

**PROFESIONALIZACIÓN  
Y ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA**

**J. González Núñez**

*“Mirando el ayer y el hoy de la medicina...  
aprendí esa diferencia tan nítida entre  
el hecho de ser médico –la profesión-  
y el hecho de hacer de médico –la ocupación-.*

A. J. Jovell

## **INTRODUCCIÓN**

La historia del médico se inserta en el estudio histórico general de la medicina y ésta es, cómo no, parte integrante de la “historia total”, a la cual aporta uno de los puntos de vista más singulares. La actividad médica está condicionada, en mayor o menor grado, por circunstancias procedentes de situaciones anteriores que sólo el estudio histórico puede analizar adecuadamente (J. M. López Piñero).

Por eso, conocer la verdadera dimensión del médico de hoy pasa por evaluar los cambios del saber y el quehacer médicos que han tenido lugar a lo largo de la historia: la historia de los individuos, como la de los pueblos, es algo que va surgiendo y mudándose en vista de las tareas que la vida va ofreciendo en cada momento, pero el catalizador histórico, como cualquier otro enzima, necesita actuar sobre un sustrato, que, en este caso, es la historia ya vivida. Y en esta historia es imprescindible subrayar dos hechos fundamentales, el profesionalismo y la especialización, que, a su vez, han determinado comportamientos en el quehacer médico y actitudes ante el mismo claves para conocer la medicina actual.

Desde los tiempos más remotos las sociedades han experimentado, en mayor o menor medida, un proceso de división social del trabajo en diferentes etapas de su historia, que se acentúa conforme las relaciones sociales se van volviendo más complejas, se incrementan los conocimientos y se avanza en el progreso científico y técnico. En los países occidentales este fenómeno ha traído consigo, fundamentalmente desde la aparición de los gremios medievales, el agrupacionismo o asociacionismo, cuyas etapas finales son el profesionalismo, es decir, el surgimiento de las llamadas “profesiones” y, derivado del mismo y casi de forma inevitable, el especialismo, o sea, la subdivisión del ejercicio profesional en parcelas más o menos autónomas.

El profesionalismo implica en primer lugar el acceso a una profesión, que está regida por unas determinadas reglas de aprendizaje, así como la incorporación a un determinado grupo profesional, que dispone de normativas estrictas de actuación para regular la organización del ejercicio profesional, al mismo tiempo que el monopolio de una serie de actividades reservadas a quienes han adquirido los conocimientos y las habilidades técnicas socialmente reconocidas para el desempeño de las mismas.

La especialización es la etapa final de este proceso y lleva consigo la dedicación del profesional a aspectos determinados de su profesión y su incorporación a subgrupos institucionalizados en mayor o menor medida, el especialismo responde no sólo al desarrollo más profundo de un área de conocimientos, sino también a una mayor

complejidad de la organización profesional y a otras causas diferentes. Se podría decir que, a partir de un determinado momento histórico –el llamado “mundo moderno”–, la profesionalización se hace inevitable, y, desde otro –siglo XIX–, la profesionalización se convierte en condición necesaria, pero no suficiente, haciéndose imprescindible la especialización.

En el caso de las profesiones sanitarias, desde el Renacimiento existe un amplio cuerpo de conocimientos teóricos y técnicos en torno a los fenómenos de la salud y la enfermedad que se traducen en el desarrollo de una serie de actividades prácticas socialmente establecidas con el fin de luchar contra la enfermedad, promover la salud y mejorar las condiciones de vida de la población, en definitiva incrementar la cantidad y la calidad de vida del hombre. Estos saberes y técnicas han pasado a ser progresivamente más específicos y estar en manos de grupos con una formación característica, especial, distinta para cada área y cuya capacitación profesional necesita estar sancionada socialmente. Pero en el último medio siglo se ha hecho cada vez más evidente, al menos en Occidente, que la incorporación al ejercicio de la medicina no se agota con la obtención del correspondiente título de capacitación profesional –los estudios universitarios dirigidos a obtener la licenciatura de medicina y cirugía, sino todo lo contrario: se trata del requisito mínimo imprescindible para el acceso al ejercicio profesional, que, además, requiere adquirir conocimientos y habilidades específicas, también de forma organizada e institucionalizada, o sea, especializarse en una determinada área de la medicina.

Este proceso de división y subdivisión en el ejercicio de la medicina ha estado condicionado por dos tipos de factores: unos, internos a la propia disciplina médica, asociados a su creciente complejidad: aplicación del método experimental y profundización o ampliación de conocimientos relativos a la anatomía fisiología, patología de un determinado órgano, aparato o sistema del cuerpo humano, innovaciones técnicas en la determinación de la etiología, diagnóstico y tratamiento dietético, farmacológico o quirúrgico de una enfermedad o grupo de enfermedades, evolución de la práctica asistencial como consecuencia de la implantación de sistemas de asistencia sanitaria dependientes mayoritariamente de los Estados, desarrollo de la enseñanza de la medicina, etc.; otros, externos a la medicina, es decir, factores sociales, relacionados con aspectos sanitarios, demográficos –evolución de las pirámides poblacionales, aglomeraciones urbanas en detrimento del medio rural–, epidemiológicos, económicos, políticos, culturales, etc. Junto a ellos tampoco pueden dejar de mencionarse aquellos hechos o situaciones que han surgido en un determinado momento y requerido la acción social ante las demandas de la población.

Uno de los análisis más completos que se han realizado acerca del especialismo médico, de las causas médico-sociales de su aparición, de las etapas de su desarrollo y de los efectos de su implantación se debe al historiador norteamericano G. Rosen, cuyo libro **The specialization of Medicine**, publicado a principios de los años setenta del pasado siglo, es todo un referente en un campo en el que los estudios son bastante escasos.

El proceso habitual de constitución de una especialidad médica suele desarrollarse en fases distintas y sucesivas. Primero, se produce la autonomía de un área de la ciencia y de la técnica médicas, con la consiguiente separación de una parte de la práctica médica y el desmembramiento de una parte de la profesión, que pasa a ser un subgrupo profesional especializado que ejerce el monopolio del dominio científico y técnico de

dicha área. Luego, este subgrupo especializado institucionaliza un mecanismo de agrupamiento de nuevos miembros mediante la organización de asociaciones y sociedades propias, la docencia y las titulaciones especializadas, tratando de unir sus legítimos intereses con las demandas de la sociedad. Finalmente, la nueva especialidad crea sus propios órganos de expresión (revistas científicas, publicaciones especializadas, páginas web, congresos y reuniones científicas, etc.) y desarrolla actividades investigadoras, docentes y asistenciales a través de diversas instituciones (institutos, universidades, hospitales, etc.).

No obstante, en la aparición de las distintas especialidades médicas han influido de modo diverso los factores anteriormente comentados. Los primeros gajos de la especialización se encuentran en las grandes áreas de la práctica médica: la medicina interna y la cirugía, cada una de las cuales ha dado lugar a progresivas divisiones y subdivisiones, la primera como consecuencia del ingente volumen de conocimientos científicos acumulados, y la segunda, debido a la extraordinaria revolución técnica experimentada. Por otra parte, la peculiaridad de la atención al embarazo y al parto y la toma de conciencia de que los niños no son “adultos en miniatura” y requieren una atención sanitaria particularizada condujo también a desarrollar desde los primeros tiempos de la etapa científica de la medicina tanto la Ginecología y Obstetricia como la Pediatría.

La subdivisión progresiva de la Medicina Interna, como consecuencia del aumento del conocimiento científico –en profundidad y en extensión- de un determinado órgano, aparato o sistema y de la mejora de los medios de exploración, ha desembocado en la aparición de especialidades como la Cardiología, Hematología, Neumología, Gastroenterología, Nefrología, Neurología, Reumatología, etc., que han exigido una dedicación monográfica a las mismas de los profesionales médicos.

