, con la práctica de sus ideas y su actitud, conquista a sus prosélitos sin tanto estruendo*[6].

Al hablar nuevamente del personaje central de su discurso, Baldó llamó la atención acerca de lo que consideraba «la carencia en nuestras universidades del espíritu y método de Humboldt». Dicho de otro modo, formulaba una vieja advertencia, remitiendo a aquel antiguo debate que se remontaba a los tiempos de Juan Jacobo Rousseau y de su epígono latinoamericano –Simón Rodríguez– en cuanto a las condiciones idóneas de la enseñanza, sobre todo, en lo que se refería a la labor científica de observación y verificación de los fenómenos estudiados. Para Baldó, Humboldt era el mejor ejemplo de lo que significaba aprender directamente del medio natural, sin el riesgo de la comodidad o las distorsiones que entraña muchas veces el aula universitaria o el laboratorio experimental, al estilo de aquel sabio francés, el conde Georges Louis Buffon, quien se dio a la tarea de estudiar y opinar sobre la naturaleza americana desde la remota distancia que separaba a la selva tropical de su gabinete en París. Baldó dice:

Se enseña todavía en el aula, con todo el lujo académico, la geografía, la etnología, la antropología, y así en todas las demás disciplinas. No niego los esfuerzos esporádicamente realizados, pero siempre sin seguimiento y sin la parte formativa del estudiante en ese tipo de investigaciones.

Desde hace unos diez años debo viajar, por razones profesionales, con alguna frecuencia al Territorio Amazonas, en donde el primer práctico que conduce la lancha me obliga a borronear los flamantes mapas de que me aprovisiono cada vez[7].

Consciente de que se encontraba asistiendo como testigo presencial de aquellos tiempos de grandes revuelos (y revueltas) estudiantiles de los años sesenta, Baldó agregó:*«Campus versus claustro», debe ser la consigna de una reforma académica y no la que se debate en los ámbitos de las ideologías políticas. Esos también son problemas respetables, pero de un terreno distinto*[8].

Baldó cerró su célebre discurso del bicentenario refiriéndose a las insospechables riquezas que para el siglo XX venezolano habría de encerrar esa tierra que Humboldt iba inventareando a su paso, con su magnífica pluma de fabricante de paisajes, desde el Orinoco hasta el brazo del Casiquiare. *Nuestro gran río* –dice– *ya había sido explorado y ambicionado por Raleigh (....) y constituyó desde el primer momento para Humboldt una de sus mayores preocupaciones científicas el conocerlo a fondo.*

Para Baldó, tantas y tan grandes serían las riquezas que auguraban ya estas regiones orinoquenses que aparte del oro (descubierto en sus entrañas desde los tiempos del filibustero Raleigh), el sabio José María Vargas le informaba al Secretario de Hacienda y Asuntos Exteriores, Santos Michelena, en octubre de 1839, acerca de una sustancia mineral negruzca que le había sido enviada, para su estudio, desde Pedernales, cantón del Bajo Orinoco. Vargas fijaba así su atención en el líquido que, ni más ni menos, habría de configurar un siglo más tarde el perfil de la Venezuela moderna. *Esta sustancia mineral* –escribió Vargas– *es el asfalto o betún de Judea de los antiguos, llamada también pez mineral.* El pez mineral que, entre otros asuntos de nuestro siglo XX venezolano, tantos problemas habría de acarrearle a Cipriano Castro con las potencias extranjeras, y que le aseguraría una paz prolongada al régimen del Benemérito Juan Vicente Gómez. Y como un vaticinio arrojado al aire, Vargas concluye, citado por Baldó: *El asfalto en Venezuela, es según sus circunstancias actuales más precioso y digno de felicitación para los venezolanos y su liberal gobierno que el de las de plata u oro.*

Para hacer posible el desarrollo de la vasta región al sur del Orinoco se requería, a juicio de Baldó, estudiarla en toda la acepción de la palabra. Estudiarla y penetrarla como lo hizo Humboldt. De allí, pues, la extensa vigencia de su obra científica para Venezuela.

Si bien, para Baldó, el desarrollo de esta región encontraba su seguro respaldo en el inmenso y alentador soporte que significaba en aquel momento el Complejo Hidroeléctrico de Guri, se adelantaba a adver-

tir, con franco espíritu ecológico y humanista, el riesgo de que esta zona inmensa se viera abandonada a imprevistos destinos por obra de una política de desarrollo que no fuera cónsona con el sentimiento de nacionalidad ni con los principios de la justicia social. En tal sentido, decía lo siguiente:

El sentimiento de la nacionalidad no nace ni se desarrolla sino mediante acciones pacíficas y tesoneras de justicia social que van conquistando e integrando a su patria natural grupos casi nómadas de venezolanos, que tienen tanto o más derecho a que los protejamos (...) cuanto que descienden de los pobladores autóctonos que son dignos del respeto y la consideración que hoy se les puede brindar y que atraerán la inmigración interna[9].

Como se señaló anteriormente, la asociación cultural que por iniciativa de Baldó llevaba el nombre de Humboldt, tuvo su origen prácticamente en las condiciones propias de una secta perseguida. Dejemos que sea el propio Baldó quien narre el episodio. En la oportunidad de haber sido reelecto como Presidente de la ACH durante el período 1969-1970, señaló:

Hace hoy 20 años –dijo en 1969– *nos reunimos en mi casa de habitación un grupo de venezolanos y personas germanas o de origen germano para fundar un centro cultural cuyo propósito era llenar un vacío inexplicable que fue restablecer el intercambio de relaciones culturales. He dicho clandestinamente, pues aunque hoy me parezca verdad, comprensibles razones de política internacional habían interrumpido las relaciones diplomáticas desde 1939 hasta 1945 entre nuestro país y Alemania, pero un grupo de venezolanos no podíamos comprender cómo hechos políticos tenían que hacer con el patrimonio del legado espiritual*[10].

En condiciones casi tan subrepticias como las descritas, los albaceas de la cultura germana en Venezuela también se dieron cita en la casa de habitación del doctor Baldó para firmar lo que sería el Acta Constitutiva de la nueva asociación ese mismo año, el 22 de junio de 1949. Entre los otorgantes del acta aparecían los escritores Ramón Díaz Sánchez e Isaac J. Pardo, el arquitecto Carlos Guinand, el naturalista Eduardo Röhl y los médicos Guillermo Hernández Sozaya y Rafael González Plaza. José Ignacio Baldó fue elegido Presidente para el período 1949-1951, y uno de los primeros conferencistas invitados por la Asociación Cultural Humboldt fue el químico alemán Gerhard Domagk, quien había obtenido el Premio Nobel de Medicina en 1939.

A partir de la iniciativa de Baldó y del grupo de cofundadores, numerosas personalidades de Venezuela y Alemania, destacadas en sus respectivas actividades profesionales, fueron acreditando el prestigio de la nueva asociación a través de disertaciones de carácter científicos, históricos, filosóficos y sobre otros temas, o bien mediante interpretaciones musicales de altísima calidad. Otro tanto podía decirse de las exposiciones artísticas y bibliográficas, así como la publicación de libros auspiciados por la ACH.

No se puede perder de vista el hecho de que Venezuela vivía en ese momento la zozobra que había significado el derrocamiento, en noviembre de 1948, del gobierno democrático de Rómulo Gallegos y el advenimiento de una junta militar que abriría un nuevo paréntesis de terror y obsecuencia en la política venezolana. Por tanto, como apunta con gran acierto Luisa Veracoechea de Castillo, al estudiar la trayectoria de la ACH desde su fundación, era una época muy difícil para cualquier institución cultural que debía mantenerse al margen de la situación política[11].

De modo, pues, que a Baldó se le debe la existencia de un genuino centro cultural germano surgido del afecto, las entrañas y la pasión de un médico venezolano educado en Suiza y Alemania. De otra suerte, Venezuela seguramente habría sido privilegiada, algunos años más tarde, con la presencia de un Instituto Goethe como los que existen en muchas otras latitudes del mundo; pero jamás habría contado con algo tan propio y genuino como esa asociación que, por iniciativa de Baldó, llevaba emblemáticamente el nombre del primer gran explorador que fatigó la geografía venezolana.

Con Humboldt se emparentaban también los afanes alpinistas de Baldó. Extrañamente, aunque muchos viajeros y exploradores alemanes conocieron la riqueza científica y humana de Mérida (el artista Bellermann, el ornitólogo Goering, el botánico Moritz, el geógrafo Sievers, el entomólogo Hammel, el geólogo Bruch, el naturalista Mendenburg), no fue éste el caso de Humboldt. Por razones de ruta o de tiempo, el sabio berlinés obvió en sus viajes por el interior de Venezuela los encantos que ofrecía la emeritense ciudad de Santiago de los Caballeros y sus majestuosos alrededores. Sin embargo, su nombre figura asociado a la Sierra Nevada por obra de Alfredo Jahn quien, para enaltecer aún más la figura de Humboldt, bautizó con su nombre el domo de hielo conocido hasta entonces como la cumbre de la Corona.

La Sierra Nevada de Mérida ejerció siempre un poderoso hechizo en la sensibilidad de Baldó. De hecho, dos años después de recibirse como Individuo de Número en la Academia Nacional de Medicina a la precoz edad de 38 años, Baldó se sumó a una expedición al Pico Bolívar organizada en febrero de 1939 por el célebre alpinista alemán, el doctor Franz Weiss, cuya relación con los desafíos de la Cordillera de los Andes databa ya desde un primer intento efectuado en 1936. En su *Historia de Mérida*, el cronista y alpinista Carlos Guinand Zerpa suministra algunos interesantes datos biográficos acerca del doctor Weiss:

Nació en Munich, donde estudió Medicina. Trabajó después en compañías fruteras y petroleras de Honduras, Guatemala y Venezuela. Vivió en Mérida de julio a diciembre de 1931, y en la Universidad de los Andes revalidó su título el 5 de diciembre del mismo año. Posteriormente se nacionalizó venezolano. Se dedicó, en Alemania, al deporte del alpinismo con verdadera pasión en la época de su juventud. Realizó innumerables ascensiones a los Alpes y fue miembro del "Akademischer Alpenverein», de Munich desde 1919[12].

En un diario que –según tengo entendido– dejó inédito, el doctor Weiss registró una detallada relación del ascenso. Sobre este segundo intento suyo por coronar los cinco mil metros de la cima del Bolívar, apuntó al comienzo del diario:

Resultó ser una casualidad muy favorable que, en el otoño de 1938, se dirigió a mí, para pedir información, el señor A. E. Gunther, un geólogo inglés y miembro del club alpino de Londres. Él tenía la intención de visitar la Sierra Nevada en enero o febrero de 1939. Resolvimos enseguida ir juntos y después de preparaciones cuidadosas nos encontrábamos en los últimos días de enero en Caracas, la capital, y partimos en automóvil a Mérida el 28 de enero. Gunther trajo de compañero al doctor E. Chenary, un inglés de Trinidad, mientras que conmigo vinieron los señores doctores José Ignacio Baldó y Carlos Ottolina, dos amigos venezolanos de Caracas[13].

La iniciación de Weiss en la belleza andina se enciende con fervor en su diario, arrancándole comparaciones elogiosas a la tierra venezolana: *Al compararla (la Sierra Nevada de Mérida) con los Alpes Altos se le puede considerar como una verdadera montaña y muy en especial el gran macizo de la Columna*[14].

Mientras Weiss, Gunther, Chenary, Baldó y Ottolina se preparaban para conquistar las alturas donde el aire cobra el valor de lo escaso y

la intensidad de la luz castiga la vista, en las regiones más terrenas de la política mundial se advertía ya el fin inevitable de la República española. Franco y sus nacionales avanzan sobre Valencia y Cartagena. Entretanto, el Primer Ministro inglés, Neville Chamberlaine, y el Presidente de Francia, Edouard Daladier, discuten las demandas de Mussolini en África. Francia peleará antes de ceder una pulgada de terreno, informa Daladier. En Venezuela, el general Eleazar López Contreras y su canciller, Esteban Gil Borges, siguen con atención el conflicto que está por concluir en España y también el que se presagia que habrá de comenzar en el resto del continente europeo. El Club Paraíso, mediante encarte en el diario *La Esfera*, anuncia por esos días a sus socios que el sábado de Carnaval habrá un gran baile de trajes en los salones del Club. El servicio de cena era –dice el aviso del diario– a Bs. 8 el cubierto.

El ascenso comenzó el día 31 de enero de 1939. En las faldas de la cordillera, entre la niebla espesa de la madrugada y las llamas vegetales de los frailejones que prefiguraban el camino, la partida se apertrechó de cinco bestias ensilladas, siete animales de carga y dos arrieros, comandados por el guía Domingo Peña, a quien nadie pudo disuadir de que entregara sus pies descalzos a las rocas. Hasta cierto punto, Peña desafió la altura con el mismo empeño y rala vestimenta con que sus paisanos lograron, siglo y medio antes, forzar con Bolívar el Paso de los Andes.

El diario de Weiss nos pone en presencia de la voz de los vientos que soplaba desde las serranías y de la lluvia que retrasó durante varios días la marcha de los escaladores. Como el clima había contrariado su sentido de previsión, Weiss apunta, no sin un profundo dejo de amargura en sus palabras:

Descargamos rápidamente las bestias porque el cielo se había cubierto mientras tanto de nubes oscuras y amenazadoras. Sopló un viento helado desde (el macizo de) *la Columna. Pero ya era demasiado tarde: la tempestad comenzó antes de que hubiésemos podido montar nuestras carpas. Granizó y nevó, y la humedad y el frío penetraron en nuestros huesos. ¡Qué desgracia tan inesperada!, porque justamente a enero y febrero se les considera como los únicos meses «garantizados», secos y de tiempo estable en la Sierra, y no por casualidad habíamos escogido esta época para nuestra excursión*[15].

Las agujas rocosas, la impresión de abandono y soledad, la nieve y el hielo van abonando las páginas del diario de Weiss hasta llegar al Pico

Espejo, a los 4.765 metros de altura. La lengua del glacial del Timoncito es la próxima escala de Weiss, donde él y los suyos montarían campamento por última vez. De ahí en adelante, el camino sólo se abriría a los vencedores del Pico Bolívar. Weiss estudia la mejor ruta y opta por la pendiente del sur. Anota en su diario:

Gunther, quien se sintió algo atacado por la altura, resolvió intercalar el día siguiente como día de descenso. A Ottolina había que excluir de los futuros planes. Quedamos así solamente Baldó, Chenary y yo mismo. Me preocupé algo por la buena marcha de nuestra empresa, puesto que ninguno de los dos era alpinista y, como excursión inaugural, la pared sur del Pico me pareció por cierto bastante inadecuada. Pero ambos se encontraban en buenas condiciones físicas, especialmente Baldó, quien casi no pareció sufrir la altura[16].

El 3 de febrero, los pequeños poblados esparcidos al fondo se vislumbraban desde las faldas del cerro y, más abajo, el valle de Mérida desplegaba todo su cuerpo a la vista de los escaladores. Para Weiss, el espectáculo que ofrecía el paisaje desde lo alto del Pico Bolívar era sorprendente; en días despejados se alcanzaba a contemplar incluso las cabezas nevadas de los andes colombianos. Bajo la mirada lejana y diminuta del baquiano y los arrieros, Weiss, Baldó, Chenary y Gunther iniciaron sus difíciles maniobras en la pared de hielo, no sin dar muestras de un asombroso vigor atlético. Pero en este punto de la expedición, entre la piedra y el hielo, veteranos y principiantes se separan como lo dictan los códigos de este difícil deporte. Mientras Baldó y Chenary resolvieron bajar al día siguiente, el primero hasta Mérida, el segundo hasta La Aguada, donde quería dedicar cierto tiempo a sus estudios botánicos, Weiss y Gunther siguieron rumbo hacia las estrellas.

