

El pensamiento médico social del doctor José Ignacio Baldó: perspectiva a través de la Gaceta Médica de Caracas

Dr. Luis Alfonso Suárez

Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina "Luis Razetti"

José Ignacio Baldó (1896-1972), constituye uno de los más fulgurantes ejemplos en el firmamento de la historia médica venezolana, de que la praxis médica necesariamente tiene que estar orientada y sustentada por sólidos principios socio-antropológicos, que permitan el mejoramiento auténtico de las condiciones de salud a nivel de un paciente y/o colectividad determinados.

Para Baldó, la praxis médica no debe reposar exclusivamente en los principios conceptuales y filosóficos de las ciencias médicas, sino que también debe tener a las ciencias sociales como uno de sus pilares fundamentales, porque complementan y enriquecen el abordaje y la interpretación del proceso salud - enfermedad. De hecho, su actividad médica polifacética como epidemiólogo, sanitarista, tisiólogo, administrador de instituciones de salud, catedrático y académico, estuvo caracterizada por una visión y revisión del problema sanitario de la Venezuela de su tiempo desde un ángulo socio-antropológico con un alto contenido ético.

Sin embargo, Baldó sabe que la concepción y la práctica ante la salud-enfermedad de su época, tiene una tendencia hacia la biología que de alguna manera soslaya su componente social, porque, supuestamente, se escapa del "dominio" del galeno. Así lo expresa en la Gaceta Médica de Caracas (GMC): "en círculos médicos de distinta índole se habla frecuentemente de las causas indirectas de las enfermedades. Se conocen los conceptos epidemiológicos de las causas indirectas de las enfermedades. Se conocen los conceptos de la mortalidad basal debida a causas microbianas u otras de carácter específico; así como los conceptos de la mortalidad adicional debida a causas económico sociales, no específicas o indirectas. Estos últimos problemas, a pesar de su importancia y del conocimiento que tenemos de su

influencia sobre las enfermedades, los médicos acostumbramos sólo a mencionarlos, pues por su complejidad técnica, tememos abordarlos, no considerándonos capacitados para tratarlos" (1).

Baldó es un firme convencido de la relevancia de esos factores socio-económicos vinculados con la mortalidad por cualquier entidad patológica, los cuales deben ser revisados independientemente de la ideología política de quien los aborde. En este sentido, desde su óptica afianzada en las ciencias sociales, advierte en la GMC que: "Sin embargo, quienes trabajamos en sanidad, los sentimos muy de cerca y hemos tenido oportunidad de meditar mucho sobre ellos. Por lo tanto, nos ha parecido que tal experiencia no debería perderse, cualquiera que fuese el alcance de la contribución, especialmente en momentos en que se encaran programas de reconstrucción económica, social y política en el país. Esto tiene más fundamento para nosotros los médicos, cuanto que cualesquiera que sean las ideologías políticas y también para los mal llamados independientes, 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".

En virtud de lo antes expuesto, se puede apreciar que el pensamiento "baldosiano" no está dirigido primariamente a la promoción y el desarrollo de acciones en favor de la salud de la población venezolana, sino a la consecución de una meta aún más noble (¿o francamente utópica?): la justicia social, no sólo como un objetivo per se que cualquier país debiera alcanzar, sino como una manera de

cancelar una gigantesca “deuda social” a esa inmensa masa de venezolanos (“el pueblo”) víctimas de una implacable y aparentemente sempiterna exclusión social que no los hace partícipes del desarrollo socio-económico del cual disfruta un limitado sector de la población venezolana.

Baldó utilizó su enfoque médico a través de un prisma socio-antropológico de manera enérgica y específica en la fisiología y la lucha antituberculosa, puesto que se especializó en dichas áreas luego de una permanencia de seis años en Europa, en donde se formó en los más prestigiosos centros de Alemania, Suiza y Francia. Regresa a Venezuela en 1926 (2). Aquí, comienza a realizar investigaciones epidemiológicas sobre la tuberculosis en Venezuela, con especial énfasis en el Distrito Federal y a trabajar a nivel oficial en su control. Sin embargo, es en 1936, cuando iniciaría de manera contundente el combate a la tuberculosis en Venezuela al ser nombrado, en 1936, Inspector *Ad honorem* de la lucha antituberculosa, situación que hizo necesaria la creación de la División de Tuberculosis (3). Baldó ideó, organizó y consolidó una particular infraestructura sanitaria para enfrentar dicha enfermedad, mediante la creación de las Redes antituberculosas (Primarias, Secundarias, Terciarias y Cuaternarias, en orden decreciente de complejidad) que disminuyeron sustancialmente las cifras de la morbi-mortalidad por su causa (4).