En ocasiones, lo que se ha producido como consecuencia del avance en la investigación y en el conocimiento ha sido, en realidad, la construcción de todo un nuevo edificio médico, como ha ocurrido en el caso de la Endocrinología, a partir del descubrimiento de las hormonas. Este hecho se ha producido también en otras áreas del saber médico, tanto dentro como fuera de la Medicina Interna, y han afectado tanto a la clínica: Inmunología, Alergia, Oncología, etc., como al diagnóstico –cuyo desarrollo ha estado impulsado por la llamada “medicina de laboratorio” (E. H. Ackerknecht)-: Anatomía patológica, Medicina Legal y Forense, Análisis clínicos, Bioquímica clínica, Radiodiagnóstico, Toxicología, etc., y al tratamiento: Farmacología clínica. La mayoría de ellas comparten el rasgo común de que no sólo constituían parcelas más o menos amplias de la medicina, sino también de otras disciplinas experimentales.

En relación a las especialidades quirúrgicas, el fenómeno de la especialización ha estado marcado por varios hechos fundamentales: en primer lugar, las posibilidades operatorias abiertas por la anestesia, la hemostasia y la asepsia y antisepsia, que permitieron vencer tres barreras infranqueables hasta el siglo XIX en el desarrollo de la Cirugía; en segundo lugar, el descubrimiento de los grupos sanguíneos a principios del siglo XX, que permitió el perfeccionamiento de las técnicas de transfusión sanguínea e impulsar decididamente la Cirugía interna; en tercer lugar, el continuo avance experimentado en las técnicas diagnósticas; finalmente, el progreso de los tratamientos quirúrgicos y de los medios operatorios. Todo ello ha permitido la aparición de “cirugías con apellido”: general, cardiovascular, torácica, digestiva, neurológica –neurocirugía-, etc., por una

parte, y la emancipación definitiva de las especialidades de tradición quirúrgica, como la Oftalmología, la Ginecología y Obstetricia, la Urología y la Otorrinolaringología, por otra.

Otras veces, el proceso de fragmentación de la medicina y la consiguiente aparición de especialidades y subespecialidades ha estado motivado más que por factores de índole médica por determinados supuestos ideológicos y por razones de intereses sociales en momentos históricos concretos. Esta es el caso de la Pediatría, en el que, además de la evolución en el saber y la práctica pediátricas, influyó decisivamente el cambio de actitud en relación a los niños, a su papel en la sociedad y a sus padecimientos experimentado a partir de la Ilustración y los escritos de J. J. Rousseau. Íntimamente relacionado con ellas se encuentra el caso de la Ortopedia, cuyo proceso de gestación puede ser atribuido ante todo a la presión y el interés social por resolver la intolerable situación de los numerosos niños con deformidades en la Europa del siglo XVIII.

También puede hablarse de un origen en las creencias, actitudes y valores sociales promovidos por las corrientes ideológicas, en el caso de la Psiquiatría. La asistencia psiquiátrica ya venía organizándose desde el siglo XV, centuria en la que se produjo una gran proliferación de instituciones dirigidas a atender a los enfermos mentales, aunque la precariedad de dicha asistencia propició, a partir del siglo XVIII, una nueva orientación inspirada en los ideales de la Ilustración. Con las reformas de Ph. Pinel y J. E. D. Esquirol surgió la psiquiatría moderna y, con ella, médicos especializados a lo largo del siglo XIX, una vez que la separación previa de los saberes psiquiátricos y neurológicos tuvieron su correspondencia en la práctica clínica.

Parecidas características ha tenido la emancipación de la Dermatología, unida desde largo tiempo atrás a la Venerología. En su separación ha pesado decisivamente el rechazo social, en el caso de las afecciones dermatológicas por el asco o repugnancia que mucha gente muestra ante las enfermedades de la piel, y en el caso de la sífilis y demás enfermedades venéreas por la carga religiosa y los prejuicios morales que históricamente han ido asociadas a las mismas. Sobre el sustrato de los adelantos microbiológicos, histológicos y anatomopatológicos, la actitud social fue el catalizador para que la Dermatología iniciara su propio camino de la mano de la Venerología durante la centuria decimonónica.

Por otra parte, la lucha contra las enfermedades contagiosas, como la tuberculosis, y las epidemias hizo imprescindible la formación y el importante desarrollo de la Medicina Preventiva y la Salud Pública y no hay más que ver los cuadros de Sorolla para comprender que la miseria, las precarias condiciones laborales de los trabajadores y los frecuentes accidentes de trabajo en la sociedad que siguió a las grandes revoluciones industriales hacían urgente la disponibilidad de profesionales especializados en la Medicina del Trabajo.

Capítulo aparte merece la Odontología, tradicionalmente ligada a una actividad práctica y artesanal centrada en la extracción de dientes y en la elaboración de prótesis y, por tanto, con un largo bagaje de rama autónoma de la medicina. En su evolución tuvo un papel fundamental la cirugía, primero a través de su renovación en el siglo XVIII y, después, como consecuencia de los avances experimentados en el campo de la anestesia, la hemostasia y la quimioterapia. En la mayoría de los países occidentales la Odontología ha constituido una especialidad autónoma y sus cultivadores un grupo

profesional independiente desde el siglo XIX con instituciones docentes y titulación propias; sin embargo, en España fue una rama especializada de la enseñanza y de la profesión médicas hasta hace poco tiempo cuando las directivas europeas obligaron a su consideración como profesión independiente.

En España, como en la mayoría de los países desarrollados, el siglo XIX fue decisivo en la configuración del ejercicio médico profesional. Las primeras asociaciones médicas iniciaron su singladura con creación en 1838 de la Sociedad Médica Matritense, a la que seguirían en las décadas posteriores instituciones similares en Valencia, Barcelona y otras provincias españolas. Los nuevos ideales de la Revolución de 1868 impulsaron el asociacionismo profesional, que se mantuvo con la Restauración borbónica. En la última década del Ochocientos se comenzaron a difundir las bases para una Asociación General de médicos y farmacéuticos rurales, se crearon los Colegios Médicos provinciales y se impulsó la colegiación de los médicos. A partir del Real Decreto de 1898 entraron en vigor los estatutos para el régimen de los Colegios Médicos, que pasaron a ser reconocidas como corporaciones oficiales en los primeros años del siglo XX, lo que suponía una profunda reforma del ejercicio profesional al establecerse la obligatoriedad de la colegiación como requisito para el mismo.

Junto con el asociacionismo profesional, las ideas democrático-liberales de la Revolución de 1868 también trajeron de la mano el movimiento positivista, y con él, la europeización de la medicina española y su renovación científica y académica. En las décadas finales de la centuria haría su aparición el asociacionismo científico, precedido, eso sí, de un buen número de escuelas y academias, entre las que la Escuela Libre de Medicina de Sevilla y la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Barcelona ocuparon un papel relevante. Por su parte, el Instituto de Terapéutica Operatoria, fundado en 1880 en Madrid por el doctor Federico Rubió y Galí, fue el iniciador de las especialidades quirúrgicas. Asimismo, la creación de cátedras universitarias resultó un excelente motor en el proceso de constitución de algunas Sociedades, como es el caso de la Pediatría.

## PREHISTORIA Y PUEBLOS PRIMITIVOS

La paleopatología ha demostrado que la enfermedad ha aparecido simultáneamente con la vida en todos sus niveles. En relación a los seres humanos, los estudios realizados en las últimas décadas permiten afirmar que la enfermedad es tan vieja como el hombre, destruyendo para siempre el viejo mito de los “tiempos paradisiacos” libres de la misma. Como concluye M. Sendrail en su Historia cultural de la enfermedad:

“... desde que el hombre tomó conciencia de su humanidad, desde que su pensamiento aprendió a reflejarse en sí mismo, como su rostro en el agua virgen de los lagos; desde que levantó sus manos adorantes, supo también que su cuerpo estaba sujeto al mal y que le incumbía, con la ayuda de los dioses, ingeniárselas para curar ese mal. Partiendo del umbral de los paraísos, en lo sucesivo lanzados al descubrimiento de una tierra inclemente, los hijos de Caín eran ya sacerdotes y médicos”.