•••

Una carta de Bolívar a Humboldt, fechada en Bogotá, en 1821, podría servirnos para comprender esta pasión de Baldó por los Picos Humboldt y Bolívar. El Libertador le dice al sabio alemán:

El barón de Humboldt estará siempre con los días de América, presente en el corazón de los justos apreciadores de un gran hombre, que con sus ojos la ha arrancado de la ignorancia y con su pluma la ha pintado tan bella como su propia naturaleza. Pero no son éstos los solos títulos que usted tiene a los sufragios de nosotros los americanos. Los rasgos de su carácter moral, las eminentes cualidades de su carácter generoso, tienen una especie de existencia entre nosotros, siempre lo estamos mirando con encanto. Yo, por lo menos al contemplar cada

uno de los vestigios que recuerdan los pasos de usted en Colombia, me siento arrebatado de las más poderosas impresiones[17].

Además de sentirse heredero espiritual de Humboldt, ser tisiólogo le confería a Baldó una vecindad particular con Bolívar. El hecho de que el Libertador hubiese muerto a causa de la misma enfermedad que abrevió la vida de la escritora Teresa de la Parra y de los pintores Ramón Bolet Peraza, Cristóbal Rojas y Arturo Michelena no era, por tanto, un dato gratuito en el interés, curiosidad y afecto que Baldó le profesaba a su figura. Antes bien, resulta importante señalar que Baldó se aplicó con gran seriedad y durante muchos años al estudio de la patobiografía de Bolívar. Resultado de ello fue el trabajo monográfico titulado «Discusión clínica sobre la última enfermedad del Libertador», publicado en 1974. Pero más importante aún fue su intervención sobre este tema, en calidad de ponente, durante una Mesa Redonda organizada conjuntamente por las Academias Nacionales de Historia y Medicina, la Sociedad Bolivariana de Venezuela y la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, la cual tuvo lugar en Caracas, en 1963. Entre los participantes destacaron figuras de relieve dentro de la Medicina y la Psiquiatría venezolana como el doctor Oscar Beaujon, el doctor Marcel Granier-Doyeux y el doctor Moisés Feldmann. Según apunta el patólogo e historiador de la Medicina, Alberto Angulo Ortega, este simposio constituyó:

(...) tanto por la capacidad, competencia y seriedad de los participantes como por la calidad de sus exposiciones, el estudio más completo que se haya hecho de tan apasionante tema, tratando no solamente su última enfermedad, sino investigando sus antecedentes familiares, patológicos y demás aspectos relacionados con su salud y muerte, así como también la actuación de su médico de cabecera[18].

Quienquiera que relea la ponencia que Baldó presentó con motivo de esta Mesa Redonda en 1963, se sorprenderá al descubrir que los orígenes de la enfermedad que aquejaba al Libertador no eran precisamente los que asegura la leyenda. Al menos yo, en lo personal, estaba convencido de que su afección pulmonar se había desarrollado a partir del atentado del 25 de septiembre de 1828 en Bogotá, cuando ante la necesidad de ponerse a salvo de sus perseguidores, Bolívar tuvo que descolgarse de un balcón del Palacio de San Carlos para terminar refugiado debajo de un puente húmedo, a merced del frío, la lluvia y de ciertos efluvios malsanos. Según Baldó, las causas que condujeron a la enfermedad de Bolívar no fueron tan anecdóti-

cas. Los hechos clínicos lo llevaban a concluir que el Libertador sufría una primo-infección tuberculosa firmemente establecida. El origen de tal enfermedad remitía de inmediato al caso de su madre, doña Concepción Palacios, quien habría de fallecer por causas similares en 1792. Sobre esta hipótesis patogénica, el doctor Baldó señala:

Existen dos hechos bien establecidos en la historia clínica del Libertador, que son una primo-infección tuberculosa sufrida por contagio directo con la madre en la infancia, la cual deja una cicatrizcaracterística como es la calcificación encontrada en la autopsia, y un cuadro clínico evolutivo de tuberculosis pulmonar crónica, de tipo adulto, evidente desde 1828 hasta la muerte, con la comprobación final de la autopsia[19].

Evidentemente, el cuadro terminal lo dictaron los trastornos y desengaños sufridos en los predios de la política grancolombiana. Pero la apariencia sub-clínica de la infección que, por lo general, había pasado inadvertida por los biógrafos, era lo que abría espacio a la curiosidad médica de Baldó. Éste prosigue diciendo:

De que la resistencia natural era favorable en la familia, lo atestiguan el curso crónico y prolongado de la enfermedad de la madre y el hecho de que aparentemente ninguno de los otros hermanos sufrió de tuberculosis clínica. Es posible la hipótesis de que también otros hayan sufrido la primo-infección, pero que no habiendo estado sometidos a las condiciones de vida del Libertador, condiciones éstas que obraron como desencadenantes, hayan podido superar la infección.

Sobre la resistencia natural del Libertador, la historia atestigua en demasía para que vayamos a insistir. Hasta 1824 se repite que fue muy fuerte e infatigable. Después de Ayacucho acostumbra hacer jornadas de pocas leguas y a descansar con frecuencia[20].

Otros aspectos clínicos destacan en la ponencia de Baldó, pero es casi imposible no advertir en sus páginas la simpatía que reiteradamente le profesa al médico de cabecera y autopsiante del Libertador, el francés Alejandro Próspero Reverend, denigrado por aquellos que con –o sin– malas intenciones pusieron en duda su condición universitaria y su competencia profesional. A manera de ejemplo, Baldó cita la habilidad con que Reverend practicó la autopsia del cadáver de Bolívar, no omitiendo la apertura del cráneo que, por sus dificultades técnicas, es una parte que sólo realizan los patólogos, lo cual indica su buena formación médica[21].

Las opiniones formuladas por Baldó a lo largo de su ponencia son emi-

nentemente médicas, deteniéndose con cautela frente a las exigencias de la investigación histórica. Sin embargo, al menos en una oportunidad, Baldó se despoja de sus investiduras científicas y deja escapar un tributo histórico dirigido al autopsiante Reverend. *Por si fuera poco* –dice Baldó– *dentro del campo de la deontología deja también en ese documento la más hermosa lección de moral médica en circunstancias políticas difíciles en las que sabe asumir la responsabilidad profesional en todos sus aspectos*[22]. Se entiende con sobrados motivos su emocionado comentario. Basta recordar que Reverend actuó solo; apenas contó con la ayuda del cirujano estadounidense Macknight, cuya goleta se encontraba casualmente anclada en Santa Marta, y con la visita del médico británico Michael B. Clare, quien llegó cuando todo había terminado. Entretanto, no había en kilómetros a la redonda ningún médico gran-colombiano que se atreviera a acercarse al lecho del caraqueño enfermo. En descargo de esta actitud, la historia sostiene que aquellos médicos consideraban demasiado inoficiosa su presencia en ese momento, puesto que los boletines de Reverend pronosticaban el fin en un término demasiado próximo. Otros, en cambio, aseguraban que el espectáculo de la muerte del Libertador les afligía en exceso. Pero uno se pregunta si no eran otras las razones que se agazapaban detrás de tanta piedad humana.

Este interés de Baldó por las trágicas circunstancias que rodearon la muerte de Bolívar fue mucho más allá de lo académico, hasta domiciliarse en los terrenos de lo simbólico. De tal modo sintetizaba su admiración por la reciedumbre del Libertador, que Baldó insistió en que el Sanatorio Antituberculoso impulsado por él en el Valle de El Algodonal en Antímano llevara el nombre de «Simón Bolívar». Fue por ello que, con motivo de la inauguración del Sanatorio en 1939, Pedro González Rincones, desde su alto cargo en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, le envió estas emotivas líneas al doctor Baldó y al arquitecto de la obra, Carlos Guinand:

Hace ciento nueve años moría tuberculoso en Santa Marta un venezolano. La Peste Blanca le abría las puertas de la posteridad, lo había acechado en su vida gloriosa, le había clavado sus garras en los momentos de desengaño y de tristeza y a Él, invencible entre los invencibles, lo destrozaba a su antojo, logrando lo que no pudieron hacer las balas de los enemigos ni el puñal de los conspiradores.

La Peste Blanca...¿realmente ganó aquella jornada?...¿Fue nuestro Libertador derrotado en su última batalla?...Hasta hoy, se diría que fue

así. La gran segadora de vidas se ha paseado triunfante, orgullosa y altanera sobre nuestro suelo; la vida del Padre de la Patria fue un galardón en la guadaña con que ha destruido sin medida la de nuestros compatriotas. Sin embargo, podemos ya decir que aquella derrota fue aparente. Hoy el nombre de aquel tuberculoso aparece en el frente del «Sanatorio Popular» y en lo alto de su torre ondea la bandera que él plantó dondequiera que triunfó.

Desde allí se irradiará la campaña que ha de vencer la tuberculosis en nuestro país, ese es su cuartel general. Ha llegado la hora del desquite y la victoria es segura. El Ejército Patriota está listo...va a vengar la muerte de Bolívar.

En la gran plazoleta de la entrada debería plantarse un árbol, uno, hijo de aquél que oyó su tos y lo arropó con su sombra para que así sus ramas den la bienvenida al enfermo que llega y sus hojas sirvan de emblema al médico que va a luchar en esta cruzada.

El recuerdo del Libertador será de esa manera más vivo en ese recinto, y algún 17 de diciembre los enfermos en él hospitalizados dirán que lo han visto, bajo el tamarindo de San Pedro Alejandrino, pasearse triunfante[23].

Los símbolos no dejaban de proclamar esta admiración por doquier en el recinto de El Algodonal. Así, por ejemplo, Baldó dispuso que en la torre de la capilla del Sanatorio se colocara un reloj con las manecillas fijas a la una y cinco minutos, hora exacta de la muerte del Libertador, según el parte de su médico de cabecera, el francés Reverend. Por otro lado, siguiendo el consejo formulado por González Rincones, hizo sembrar a la entrada del Complejo Hospitalario (el cual comprende el Sanatorio «Simón Bolívar») dos tamarindos, descendientes de aquellos serenos árboles de la quinta San Pedro Alejandrino, a cuya sombra gustaba sentarse Bolívar para buscar la calma necesaria a su espíritu cuando sentía bordear ya la hora aciaga. En abril de 1960, Baldó había logrado gestionar que se trajera este par de ejemplares desde la casa del generoso español Joaquín de Mier y Benítez en Santa Marta, Colombia, con la debida certificación expedida por la Academia de Historia del Magdalena y el Museo Histórico de la Quinta de San Pedro Alejandrino. El doctor Alberto Angulo Ortega apunta, además, lo siguiente respecto a esta presencia simbólica del Libertador que se percolaba por todo el recinto sanitario:

Entremos ahora al Hospital; en su patio interior hay sembrado un granado, hijo de aquellos que aún perduran en su casa natal. Si los tama-

rindos nos recuerdan la agonía del héroe, el granado nos evoca sus días infantiles cuando, bajo la mirada de doña Concepción y de la negra Hipólita «perseguía las mariposas» en el patio de los granados, situado a pocos metros de esta casa consagrada a su veneración[24].

Humboldt y Bolívar, los Andes y el Orinoco, la música y el alpinismo, la divulgación científica y el quehacer cultural. Tal fue la extensión de las pasiones que dominaron a Baldó. Cifró en ellas la misma intensidad que puso en cada acto de su vida como profesional de la Medicina. Hombre proteico, de múltiples facetas, que despiertan cada vez más el asombro de quien revise su obra. El médico dedicado a la lucha contra las enfermedades respiratorias, en especial, la tuberculosis, y cuya sensibilidad, curiosidad y fina cultura lo llevaron a explorar –como hemos visto– los territorios espirituales y físicos más variados. En un discurso pronunciado en la Academia Nacional de Medicina, en ocasión de rememorar su fallecimiento, el doctor Pedro J. Álvarez brindó una resumida semblanza del «otro Baldó» (del menos conocido, es decir, el no médico) que bien vale traer a cuenta al cierre de este capítulo:

Le gustaba estar relacionado con los más diversos círculos sociales y culturales, y fue gracias a sus gestiones personales que pudo fundarse en nuestro país la Asociación Cultural Humboldt, esmerándose igualmente en incrementar el intercambio de artistas, naturalistas, científicos, antropólogos, etc. Fue un consumado alpinista, deporte que tuvo la oportunidad de practicar (...) mientras estuvo en el Sanatorio de Davos Platz (en Suiza). Con Martín Vegas, estuvo en las selvas del Alto Orinoco en excursiones científicas, impulsado por un incansable deseo de avanzar en la investigación biológica y antropológica[25].

En Baldó –al decir de Álvarez– se aunaban el clínico que diagnostica y cura, el higienista planificador de la actividad asistencial, el promotor cultural y musical, el hombre de los desvelos científicos y también de la pasión humanista. No hay otra ni mejor manera de definir lo que fuera la vida múltiple de José Ignacio Baldó.

1 Como dato curioso, vale la pena señalar que la primera obra de Juan Bautista Plaza estrenada públicamente fue una zarzuela titulada «Zapatero a tus zapatos», cuyo montaje corrió a cargo de sus amigos y condiscípulos del Colegio Francés. En su madurez, el maestro Plaza recordaba aún: «Entre los componentes de la orquesta que reuní para la ejecución de «Zapatero a tus zapatos» (marzo de 1916), figuraban personajes tan importantes como el maestro Pedro Antonio Silva y sus discípulos de violín Alberto Reyna, Enrique González Rincones y Ramón Centeno Vallenilla, el joven violoncelista Enrique de los Ríos y el no menos joven pianista José Ignacio Baldó, excelente estudiante de Medicina». Castillo D., M. *Juan Bautista Plaza. Una vida por la música y Venezuela.* (Ensayo de biografía documental). Caracas, Instituto Latinoamericano de Investigaciones y Estudios Musicales «Vicente Emilio Sojo». Colección Investigaciones, nº 4, 1985, págs. 58-59.

2 Krispin, K.
«Los años negros: La Segunda Guerra Mundial y el nazismo». En: Krispin, K. (ed.), *Cincuenta años de irradiación cultural.* Caracas, Asociación Cultural Humboldt, 1998.

3 Palabras pronunciadas por el doctor José Ignacio Baldó con motivo de los actos conmemorativos del Bicentenario del Natalicio del barón Alejandro de Humboldt, Caracas, s/f. El original de este discurso se encuentra entre los papeles privados del doctor José Ignacio Baldó.

4 *Ibídem,* pág. 2.

5 *Ibídem,* págs. 7-8.

6 *Ibídem,* pág. 8.

7 *Ibídem,* pág. 9.

8 *Ibídem.*

9 *Ibídem,* pág. 13.

10 Palabras pronunciadas por el doctor José Ignacio Baldó, Presidente de la Asociación Cultural Humboldt, el 21 de junio de 1969, p. 1. El original de este discurso se encuentra entre los papeles privados del doctor José Ignacio Baldó.

11 Veracoechea de Castillo, L..
«Dimensión histórica de la Asociación Cultural Humboldt». En: Krispin, K. (ed.). *Cincuenta años de irradiación cultural.* Caracas, Asociación Cultural Humboldt, 1998.

12 Chalbaud Z., C.
Historia de Mérida. Mérida, Universidad de los Andes. Ediciones del Bicentenario del Natalicio del Libertador, 1985, p. 371.

13 Weiss, F.
«Excursiones en los Andes Venezolanos», p. 5. Versión inédita conservada entre los papeles privados del doctor José Ignacio Baldó.