No obstante, pensar que la acción sanitaria de Baldó se restringió a combatir el impacto epidemiológico de la tuberculosis, no sólo es desacertado sino también injusto, puesto que si bien es cierto que buena parte de su ejercicio profesional gravitó sobre dicha lucha, no es menos cierto que su pensamiento médico tiene su sello muy particular, que trasciende los límites de la lucha antituberculosa y que debe haberse promovido y aplicado por los entes oficiales correspondientes a otras realidades socio-sanitarias de su época, sin duda que el panorama actual de la salud en Venezuela fuera mucho más alentador.

Un eximio colega suyo, el doctor Francisco Antonio Rísquez (1856-1941), confirma el punto de vista sostenido en este trabajo, cuando expresa que Baldó estudia “la tuberculosis no desde el punto de vista patológico 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” (5).

En este sentido, Baldó analiza un problema de la

tuberculosis en Venezuela, a través de un enfoque médico-social más que meramente médico. Baldó cual sociólogo moderno de la salud observó que uno de los aspectos más críticos de la pobreza lo constituye el proceso salud - enfermedad en general, que es perfectamente extensible a la epidemiología de la tuberculosis en particular y que los determinantes económico-sociales en el proceso de distribución de esta patología, se evidencian cruel y significativamente en las precarias condiciones y calidad de vida de los hogares pobres. Es necesario resolver dichos determinantes si en verdad se quiere atacar globalmente la tuberculosis, sin abandonar naturalmente la lucha antituberculosa específica, a pesar que en su época hubo una corriente de pensamiento sanitario que proponía combatir exclusivamente los aspectos sociales de la tuberculosis.

En este orden de ideas, Baldó manifiesta en la GMC que “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 alimentación y el alojamiento de las clases pobres, habiendo hasta quienes han llegado a pretender que la campaña antituberculosa específica se podría abandonar, y no dedicarnos para 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 asistencia 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” (6).

La filosofía del pensamiento médico social de Baldó no enclaustra el problema de la tuberculosis en el marco de una dimensión individual y biológica —de la que se derivan los modelos dominantes tecno-curativos intra-hospitalarios de atención

médica— sino que insiste en un enfoque integral de dicha patología. Baldó propone con tenacidad combatir “las primeras causas” (de orden social) como estrategia fundamental no sólo para la lucha antituberculosa, sino también para cualquier acción sanitaria que propenda al mejoramiento de las condiciones de salud de los venezolanos, la cual debe desterrar de manera definitiva el paradigma caritativo - asistencial como modelo protagónico de la atención médica. Incluso Baldó esboza una idea que se encuentra en el actual perfil diferencial para la interpretación de los procesos de salud - enfermedad, planteado de manera relativamente reciente por los científicos sociales: las desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con perfiles de morbi-mortalidad distintos dependiendo de la fortaleza o debilidad socio - económica de un estrato social dado. Así, en la medida que se atenúen las desigualdades sociales ante la enfermedad, también disminuirá el impacto epidemiológico de la tuberculosis.

Si un científico social con formación conceptual e investigativa en el área de las ciencias de la salud, analizara cuidadosamente el pensamiento médico - social de Baldó, seguramente distinguiría no solamente su actuación como sociólogo de la salud, sino también como un precursor de la salud organizacional y un propulsor de la medicina del trabajo en Venezuela, algo que los propios médicos no hemos sido capaces de percibir o que por lo menos no hay investigaciones que presenten estas aristas de la imprenta “baldosiana”.

Baldó argumenta en la GMC que: “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 la pantalla corroboramos el diagnóstico, ya estamos obligados a atacar la fuerza social: el trabajo” (6). Obsérvese el concepto de “estructuración social” que utiliza Baldó, el cual actualmente está en boga en múltiples investigaciones sobre la pobreza en el mundo y que constituye la clave para solucionar este flagelo de proporciones gigantescas.

Naturalmente que cuando Baldó se refiere a “atacar” el trabajo, no lo hace en el sentido literal de la palabra, sino en el sentido de “considerar seriamente” las consecuencias que el trabajo agotador que raya en límites infrahumanos, sin

legislación alguna que lo impida, puede debilitar al hombre y hacerlo más propenso a contraer la tuberculosis. Baldó afirma 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” (6). De esta manera, Baldó propone la necesidad de abordar algunas aspectos biológicos y sociales de la relación hombre - trabajo en nuestro país como una estrategia para la lucha antituberculosa, y considera que la salud del trabajador es una especie de “activo empresarial”, por cierto, el más valioso, necesario, para la “evolución social” de esa gran empresa llamada Venezuela.

Ahora bien, el pensamiento médico de Baldó, no sólo se caracteriza por una perspectiva predominantemente global y estructural social (de corte sociológico) en el estudio de la tuberculosis como problema de salud pública, sino que también presenta una perspectiva particular, subjetiva y cultural (de corte antropológico) que estudia la manera cómo poblaciones, grupos o comunidades reaccionan ante la enfermedad y su contribución a la difusión de la misma y a dificultar la lucha antituberculosa. La reflexión que él hace es “Pero, ¿y los hijos y la mujer de este tuberculoso qué va a ser de ellos?... cuántas veces se retarda la iniciación del tratamiento, con consecuencias desastrosas para el enfermo, porque fue un padre que tuvo que seguir haciendo frente al sostenimiento del hogar que cayó siderado y sin remedio por el mal que unos meses antes debidamente tratado es curable. Y el reintegro social de un tuberculoso curado ¿quién lo resuelve? (6).