¿Cómo se enfrentó el hombre prehistórico con la realidad de sus enfermedades? ¿De qué manera abandonó las tinieblas de sus sentidos y comenzó a reflexionar acerca de sus males? No lo sabemos. La Tierra es un celoso guardián de informaciones pretéritas que incrementan el conocimiento y ayudan a una mejor comprensión del pasado, pero desgraciadamente no podemos encontrar restos fósiles del pensamiento. La falta de documentos no permite otra cosa que hacer suposiciones y sacar deducciones a partir de la observación de lo que todavía hoy hacen los grupos humanos cuya vida se aproxima más a la de las sociedades prehistóricas, lo que los especialistas suelen denominar pueblos primitivos. Es el único recurso –a veces, no válido– para tener una idea aproximada de lo que debió ser la medicina en aquellas épocas remotas. En cualquier caso, parece demostrado, según los estudios antropológicos, que, bajo aspectos diferentes de lugar y de tiempo, todas las fases de la medicina primitiva han sido esencialmente semejantes, apareciendo como principales rasgos comunes la concepción mágica de la enfermedad y la actuación empírica frente a ella.

En efecto, la primera respuesta del hombre primitivo a la enfermedad seguramente tuvo un carácter puramente empírico: ante la repetida observación de un hecho frecuente como la contaminación de heridas o la presencia de parásitos, al que normalmente sigue un cuadro anormal de alteraciones distintas, el hombre primitivo reaccionó sin reflexionar en el por qué de aquel hecho, limitándose a constatar lo que su presencia le mostraba evidente.

De acuerdo con M. Foucault:

“En el alba de la humanidad, antes de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina, en su integridad, residía en una relación directa del sufrimiento con lo que lo alivia. Esta relación era más intuitiva y de sensibilidad que producto de la experiencia; la establecía el individuo por sí mismo y para sí mismo... Esta relación establecida sin mediación del saber es comprobada por el hombre sano; y esta observación misma no es

opción para un conocimiento venidero; no es ni siquiera toma de conciencia; se cumple con lo inmediato y a ciegas”.

En términos parecidos, aunque con una diferencia de veinte siglos, se expresaba A. C. Celso en su famoso tratado *Los ocho libros de la Medicina*, un inigualable resumen de cuanto se había hecho y dicho en medicina hasta la primera mitad del siglo I d.C.:

“No es verdad que en su origen la medicina haya sido consecuencia de cuestiones previamente planteadas, puesto que ha nacido de la observación de los hechos (...) Por tanto la medicina no nació del razonamiento, sino que éste vino después de la medicina”.

En los pueblos primitivos de cultura más rudimentaria seguramente no existieron individuos funcional y socialmente diferenciados como sanadores y el enfermo sería tratado por cualquiera de los individuos de su familia o de su tribu. En cualquier caso, guiado por su instinto de conservación, el hombre primitivo tomaría algunas precauciones higiénicas, que son realizadas de forma instintiva por los animales: lavar las heridas, aislarse buscando refugio en los abrigos de las rocas, tratar de despiojarse, etc; intentaría encontrar determinadas plantas y hierbas para aliviar el dolor o curar algunos males; buscaría de forma amorosa arropar, como hace la madre acurrucando al niño febril en su regazo, a los más desvalidos, o simplemente, ofreciendo esa simple, pero cálida e imprescindible ayuda, que supone poner la mano sobre la zona dolorosa.

No obstante, en pinturas rupestres de entre 15.000 y 20.000 años de antigüedad se pueden apreciar ya figuras de hombres con cabezas de animales, ejecutando danzas rituales o con algún otro significado especial, que nos inducen a pensar que el oficio de curar estaba ya en esa época en manos de los adivinos o hechiceros. Entre las tribus cazadoras y recolectoras el chamán es el elegido para combatir las enfermedades, elaborar remedios medicinales y predecir acontecimientos importantes para la vida de la comunidad, pues se considera que, de alguna manera, tiene contacto directo con los dioses.

Entre estos comportamientos más primitivos y los más evolucionados del hombre neolítico, en los que ya se aprecia un fuerte peso religioso, el cazador paleolítico desarrolló la magia, formuló explicaciones sobre la vida humana y puso en marcha procedimientos rituales para curar las enfermedades. Y es que, para sobrevivir, para tener éxito en la caza, para no enfermar o morir, el hombre necesitó echar mano de “procedimientos especiales” –mágicos, supersticiosos– con objeto de controlar las fuerzas naturales o sobrenaturales.

Para llevar a cabo dichas tareas surgió la figura del sanador (hechicero, curandero, chamán, hombre-medicina, etc.), el cual en su versión más primitiva desempeñaría un papel más amplio al actuar no sólo como médico, sino también como maestro, iniciador o protector, realizando, a veces, funciones sacerdotales, mágicas e incluso de jefe político, mientras que, en las sociedades más evolucionadas, llevaría a cabo funciones casi exclusivas de curandero, a veces dedicado a un solo tipo de dolencias, en lo que sería una primera forma de especialización.



Ateniéndonos a los análisis y observaciones a los que han conducido los estudios antropológicos más importantes realizados en los pueblos actuales que viven o en los que hasta hace poco tiempo vivían todavía en condiciones primitivas, puede decirse que la medicina de los pueblos primitivos es prioritariamente mágica en el modo de interpretar la enfermedad y empírico-mágica en la forma de actuar ante ella. Y así lo traslada R. Dubos a las sociedades primitivas del pasado:

“Muchas fuerzas, que el hombre consideró como misteriosas porque eran indirectas o estaban fuera de su alcance para su aprehensión consciente, afectaban la salud del hombre primitivo. De esta manera el comportamiento mágico llegó a ser muy pronto un componente esencial de su actitud en relación con el origen y el control de la enfermedad. En consecuencia, la medicina tuvo una doble naturaleza desde sus mismos comienzos. Éstos incluyeron el conocimiento empírico de procedimientos efectivos y la creencia en influencias mágicas”.

El pensamiento mágico del hombre primitivo es fundamentalmente causal: cualquier acontecimiento de su vida, situación de su entorno o fenómeno del mundo que le rodea, tiene un por qué, una causa, nada llega por azar. En el caso de las enfermedades, ciertas afecciones, las menos, se suponen debidas a la vida misma -como sucede con los traumatismos-, si bien la mayoría de ellas no pueden ser explicadas por causas naturales sino por la acción de “poderes” (fuerzas, espíritus, personajes) invisibles y misteriosos que pertenecen a la esfera de lo “sobrenatural”.

Para E.H. Ackerknecht, los mecanismos para producir la enfermedad son la intrusión de un cuerpo o espíritu extraño, o la pérdida o evasión de una de las almas, que puede ser raptada o devorada, siendo la entidad misteriosa que provoca la enfermedad un ser divino, el espíritu de un difunto e incluso un ser humano que actúa como hechicero o se sirve de otro, mientras que las razones que ponen en marcha tales mecanismos suelen encontrarse en la “justicia” divina con la que sancionar una “impureza” o la ruptura de un tabú, así como en otros hechos más arbitrarios, como la cólera de un dios, el temor de un espíritu insatisfecho u ofendido, o simplemente la venganza a través del hechizo de un enemigo o rival.