14 *Ibídem,* pág. 2.

15 *Ibídem,* págs. 7-8.

16 *Ibídem,* pág. 11.

17 «Simón Bolívar a Alejandro de Humboldt. Bogotá, 10 de noviembre de 1821». Tomado de: Rodríguez O., O. (ed.), *Imágenes de Humboldt.* Caracas, Monte Ávila Editores, 1983, pp. 21-22.

18 Angulo O., A.
«Alejandro Próspero Reverend, médico autopsiante del Libertador». En: *Sociedad Bolivariana de Venezuela. Simón Bolívar, 1783-1983. Ciclo del Bicentenario.* Caracas, Biblioteca de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, Nº 1 (diversos), 1986, p. 219.

19 Baldó, J. I.
«Discusión clínica sobre la última enfermedad del Libertador». En: *Enfermedad y muerte de El Libertador.* Caracas, Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina / Academia Nacional de la Historia, 1963, p. 132. Otros autores se han dedicado a estudiar este interesante tema de la muerte del Libertador. Véase, por ejemplo, el trabajo titulado «Las Enfermedades del Libertador» de Humberto Gutiérrez (Caracas, Revista de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, Volumen XLII, Nº 145, abril de 1985, págs. 20-38), y «El Libertador enfermo» de Oscar Beaujon en *Ha Muerto el Libertador. Homenaje de la Universidad Central de Venezuela en el Sesquicentenario de su Muerte.* Caracas, UCV, Ediciones del Rectorado, 1980, pp. 415-488.

20 *Ibídem,* pág. 132.

21 *Ibídem,* pág. 124.

22 *Ibídem.*

23 Pedro González Rincones a José Ignacio Baldó y Carlos Guinand. Caracas, s/f. Papeles privados del doctor Baldó.

24 Angulo, A.
Op. cit., pág. 234.

25 Álvarez, P. J.
«José Ignacio Baldó, breve inventario de un gran ejemplo». Conferencia leída en la Academia Nacional de Medicina, el 4 de agosto de 1977 y reproducida en el *Boletín de la Asociación Cultural Humboldt*, nº 13 y 14, 1976-1977. Caracas, 1978, p. 122.

APORTE Y VISIÓN ACTUAL DE LA OBRA DE BALDÓ

Agustín Bologna Rossano

Restringir el aporte del doctor José Ignacio Baldó, así como el de muchos de sus contemporáneos, exclusivamente a una lista de logros y aciertos, nos brinda tan sólo una aproximación somera a lo que fue su gran labor.

En efecto, su obra trasciende el mero hecho, y en ella está impreso el mismo sello que caracterizó el legado de muchos de los grandes hombres de ciencia en nuestro país; el mismo sello de José María Vargas, Luis Razetti, José Gregorio Hernández, José Izquierdo, Pastor Oropeza, Franz Conde Jahn, y así, una larga lista de personajes, cuyo aporte resulta invalorable a las generaciones actuales, y cuyas acciones sobresalen por un abnegado espíritu de lucha, entrega y persistencia, aun en contra de la adversidad, para llevar adelante sus ideas y cumplir con la patriótica acción de enrumbar la ciencia médica venezolana por las sendas del progreso y la modernización. Lucharon y buscaron afanosamente alcanzar sus objetivos, se empeñaron en crecer como ciudadanos y, con su ejemplo, se constituyeron en parte de los forjadores de nuestra identidad nacional.

Se ve, pues, cómo resulta casi una injusticia restringir el campo de influencia de la acción de estos grandes de la Medicina; sin embargo, a veces resulta necesario. Es fundamental tomar la esencia y compararla con el presente; es imprescindible conocer aquello que se realizó y hacer un símil con nuestra situación actual. ¿Se prosiguió el trabajo? ¿Mejoró la situación? ¿Se ha perdido aquello por lo que estos hombres tanto lucharon?

La respuesta a estas preguntas constituye tal vez el más valioso de los legados, y una reflexión meticulosa sobre las mismas podría convertirse en la solución más viva, venida desde el pasado, para resolver gran parte de los problemas del presente.

Pero si se ha de resumir en cambio el legado específico del doctor Baldó, éste deberá centrarse en tres puntos fundamentales: su aporte como científico, su creación del «Programa de Medicina Simplificada» y la genialidad de su diseño sanitario.

Como científico, fue un infatigable trabajador, quien con más de cien trabajos, solo o en colaboración, aportó una suma importante de conocimiento a la Medicina, especialmente en lo que se refiere a las condiciones locales y autóctonas de nuestro país. Quizá, a la luz de los conocimientos modernos, estos trabajos puedan verse –en parte– superados, pero han de considerarse como las bases de una escalera que cada día se hace más alta, y donde cada conocimiento se

apoya en el anterior y a su vez será base del siguiente; por lo tanto, si bien pueden lucir algo extemporáneos, aquellos trabajos constituyen también el conocimiento precursor del que poseemos actualmente.

Y una de las cosas que hoy conocemos, es que los costos de la medicina son elevadísimos; en algunas ocasiones, acceder a servicios de calidad resulta una proeza para muchos. A esta situación se anticipó el doctor Baldó, creando lo que él llamó el «Programa de Medicina Simplificada», del cual fue un incansable promotor. Mediante este Programa, buscaba crear una tecnología médica sencilla que permitiese resolver los problemas cotidianos sin necesidad de acceder a costosos equipos e instrumentos; asimismo, permitía el entrenamiento de personal paramédico a fin de resolver problemas básicos de la colectividad, adiestrándolo en las maniobras más sencillas de la profesión, a fin de que las poblaciones más remotas de nuestra geografía contasen con asistencia médica inmediata. Igualmente, este personal era entrenado en las medidas esenciales de primeros auxilios para evitar que la presencia de un galeno fuera indispensable a la hora de realizar una maniobra salvadora, siendo aquel capaz de mantener con vida al afectado hasta encontrar un médico o lograr que se accediera a niveles de salud superiores.

Con base en este Programa, Baldó creó su obra maestra, «El Sistema de Redes», el cual se convirtió en el más importante legado de este gran sanitarista a la Medicina y que, si bien fue diseñado para el control de la tuberculosis, presenta un esquema de acción aplicable a prácticamente la totalidad de los potenciales problemas de la salud pública.

Su concepción acerca de la atención médica basada en el sistema de redes se fundamenta en la estratificación de los servicios de salud; así, diseñó una Red Primaria, constituida por 38 dispensarios antituberculosos, anexos a las unidades sanitarias de las grandes ciudades, donde llevaban a cabo sus funciones los médicos especialistas en Fisiología, contando para ello con todos los equipos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. A estos 38 dispensarios servían como auxiliares todos los médicos de provincia (Red Terciaria), con curso de cuatro meses en Fisiología Sanitaria (Fisiología simplificada), dictado en el Ministerio de Sanidad, donde recibían entrenamiento para la detección y control de casos de TBC.

La Red Primaria abarcaba toda la Medicina moderna y sus sofisticados recursos. Sin embargo, debía existir una estación de relevo entre

sus auxiliares: los médicos de provincia y los grandes centros de salud. Nace así la Red Secundaria, con sede en las capitales de cada distrito (en un total de 80), donde médicos no tisiólogos ejercían sus funciones, con cursos medios de higienista o de «clínica sanitaria», en los cuales se les capacitaba en conocimientos clínicos de Puericultura y Pediatría, enfermedades transmisibles agudas, enfermedades venéreas, lepra, Fisiología y Neumonología, enfermedades nutricionales y ciertas endemias rurales; igualmente recibían capacitación especial en cáncer, higiene mental y enfermedades cardiovasculares. Con este pénsum se preparó a una generación que sería llamada como «los médicos que Venezuela necesita».

En la Red Secundaria hacían estación todos los casos, realizándose el tamizaje de aquellos que podían ser tratados allí, con los recursos existentes, y aquellos que debían acceder a la Red Primaria. La comunicación entre estas dos redes debía ser permanente y efectiva. En este sentido, acotaba el doctor Baldó, la atención debía simplificarse, optimizándose de esta forma el servicio; por lo tanto, la base de su diseño siempre fue la simplificación y, junto con ella, la optimización.

Pero aún quedaban cabos sueltos para que este sistema fuese óptimo; se crearon así las Redes Terciaria y Cuaternaria. En la Red Terciaria se ubicaba a los ambulatorios rurales, en un total de 250, abarcando a todas las poblaciones entre 2.500 y 4.999 habitantes, donde trabajaban médicos generales, quienes si bien no contaban con recursos técnicos sofisticados, recibían suficiente adiestramiento para detectar y conducir los casos hacia los niveles de atención superiores.

Este nivel permanecía en íntimo contacto con la Red Secundaria, de donde se enviaba periódicamente a una enfermera auxiliar que realizara las pruebas de Mantoux, principalmente en las escuelas, así como la vacunación de BCG de todos los niños en edad escolar. Así mismo, las visitas se aprovechaban para dirigir los casos sospechosos hacia la Red Secundaria.

Finalmente, se encontraba la Red Cuaternaria, el gran sueño e ideal del eminente sanitarista. Aquí ejercían funciones, en poblaciones menores de 2.500 habitantes, enfermeras auxiliares con cursos de Medicina simplificada, donde aprendían los primeros auxilios. A tal efecto, se había diseñado un manual que incluía instrucciones para curar heridas, quemaduras, mordeduras de serpiente, detener una angina, mitigar una diarrea, administrar respiración artificial a un ahogado, entablillar una fractura, tratar una fiebre, así como algunos

otros accidentes de fácil abordaje mientras llegaba el médico, quien, por lo general se encontraba distante, bien por lo inaccesible de la zona, bien por lo disperso de la población.

El concepto de Baldó en este sentido era: *Nuestra Medicina simplificada, tal como está elaborada, no puede ofrecer ningún peligro, siempre que su realización se lleve a cabo bajo el riguroso control de una Medicina desarrollada en los medios urbanos.*

Bajo esta concepción, las poblaciones más remotas no quedarían desprovistas de atención médica. Como él mismo lo expresara: *Ya esta Venezuela no se encontrará aislada cuando los llanos se inunden. Y aunque no se nos escapan las dificultades con que se tropezará en la práctica, somos los primeros en ensayar el plan para darnos cuenta de su viabilidad, y hasta dónde puede actuar la auxiliar de enfermería, a cuya puerta toca la madre angustiada cuando su hijo prende en fiebre, y aún hay tiempo para salvarlo.*

Se trata de un diseño colosal, que funcionó para la TBC y que es fácilmente adaptable a cualquier otra patología, como lo demuestra el entrenamiento impartido a los médicos de la Red Secundaria; se trataba, en síntesis, de un sistema casi perfecto, que bien podría ser empleado actualmente en la resolución de múltiples problemas.

Ésta es sin duda la más grande, invalorable y asombrosa herencia de aquel visionario de la Medicina.

En su momento, Baldó logró disminuir drásticamente las alarmantes tasas de tuberculosis, únicamente con la práctica de medidas sanitarias adecuadas, para luego propinarle un golpe mortal con la llegada de los antibióticos, los cuales se constituyeron en tecnología indispensable para garantizar el éxito de la cruzada que iniciara años atrás, alcanzando su máxima expresión en la lucha antituberculosa, sin dejar de lado el resto de los problemas sanitarios que aquejaban a la población.

Fue así como Baldó hizo lo propio con aspectos concernientes a otras especialidades, planificando estrategias acorde con las necesidades propias de cada una de ellas que le permitieran, a largo plazo, controlar diversas patologías empleando la mínima tecnología necesaria.

Pero, ¿por qué llevar adelante misiones de tanta envergadura, empleando el mínimo de recursos? Las respuestas pueden ser múltiples pero, como buen sanitarista, Baldó pensó siempre en los costos, de manera que empleando la tecnología estrictamente necesaria se invirtieran sumas menos cuantiosas en la lucha contra una patología es-

pecífica, permitiendo a la vez la diversificación del combate en contra de las enfermedades con la misma cantidad de recursos que, de otra manera, hubiesen sido destinados exclusivamente al control de una entidad específica.

A la luz del mundo científico actual podría pensarse que esto, más que una medida económica, se trataba de una postura en contra de la tecnología, dada la confianza que recaía en el adecuado interrogatorio y examen físico. Sin embargo, esto no es así, ya que, analizando profundamente los distintos programas ideados por Baldó, puede apreciarse que la tecnología en ningún momento quedó excluida; simplemente se reservó para niveles de especialización que ameritaran su intervención, lo cual contrasta con los esquemas modernos de conducta.

Pero, ¿a qué se debe este fenómeno? Pues bien, tan sólo 25 años han transcurrido desde la desaparición física de José Ignacio Baldó; dos décadas durante las cuales la Medicina ha experimentado un desarrollo aún más vertiginoso que la ha llevado más allá de donde sus mismos protagonistas de hace medio siglo no lo hubieran imaginado jamás. Ya es posible escudriñar a escala molecular los más íntimos secretos de la vida y la muerte; el genoma humano está en vías de ser totalmente caracterizado; enfermedades otrora incurables se benefician de modernos tratamientos que permiten la rehabilitación total o parcial de los afectados; las imágenes constituyen un auxiliar diagnóstico fundamental, permitiendo apreciar detalladamente el interior del cuerpo humano sin necesidad de invadirlos; ya el oído del profesional médico se ve superado por la tecnología misma, permitiéndole escuchar precozmente el latido cardíaco de un nuevo ser en el vientre materno, así como la velocidad del flujo de sangre en el interior de una arteria cualquiera. En fin, actualmente se ve mucho más de lo que el ojo humano aprecia, se escucha más allá de la capacidad auditiva, y se avanza mucho más lejos de lo que la imaginación más prolija hubiese concebido.

¿Qué diría nuestro ilustre Baldó ante esta vorágine de avances que hoy nos rodean? Pocas personas son capaces de resolver esta incógnita; probablemente sus allegados más próximos o sus discípulos más notables puedan realizar una aproximación cabal a la misma. Sin embargo, amén de cualquier comentario, ciertamente Baldó no hubiese permanecido inactivo ante la agobiante tecnología, y no habría pasado mucho tiempo sin antes encontrarle una aplicación racional y efec-

tiva a cuanto recurso estuviese a su alcance, ubicándolo en el lugar más apropiado para satisfacer las necesidades del mayor número de personas posibles, obteniendo así el máximo rendimiento, con un aprovechamiento racional de los recursos y la tecnología; lo cual, lejos de debilitar su obra maestra de las redes y la Medicina Simplificada, la hubiese fortalecido aún más, dado que a partir del examen clínico cuidadoso y acucioso se derivan las pautas que determinan qué pacientes necesitan acceder a tecnologías sofisticadas, y quiénes pueden resolver sus problemas a niveles de atención menos complejos.

Lamentablemente esto no ocurre así; por el contrario, la tecnología no se encuentra bien estructurada, y los sistemas de referencia, tan acuciosamente diseñados en su tiempo para la tuberculosis, no evolucionaron ni se adaptaron a otras patologías; por el contrario, se deterioraron, llegando a un impresionante estado de inoperancia. Por su parte, los centros de salud, otrora ejemplo para muchos países de América latina, se deterioraron progresivamente, ofreciendo hoy un panorama desalentador, donde los pacientes no tienen acceso ni siquiera a los servicios más elementales, a pesar de encontrarse en instituciones que, en teoría, deberían prestar la atención más sofisticada que la Medicina moderna puede ofrecer.

Esta situación seguramente indignaría a quien a principios del siglo XX revolucionó la atención médica venezolana, siendo pionero en el desarrollo de proyectos que a la larga serían empleados (más allá de los fines dentro de los cuales se encontraba su concepción original), para facilitar una atención digna y de primera calidad a los pacientes que acudían a los servicios médicos. No sería precisamente con satisfacción que Baldó habría de juzgar la situación a la que hemos llegado hoy en día.