A manera de síntesis, el pensamiento médico social de Baldó es de tal alcance y profundidad, que sus investigaciones signadas por un fuerte componente socio-antropológico, no solamente estuvieron orientadas hacia el conocimiento de la realidad epidemiológica de la tuberculosis, sino que también estuvieron dirigidas a contribuir a la eficacia de los sistemas de salud, específicamente los diseñados para la lucha antituberculosa, siendo el diseño de las Redes antituberculosas, el más claro ejemplo en este sentido. Además Baldó abordó la tuberculosis como problema de salud pública, de una manera exhaustiva a tres niveles: a) nivel macro-

social, vinculando la casuística de la tuberculosis en Venezuela, con ciertos factores sociales y económicos que tienen que ver con nuestro subdesarrollo como país, b) nivel mezo-social, analizando la infraestructura sanitaria que servía de base a la lucha antituberculosa, que luego él mismo reestructuraría de manera brillante y c) nivel individual, modificando a través de educación sanitaria, las percepciones, conocimientos y hábitos sobre la enfermedad, de tal manera que sean factores protectores que contribuyan a su prevención.

Finalmente, deseamos culminar este trabajo con un reflejo del pensamiento ciudadano de Baldó, no sólo porque incluye y trasciende su pensamiento médico social, sino porque mantiene intacta su vigencia: “En mi concepto lo primero que tenemos que proponernos crear en la conciencia nacional, es ese espíritu de solidaridad social tan primordial 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 en el analfabetismo. Este espíritu se desarrolla, se fomenta a medida que la evolución social y cultural hace progresos, para

llegar a constituir en los países de civilización avanzada la fuerza más potente 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” (6).

REFERENCIAS

1. Baldó JL. El problema económico de la producción de la leche frente a la mortalidad infantil y a la nutrición. *Gac Méd Caracas* 1958;67:212-217.
2. Rosales RM. Imagen del Táchira. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República; 1990.
3. Archila R. Historia de la Sanidad en Venezuela. Tomo II. Caracas: Imprenta Nacional; 1956.
4. Mercedes AM. 25 vidas bajo un signo. Caracas: Ediciones Lerner; 1967.
5. Rísquez F. Discurso de Contestación (al Trabajo de Incorporación de JJ. Baldó). *Gac Méd Caracas* 1936;43:374-377.
6. Baldó JL. Discurso de Recepción como Individuo de Número. *Gac Méd Caracas* 1936;43:371-374.

...viene de la pág. 89.

El Lazareto de Caracas situado en Sabana Grande se inauguró el 19 de abril de 1875: su costo fue de Bs. 60, 166, 56.

En el Lazareto de Maracaibo había para el año de 1880, 92 asilados.

En 1884 y 1885, según certificación de los Drs. Pedro Medina y Alejandro Frías, fueron curados en Caracas varios lázaros por el Sr. Telmo A Romero.

En el Lazareto de Caracas habían los siguientes recludos:

En 1880: enfermos	59	en 1895	91
En 1881:	68	en 1896	97
En 1882:	74	en 1897	99
En 1884:	87	en 1900	119
En 1887:	93	en 1901	108
En 1889:	87	en 1902	102
En 1890:	102	en 1903	106
En 1891:	119	en 1904	110
En 1892:	87	en 1906	111

El 7 de enero de 1905 por resolución del Ministerio de Obras Públicas y de orden del Gral. Cipriano Castro, Presidente de Venezuela, se mandaron a erogar Bs. 500 000, para el Lazareto de la Isla de Providencia, empleándose además Bs. 200 000 para terminarlo. Este se inauguró el 23 de mayo de 1906, reuniéndose allí los elefanciacos del Occidente, cuyo número alcanzó para el 31 de diciembre de 1907 a 600.

Por decreto de 13 de enero de 1905, dictado por el Gral. Cipriano Castro se ordenó construir un gran Lazareto en Cabo Blanco, asignándose para ello la suma de Bs. 700 000 y después se erogaron casi Bs. 200 000 para su terminación, inaugurándose también el 23 de mayo de 1906.

Posteriormente se trasladaron los enfermos del Lazareto de Caracas a aquel gran establecimiento. El de Caracas fue incinerado y destruido en toda forma.

En el Lazareto de Cabo Blanco para el 31 de diciembre de 1907 existían 72 varones y 40 hembras recludos. Los lazaretos de Caracas tuvieron siempre su cementerio especial anexo”. (*Gac Méd Caracas* 1932;39:38-39.