El profesor Ackerknecht, a quien se deben un número ingente de trabajos acerca de los pueblos primitivos y probablemente los más profundos estudios sobre su medicina, señalaba asimismo el aspecto social de la enfermedad como uno de los rasgos más diferenciadores de la medicina primitiva:

“Enfermedad y medicina son funciones de la cultura. Evidentemente, sobre una base biológica, pero no basta con que uno tenga una infección o esté enfermo. Es necesario que la sociedad lo sancione como tal (...).

La medicina y el concepto de enfermedad desempeñan un importante rol social al preservar a la sociedad en la medida en que son sanciones

sociales. El primitivo, si cae enfermo, inmediatamente se pregunta en qué ha violado las reglas sociales de su grupo, puesto que ha aprendido que la enfermedad es el castigo que inflinge lo sobrenatural por ello (...)

La enfermedad en muchas sociedades primitivas es la sanción social más importante...”

Por regla general, para el hombre primitivo, el mal físico que constituye la enfermedad y que ha sido descrito por Ch. Coury y L. Girod como “el parásito trascendente que posee físicamente al enfermo, es independiente de él y se manifiesta por la sintomatología correspondiente”, va siempre unido a la trasgresión de una ley moral, hasta tal punto que M. Sendrail llegaba a afirmar:

“La confusión obstinada del mal físico y del mal moral que encontramos en todos los estadios de la evolución humana y que se impone todavía a nuestro sentimiento espontáneo, tiene indiscutiblemente sus raíces en la más arcaica conciencia de nuestra especie”.

La expresión “estar malo”, aún hoy la más común para designar el estado de enfermedad, es un claro ejemplo de esta relación, consciente o no, que se produce entre mal y enfermedad.

Integrada en el complejo pensamiento primitivo acerca de la vida y la naturaleza –el cual supone la “penetración de lo sobrenatural en la visión general del mundo bajo todas sus formas”, según el planteamiento de J. Cazeneuve-, la enfermedad aparece generalmente como resultado de la actuación de “poderes” que superan el límite de las posibilidades humanas, pese a lo cual el hombre, mediante fórmulas adecuadas, puede orientarlos al servicio de sus necesidades, es decir: las “causas sobrenaturales” pueden descubrirse y tratarse por la acción de “fuerzas sobrenaturales” y es que “nada llega por azar, todo se explica por fuerzas místicas”.

El primitivo actúa frente a la enfermedad una vez determinado el agente causal y para ello realiza el “diagnóstico” a través de la adivinación y de los presagios (también interroga al enfermo y lo observa con sumo cuidado, recogiendo actitudes, comportamientos o “señales” que él considera claves) y actúa terapéuticamente mediante una amplia gama de remedios, desde tratamientos puramente psicológicos (persuasión, sugestión, hipnosis, catarsis, ...) hasta otros enteramente empíricos (hierbas, hidroterapia, etc.) y quirúrgicos (fundamentalmente la cirugía traumatológica), pasando por rituales (danzas, cánticos, ritos públicos...) en los que se utilizaban objetos mágicos (amuletos, fetiches, talismanes, etc.), encantos y oraciones, usando la mayoría de las veces una mezcla de tales métodos.

Pero ante la enfermedad no puede actuar cualquier persona, sino sólo quien sabe ponerse –naturalmente tras un periodo de aprendizaje- en relación con las potencias ocultas y tiene medios para influir en ellas y dirigirlas: el mago, hechicero o sanador, quien es elegido por herencia o linaje, por iniciativa propia –tras un sueño o la “visita” de un antepasado- o por elección de la comunidad en base a determinadas peculiaridades físicas o psicológicas. Estos sanadores primitivos son respetados y

tenidos por la comunidad como algo sagrado; muchos de ellos hacen de la práctica médica su única ocupación, mientras que otros son médicos ocasionales.

La incrustación de la enfermedad en el entramado sociocultural de los pueblos primitivos ha sido subrayada por tres grandes autores: W.H.R. Rivers, F.H. Garrison y J.G. Frazer. Para el primero de ellos, las ideas de los primitivos acerca de la enfermedad están tan íntimamente relacionadas con su modo general de sentir y de pensar que podría afirmarse que era incluso más racional que la nuestra:

“... porque sus modos de diagnósticos y de tratamiento se derivan más directamente de sus ideas sobre el origen de la enfermedad”

Para Garrison, uno de los más influyentes historiadores de la medicina americana, la medicina primitiva es inseparable de los modos primitivos de la creencia religiosa:

“Si pretendemos entender la actitud de la mente primitiva hacia el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, debemos admitir que la medicina, en nuestro sentido, fue sólo una fase de un conjunto de procesos mágicos o místicos, destinados a procurar una existencia humana mejor, tal como prevenir la cólera de los dioses ofendidos o alejar los espíritus malignos, producir el fuego, provocar la lluvia, purificar las aguas o las estancias, fertilizar los suelos, aumentar la potencia sexual o la fecundidad, prevenir o alejar las plagas del campo y las enfermedades epidémicas”.

Finalmente, J. G. Frazer considera lo siguiente:

“La patología primitiva atribuye la producción de las enfermedades a algo proyectado dentro del cuerpo de la víctima, a algo llevado sobre él, o al efecto de la hechicería sobre alguna parte del cuerpo del enfermo o sobre alguna cosa con él relacionada”.

Interpretada la realidad como sistema de designios y presagios del agrado o del rechazo divinos (este modo de pensamiento ha sido definido por P. Laín Entralgo como “mentalidad ordálica”), el hombre primitivo vivió su relación con la deidad en un equilibrio inestable debido a la continua tensión que le producían dos actitudes contrapuestas: la esperanza, esperanza de agradar o de ser grato, y la desesperanza, es decir, la falta de esperanza como consecuencia del desagrado o rechazo divinos.

## CULTURAS ARCAICAS

Con la aparición de las civilizaciones urbanas comenzaron a desarrollarse las llamadas culturas arcaicas, y con ellas, la interpretación de la enfermedad como castigo divino fue adquiriendo un carácter más religioso, transformándose poco a poco el pensamiento mágico en pensamiento mágico-religioso. Este modo de interpretar la enfermedad ha perdurado a lo largo del tiempo, como lo demuestra, en cierto modo, la confusión del mal físico y del mal moral que se ha perpetuado hasta nosotros a lo largo de la historia y que, todavía hoy, podemos observar en los niveles primitivos de la medicina popular. Así queda reflejado en el sermón del jesuita Paneloux, uno de los personajes de los que se vale A. Camus para tipificar algunas de las actitudes cardinales del hombre ante la enfermedad epidémica en su novela *La peste*:

“Desde el principio de toda la historia, el azote de Dios pone a sus pies a los orgullosos y a los ciegos. Meditad en esto y caed de rodillas”.

Por otra parte, la manera de actuar frente a la enfermedad se fue haciendo cada vez más compleja, acumulándose observaciones clínicas, determinadas señales del cuerpo del enfermo (pulso, respiración, etc.), incorporándose la anamnesis y añadiéndose nuevos tratamientos empíricos, principalmente remedios vegetales. La invención de la escritura hacia mediados del IV milenio a. C. proporcionó una nueva fuente para delimitar los conocimientos médicos y la práctica de la medicina desde tiempos bastante remotos. En los textos literarios más antiguos que se conocen, encontrados en la ciudad mesopotámica de Schuruppak, ya aparecen algunas enfermedades contraídas por los hombres y los animales, así como determinados conjuros contra las picaduras de escorpión y las mordeduras de serpiente.