Esto no es todo: su formación como sanitarista lo habría obligado a ver más allá; incluso, podría haber obviado los problemas que aquejan a los centros asistenciales, siempre que, en conjunto, la red de servicio sanitario fuese eficiente y operativa. Sin embargo, esta visión macro es aún peor que la situación individual de cada hospital; los sistemas de referencia están prácticamente abolidos, la centralización es la norma, los médicos rurales cuentan con poca experiencia y la atención está colapsada desde el nivel más elemental hasta el más complejo. No se trata más que de una pesadilla para una concepción que, de haber continuado, nos ofrecería un sistema de salud inmejorable o, por lo menos, no tan deficiente como el que poseemos actualmente.

Muchas hubiesen sido las ventajas de continuar la labor que iniciara Baldó. Y si ésta hubiese sido ampliada y adaptada a todo el sistema sanitario, haciéndola partícipe, simultáneamente, de los avances que inundaban los arsenales del diagnóstico y la terapéutica, contaríamos hoy con la organización, así como con las herramientas necesarias para ofrecer una atención médica de primera calidad, capaz de competir con los principales centros de salud que marcan la pauta a escala mundial.

Lamentablemente esto no ocurrió; por el contrario, se tomaron caminos erróneos que condujeron al fantasma que hoy representa la salud pública venezolana, donde figuran los vestigios de lo que fueran hospitales de primera calidad, donde las referencias son un recuerdo de un sistema totalmente centralizado, y donde la Medicina más simple es llevada a cabo por profesionales recién egresados que han sido preparados por espacio de seis años para practicar la Medicina más tecnológica posible, pero que deberán enfrentarse a un polo diametralmente opuesto, para lo cual cuentan únicamente con su buena voluntad y disposición, ya que no se les ha adiestrado en ese sentido.

Las conjeturas acerca de lo que Baldó hubiese hecho –insisto– se restringen al terreno de la especulación. Lo que sí es cierto es que, a nuestro pesar, él no puede ejecutar tales acciones por nosotros; ya en su momento hizo lo que le correspondía, aportándonos un invalorable legado. Ahora les toca a las generaciones de relevo tomar la iniciativa a fin de rescatar la magna labor de Baldó y sus contemporáneos, llevándola al menos a los niveles dignos que debería ocupar actualmente.

Se trata de una herencia nada despreciable, en un momento donde la formación de los nuevos profesionales de la Medicina se orienta hacia la tecnología y la centralización de la atención, y donde en muchos casos se envía al joven egresado, desprovisto de recursos, a enfrentarse a un ejercicio que desconoce, y para el cual no se encuentra adecuadamente preparado.

De alguna manera se pretende que estos jóvenes se constituyan en lo que alguna vez fue la red terciaria de Baldó. Pero el problema radica en que no se les adiestra, y se espera que ejerzan sus funciones en la primera línea de defensa, sin entregarles antes las armas necesarias para ello.

En el ínterin, nuestros niños siguen muriendo de diarrea, deshidratación, desnutrición; los parásitos siguen haciendo estragos en la pobla-

ción infantil, mientras los ancianos, por su parte, alcanzan el ocaso de sus vidas sin la posibilidad siquiera de recibir cuidados dignos.

El interior de la República se encuentra azotado por mil plagas, y si bien ya no se trata de la tuberculosis, este lugar lo ocupan ya varias otras entidades, que en conjunto, tienen el potencial de sobrepasar con creces la amenaza que en un momento representó la TBC. Las poblaciones más remotas se encuentran desamparadas, siendo sus moradores víctimas de un sin fin de calamidades que acontecen ante una conciencia central ajena, sin que muchos conozcan, siquiera someramente, la situación de aquellos que, por vivir en lugares apartados, no dejan de ser nuestros compatriotas.

Ante esta situación, basta con echar una mirada hacia atrás y leer un poco acerca de nuestros predecesores; seguramente encontraremos en tales lecturas muchas respuestas del ayer a nuestros problemas de hoy. Es muy probable que las dosis de penicilina ya no sean las adecuadas, y que la epidemiología de las endemias rurales haya variado radicalmente; pero algunas ideas, algunos conceptos y algunas estrategias bien podrían poner fin a esta crisis del sistema de salud que enfrentamos actualmente.

O, ¿se trata acaso de que el sistema de redes concebido por el doctor Baldó y su gran equipo de trabajo ya no es viable actualmente? Todo lo contrario. Contamos con los recursos humanos suficientes, contamos con cierta infraestructura y tenemos el plan, el cual solamente habría que adaptarlo a las condiciones modernas. Modificando y promoviendo adecuadamente las estrategias y preparando a los médicos rurales se alcanzarían, sin duda, excelentes resultados.

Ésta es la base y lo que se pretendió lograr mediante la estrategia conocida como «Atención Primaria en Salud» (APS) en Venezuela, la cual, creada algunos años más tarde, no difiere mucho del sistema de redes; sin embargo, es probable que no haya alcanzado sus objetivos, dada la crítica situación en que se encuentra el estado de la salud en nuestro país.

Pero ¿cómo retomar este modelo? La generación de relevo está formada por profesionales con una concepción de la Medicina muy diferente a la que profesó Baldó; la atención se encuentra centralizada, no están claros los problemas que se pueden resolver ni los que se han de referir. La tecnología impera sobre la clínica, siendo en muchos casos prioritario el Doppler frente al Pinard, la tomografía ante la palpación abdominal, y así muchos recursos tecnológicos antes que cualquier maniobra o exploración sencilla.

Se ha perdido la figura del médico rural; éste ya no se concibe como la primera línea de defensa en el abordaje de los problemas sanitarios. Por el contrario, desempeñan estos cargos médicos recién egresados que cumplen su tarea como parte de una obligación legal, pero que en pocos casos están conscientes de la importancia de su labor y de la mejor manera para llevarla a cabo; asimismo, asumen esta responsabilidad sin las herramientas necesarias para hacerle frente, ya que la mayoría egresa de centros de tercer o cuarto nivel, donde la tecnología es la norma y aunque entre los programas de educación médica se estipule la formación de médicos integrales, pocas veces se logra el objetivo, siendo escasos los recursos con los que cuenta el recién egresado para afrontar el cambio que representa para él la atención a primer nivel, tan delicada, tan distinta, pero tan importante.

Paralelamente, la especialización cobra más fuerza cada día; el objetivo final de la formación es convertirse en especialista en cualquiera de las ramas médicas o quirúrgicas. El fondo del hecho no presenta nada de criticable. Más bien, se trata de algo loable; sin embargo, el problema persiste, esta vez en la forma, ya que el contingente de especialistas que se forma se queda en los niveles más elevados de atención, fundamentalmente en centros de atención de tercer y cuarto nivel, lo cual les inhibe en cualquier caso a bajar a niveles inferiores en la red de atención, colocando en minusvalía a los centros de segundo y primer nivel.

Por si fuera poco, el elemento contextual e histórico es deficiente; pocos médicos jóvenes, y algunos no tan jóvenes, conocen la vida y obra de sus antecesores y, mucho menos, la evolución histórica de la atención médica en el país. Las razones de ello son múltiples, pero no es nuestro objetivo analizarlas. Lo importante es el hecho y su trascendencia en la resolución de problemas concretos que nos aquejan día a día y que se agravan a cada minuto.

Con esto no se pretende hacer figurar a los médicos de hoy en día como ineficientes o mediocres; se trata, simplemente, de una cuestión de formación académica. Muy por el contrario, nuestros médicos son excelentes, comparables a los mejores en cualquier parte del mundo. Además de eso, cuentan con ingenio al carecer de las herramientas suficientes para enfrentarse a la atención de primer nivel durante su etapa de formación universitaria; en este sentido, no pasa mucho tiempo antes de que lleguen a solucionar un buen caudal de problemas. Evidentemente, sería mucho más apropiado si estuviesen aprovisionados para ello, pero esto no es obstáculo para que cumplan su

misión con la misma mística y pasión con que asumieron sus obligaciones José Ignacio Baldó y sus contemporáneos.

El cambio es aún factible; para mejorar las cosas sólo se necesita trabajo, un encuadre histórico adecuado y explotar las asombrosas habilidades de quienes hoy integran el sector salud; únicamente se necesita tiempo y voluntad, lo cual seguramente hay de sobra.

Como hay de sobra también una serie de elementos costosos que se han convertido en muletas indispensables para la práctica médica, especialmente la de los más jóvenes. Elementos que no representan un factor negativo, pero que tampoco pueden llegar a considerarse como las herramientas fundamentales de quien ejerce la Medicina.

Ante el abrumador desarrollo de la tecnología moderna resulta difícil creer en esta concepción. Sin embargo, hoy más que nunca es cierto que las principales herramientas de los galenos son sus manos y su ingenio. Es necesario darle a cada cosa su justo valor; en determinadas condiciones, ambientes y circunstancias, deberán tomarse en consideración todos los elementos que componen el arsenal médico moderno como alternativa insustituible para el bienestar del paciente; no obstante, en más de una oportunidad, maniobras o implementos sencillos y casi inocentes serán tanto o más útiles que los instrumentos sofisticados, solucionando problemas y abaratando costos tanto para el paciente como para el Estado, sobre todo en una época donde las condiciones económicas no son precisamente las más favorables. Éste es un concepto que debe ser asimilado por cada profesional a cuyo cargo se encuentre la salud de un grupo de pacientes.

Hace poco más de 100 años nació el hombre que advirtió lo que venimos diciendo, lo inculcó a sus discípulos y trató de hacérnoslo llegar; lamentablemente, por azares del destino, su conocimiento y su doctrina se desvirtuaron con los años; ahora está en nuestras manos rescatar y aprovechar la obra de Baldó para que nuestros sucesores no se vean en la necesidad de volver sobre sus pasos a fin de resolver los problemas y encarar el futuro.

Su herencia está al alcance; sólo debemos tomarla, analizar sus logros, sus errores, actualizarla y aplicarla. Si fue una doctrina útil para hacer descender la TBC del segundo al octavo lugar de mortalidad en un par de décadas, ¿por qué no podría sernos útil a nosotros?, ¿por qué desdeñamos un recurso que aún no ha caducado?, ¿por qué debemos volver a transitar por caminos ya allanados, marchando hacia atrás, en lugar de ir hacia nuestro encuentro con el futuro?

Las respuestas no son fáciles. Pero evidentemente, quienes nos precedieron aportaron su contribución. De aquí en adelante todo queda por cuenta nuestra.

Quizá parezca una contradicción promover modelos utilizados en el pasado por la acción médica ante el impresionante avance tecnológico experimentado en los últimos años; sin embargo, son dos realidades que no se encuentran reñidas entre sí; se trata más bien de aprender de los errores de nuestros predecesores, de manera que no volvamos a cometerlos; se trata de tomar aquello que dio resultado e incluirlo en la práctica moderna, adaptándolo a las nuevas necesidades, mejorándolo y desechando todo aquello que ya hubiese sido intentado con resultados negativos.

En el caso concreto de Baldó, existen muchos elementos disponibles que podrían ser aprovechados, explotándolos de acuerdo con nuestro contexto actual. Para ello se requiere de un cambio en la actitud con la que se asume la atención médica, de manera que además de admirar la tecnología de punta, se sepa apreciar el valioso aporte de las herramientas con las que siempre contamos: manos, ojos, oídos, experiencia y mucha buena voluntad. Esta última, la piedra angular, es el punto donde convergen las actitudes de los médicos de todos los tiempos, rompiendo una brecha generacional de más de cincuenta años, para hacernos ver que sí es posible conjugar lo mejor del modelo tradicional con lo mejor del modelo moderno, situándonos en un punto de equilibrio que nos permita rendirle a los pioneros el honor que merecen y, al mismo tiempo, ofrecer a nuestras comunidades actuales una justa atención médica.

En adelante todo radica en sembrar, esperar pacientemente y finalmente recoger, en un futuro no muy lejano, la cosecha de esta exquisita combinación del pasado y del presente, fruto anhelado por todos, particularmente, por quienes se han iniciado en esta maravillosa aventura de la salud pública.

Bibliografía

Jiménez-Arráiz, J. T. *22 Promociones médicas*. Trabajo de incorporación a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Caracas, 1970.

Pérez, Ana M. *25 Vidas Bajo un Signo*. Caracas, Ed. Lerner Venezolana, 1967.

Plaza I., F. *Doctores venezolanos de la Academia Nacional de Medicina*. Caracas, Fundación Editorial Universitaria, 1995.

Uslar Pietri, A. *Cuéntame a Venezuela*. Caracas, Ed. Lisbona, 1981.

Velásquez, R. J. *Conocer Venezuela*. Caracas, Ed. Salvat, 1985. Tomo V.

Doctor José Ignacio Baldó

CRONOLOGÍA DEL DOCTOR JOSÉ IGNACIO BALDÓ

Edgardo Mondolfi Gudat

1898

Nace el 1 de agosto en la ciudad de San Cristóbal, estado Táchira. Hijo del doctor Lucio Baldó Jara, abogado, y Doña Delfina Soulés. El doctor Lucio Baldó desempeñó durante el Gobierno del general Cipriano Castro los cargos de Ministro del Interior y Secretario de la Presidencia, pero su prematura muerte, ocurrida en 1906, dejó a la familia en muy precarias condiciones económicas.

1914

Luego de obtener el título de bachiller en Filosofía en el Colegio Nacional de Caracas, ingresa a la Universidad Central de Venezuela.

1920-23

El 20 de julio de 1920 obtiene su diploma de Doctor en Ciencias Médicas, habiendo sido discípulo del doctor Luis Razetti, José Izquierdo y otros eminentes profesores. Viaja a Francia con la intención original de especializarse en Urología. No obstante, en París, lo aqueja una dolencia respiratoria. Se traslada a la localidad de Pau, en los Pirineos franceses, a fin de someterse a una curación.

Continúa su tratamiento en Suiza, al igual que un ciclo de estudios en Tisiología bajo la guía del Profesor Friederich Jessen en el Wald Sanatorium Platz de Davos.

1923

Es promovido de tercero a primer ayudante del Profesor Jessen, partiendo luego a Hamburgo, Alemania, a fin de profundizar su especialización en Tisiología bajo la dirección de los profesores Brauer y Sauerbruck.

1926

Regresa a Venezuela. Abre una clínica privada en Caracas junto con los doctores Alberto Fernández y Martín Vegas, al tiempo que organiza la lucha contra la tuberculosis en el país.

1933

Publica un primer estudio sobre índices tuberculínicos y otros sobre bacteriología de la Tuberculosis, y promueve la creación del Laboratorio de Vacuna BCG. Se le nombra médico adjunto en el Servicio de Vacunación BCG de la Oficina de Sanidad del Distrito Federal.

1934

Inicia la preparación de médicos especialistas en el Hospital Vargas, quienes luego pasarán a ser los jefes de la lucha antituberculosa en el país.

1935

Se le nombra médico Jefe de la División de Tisiología del recientemente creado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en sustitución del hasta

entonces Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría. Continuará desempeñando ese cargo hasta 1957. El 20 de diciembre de ese año se recibe como individuo de número de la Academia Nacional de Medicina donde pronuncia su célebre discurso de incorporación sobre la tuberculosis como enfermedad social.

1936-37

Emprende los primeros cursos de Anatomía Patológica en el Hospital Vargas con la ayuda del anatomopatólogo alemán Rudolf Jaffé.

1936-38

Obtiene por concurso la Cátedra de Tisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Permanecerá al frente de ella durante 28 años, hasta 1965.

1939

Se crea por su iniciativa el Sanatorio Antituberculoso de El Algodonal, fundado en mayo de 1940 y posteriormente denominado «Simón Bolívar». El 15 de julio de ese mismo año contrae matrimonio con Josefina Ayala Ortega.

1940

Echa las bases del Sistema de Redes Secundarias de lucha antituberculosa en aquellas zonas del país donde el número de población no justificaba la presencia de tisiólogos especialistas. Con el tiempo, este sistema se extenderá a las llamadas «Redes Terciarias» (constituidas por médicos rurales) y «Redes Cuaternarias» (dispensarios rurales sin médico).

1941

Con el equipo humano de la División de Tisiología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social diseña el primer ensayo de lo que sería conocido como el «Curso Médico de Salud Pública», llamado también «Cursos de Clínicas Sanitarias», cuya finalidad era formar médicos jóvenes para atender las necesidades básicas de la población, tanto en la administración de personal de salud como en la atención médico-clínica de aquellas enfermedades que constituían los principales problemas de salud del país.

1949

El 11 de julio de ese año, el doctor José Ignacio Baldó firma, junto a Eduardo Röhl, Carlos Ottolina, Carlos Guinand, José Loreto Arismendi, Rudolf Jaffé, Ramón Díaz Sánchez, Gustavo Zingg, Hans Gathman, Enrique Blohm, Isaac Pardo, Guillermo Hernández Zozaya y otros venezolanos, el Acta Constitutiva de la Asociación Cultural Humboldt. Baldó fue electo primer presidente de dicha institución.

1952

Preocupado durante muchos años por la tuberculosis infantil y su relación con la calidad de la leche, estimula la campaña de erradicación de la tuberculosis bovina.

1956

Con motivo de la II Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias coordina la ponencia titulada «Nuevos Campos de Acción de la Salud Pública».

1957

Se le designa médico Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

1958

Es designado presidente honorario de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica.

1960

Recibe el título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.

1963

Emprende el Programa de Medicina Simplificada, destinado a facilitar las prácticas curativas del personal no médico en las zonas más apartadas y desatendidas del país, especialmente en el caso de la población rural dispersa. Ese mismo año se le confiere el título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.

1964

Presenta el primer informe sobre el desarrollo del "Programa de Medicina Simplificada" ante la Federación Médica Venezolana.

1966-67

Actúa como asesor del Departamento de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

A partir de entonces y hasta su muerte, continúa ininterrumpidamente su labor médica y docente, desempeñándose como asesor emérito del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, sin descuidar sus tareas al frente del Sanatorio Antituberculoso «Simón Bolívar».

1976

Fallece en Caracas, el 20 de noviembre.

1979

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social crea, en reconocimiento de su obra, la **«Medalla de la Salud José Ignacio Baldó»**.

José Ignacio Baldó en sus años de estudio de Medicina.

A la derecha, reseña periodística tras su obtención del grado de Bachiller en Filosofía, Colegio Nacional, 1915: *Inteligente y estudioso joven tiene ya el primer lauro debido a sus esfuerzos intelectuales, al recibir en el Colegio Nacional el grado de Bachiller en Filosofía, después de resistir riguroso examen, cuya más alta calificación de sobresaliente le adjudicó el grupo de examinadores y hombres de ciencia formado por los doctores Luis Razetti, Félix Quintero, Marichal Torres, J.M. Crespo Rivas y Luis Espelozín, director del plantel.*

El doctor José Ignacio Baldó y su esposa Josefina Ayala Ortega, con sus hijas Josefina y Pilar en Caracas.

El doctor José Ignacio Baldó, luego de su regreso a Caracas.

El profesor Friedrich Jessen y el doctor José Ignacio Baldó. Davos, Suiza, 1923.

Médicos de la Policlínica Caracas.

Dr. Esmond P. Long (extrema izquierda), Dr. H. W. Knipping (extrema derecha), Dr. José Ignacio Baldó (centro), Washington, D. C.

Reunión de tisiólogos y neumonólogos, en el Sanatorio Público «Simón Bolívar»,1944. El doctor José Ignacio Baldó acompañado de los doctores Jofre Díaz Guzmán, Julio Criollo Rivas, Rafael González Plaza, Alberto Angulo, Luis Lozano Gómez, Pedro Iturbe, Luis Gómez López y José Curiel.

Lección en el Instituto Nacional de Tuberculosis, «El Algodonal».

Acto de Colocación de la «Primera Piedra» del Sanatorio Antituberculoso Infantil de la Asociación Antituberculosa de Caracas, 24 de diciembre de 1945.

El grupo de enfermeras procedente de Alemania. En primer plano, con el ramillete de flores, la Sra. Johanna Boroswky.

Acto de siembra de árboles organizado por la Asociación Antituberculosa de Caracas, en el parque del Sanatorio Antituberculoso Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi». Primera fila doctor P. González Rincones, doctor José Ignacio Baldó y el arquitecto Carlos Guinand Sandóz

Reunión con motivo de los 40 años de la Promoción, 1960. Sentados de izquierda a derecha los doctores: Gustavo Machado, Martín Vegas, Pedro del Corral, Guillermo Hernández Zozaya, Héctor Landaeta Payares, Pedro Blanco Gásperi. De pie de izquierda a derecha: Pedro González Rincones y José Ignacio Baldó.

Curso de Tisiología Sanitaria que se dictaba en el Servicio de Neumonología del Hospital Universitario de Caracas. De derecha a izquierda: Dr. Rogelio Valladares, Dr. Carlos Ayala Páez, Dr. José Curiel, Dr. José Ignacio Baldó, Dr. J. A. Díaz Guzmán, Dr. Luis José González H. y Dr. Luis Lozano Gómez.

Acto de la Sociedad Venezolana de Neumonología y Cirugía Torácica en homenaje al doctor José Ignacio Baldó. El Algodonal, 1973.

Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó, «El Algodonal». Primer plano: Sanatorio Popular Antituberculoso «Simón Bolívar»; a la izquierda: Sanatorio Infantil «Luisa Cáceres de Arismendi»; al fondo: Sanatorio «Andrés Herrera Vegas»; a la derecha: Instituto Nacional de Tuberculosis.

Campamento «Kamaripo», Gustavo Heny, Dr. José Ignacio Baldó. Bajo Ventuari, estado Amazonas.

El doctor José Ignacio Baldó, el doctor Martín Vegas y el doctor Medina en la Piedra del Cocuy, estado Amazonas, antes de la aprobación del Programa de Medicina Simplificada por parte de la Federación Médica Venezolana (1961).

Campamento «Kamaripo», Bajo Ventuari: Gustavo Henry, Profesor Eloesser, representante de la Misión Nuevas Tribus y el Dr. José Ignacio Baldó.

Descendientes del Dr. José Ignacio Baldó en el Acto Conmemorativo del Centenario de su Natalicio. Complejo Hospitalario «El Algodonal», 1 de agosto de 1998.

Ambulatorio Fluvial «Dr. José Ignacio Baldó», el cual ha venido funcionando desde 1994 prestando sus servicios a las comunidades indígenas del sector del río Orinoco entre Isla de Ratón y San Fernando de Atabapo, en el estado Amazonas, con financiamiento de Unicef y Misereor

El material fotográfico para la edición de este libro ha sido coordinado por la arquitecto Josefina Baldó Ayala en colaboración con la Sra. Pilar Baldó Ayala y la arquitecto Alicia Andrea Albornoz Vegas. Dichas imágenes proceden tanto del archivo personal del doctor José Ignacio Baldó como de aquellos originales gentilmente cedidos por los doctores Alberto Angulo, Guillermo Iztúriz, Oscar Lobo Castellano, Alberto Guinand Baldó, Francisco Belisario, Alí González y la Asociación Civil Amazonia de Caicet.

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DOCTOR JOSÉ IGNACIO BALDÓ EN EL ACTO DE INCORPORACIÓN A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. CARACAS, 20 DE DICIEMBRE DE 1936

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.
Honorables Académicos:
Señoras, Señores:

Es casi un rito, una arcaica costumbre quizás estimulada y sostenida por la solemnidad del acontecimiento para el recipiendario, que un discurso académico se inicie por un preámbulo en el que sobre todo tratamos de nuestra insuficiencia, en el que analizamos, así lo quiere la costumbre, las más complejas emociones sentidas todas sin excepción de humildad y modestia.

O yo siento distinto... en todo caso quiero ser sincero. Ni me siento abrumado, ni me siento vacilante en este solemne momento de mi vida: me siento estimulado y con gran optimismo, sentimientos por tanto muy distintos de los que por el uso convendría que tratara. No creo que sea inmodestia, sino la firme convicción de que por una especie de ley ineluctable todos tenemos un papel asignado en toda sociedad por alta que ella sea, por prominentes que sean los valores que la integran, y que lo que interesa en resumen de cuentas, más que la cualidad sobresaliente de las dotes que aportemos, es la sinceridad con que actuamos.

Sí quiero conformarme a mirar al pasado, y dedicar un recuerdo emocionado a aquellos de mis maestros que han dejado una huella en las distintas etapas de mi formación, desde mis más remotos recuerdos en la escuela hasta el momento en que asumía la más alta de las responsabilidades, al estar investido del título universitario que me iba a permitir ejercer una de las más nobles funciones sociales: tratar de mejorar la condición de los que sufren, esforzarme por devolver el don más preciado de que podamos disfrutar en la vida: la salud. Y, así, allá veo el Colegio de los Padres Franceses que guarda los más puros recuerdos de mi infancia; luego el Colegio Nacional con Luis Espelozín, que ha quedado para mí como el prototipo del verdadero mentor de juventudes, de lo que yo quisiera para mi patria en estos momentos de renovaciones; el hombre que a su sabiduría unía aquella amplitud y liberalidad de sentimientos que hacía que para él no hubiera incomprendidos.

Más tarde la Universidad y en que para no hablar sino de desaparecidos nombraré a Luis Razetti convertido ya en el símbolo representativo para toda una época, de lo que signifique esfuerzo puro y desinteresado, y ante todo, creo yo, la prueba irrecusable de que el

verdadero patriota constructivo siempre puede hacer patria, en todo momento y en toda circunstancia.
Más tarde en Europa, muchas escuelas, pero un solo maestro –Friedrich Jessen–. Maestro no es aquel que nos enseña, pues todos nos pueden enseñar, sino el que logra modelarnos, el que sabe pasarnos un poco de su yo, y aquel a quien nos vamos a sentir siempre ligados por una influencia espiritual que ha de ser hasta mutua.

Señores:
Es sobre todo a la sincera amistad de quien presidía esta Ilustre Corporación en el momento en que yo fui propuesto, doctor Plácido Daniel Rodríguez Rivero, que debo el alto honor de verme hoy recibido en su recinto. Él y mi ilustre maestro, doctor Francisco Antonio Rísquez, el más alto representante de nuestra Medicina nacional, me sirvieron de padrinos haciendo así posible mi acceso a esta docta asamblea. A ellos van, por lo tanto, en primer término, las sinceras expresiones de mi agradecimiento.
Entro así a ocupar el sillón N° XI, vacante por la muerte del doctor Bernardo Herrera Vegas. Miembro fundador de esta Academia, su primer tesorero y luego subsecretario en dos ocasiones, en la misma época en que el infatigable Razetti ejercía las funciones de la secretaría y que corresponde a uno de los períodos de su mayor actividad, todo me hace pensar en las valiosas prendas de laboriosidad de que sabría dar pruebas. Digo todo me hace pensar, pues su muerte acaecida en 1915, época en que apenas terminaba mi bachillerato, lo sitúa muy lejos de las posibilidades de mi juicio por conocimiento personal. Cuando me informo con sus contemporáneos, adquiero la firme convicción de su valor como médico práctico de dotes sobresalientes, y sin embargo qué poco encuentro en sus publicaciones que me permita documentarme para así hoy poderle hacer el juicio de elogio que la costumbre académica me ordena.
Señores, es un típico mal venezolano lo que estoy anotando y del cual han adolecido no sólo mi ilustre predecesor en esta Corporación, sino otros eminentísimos médicos nacionales. Ya el doctor Vicente Peña lo apunta, cuando dice que «aquí carecemos los médicos de esta v oluntad para la preparación, elaboración y publicación de libros confirmando lo que digo los pocos autores nacionales con sus manifestaciones esporádicas».

Qué de sabia experiencia se ha perdido, cuánto caudal de ciencia desaparecido, y sin que queden ni las huellas para los que vienen detrás, pues no nos domina el deseo de querer hacer algo muy bueno o preferimos no hacer nada, sin percatarnos de que una ciencia nacional no está fundamentada sobre asuntos extraordinarios, sino sobre la rutina de hechos bien observados y exactamente contados.

Mientras tanto encuentro un dato en su biografía que me retiene, y es cuando en *El ensayo médico*, periódico de allá el 86, veo un artículo tan elogioso, y que dice tanto a su favor pues para aquella época, con su espíritu organizador salva el Hospital de Villa de Cura en donde para entonces ejercía. Este solo hecho bastaría para suscitar mi más viva simpatía, pues descubro al buen patriota, situado en aquella época remota, hace ya medio siglo, luchando con el medio provinciano tan bella y de tanto valor social.

En 1902 lo encontramos en Caracas formando parte del Colegio de Médicos y Cirujanos, Corporación Oficial antecesora de la actual Academia, en donde desde entonces se consagra con éxito al ejercicio de su profesión, siendo de todos estimado por su sabiduría, su modestia y sus sobresalientes cualidades de caballerosidad, hasta el momento de su muerte que lo sorprende ocupando el puesto de su subsecretario de la Academia Nacional de Medicina.

Señores:

Quiero deciros lo siguiente: la enfermedad tuberculosa es una enfermedad social. ¿Qué quiere esto decir? Cuando un médico hace un diagnóstico de una enfermedad infecciosa, aguda, contagiosa, tal como la difteria, en general plantea un problema individual cuya repercusión social es transitoria, y así para infinidad de dolencias. Cuando un médico hace un diagnóstico de tuberculosis plantea dos problemas: un problema individual que muchas veces es soluble y un problema social que, para las clases pobres y en el estado actual de nuestra estructuración social, las más de las veces es insoluble, pues desde el momento mismo en que en la pantalla corroboramos el diagnóstico, ya estamos obligados a atacar la fuerza social por excelencia: el trabajo.

A este enfermo el Estado le suministrará los medios de diagnóstico, de tratamiento y aislamiento, y allí estarán los dispensarios perfectamente equipados y en manos de personas expertas para diagnosticar lo más precozmente el mal cuando todavía es curable; y allí estará

la armada de enfermeras visitadoras irradiando su acción en el foco mismo del mal adonde llevarán el arma más potente: la acción educativa; de allí nos traerán otro material de trabajo más interesante, porque menos atacado y que espontáneamente no se hubiera presentado, pues la tuberculosis es traidora en sus comienzos y acostumbra emboscarse, material que será reintegrable a la sociedad con un ciento por ciento de rendimiento y con un mínimo de gastos; allí estarán los sanatorios para los curables que no puedan seguir un tratamiento ambulatorio o que por razones profilácticas conviene aislar por no poder realizar a domicilio ese mínimo de reglas que se piden para que un sujeto contagioso no sea perjudicial a los demás; allí estarán los asilos para los incurables, que sin esperanza de reintegro social constituyen la más pesada carga y que serán los propagadores del mal, que harán infructuosa toda campaña si no se piensa seriamente en ellos, puesto que su misma condición los va llevando sin misericordia al último grado de miseria y, por lo tanto, los pone en condiciones de ser más peligrosos para la colectividad.