## MESOPOTAMIA

La interpretación mágico-religiosa de la enfermedad fue especialmente relevante en la medicina y en el pueblo de Mesopotamia. En efecto, la concepción mesopotámica de la enfermedad era eminentemente religiosa, hasta el punto que la misma palabra *shêrtu* significaba pecado, cólera de los dioses, impureza moral, castigo y enfermedad; en ella se resumía la causalidad patológica. En este contexto, no es de extrañar que la idea de la contaminación y la obsesión por ciertas prácticas mágicas de carácter higiénico para evitarla estén presentes constantemente en la vida de los habitantes de Mesopotamia, como lo prueban los numerosos interrogatorios aparecidos en las tablillas de arcilla o los objetos votivos encontrados en diferentes excavaciones arqueológicas. Por otra parte, los fosos del inmenso desagüe de la ciudad de Babilonia constituyen modelos ciertamente adelantados de infraestructura de higiene pública.

Las enfermedades fueron descritas siempre por la sintomatología a partir de una profunda observación clínica, y el pronóstico solía coincidir con la interpretación de los augurios –conviene recordar que para algunos estudiosos, como Sigerist, la adivinación es una forma de pensamiento precientífico con el que se intenta buscar la relación causa-efecto-. Muchas de las enfermedades están mencionadas en los “manuales” de contenido médico encontrados en las tablillas de barro, de las que los archivos de Asur

y la biblioteca de Nínive (s. VII a. C.) son una fuente inigualable para conocer la medicina mesopotámica contemporánea a ellas y las etapas anteriores.

Para los mesopotámicos la causa productora de la enfermedad era unas veces la venganza de un dios, que lesionaba el cuerpo o el alma del enfermo y, otras, la intervención divina de forma indirecta, a través de la acción de múltiples espíritus malignos; también existía la posibilidad del encantamiento por obra de un hechicero o brujo. La idea del mal fue para los mesopotámicos inseparable de las relaciones entre los hombres y los dioses: el pecado trae la enfermedad como consecuencia de la desarmonía entre el individuo y sus dioses.

Por esta razón, no es de extrañar que la profesión médica fuera ejercida tanto por los médicos (asû) que se dedicaban a aplicar tratamientos o a realizar intervenciones quirúrgicas (el Código de Hammurabi, fechado en 1695 a. C., ofrece diversos ejemplos de cómo estaba regulada la profesión y de cómo los médicos estaban sometidos a una responsabilidad social recogida en las leyes: “si un médico ha tratado a un hombre libre, de una herida grave con una lanceta de bronce y ha hecho morir al hombre, a este médico se le cortarán las manos”) como por los sacerdotes que realizaban exorcismos y conjuros (exorcistas), y por los videntes que se encargan del diagnóstico y el pronóstico (adivinos). Estos tres tipos de sanadores muchas veces ejercían bajo la dirección de un médico-jefe, quien dada la estrecha relación de la medicina con la astrología (en realidad todos los acontecimientos de la vida eran interpretados a la luz de los fenómenos astrológicos –fases de la luna, estaciones, disposición de las estrellas en el cielo, acontecimientos meteorológicos diversos, etc.-), solía ser un sacerdote. Los médicos, que tenían sus propios dioses protectores, solían utilizar los “sellos” –una especie de pequeño rodillo que aplicaban sobre la arcilla blanda- para la identificación de sus actividades.

No obstante, el concepto evolucionó en los tres milenios y medio que duró su civilización: en los períodos más arcaicos lo que parecía dictar los decretos divinos para la instauración del mal era el capricho de los dioses; posteriormente, nació y comenzó a crecer de forma progresiva la fe en la equidad divina, es decir, la aplicación de una sentencia justa por faltas cometidas. A pesar de ello, a veces no era posible encontrar una respuesta adecuada que justificara la enfermedad y se pensaba que, en esos casos, el designio de los dioses era mantener en secreto la causa de la enfermedad, tal como puede observarse en un bello poema que refleja el pensamiento generalizado de los mesopotámicos frente a la enfermedad:

“Lo que parece malo para el corazón es bueno para el dios; ¿quién puede comprender la mente de los dioses en la profundidad del cielo?”

Del mismo modo, la práctica médica también evolucionó: en la época del Código de Hammurabi existían personas de considerable importancia social dedicadas a la interpretación, tratamiento y curación de las enfermedades, por cuya actividad cobraban honorarios según la categoría social de los pacientes, es decir, se trata de profesionales que viven de su trabajo. Para ilustrar la regulación de la profesión médica sirvan como ejemplo los artículos del Código numerados del 215 al 220:

“- Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave mediante una lanceta de bronce y el hombre cura; si ha abierto la nube de un hombre con la lanceta de bronce y ha curado el ojo del hombre, recibirá diez siclos de plata.

- Si se trata de un plebeyo, recibirá cinco siclos de plata.
- Si se trata de un esclavo de un hombre libre, el dueño del esclavo dará al médico dos siclos de plata.
- Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave con la lanceta de bronce y ha hecho morir al hombre, (o) si ha abierto la nube del hombre con la lanceta de bronce y destruye el ojo del hombre, se le cortarían las manos.
- Si un médico ha tratado una herida grave al esclavo de un plebeyo con el punzón de bronce y lo ha matado, devolverá esclavo por esclavo.
- Si ha abierto la nube con la de bronce y ha destruido el ojo, pagará en plata la mitad del precio del esclavo.”

Por el contrario, en los albores de la cultura mesopotámica, la atención a los enfermos era mucho más rudimentaria y estaría más en consonancia con lo relatado por Herodoto varios siglos después:

“Ellos sacan sus enfermos a la plaza del mercado cuando no tienen médico; entonces todo el que pasa cerca de la persona enferma habla con ella a propósito de su enfermedad; así se averigua quienes han sido afligidos con la misma dolencia o han visto a otras personas padeciendo de lo mismo; de este modo, los que pasan conversan con aquel y le advierten si han recurrido al mismo tratamiento que él y han curado de la misma enfermedad, o si han visto curar a otros. Y no era permitido pasar en silencio junto a la persona enferma sin averiguar lo relativo a la naturaleza de su padecimiento”.

En medio de ambos comportamientos, algún sabio babilonio había recogido en tablillas de arcilla un verdadero “manual” de diagnóstico y patología clínica.

## EGIPTO

El concepto de enfermedad como castigo permanece en el antiguo Egipto, aunque la actitud de este pueblo, cuyos conocimientos médicos superaban a los de sus contemporáneos, fue mucho más abierta que la de los habitantes de Mesopotamia y se atenia preferentemente a los datos de la observación sensorial. Según M. Sendrail, la enfermedad no es un desorden moral y personal para los egipcios sino la expresión de un drama metafísico, del conflicto entre la trinidad benéfica y Set, el dios malo.

Para los pobladores de Egipto la enfermedad es inherente a la condición humana, pero su etiología podría ser visible, es decir, debida a causas externas (entre las que se encuentran los “vientos portadores del mal”, los patógenos visibles –generalmente gusanos- y los “agentes invisibles” que circulaban por el organismo) u ocultas (como consecuencia del castigo de los dioses, la acción malévolas de los enemigos o la venganza de los muertos). Así pues, el concepto de enfermedad de los egipcios se diferencia del que tenía el pueblo mesopotámico en un mayor significado mágico.

Los egipcios conocieron, casi con toda seguridad, la transmisión de algunas infecciones, parece que poseyeron un cierto saber epidemiológico y, según Herodoto, utilizaban vestidos sencillos, baños frecuentes y purgaciones periódicas, pudiendo considerárseles como, uno de los pueblos más higiénicos del mundo. Además, sus médicos dispusieron de una amplia experiencia quirúrgica, el rito del embalsamamiento facilitó a los mismos conocimientos anatómicos más que considerables y la generosidad de sus tierras les proporcionó una extensa lista de remedios terapéuticos animales, vegetales y minerales.