Pero, y los hijos y la mujer de este tuberculoso, ¿qué va a ser de ellos?...cuántas veces se retarda la iniciación de su tratamiento; con consecuencias desastrosas para el enfermo, porque fue un padre que tuvo que seguir haciendo frente al sostenimiento del hogar hasta que cayó siderado y sin remedio por el mal que unos meses antes debidamente tratado era curable. Y el reintegro social de un tuberculoso curado ¿quién lo resuelve?

Es desgraciadamente tan a diario que en nuestros dispensarios nos sentimos humillados por nuestra impotencia, cuando después de un trabajo médico técnico que juzgamos completo, trabajo que nos ha llevado a un diagnóstico y que plantea el problema del reposo, del cese del trabajo, oímos decir: «Y de mis hijos ¿qué va a ser?».

Para todas estas legiones no podrá haber preventorios. Este segundo aspecto de la cuestión que expongo en este ejemplo no es sino una de las múltiples formas del problema social que la tuberculosis plantea. Son problemas tan vastos, tan complejos, tan variados y que necesitan poner en acción tan amplios recursos que son problemas nacionales a la solución de los cuales todo buen ciudadano está obligado a contribuir, pues son insolubles aun para el gobierno más rico y mejor intencionado que se pudiera imaginar.

En mi concepto, lo primero que tenemos que proponernos crear en la conciencia nacional es ese espíritu de solidaridad social tan primor-

dial en la lucha contra cualquier flagelo y hasta el presente poco evolucionado en nuestro medio, debemos confesárnoslo. Yo no creo que seamos peores o más indiferentes que otros pueblos, no. Creo solamente que es pura cuestión de evolución al igual de lo que acontece en muchas otras fases de nuestro desarrollo social y pensemos solamente por ejemplo en el problema del analfabetismo. Este espíritu se desarrolla, se fomenta a medida que la evolución social y cultural hace progresos, para llegar a construir en los países de civilización avanzada la fuerza más potente de que se pueda disponer, fuerza moral y material que permitirá, solidarizando todo el esfuerzo nacional, enfrentarse a la solución de aquellos problemas que por dislocar toda la estructuración social hacen infructuosa cualquier solución unilateral por amplia que ella sea.

Y no es que yo no aprecie en lo que vale ese maravilloso ejemplo de solidaridad que nos están dando nuestras mujeres, siempre marcando el derrotero cuando se inicia un movimiento de esta índole, porque obran con el corazón y no con la cabeza, no.

Esto es consolador y sobre todo ver que ya se inician movimientos como el de la Cruzada, sostenido por el infatigable esfuerzo de quien lleva en su espíritu y en su más pura cristalización ese sentimiento de solidaridad social que le ha permitido convertirse en el porta-estandarte de toda una campaña, dándonos el ejemplo de esa terca resistencia inconmovible que lo ha hecho afrontar siempre con entusiasmo y optimismo todas las contingencias y todos los tropiezos: hablo de mi maestro doctor Francisco Antonio Rísquez.

Pero es que estoy convencido de que el problema tiene raíces más profundas.

Sépase, por ejemplo, que en países como Inglaterra, en donde la mortalidad por tuberculosis ha comenzado a declinar más temprano, este fenómeno social se ha presentado antes de la era de los grandes descubrimientos bacteriológicos y antes del desarrollo de la campaña específica antituberculosa que es mucho más reciente.

Más bien ha correspondido a las grandes conquistas de nuestra evolución social. Así, en Inglaterra, coincide con la primera legislación del trabajo en la época de la revolución industrial y se remonta antes de 1840, cuando los niños de 5 a 14 años trabajaban de 12 a 15 horas por día, cuando el 70% del personal que bajaba a las minas era por debajo de 18 años de edad y cuando interviene la primera ley de pro-

tección de menores, demostrándose así que es yendo a las primeras causas por donde hay que comenzar para atacar el mal y que se está haciendo lucha antituberculosa cada vez que una buena ley logre mejorar la condición de vida del obrero, aumentando el salario y disminuyendo las horas de trabajo.

Es este nivel de vida el que hay que mejorar; son todas las causas que contribuyen a su depresión las que hay que resolver, abarcando por tanto todo lo relativo a la evolución social de la nación. Se podrá pues estimar cuán amplia es la cuestión.

Ya Virchow nos lo dijo, que si en Europa las epidemias han tomado un carácter más benigno que en la Edad Media, era únicamente debido a que habían llegado a la posesión de la vida clases de la población que antiguamente estaban completamente excluidas.

Las estadísticas demuestran cómo la mortalidad por tuberculosis oscila con las fluctuaciones del poder adquisitivo del salario, y esto nos coloca en el primer plano de nuestras preocupaciones los problemas de la alimentación y del alojamiento de las clases pobres, habiendo hasta quienes han llegado a pretender que la campaña antituberculosa específica se podría abandonar, y no dedicarnos a hacer verdadera campaña sino a tratar de resolver los problemas de las causas sociales de la tuberculosis; en otros términos, querría esto decir que en vez de construir sanatorios y abrir dispensarios, resolviéramos el problema de las urbanizaciones obreras a bajo costo; resolviéramos los múltiples problemas de la alimentación, los problemas de educación, etc. Esto que desde luego es cierto, requiere sustentarse sobre la armada de lucha antituberculosa.

Así se llegará al verdadero enfoque de la higiene antituberculosa y, en general, de toda higiene social, para alcanzar su máxima conquista que es, según el concepto de Flatzeck-Hofbauer, el haber disociado la pobreza y la enfermedad tendiendo a igualar las clases ante la salud. Se puede, por lo tanto, apreciar que por bello que sea, no es con enfoque caritativo solamente que podremos resolver el problema, pues se comprenderá que habrá siempre que ir a las primeras causas.

Es por esto importante sembrar en la opinión nacional esos conceptos fundamentales que constituyen la base de una campaña antituberculosa. De poco nos servirán los dispensarios y los sanatorios, de poco nos servirán las colectas y las dádivas si no seguimos evolucionando en los otros aspectos del problema. Será, antes que todo, esa evolución la que nos permitirá legislar con liberalidad sobre muchos

asuntos como, por ejemplo, el seguro social de enfermedad y, en especial, de tuberculosis, que han transformado totalmente en algunos países el aspecto de esas antiguas campañas sanitarias atróficas. Esos conceptos bien asimilados permitirán ver claro sobre lo bien fundado de toda innovación legislativa que por caminos sanos procure levantar ese nivel de vida a que me he referido. Es hacia las reformas que puedan repercutir en un sentido favorable sobre la efectividad de esas campañas sanitarias que todo buen patriota debe enfrentarse con comprensión y amplitud de espíritu, rechazando las restricciones que puedan estar fundamentadas en sentimientos de intereses egoístas, y aceptando el principio de que una enfermedad social no puede combatirse sino con remedios sociales.

Honorables Académicos:
Antes de terminar quiero significaros mi agradecimiento por la honrosa acogida que me habéis dispensado.

DISCURSO DEL DOCTOR FRANCISCO A. RÍSQUEZ EN CONTESTACIÓN AL DOCTOR JOSÉ IGNACIO BALDÓ EN EL ACTO DE INCORPORACIÓN A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. CARACAS, 20 DE DICIEMBRE DE 1936

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina:
Honorables Académicos:
Respetable Auditorio:

Cada vez que la muerte arranca a un Académico del sillón a donde le ascendieran sus merecimientos, viene a consolarnos de la pérdida sufrida la llegada del nuevo compañero, recibido con las palabras consagradas: «El Rey ha muerto, viva el Rey». Tal sucede en el caso presente: a la tristeza del adiós balbuceado al ausentarse para siempre el Colega a quien un mandato de la LEY natural arrebató en mala hora, sucede el saludo de bienvenida a una esperanza en flor; las sombras del no ser desaparecen a la aproximación de la nueva aurora y los dobles funerarios de aquella campana que tocaba a muerto, son sustituidos por los sones alegres de un repicar de fiestas. El hombre muere; pero la idea es inmortal y ya no nos entristece la partida eterna del Doctor Bernardo Herrera Vegas, porque nos colma de contento una promesa naciente, con la llegada del doctor José Ignacio Baldó.

Y porque así lo siente la Academia que le ha llamado a compartir con ella sus labores, y porque así lo sabe el selecto auditorio que viene a celebrar con nosotros esta nueva conquista y porque así trasciende en el criterio público la fama y la prestancia del nuevo Académico, es que mi voz resulta pálida para el merecido homenaje, al intentar cumplir lo que él llama con justicia, el rito de una costumbre arcaica.

En realidad, señoras y señores, quien de estudiante llenó las aulas de la Universidad Central con su renombre en formación; quien ya investido de la toga doctoral, supo en tierra europea sembrar, cultivar y dilatar la fama de su actuación médica, y quien devuelto en feliz hora a la Patria, ha segado laureles para su frente pensadora, cosechando óptimos frutos de su labor profesional y ganado respeto para su nombre y simpatías para su persona, no necesita ser presentado a la sociedad que lo reclama por suyo, a la nación que hace tiempo celebra su valer y sus triunfos, ni al mundo en cuyos ámbitos resuena el nombre del doctor José Ignacio Baldó como médico sapiente, especialista distinguido, trabajador abnegado y sociólogo brillante.

Permítame él, por tanto, que me sustraiga un instante a los destellos de su personalidad, dejándole al amor del público que le mima, y me confunda en la masa social que le aplaude, declinando en su favor la honra de la atención en este auditorio distinguido, a las palabras con

que me dispongo a comentar las ideas contenidas en ese discurso que acabamos de oír, la exposición sucinta de quien no escatima en rendir homenaje a la costumbre, de pedir innecesarias benevolencias, sino se huelga en presentarse como es, blindado por la firme convicción de su papel social.

Satisfecha esta declaración fundamental, el doctor Baldó confirma la nobleza de sus sentimientos, rindiendo tributo a la memoria de sus maestros, desde los que formaron su corazón y su espíritu en sus primicias escolares, y los que modelaron su juicio para los estudios de la medicina, hasta su culminación en Europa, de donde saca el rasgo con que traza la figura del maestro, presentándolo no como aquel que enseña, sino como el que se compenetra con el ser del discípulo, trasmitiéndole un poco de su yo, y con igual sencillez, al cumplir el deber reglamentario de honrar la memoria del que reemplaza en el sillón número XI, dibuja en un rasgo delicado la figura del doctor Bernardo Herrera Vegas, aprovechando la ocasión para lamentar se pierda en el silencio de la palabra y de la pluma gran caudal de saber, y mucha sabia experiencia, ante la falsa alternativa de querer hacer algo muy bueno, o no hacer nada, lo cual ha venido privando a los que vienen más tarde de cuanto pudiera ser utilizable acervo.

Pero hay en el rico cúmulo de ideas y de apreciaciones contenidas en el meduloso discurso a que me corresponde referirme, un punto que destaca al doctor Baldó como un médico duplicado de un sociólogo, a mi juicio el núcleo principal de su trabajo, al cual consagra su saber y su sentir, no sé si arrastrado por el revuelo que la Cruzada Sanitaria ha levantado sobre un problema social dominante, o si obedeciendo al impulso de su alma filantrópica, que trabaja en silencio por el beneficio de la comunidad.

Sea como fuere, si hay un mal social, ha dicho el doctor Baldó, que reclama con insistencia la cooperación de toda la masa pobladora, es la tuberculosis, porque ella no encierra solamente el problema sencillo de la prestación de auxilios a quien la padece, sino involucra el planteamiento de otros problemas derivados, que él señala a la consideración de la sociedad, para que ella se dé perfecta cuenta de la necesidad de una cooperación unánime, y es tan trascendental la consideración de esas exigencias, que no vacilo en hacer coro a las ideas del doctor Baldó, y aun corriendo el riesgo de ser tenido por un simple repetidor, no me excuso de detenerme a apoyar las insinuaciones del distinguido recipiendario.

En efecto, si la tuberculosis ataca a un ser humano, no basta dedicar tiempo y esfuerzos a arrancarlo de las garras de su victimaria, sino que alrededor del enfermo se aglomeran traidoramente, porque llegan sin hacer ruido, las derivaciones del daño, cebándose implacablemente sobre cuanto se encuentra a sus alrededores, pasando del individuo a la familia, de la familia a la ciudad, de la ciudad al estado, extendiéndose, sin hacerse sentir, siguiendo radios interminables de esfera infinita. La tuberculosis deja de ser un mal individual para convertirse en un desastre social, que reclama de la sociedad el derecho de defenderse en unánime concurso, so pena de agorar los esfuerzos aislados en luchas interminables. No hay fortuna, por grande que sea, repito yo con el doctor Baldó, ni hay gobierno, por rico que parezca, capaz de dominar por sí solo los ataques de la tuberculosis, si la sociedad entera, en lucha defensiva, no se decide a constituirse en un bloque diamantino de carácter colectivo.

Muy bien está allí el Dispensario, seleccionando a sus probables víctimas; el sanatorio, devolviendo la vida a los atacados; la enfermera visitadora, rastreando y denunciando el mal donde quiera se encuentre; el hospital, en fin, prodigando a los incurables los únicos consuelos que ofrecerles pueden la caridad y la religión, el pan que les da vida, el agua que enriquece su sangre, el ambiente que vigoriza sus pulmones, el reposo que da tregua a sus padecimientos y en sus últimos días de largo padecer, las alas de la fe para subir al cielo.

Pero los hijos, pregunta el doctor Baldó y yo con él: la mujer, la familia del tuberculoso a quien sustrae la Beneficencia para poder salvarlo, ¿qué va a ser de ellos al restarle la mano que les llevaba el pan de cada día, el pecho que emanaba el calor del hogar, el abrigo del cuerpo y los incentivos de la vida?

Puesto a escoger el infeliz tuberculoso entre su propia vida y la vida de los suyos, el amor de los hijos hambrientos no le permite vacilar y se sacrifica por ellos, siguiendo penosamente el trabajo que le acotará sus días, pero le proporcionará la satisfacción de llevar el mendrugo a los labios que solamente de sus manos esperan recibir los auxilios de la providencia.

Al abordar el doctor Baldó esta faz del problema complejo de la protección al tuberculoso, se renueva en mis alientos una de las formas del empeño que en estos días de consagración a la salud del pueblo, ha sido uno de los puntos de mira que he sometido a mis compañeros de lucha antituberculosa. Está bien que luchemos contra la tuberculosis,

evitándola, pero mientras atendemos la salud del enfermo, ¿por qué no atendemos a la vez la vida de cuantos han quedado sin amparo?

Sean mis palabras el eco fiel de las insinuaciones del doctor Baldó, al presentar la tuberculosis no desde el punto de vista patólogo, cual cumple a un médico, sino como un problema económico social, cual corresponde al sociólogo, en que se dan la mano el individuo, la familia, la sociedad y el Estado, en unánime concierto de lucha contra ella.

Unión fue la palabra postrera de Bolívar antes de abandonar para siempre la tierra libertada por los esfuerzos de su genio; unión es lo que primero necesitamos para lograr el bien común que es la suma del bien de cada uno. Unión debe ser un lema nacional para afrontar la lucha contra la tuberculosis; y unión el santo y seña en la campaña que representa la vitalidad de Venezuela y el honor de sus hijos. La memoria de nuestro Libertador nos lo impone, la salvación de nuestros hermanos lo exige, el porvenir de la familia y de la Patria lo reclama, ante el altar de nuestra gloria.

Si la persistencia de una idea de adelanto es motivo de seria consideración; si mi prédica de más de 30 años es digna de atención en este día, si el instinto de conservación personal es fuerza impulsiva para los actos de la vida y si el principio de la unanimidad en el esfuerzo es razón de una necesidad indiscutible, ¿qué falta para unirnos? Si la palabra autorizada y resonante de nuestro nuevo Académico merece, como nadie podrá dudarlo, una atención cuidadosa, sea ella como la voz del Apóstol llamando a los pueblos a la lucha por la salud de Venezuela; sea la palabra del Maestro, infiltrándose en la sociedad, la prédica de la unión, el acento implorante del filántropo que grita, con atrayente son, que la cruzada moderna se funda y espera sobre la base de la cooperación social.

En buena hora llega la insinuación del doctor Baldó al señalar la mejor manera de combatir la tuberculosis, yendo en su entusiasmo por la cooperación social hasta colocarse al nivel de quienes opinan que «la campaña antituberculosa específica se podría abandonar dedicándose a resolver los problemas de las causas sociales de la tuberculosis».

Y ¡cuánta satisfacción la mía al sentir caer la palabra nueva del científico moderno sobre el estrado de mis viejas ideas sostenidas por una labor de antigua fecha!

No es hoy un secreto para nadie, ni para los médicos que me conocen, ni para el público que me escucha, que hace casi 40 años, lancé la primera piedra contra el concepto admitido en el mundo de que, per-

siguiendo a los microbios tenidos por causantes de las infecciones, se destruyen las enfermedades. Media vida mía la he consagrado a sostener que, por encima de la importancia innegable de la semilla, está la condición indiscutible del terreno, en apoyo de lo cual milita victoriosamente la noción fundamental traída a cuento por el doctor Baldó, de que la tuberculosis comenzó a declinar antes de la era de los grandes descubrimientos bacteriológicos y que los resultados prodigiosos de la lucha han coincidido siempre con las grandes conquistas de la evolución social. La legislación del trabajo, la protección de los menores, el mejoramiento de la vida del obrero, han sido los primeros factores del triunfo sobre la tuberculosis.

El Doctor Baldó, en el fondo de su magistral discurso, se declara partidario decidido de que cuanto se haga por mejorar las condiciones de vida de los pobres en materia de alojamiento y de alimentación, es lo urgente por hacer, para obtener organismos fuertes, a fin de defendernos no solamente de todos los males que diezman nuestras poblaciones, sino muy particularmente de la tuberculosis, que es a no dudarlo, la enfermedad de los organismos debilitados.

Tales son, en obligada síntesis, las consecuencias científicas que se derivan y las recomendaciones sociales que se desprenden del hermoso trabajo del doctor Baldó, inspirado por los cuadros dolorosos que a diario se presentan a sus ojos profesionales, dirigido por las enseñanzas de la ciencia y la experiencia en todos los países que se han preocupado de la enfermedad que más víctimas causa en Venezuela y lo que es más acusador para nosotros, en nuestra hermosa capital, la cifra por mortalidad debida a la tuberculosis rebasa la cifra máxima de las defunciones parciales. Tal es la deducción que ha de impresionar a cuantos nos oyen, principalmente a la mujer que llena este recinto, en cuyos corazones sensibles me atrevo a creer se encuentra la solución de estos problemas esbozados por nuestro distinguido recipiendario.

Nada lograríamos si la palabra doctrinaria que ha debido llegar al fondo del alma de cuantos han venido a oír al nuevo Apóstol de la Lucha Antituberculosa, se perdiera en el vacío sin dejar huellas de actividad en el espíritu de caridad y patriotismo, en cuyo nombre invocamos la cooperación unánime del pueblo venezolano, llamándole a seguir no el penacho blanco de la leyenda, sino las hebras atrayentes de las cabelleras femeninas. Cuán bello fuera que de esta Sala de Recepción Académica surgiera la acción encabezada por la mujer, como flores

donde vienen a librar el néctar de la vida las abejas de la colmena social, para llevar a cabo las conquistas de la Lucha Antituberculosa.

La voz ha resonado con seductor arranque; el programa fundamental está trazado en las líneas del Discurso a que vengo refiriéndome y el ejemplo estimulador podemos verlo en cualquiera de los países que nos han precedido en esta labor de Patria, hasta el último llegado a la cumbre, con los maravillosos resultados de la acción social, a que ha cooperado el pueblo italiano, bajo la dirección de su eminente conductor[1].

Menos palabras y mayor acción ha de ser nuestra divisa y sin duda no habrá para el nuevo Académico satisfacción mayor que la de haber galvanizado la masa de la sociedad venezolana, para inducirla a realizar una obra reclamada a gritos por la prosperidad de Venezuela, ni resonaría con más altisonancia el aplauso merecido por el Recipiendario, con el saludo de bienvenida que le rinde, al incorporarle en su seno, la Academia Venezolana de Medicina.

[1] Resulta curioso e interesante el elogio que hace aquí el doctor Rísquez al fascismo italiano. Pero no debe extrañarnos en el contexto de su época ya que el fascismo, antes del balance de horror que habría de dejar al término de la Segunda Guerra Mundial, había despertado entusiasmo más allá de la propia Italia, por lo que se creía podía ser el modelo de un Estado vigoroso y dinámico, capaz de regular la anarquía económica y controlar la anarquía social, todo lo cual formaba parte de los principios de la doctrina corporativista italiana. (N. del E.).

1925

BALDÓ, J. I. Y R. FENSTERMANN. «Sobre la reacción de Fahraeus en la tuberculosis pulmonar». *Rev. de Medicina y Cirugía*, 31 de marzo y 30 de abril, año VIII, meses V y VI, nº 84 y 85.

«Sobre la operabilidad en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar en evolución». *Rev. de Medicina y Cirugía*, 30 de septiembre, año VIII, mes XI, nº 90.

1931

«La Frenicectomía en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar». *Rev. de la Policlínica Caracas*, nº 2.

«Sobre bacilemias tuberculosas». *Rev. de la Policlínica Caracas*, noviembre, nº 4.

1932

«Algunas consideraciones sobre la toracoplastia extrapleural en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar en nuestro medio. Tres observaciones personales». *Rev. de la Policlínica Caracas*, nº 7.

1933

BALDÓ, J. I. Y G. H. MACHADO. «Estudio sobre la cutirreacción tuberculínica en un Dispensario de Caracas». *Rev. de la Policlínica Caracas*, junio, nº 10.

«La vacuna BCG. Semana Sanitaria Antituberculosa (Caracas)». Publicación del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría.

BALDÓ, J. I. Y A. J. FERNÁNDEZ. «El medio de Loewenstein en el diagnóstico de la tuberculosis». *Rev. de la Policlínica Caracas*, junio, nº 10.

1934

«Consideraciones sobre un caso de granulia crónica». *Rev. de la Policlínica Caracas*, octubre, nº 18.

«Sobre el neumotórax bilateral simultáneo». *Rev. de la Policlínica Caracas*, junio, nº 16.

1936

«El examen médico del estudiante de medicina en vista del establecimiento de la ficha antituberculosa». *Boletín de los Hospitales*, septiembre, nº 5.

«La enfermedad tuberculosa es una enfermedad social». Discurso de recepción como Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. 20 de diciembre.

«Estudios sobre la tuberculosis de la infancia en Caracas». Trabajo de Incorporación a la Academia Nacional de Medicina.

1938

«La tuberculosis como enfermedad social en la infancia. Pautas generales para la campaña en Venezuela». *Memoria del Primer Congreso Venezolano del Niño.*

«Tuberculosis de la infancia». *Gaceta Médica de Caracas*, tomo XLVI.

«Valor del neumotórax en el dispensario ante el signo baciloscopia positiva». *Memoria 1er Congr. Venez. de Tub.*, Caracas.

«Apreciaciones de conjunto sobre la infección tuberculosa en Venezuela». *Memoria 1er Congr. Venez. de Tub.*, Caracas.

«Relato venezolano sobre tuberculosis». *Actas de la X Conferencia Sanitaria Panamericana*, Bogotá.

Baldó, J. I. y R. Fernández Ruiz. «Investigación de la tuberculosis en el medio leproso. Leprosería de Cabo Blanco». *Memoria del 1er Congr. Venez. de Tub.*, Caracas.

Baldó, J. I. y E. Toro. «El neumotórax extrapleural». *Memoria del 1er Congr. Venez. de Tub.*, Caracas.

1939

Baldó, J. I., R. H. Jonckheer y D. Vásquez. «Contribución al estudio del problema de la tuberculosis bovina en Venezuela». *Memoria del 1er Congr. Venez. de Leche*, Caracas, julio.

1940

Baldó, J. I. y R. H. Jonckheer. «Contribución a los índices de infección tuberculosa en tres zonas del oriente del estado Guárico». Jornadas Tisiológicas Nacionales, San Cristóbal, marzo. *Rev. «SAS»*, agosto, vol. V, nº 4.

«Cuadros pulmonares en las formas extratorácicas de la tuberculosis». Relato venezolano al V Congreso Panam. de Tub. *Memoria del V Congr. Panam. de Tub.*, II tomos.

«Toracoplastia extrapleural. Resultados estadísticos». Jornadas Tisiológicas Nacionales, San Cristóbal, marzo. *Rev. «SAS»*, agosto, vol. I, V, nº 4.

1942

«Plan para el trabajo de lucha antituberculosa en las Unidades Sanitarias en que no existe servicio especial de Dispensario Antituberculoso». *Rev. Unidad Sanitaria*, vol. I, nº 6.

1943

«Pauta para el tratamiento de la sífilis en los tuberculosos». Jornadas de Venereología y Dermatología, febrero.

1945

«The Tuberculosis Problem and the Organization of the Tuberculosis Campaign in Venezuela» («Problema de la Tuberculosis y Organización de la Campaña Antituberculosa en Venezuela»). *Rev. Diseases of the Chest*, vol. XI, nº 3.

1946

Baldó, J. I., C. Gil Yépez, M. Mayer y F. Pifano. «Investigaciones concernientes a los aspectos pulmonar y cardiovascular de la schistosomiasis mansoni en un área endémica del país». XII Conf. Sanitaria Panam. *Cuadernos Amarillos*, nº 9.

Baldó, J. I. y J. Delgado B. «Investigación sobre infección tuberculosa en núcleos de poblaciones indias de la Gran Sabana». XII Conf. Sanitaria Panam. *Cuadernos Amarillos*, nº 29.

1947

Baldó, J. I., D. Curiel y P. Iturbe. «Epidemiología de la tuberculosis en Venezuela». *Actas de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana.* Vol. I, págs. 219-272 y en la *Rev. «SAS»,* nº 3-4, 1948.

1948

Baldó, J. I., R. González Plaza y J. Delgado B. «Profilaxia de la tuberculosis infantil. Correlato venezolano». IX Congreso Panamericano del Niño, Caracas.

1949

«Evolución de la vacunación BCG y su estado actual en la práctica sanitaria». *Rev. Unidad Sanitaria*, vol. III, nº 16.

«Conceptos fundamentales que deben regir el uso de la estreptomicina». *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 1.

«Cambios de técnica en la práctica de las reacciones tuberculínicas para la realización de la vacunación BCG en masa». *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 2.

«¿A quién corresponde la responsabilidad de la supervisión de las reacciones tuberculínicas?». *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 3.

«La fluorofotografía, un trabajo que requiere cuidado especial de protección contra los rayos X». *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 4.

«BCG Vaccination in Venezuela» («Vacunación BCG en Venezuela»). *Diseases of the Chest*, vol. XVI, nº 3.

1950

Baldó, J. I., M. S. Abaza Boy, P. V. Benjamín, P. E. Bernard, I. Gonda, P. M. D'Arcy Hart, H. E. Hilleboe y J. H. Holm. «Expert Committe on Tuberculosis. Report on the Fourth Session». *Technical Reports Series*, nº 7, April. World Health Organization.

«¿Marchan los servicios bacteriológicos de la División de Tuberculosis en forma cónsona con su desarrollo general?». *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 1.

«¿Qué causas son responsables del brusco descenso del número de casos tratados por el neumotórax ambulatorio en algunos de nuestros dispensarios?». *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 2.

«Una sola prueba tuberculínica para la aplicación de la vacuna BCG», *Bol. Div. Tuberculosis*, Ministerio «SAS», nº 3.

«Plan de asistencia hospitalaria al tuberculoso en Venezuela». II Jornadas Tisiológicas Nacionales. *Rev. San. As. Soc.*, XVI, 1-2, 93-128.

1951

Baldó, J. I. y colaboradores. «Expert Committee on Tuberculosis. Report on the Fifth Sesion». *Techhnical. Reports Series*, nº 32, April. World Health Organization.

«El problema número uno de nuestro Programa Hospitalario». *Rev. Nac. Hosp.*, vol. I, 1, 30-32.

Baldó, J. I. y J. A. Díaz Guzmán. «Contribución al tema 'Unidad Sanitaria y Lucha Antituberculosa'». Trabajo leído en el IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis, celebrado en Ecuador, del 14-22 de julio. *Bol. Of. San. Pan.*, XXXI, 5, 445-455.

«Papel del médico jefe de la Unidad Sanitaria en los programas de vacunación BCG». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1.

«Unidad Sanitaria Tipo C y lucha antituberculosa». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 2.

«Las nuevas drogas y la lucha antituberculosa». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 3-4.

«Investigación de la tuberculosis en el medio leproso». II Jornada Ven. de Venereología, Dermatología y Lepra. *Memoria* respectiva publicada en 1955.

«Manifestaciones pulmonares de la bilharziosis». III Congreso Venezolano de la Tuberculosis. *Rev. San. As. Soc.*, vol. XVIII, nº 1-2, 1953.

«Paracoccidioidomicosis pulmonar». III Congreso Venezolano de la Tuberculosis. *Rev. San. As. Soc.*, vol. XVIII, nº 1-2, 1953.

1952

Baldó, J. I., R. Valladares, A. Príncipe, J. Delgado B., S. La Manna, L. A. Herrera, A. Bautista Bustos, E. Espinoza y R. Hernández D'Erizans. «La tuberculosis bovina en Venezuela». III Congreso Venezolano de la Tuberculosis Bovina en Venezuela. Ponencia oficial, presentada por la Comisión de Erradicación de la Tuberculosis Bovina. *Rev. San. Ac. Soc.*, vol. XVIII, nº 1-2, 1953.

«El momento para emprender una campaña de erradicación de la tuberculosis bovina en Venezuela». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 3-4.

«Nuevas perspectivas de lucha antituberculosa en el medio rural». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1-2.

1953

Baldó, J. I., S. La Manna, R. Valladares y A. Príncipe. «Aspectos anatomopatológicos de la tuberculosis en Latinoamérica. Síntesis de la contribución venezolana». Tema General X, Congreso Panamericano de la Tuberculosis, 5-10 de diciembre, Tomo I.

«Formación del personal médico y auxiliar para la lucha antituberculosa». X Congreso Panamericano de la Tuberculosis, 5-10 de diciembre, Tomo II.

«Algunas de las nuevas orientaciones en la lucha antituberculosa». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1-2.

«El tratamiento ambulatorio de la tuberculosis con las nuevas drogas». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 3-4.

Palabras del presidente del X Congreso Panamericano de la Tuberculosis, pronunciadas en la Sesión Inaugural. *Memorias del X Congreso Panamericano de la Tuberculosis*, págs. 55-60.

1954

«Los requerimientos de camas para la lucha antituberculosa ante la influencia de los nuevos tratamientos». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1-2.

«¿Podemos llevar a la práctica la notificación de la tuberculosis?». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 3-4.

1955

«Tuberculosis y embarazo». 1er Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología, 11-16 de enero de 1955, Caracas. *Rev. Obst. Ginec.*, XV, 1, 497-514.

«Normas y realizaciones de la lucha antituberculosa en Venezuela». Trabajo leído en las Jornadas Científicas de la Sociedad Venezolana de Salud Pública, Caracas, 28 de abril. T.G. Ilustraciones, 55 p.