Los principales documentos para conocer la medicina egipcia son una docena de papiros, escritos entre los siglos XX y XIII a. C., algunos de los cuales son copias de otros documentos más antiguos. También las ostracas –fragmentos de texto escritos sobre tierra caliza-, los grabados y dibujos encontrados en templos y tumbas, los bajo-relieves, las esculturas y las piezas de cerámica contribuyen a hacernos una idea aproximada de lo que era el saber médico y la práctica de la medicina en el Antiguo Egipto. Tampoco faltan referencias escritas, como las de los escritores griegos –principalmente Herodoto y Estrabón- y los “cronistas” bíblicos. Por otra parte, las investigaciones paleopatológicas han permitido sacar a la luz el conocimiento de diferentes diagnósticos y tratamientos a partir de los estudios realizados sobre momias y restos humanos. No obstante, y a pesar de ser cada vez mejor, nuestro conocimiento sigue siendo fragmentario y es que, como ya comentaba Clemente de Alejandría en los primeros siglos de nuestra era, los egipcios poseían más “libros” especializados en medicina de los que se conocían.

El Papiro de Ebers (1550 a. C.) es el más extenso y mejor conocido. Constituye una amplia recopilación de las más diversas disciplinas médicas, en la que se recogen datos relativos al diagnóstico y la terapéutica y poniendo de manifiesto conocimientos anatómicos, fisiológicos, patológicos y terapéuticos; se describen diversas enfermedades por su sintomatología y, entre ellas resulta curiosa la siguiente invocación para liberarse de la más frecuente de las enfermedades humanas, el resfriado común:

“Sal, tú que rompes los huesos,  
destruyes el cráneo,  
socavas la médula de los huesos,  
y atraviesas los siete orificios  
de la cabeza del enfermo.”

El papiro de Smith es otra de las grandes fuentes para la interpretación de la medicina egipcia, destacando las precisas descripciones de las afecciones quirúrgicas. En él pueden encontrarse secciones enteras dedicadas al tratamiento de las heridas y distintas referencias a las enfermedades contagiosas, proponiéndose en la segunda parte del mismo “un encantamiento para expulsar la peste”, la cual era tan temida o más como el propio faraón, según algunos textos fechados veinte siglos antes de nuestra era.

Por su parte, el Papiro de Hearst (1500 a. C.) muestra que los egipcios habían descubierto que las enfermedades podían transmitirse por contagio, como lo prueba el que cierta enfermedad es designada como “...la de los asiáticos”, mientras que el Papiro de Berlin incluye amplias descripciones cardiológicas y angiológicas.

Del análisis de algunos relatos bíblicos parece deducirse que la medicina egipcia podía representar el *summum* del saber médico y haber alcanzado un alto grado de especialización, sobre todo durante el Imperio Antiguo, en el que todavía no existía el concepto de la “totalidad del cuerpo”. A esta conclusión también parece llegarse en la siguiente frase de Homero, contenida en la Odisea: “Allí cada individuo es un médico que descuella por su saber entre todos los hombres...”, y tras la lectura del historiador griego Herodoto:

“La medicina se practica entre ellos repartida de la forma siguiente: cada médico trata una enfermedad y nada más. Todo está lleno de médicos

practicantes, algunos ocupados en curar enfermedades de los ojos, otros de los dientes, otros de la cabeza, otros de las vísceras del vientre, y algunos de aquellas enfermedades que son invisibles”.

Los médicos egipcios gozaron de un gran prestigio y reputación y muchas veces disponían de la ayuda de personal auxiliar en su práctica diaria. No obstante, a pesar de sus avanzados conocimientos, algunas veces los médicos egipcios no encontraban remedios para algunas de sus enfermedades y, entonces, la gente recurría a otras prácticas “terapéuticas”.

Seguramente la medicina egipcia más remota estuvo en manos de los sacerdotes, pero, al menos, ya en tiempos del Papiro de Ebers (1600-1500 a. C.), se podían distinguir tres clases de sanadores: los sacerdotes de Sekhmet (mediadores entre el paciente y la diosa), los escribas (médicos laicos), que trataban de curar las enfermedades utilizando los distintos remedios terapéuticos –higiene y dieta, fármacos procedentes de los tres reinos naturales y prácticas quirúrgicas- y los magos o conjuradores de las enfermedades.

Los aspirantes a médicos podían acudir a la Casa de la Vida –una especie de academia, mezcla de escuela universitaria y centro de documentación-, dependiente del Estado, que solía estar situada en la cercanía de los grandes templos y en la que los estudiantes podían encontrar “todo lo que se podía asegurar según su habilidad y todos los instrumentos y todos los instrumentos que se indican en las escrituras”. Seguramente existió algún tipo de prueba, pues el periodo de instrucción para poder ejercer la profesión médica, jerarquizada y regulada por la Administración del Estado, la cual disponía de una compleja organización sanitaria con ramificaciones por todo el país, siendo el “Jefe Médico del Alto y Bajo Egipto” la máxima autoridad. Los médicos eran, pues, funcionarios y apenas existían profesionales independientes. Los médicos que ejercían en la corte del faraón estaban en la escala más alta, ostentaban el título de “médico del palacio” y percibían una elevada remuneración.

De acuerdo con la mitología Thot, uno de los antiguos dioses del país, a quien le estaba consagrado el pájaro que llaman Ibis, es el inventor de la escritura y de numerosos remedios terapéuticos y, conforme recoge Platón en su Fedro, llega a plantear la escritura como un “fármaco de la sabiduría y de la memoria”. Thot era el protector de los oculistas, siendo la oftalmología una de las primeras y más importantes especialidades en las que estaba dividida la medicina egipcia. Muchas veces los dioses aparecen nombrados como “médicos de los ojos” y, al parecer, Amón “sana los ojos sin remedios y cura el estrabismo”. También la odontología estaba ya clasificada como especialidad, al menos hacia el año 3000 a. C. siendo la referencia a Hesy-Ra, el cirujano dentista de Menfis, uno de las primeras referencias médicas de la historia. Otro de los primeros médicos cuya existencia se encuentra documentada es Imhotep, visir del faraón Zóser (hacia el 2980-2900 a. C.), aunque no sólo ejerció la práctica médica y destacó como médico, sino también como sacerdote, astrólogo, arquitecto, poeta y sabio. Deificado después de su muerte fue reconocido como dios de la medicina no sólo en Egipto, sino en todo su ámbito de influencia.

Finalmente, merece la pena subrayar que no pocos de los preceptos contenidos en el famoso Juramento Hipocrático son muy similares a los que regulaban la práctica médica



de los antiguos egipcios para los que el enfermo no sólo no era impuro o intocable, sino que se consideraba éticamente reprobable dejarlo sin atención sanitaria.

No obstante, con el transcurrir de los tiempos la medicina egipcia se fue estancando, si no declinando, y en la época de la Escuela de Alejandría el saber de sus médicos era muy inferior al de los médicos griegos, a quienes había alimentado en épocas anteriores.

## PERSIA

Existe una gran dificultad para conocer y analizar la interpretación del binomio salud-enfermedad en el antiguo Irán, por la documentación absolutamente insuficiente de que se dispone. La etapa de mayor esplendor en la medicina iraní corresponde al periodo zoroástrico. La medicina en la cultura persa fue siempre de carácter mágico-religioso, aunque no faltaron, lógicamente conocimientos empíricos. Todo el saber médico se encuentra recogido en el conjunto de escritos religiosos que componen el **Avesta**, donde se encuentran referidas la salud, la enfermedad, y la curación a la constante lucha que sostienen entre sí dos seres divinos contrapuestos: Ormuz, creador de todo lo bueno, y Ahriman, espíritu destructor y maléfico. También se comentan de forma sucinta aspectos relacionados con los médicos, la práctica médica y los honorarios profesionales.

De acuerdo con el **Avesta**, para una parte de los “médicos” persas el principal método de curación lo constituían las oraciones y preces –la “palabra santa”– con las que trataban de lograr el favor divino; otros “médicos” utilizaban diversos remedios terapéuticos de los tres reinos (animal, mineral y vegetal); en fin, otros estaban más familiarizados con la terapéutica quirúrgica y eran verdaderos expertos en el uso del bisturí. Por otra parte, la higiene tuvo para los persas una importancia capital y, con este fin, elaboraron un gran número de normas y preceptos.

La instrucción médica era muy completa, de acuerdo con los conocimientos de la época. Para poder ejercer los médicos debían superar una serie de pruebas en las que tenían que demostrar su saber y destreza; luego, se les recomendaba viajar y convertirse en “médicos itinerantes”, al menos durante un tiempo. Los honorarios se realizaban básicamente en especie y estaban regulados según la posición social y económica del enfermo.

Las culturas y medicinas de Mesopotamia, de Egipto e Irán declinaron hasta desaparecer por completo después de haber alcanzado un desarrollo esplendoroso, aunque algo de su saber sobrevivió y enriqueció la medicina de otras culturas contemporáneas a ellas, así como a otras posteriores a las mismas. No ha ocurrido así con las culturas y medicinas de otros pueblos, las cuales, cambiando más o menos con el transcurso de los siglos, han perdurado hasta la actualidad, sí bien la mayoría de ellas con una actitud occidentalizada y uniforme. Las principales son las correspondientes a India, China, Israel, los pueblos que integraron la América precolombina y la Grecia arcaica.

## INDIA

La concepción de la enfermedad y su interpretación en la antigua India tiene dos etapas claramente definidas. En los textos religiosos contenidos en los **Vedas** –nombre con el que se designa “el conocimiento sagrado por excelencia” revelado directamente por

Brahman-, llevados a la India por los arios y cuyos fragmentos más antiguos se remontan al segundo milenio antes de Cristo, domina la idea del castigo divino como causa de la enfermedad, considerada al tiempo como desorden físico y moral; el pecado viene a ser como “un miasma maligno, un efluvio, un demonio morbígeno que puede actuar contra la salud” (A. Albarracín), por lo que no es de extrañar que la terapéutica védica sea esencialmente mágica y que las plantas medicinales se utilicen más en su condición de “hierbas mágicas”.

En los escritos médicos posteriores –finales de la era precristiana-, como el *Carakasamhita* y el *Sushrutasamhita* –constituyen el “corpus” principal de la medicina clásica de la India o *Ayurveda*-, prevalece una explicación más racional, aunque también aparecen la voluntad divina y la intervención mágica o demoníaca como explicación etiológica, aparte de las condiciones climatológicas y las circunstancias cosmológicas como factores favorecedores de la enfermedad. La terapéutica suele ser empírica y sintomática, distinguiéndose entre los remedios medicinales aquellos que sirven para fortalecer el organismo y los que curan enfermedades; la dieta y la higiene desempeñan también un importante papel terapéutico. El *Ayurveda* no es tan sólo la fuente de la que bebe la medicina tradicional hindú; sus aguas han regado también el pensamiento filosófico de la antigua India y su zona de influencia.

Según cuenta Estrabón, recogiendo testimonios de algunos escritores y viajeros griegos del tiempo de Alejandro Magno, los médicos hindúes gozaban de una alta estima por parte de la población. Algunos de ellos investigaban, de forma más o menos sistematizada, sobre las enfermedades y sus pronósticos y eran admirados por ello tanto por los griegos como por los pueblos asiáticos vecinos; también está documentada la relación entre la medicina de la India y la de Mesopotamia. Aunque algunos autores han tratado de comparar las “reglas” de los médicos hindúes con las contenidas en el “Juramento hipocrático”, parece que el origen de aquellas hay que buscarlas en el brahnamismo (J. Roger).

En el entorno popular se consideraba que las divinidades podían provocar las enfermedades pero que también eran capaces de acabar con ellas, por lo que el capítulo de devociones a las divinidades particulares de cada enfermedad, así como el de las supersticiones, eran bastante amplios entre los hindúes.

## CHINA

Los médicos de la antigua China tuvieron una capacidad de observación muy aguda y centraron en la prevención una buena parte de su arte clínico y terapéutico. Los chinos conocían ya la práctica de la antibiosis en el tercer milenio antes de Cristo y practicaban en los primeros siglos de nuestra era un tipo de variolización preventiva que consistía en introducir en las ventanas nasales una pústula variólica que el paciente debía guardar durante ocho días. Sorprende la precisa caracterización clínica de la viruela, frecuentemente atribuida “al aliento” o a “la mala sangre”, y de la tuberculosis, de la que sabían que se extendía por contagio, pues no es casualidad que su propio nombre, “su yen”, haga alusión a la “transmisión en el cadáver”.

Por lo tanto, no parece exagerado pensar que el saber patológico en la antigua China estuvo relativamente racionalizado y que sus habitantes, o al menos sus médicos, tenían ciertas nociones sobre las causas productoras de determinadas enfermedades, aunque la

idea de que algunas de ellas estaban causadas por espíritus malignos se ha mantenido prácticamente hasta nuestros días entre los habitantes de China. Las tres fuerzas esenciales de la vida: aire, fuego y agua operan tanto en el macrocosmos como en el microcosmos humano y la enfermedad resulta del desequilibrio entre ellas; por lo tanto, la misión del médico es restaurar el equilibrio vital, la armonía corporal.

Desde tiempos remotos parece que existían médicos especializados. A saber: el que se ocupa de las enfermedades sencillas, los encargados de las enfermedades agudas o crónicas, los cirujanos, los dedicados a la dietética y a la higiene. En la época del Imperio antiguo estaban jerarquizados y se trataba de funcionarios cuyos honorarios estaban regulados, distinguiéndose entre los “médicos de palacio” y los que trataban al pueblo. Hacia el siglo III a. C. comenzó a extenderse la figura de los médicos libres itinerantes, que, muchas veces, sufrían la competencia de los hechiceros.

Ya en la época del Imperio medio, más o menos coincidente cronológicamente con la Alta Edad Media europea, existían cuatro especialidades básicas: los médicos y pulsólogos, los maestros acupuntores, los masajistas y los expertos en encantamientos, aunque también existían otras formas de especialización y así, por ejemplo, sólo podían practicar la Pediatría quienes se hubieran especializado en medicina infantil tras varios años de estudios y la superación de un examen. Puede decirse que es en esta etapa cuando la medicina se convierte en profesión en China cuando aun seguía teniendo el carácter de ocupación en los países europeos. Bajo la dinastía de los Song (s. X-XIII) la medicina era un servicio público y estaba considerablemente especializada, siendo la Pediatría, la Ginecología, la Oftalmología, la Cirugía y la acupuntura algunas de sus ramas principales.

## ISRAEL

La medicina en el Israel bíblico se halla determinada por dos condiciones: por una parte, el carácter semita del pueblo judío y su monoteísmo y, por otra, la impronta que dejaron en el antiguo Israel las culturas de los pueblos vecinos, especialmente la mesopotámica. Las principales fuentes de conocimiento de la medicina israelita son, aparte de los hallazgos arqueológicos, la *Biblia* y el *Talmud*, los cuales, aunque no constituyen en sí mismos libros médicos, contienen descripciones acerca de las enfermedades, práctica médica, higiene y medidas legislativas relacionadas con la medicina y la atención terapéutica.