Baldó, J. I., A. Divo, R. Valladares, G. Gutiérrez O., J. Heredia M. y E. Espinoza. «Resultados preliminares de la campaña de erradicación de la tuberculosis bovina en Venezuela». Ponencia presentada por la Comisión de Erradicación de la Tuberculosis Bovina al VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas reunido en Caracas del 18-26 noviembre. *Memorias VI Congr. Ven. Ciencias Médicas*, vol. III, págs. 1.109-1.269.

«De la Tisiología a la Neumonología». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1-2-3-4.

1956

Baldó, J. I., V. Yéspica, R. Valladares y A. Príncipe. «Tuberculosis en las Fuerzas Armadas». Primer Ciclo de Conferencias sobre Sanidad Militar, 6-11 de agosto.

BALDÓ, J. I. Y COLABORADORES. «Nuevos campos de acción de la Sanidad Pública en Venezuela». 1er Congr. Ven. de Salud Pública y III Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias, Caracas, 19-25 noviembre. *Memorias*, págs. 621-643 y en separata.

BALDÓ, J. I., D. CURIEL, P. ITURBE, A. PRÍNCIPE Y R. VALLADARES. «Epidemiología de la tuberculosis en Venezuela». III Jornadas Tisiológicas Nacionales, Mérida, 8-11 diciembre; y XI Congreso Panamericano de Tuberculosis, Medellín, Colombia, abril 28 a mayo 3, 1957. *Rev. San. As. Soc.*, XXIII, 3-4, 83-85, 1958.

BALDÓ, J. I., J. CRIOLLO R., L. LOZANO GÓMEZ, H. DELGADO R., Y C. ORTEGA. «Análisis preliminar clínico-administrativo de los casos de tuberculosis en tratamiento ambulatorio con drogas antibacterianas. (Contribución de los Médicos jefes de los Dispensarios Antituberculosos)». III Jornadas Tisiológicas Nacionales, Mérida, 8-11 diciembre. *Rev. San. As. Soc.*, XXIII, 3-4, 173-204, 1958.

«De la oportunidad de una campaña de sanidad animal». *Bol. División Tuberculosis*, nº 1-2-3-4.

«Discurso pronunciado en el acto académico de la Universidad de los Andes, con motivo de recibir el título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina». Separata. *Rev. Col. Méd. Edo. Mérida*, II, 19, 187-203, 1957.

1957

BALDÓ, J. I., J. DELGADO B., J. A. VALERO M. Y L. POLLAK. «Bacteriología de la tuberculosis». Organización de los Servicios de Diagnóstico Bacteriológico en la lucha antituberculosa en Venezuela. XI Congr. Panam. de Tub., Medellín, Colombia, abril 28 mayo 3, págs. 283-291.

«De la Neumonología hacia la Cardiología». *Bol. Div. Tuberculosis*, nº 1-2-3-4.

«El estudio de las micosis en escala nacional». Separata, *Rev. Acta Médica Ven.*, vol. 5, nº 4, págs. 101-103. Presentado en inglés en el 5th International Congress on Diseases of the Chest, of the American College of Chest Physicians, Tokyo, Japan, September 7-11, 1958. Reprinted from the *Bulletin of the International Society for Human-Animal Mycology*, nº 3, June 1958.

Discurso pronunciado el 1º de febrero, en Valencia, estado Carabobo, en las V Jornadas de Anatomía Patológica, con ocasión de recibir la designación de Presidente Honorario de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica. *Rev. Policlínica Caracas*, vol. XXV y en separata.

«The doctors Crusade for peace». *Dis. of the Chest,* vol. 32, nº 5, y separata 1958.

1958

«El problema económico de la leche, frente a la mortalidad infantil y a la nutrición». Leído en la Academia Nacional de Medicina.

«Nuevos campos de acción en la salud pública en Venezuela». *Bol. Div. Tub.*, nº 1-2.

Baldó, J. I. y colaboradores. *Cartilla Micológica*. Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de las Micosis. Folleto. 2ª edición,1959.

1959

«Mesa Redonda sobre formación de anatomopatólogos». VI Jornadas de Anatomía Patológica, Barquisimeto, 21 de febrero. (Mimeografiado).

«Contribución al estudio de las instituciones médico-asistenciales a realizar para la zona industrial del Caroní». III Conf. Zonal de Salud Pública, Ciudad Bolívar, 7 de marzo. Folleto.

«Los cursos de postgrado médico y el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto. Orientación y planes inmediatos». Reunión de la Soc. Venez. de Salud Pública, 31 de julio. *Rev. Salud Pública*, vol. IV, nº 17.

«Exposición del plan de trabajo de la Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de las Micosis». IV Congr. Venez. de Fisiología y Neumonología, Valencia, 8-12 diciembre. Separata.

Baldó, J. I., H. Campins, C. Ayala P. y A. Angulo O. Histoplasmosis en Venezuela. IV Congr. Venez. de Tisiología y Neumonología, Valencia, 8-12 de diciembre. (Separata).

Baldó, J. I. y A. L. Briceño Rossi. «Las micosis y sus proyecciones en el campo de la salud pública». IV Congr. Venez. de Fisiología y Neumonología, Valencia, 8-12 diciembre. Separata.

«La lucha antituberculosa del mañana». Órgano Divulgativo de la Universidad de Carabobo, Valencia (Venezuela), año I, nº 6.

1960

«La coordinación entre la lucha antituberculosa y las demás campañas sanitarias». XII Congr. Panam. de Tub. ULAST. Salvador-Bahía, Brasil. (A máquina).

«Enseñanza de la Fisiología a médicos y su oportunidad (Simposio)». «Enseñanza de la Fisiología, Educación y Propaganda Sanitaria». XII Congr. Panam. de la Tub. ULAST. Salvador-Bahía, Brasil. (A máquina).

«Estudio de las micosis en las Américas». Comisión Coordinadora del Estudio Nacional de las Micosis. VI Congr. Internacional de Enfermedades del Pecho. Viena, 28 agosto-1º septiembre, (a máquina). En inglés, separata OSP.

«El Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto y su labor contra el cáncer y las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. La situación actual de la salud en Venezuela». Informes y Proyectos. *Rev. San. Asist. Soc.*, vol. XXV, nº 2-3.

Baldó, J. I., V. Giménez, M. Adrianza, C. Rodríguez y otros. «Los problemas cardiovasculares a través de las actividades de la División de Tuberculosis». *Rev. Soc. Ven. Cardiol.*, vol. II, nº 2.

1961

Baldó, J. I. y colaboradores. «Residencias quirúrgicas y curso de postgrado». Mesa Redonda llevada a cabo en la Soc. Ven. de Cirugía. *Bol. Soc. Ven. Cirugía*, vol. XV, nº 1.

«Pasos previos dados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para hacer efectiva una campaña nacional contra el cáncer del cuello uterino». VI Congr. Venez. de Cirugía y II Jornadas de Urología (Simposio: Cáncer del Cuello Uterino), y las Jornadas Venez. de Oncología, San Cristóbal, 1962.

Baldó, J. I., D. Itriago, G. Gutiérrez y L. A. Herrera. «Tuberculosis bovina». Comisión de Erradicación de Tuberculosis Bovina. II Congr. Venez. de Salud Pública. *Rev. SAS*, Sup. AI, nº 1.

Baldó, J. I., Luisa A. de Vegas y J. de Saldivia. «Personal del Servicio Social». II Congr. Venez. de Salud Pública. *Rev. SAS*, Sup. AI, nº 4.

«El problema de la medicina en el medio rural». II Congr. Venez. de Salud Pública, «Necesidades de Personal para los Servicios de Salud en Venezuela». *Rev. SAS*, Sup. Al, nº 4.

BALDÓ, J. I. Y C. ALEGRÍA. «El educador sanitario» II Congr. Venez. de Salud Pública, «Necesidades de Personal para los Servicios de Salud en Venezuela». *Rev. SAS*, Sup. Al, nº 4.

«El problema de la odontología en el medio rural». II Congr. Venez. de Salud Pública, «Necesidades de Personal para los Servicios de Salud en Venezuela». *Rev. SAS*, Sup. Al, nº 1.

Discurso pronunciado en la Sesión de Clausura del II Congr. Venez. de Salud Pública. Folleto y *Rev. SAS.*, Sup. Al, Caracas.

«Epidemiología de la tuberculosis en Venezuela y lucha antituberculosa». X Convención Nacional de Médicos, 21-28 mayo, Maracay. *Bol. Tub. y Brucelosis*, nº 22.

«Problema de la asistencia médica en el Territorio Amazonas. Proyecto de Medicina Simplificada y Consideraciones al respecto». Agosto-Septiembre. (Mimeografiado).

BALDÓ, J. I., C. L. GONZÁLEZ, A. ARREAZA G., C. ALEGRÍA Y OTROS. Estudio y conclusiones presentados por la Comisión designada por la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Salud Pública, con motivo de la exposición que hizo el doctor Carlos Luis González, en la reunión científica de dicha sociedad, relativa al tema: «La formación de personal sanitario auxiliar», la cual fue seguida de una discusión del problema, Caracas.

1962

«Salud pública y cáncer». Mesa Redonda. Jornadas Venez. de Oncología, Caracas, 16-19 mayo. (Mimeografiado).

«El problema de las neumonías en nuestro medio». IV Jornadas Venez. de Tisiología y Neumonología. Coro, 12-15 diciembre. *Rev. Tisiol. y Neumonol.*, vol 5, nº 1, 1963 y separata.

1963

BALDÓ, J. I., P. GUÉDEZ LIMA, J. A. DÍAZ GUZMÁN Y J. CURIEL. Conclusiones y recomendaciones sobre «El problema de las neumonías en nuestro medio». *Rev. Tisiol. y* Neumonol., vol. 5, nº 1.

Baldó, J. I., C. L. González, P. Guédez L., V. Obregón. «Estudio de los problemas sanitario-asistenciales en la población rural dispersa». XVIII Asamblea Ordinaria. F.M.V., Barinas, septiembre. (Mimeografiado).

«Reunión sobre la enfermedad causal de la muerte del Libertador desde el punto de vista médico e histórico». Academia Nacional de Medicina y Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Caracas, junio. (A máquina).

1964

Baldó, J. I., J. Curiel, O. Lobo C. «La tuberculosis rural en Venezuela». XIV Congr. Panam. de Tub. ULAST. La Paz, Bolivia. Separata del *Bol. O.S.P.*

«La erradicación de la tuberculosis. Una tarea de planificación inmediata y acción futura». Discusiones técnicas de la XIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, México, agosto-septiembre. (Mimeografiado). Folleto en inglés de la O.S.P.

«Primer Informe de la Comisión de Salud Rural». XIX Asamblea de la Federación Médica Venezolana, San Cristóbal, 8-12 septiembre. (Mimeografiado).

«El problema de la tuberculosis en las Américas». Discusiones técnicas de la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, México, 1964. Separata del *Bol. O.S.P*, LVIII, 1, 37-65, 1965.

«La Organización de los Servicios para el Control de la Tuberculosis». Seminario Regional de Tuberculosis, Maracay, 29 nov.-5 dic. SERETU 6. Public. Científica nº 112. Of. San. Pan. 1965.

1965

Baldó, J. I. (coord.), A. Arreaza, E. Benaim P., H. Cedeño P,. D. Curiel, L. García M., A. González N., O. Lima G., D. Orellana (secret.), P. Oropeza, F. Pifano C., E. Vizcarrondo y M. Zúñiga C. «Los médicos que Venezuela necesita». Documento de trabajo para la discusión del Tema I, preparado por la Comisión Consultiva designada por la Facultad de Medicina de la Universidad Central. II Seminario Nacional de Educación Médica, Caracas, 18-25 enero.

«Tratamiento médico actual de la tuberculosis en nuestros días». *Tribuna Médica*, vol. II, nº 25 y 26, marzo.

Baldó, J. I., A. Príncipe, A. Stempel P., R. Hernández C., P. Guédez Lima. «El médico y la carrera administrativa». F.M.V. 1er Congr. Médico Social, Caracas, 17-24 de agosto.

«La posición de la Anatomía Patológica en la medicina moderna». Conferencia leída en la Escuela de Medicina de Barquisimeto el 10 de diciembre. *Tribuna Médica*, nº 146, 1966.

«A los 30 años de la firma de un contrato». *Tribuna Médica*, nº 122. (Mimeografiado).

1966

«Adiestramiento de personal auxiliar». Reunión sobre Adiestramiento de Auxiliares, México, 27 de marzo al 1º abril. (Mimeografiado).

«Importancia del examen directo de los esputos en la lucha antituberculosa». Seminario Nacional de Tuberculosis, Huaraz, Perú, 26-31 de julio. (Mimeografiado).

«Participación del médico general y personal auxiliar en la lucha antituberculosa». Seminario Nacional de Tuberculosis, Huaraz, Perú, 26-31 de julio. (Mimeografiado).

«La Anatomía Patológica en la medicina moderna». *Tribuna Médica*, III, 1, 18.

«La Anatomía Patológica y su actual desarrollo en el país con respecto a la campaña anticancerosa». A los 20 años de la creación de la División de Oncología. (A máquina).

«Sobre el valor comparativo del examen directo y del cultivo de esputos en la evaluación del progreso de los pacientes tuberculosos que reciben quimioterapia». (Multigrafiado). Buenos Aires, octubre.

1967

«Towards a better understanding of the Mycosis of the Americas», New York, April 29. (Multigrafiado). Annual Lectureship, Medical Mycological Society of the Americas.

«An example of an integrated tuberculosis programme in a developing country». XIX International Conference, Amsterdam, octubre. (Multigrafiado).

«Definiciones. Realizaciones en Venezuela». Mesa Redonda sobre Medicina Integral, Barcelona, Anzoátegui, noviembre. (Multigrafiado).

1968

«La Medicina Simplificada y sus relaciones con la Medicina Veterinaria». XII Convención Nacional de Médicos Veterinarios, Caracas, julio. (A máquina).

«Primeros pasos y logros en la reorientación de las asociaciones y ligas hacia el campo específico de la lucha antituberculosa». Reunión de la Sociedad Venezolana de Tisiología y Neumonología y de las Asociaciones y Ligas Antituberculosas, Acarigua, agosto.

«Comentario introductorio». Boletín Informativo, Inst. Nac. Tub., vol 1, nº 1. (Multigrafiado).

1969

«The Venezuelan Program in 'Simplified Medicine'», Macy Conference, Lima, Perú.

«Contribuciones y bases al estudio de algunos aspectos de una medicina integral aplicada al desarrollo de Guayana en la década del 70». VI Congreso Venezolano de Tisiología y Neumonología, Ciudad Bolívar, julio. (Multigrafiado).

1970

«Exposición sobre el proyecto de transformar el sanatorio 'Andrés Herrera Vegas' en Hospital General». *Bol. Direc. Sal. Púb.*, IV, nº 2, abril.

1971

«Programa del cursillo de Administración Sanitaria en Salud Pública». VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, Maracaibo. (Multigrafiado).

«Centro de Docencia Rural». *Bol. Direc. Sal. Púb.*, IV, 10.

José Ignacio Baldó

Trayectoria y legado al servicio de la medicina venezolana

Coordinación editorial:
Higinia Herrera,
Josefina Baldó
Asistentes:
Alicia Albornoz
Valentina Blanco Uribe

Producción editorial:
Gisela Goyo

Corrección:
Mercedes Robles

Diseño gráfico:
ABV Taller de Diseño,
Waleska Belisario

Fotografías:
Archivo familia Baldó

Montaje e Impresión:
Refolit

Edición:
500 ejemplares

Fundación POLAR
veinticinco años

Fundación
POLAR

veinticinco años