Para los hebreos, Dios es quien concede la salud o la enfermedad, las cuales son asociadas frecuentemente a la pureza o impureza religiosa, aunque algunas veces la enfermedad se atribuye más a una prueba que a un castigo divino. Yahvéh, por sí mismo o por medio de su ángel, hiere al hombre con la enfermedad (Lev 26, 16; 2 Sam 24, 16-17); de la misma manera, también es Yahvéh quien devuelve la salud a los enfermos (Ex 15, 26; Os 6, 11), siendo medios habituales de curación los sacrificios, el ayuno y la oración, pero también los amuletos y otros métodos supersticiosos. En el Antiguo Testamento no está totalmente desterrada la idea de que las enfermedades, aunque enviadas por Yahvéh, son causadas por demonios (Job 2, 7), por malos espíritus (Sam, 16, 14) o por potencias del mundo subterráneo (Os 13, 14). No obstante, el pueblo israelita tuvo un claro concepto de la transmisión de las enfermedades por medio del contagio y dio a la higiene un valor como quizá no se lo otorgó ningún otro pueblo de la Antigüedad.

Los sacerdotes, actuaban como policía higiénica, declarando la enfermedad y su curación en determinados tipos de enfermedades, aunque no existen referencias a su actuación como médicos, los cuales debían constituir una clase especial, como puede apreciarse de forma clara en distintos pasajes bíblicos, entre los que destacamos el correspondiente al capítulo 38 del Eclesiástico (19-15):

“Hijo, en tus enfermedades no te impacientes;  
sino que ruega al Señor y Él te curará.  
Aléjate del pecado de las faltas  
y endereza las manos,  
y purifica el corazón de todo pecado.  
Ofrece el incienso y la oblación de flor de harina,  
inmola víctimas pingües, las mejores que puedas.  
Y llama al médico, porque el Señor le creó,  
Y no le alejes de tí, pues te es necesario.  
Hay ocasiones en que la salud está en sus manos,  
porque también él oro al Señor  
para que le dirigiera en procurarles el alivio  
y salud para conservar la vida”.

Sin embargo, no siempre el médico era objeto de juicios tan benévolos y, dado el carácter estrictamente monoteísta del pueblo de Israel, no se permitía la existencia del sanador –poder reservado para Dios (Sab 16, 12)–, sino sólo la del curador. En contraste con el médico hipocrático, que se proclama “servidor del arte”, el médico israelita tenía únicamente la consideración de “ayudante del Señor”.

Por otro lado, los profetas también tenían el poder de curar –muchas veces de forma milagrosa–, si bien nunca se les tuvo por médicos sino por “mediadores” de la acción divina. Tampoco a Jesús, que realizó un buen número de curaciones, se le llamó médico en sentido propio por parte de ninguno de los evangelistas, habiendo que esperar hasta principios del siglo II de nuestra era para que dicho término apareciera unido a la figura de Cristo. A partir de tal consideración por parte de San Ignacio de Antioquia, hubo numerosos autores cristianos para quien Cristo representó el “médico por excelencia”. Para entonces, la enfermedad había adquirido ya para los hebreos el carácter de prueba, la cual debe ser recibida y aceptada espiritualmente por el hombre de forma resignada.

## MEDICINA PRECOLOMBINA

En las civilizaciones precolombinas se practicaba una medicina ciertamente avanzada y altamente regulada a la llegada de los españoles al Nuevo Mundo, si bien las diferentes culturas ofrecían distintos grados de evolución.

La cultura precolombina más antigua corresponde a la civilización maya, de cuya medicina han podido ser recopiladas casi medio millar de recetas. Ello demuestra el conocimiento ciertamente avanzado que tenía el pueblo maya acerca de algunas enfermedades, algunas de las cuales fueron claramente caracterizadas y disponían de nombres propios. En el tratamiento se mezclaban elementos mágicos (ensalmos), religiosos (confesión) y farmacoterapéuticos. En cualquier caso, tanto las ideas acerca

de las enfermedades como la práctica médica estaban incrustadas en la relación de los fenómenos de la naturaleza con las diferentes divinidades.

Los médicos eran miembros de la clase sacerdotal y el ejercicio de la medicina tenía en la mayoría de los casos un carácter hereditario. Durante el período de instrucción se aprendían no sólo los remedios medicinales sino también los medios de adivinación, la interpretación de augurios, la manera de invocar a los dioses y el cálculo del tiempo; el comienzo de la práctica médica se celebraba con una ceremonia especial. Algunos de ellos estaban especializados en determinadas operaciones, como es el caso de los que atendían a los enfermos con fracturas óseas y otras lesiones osteoarticulares, verdaderos antecesores de los actuales traumatólogos y cirujanos ortopédicos.

Distintos escritos pertenecientes a la cultura azteca –códices pictográficos- o relativos a ella -Códice de Sahagún, Códice Badiano ...-, muestran que la medicina de los aztecas estaba muy evolucionada a la llegada de los descubridores y cómo el concepto de salud y enfermedad –de igual modo que el del bien y el del mal– constituían una parte esencial de la religión; asimismo, recogen descripciones de distintas enfermedades y ponen de manifiesto la clara conciencia que tenían los médicos sobre el contagio de algunas afecciones de carácter epidémico. Algunos códices indígenas recogen “el elogio del buen médico”, cuya destreza y conocimientos fueron muy valorados por el propio H. Cortés hasta el punto de recomendar al rey Carlos V que no permitieran el paso de los médicos españoles, pues el saber, las agudas observaciones clínicas y la habilidad de los médicos aztecas en el “arte de curar” los hacía innecesarios.

Bernardino de Sahagún, que estudió con detalle el panteón de los dioses mexicanos, consideraba a Quetzalcoatl como la divinidad principal y la relacionaba con el “señor de la estrella del alba”, a quien los aztecas atribuían las flechas que traían las enfermedades epidémicas. No obstante, los aztecas actuaban frente a la enfermedad con un cierto “racionalismo científico”; así parecen demostrarlo los “hospitales” y jardines de plantas medicinales que existieron en las grandes ciudades del imperio. Según el relato de Sahagún, el buen médico es semejante al verdadero sabio, “lumbre y hacha grande”, “espejo luciente y pulido de ambas partes”:

“El buen sabio, como buen médico, remedia bien las cosas y da buenos consejos y da buena doctrina, con que guía y alumbr a los demás, por ser él de confianza y de crédito y por ser cabal y fiel en todo (...).

El médico suele curar by remediar las enfermedades; el buen médico es entendido, buen conocedor de las propiedades de las yerbas, piedras, árboles y raíces, experimentado en las curas, el cual también tiene por oficio saber concertar los huesos, purgar, sangrar y sajar, y dar puntos, y al fin librar de las puertas de la muerte...”.

Los médicos parece que tuvieron una cierta especialización y la práctica de la medicina tuvo una determinada tradición familiar, pudiendo ser ejercida tras un período de aprendizaje por los varones, pero también por las mujeres una vez iniciada la menopausia, pues la menstruación se consideraba una impureza incompatible con el ejercicio de la medicina. Además del “médico general”, que actuaba en una comunidad examinando a los enfermos, atendiéndoles y administrándoles plantas medicinales, existían cirujanos, flebotómanos y otros “sanadores”, que utilizaban augurios, horóscopos rituales y remedios secretos.

La cultura incaica también nos ha dejado en su cerámica escultórica y en la abundancia de restos humanos bien conservados, especialmente a través de las momias, todo un tratado acerca de las enfermedades que afectaban al peruano de entonces; a ella también se debe la utilización de la quina —el gran legado de la civilización incaica a la humanidad— como terapéutica de las fiebres palúdicas y algunos otros remedios medicinales que han permanecido durante largo tiempo en las farmacopeas occidentales. Sin embargo, se pensaba que todos estos remedios eran activos más por su valor mágico que por su virtud farmacológica, siendo general el carácter punitivo de la enfermedad y el empleo de la confesión ritual de los pecados como práctica terapéutica. Parece ser que hubo “médicos del Inca”, que accedían al ejercicio de la medicina por herencia de padres a hijos o por elección de los caciques, y los “médicos del pueblo”, que aprendían el oficio por inspiración mágica y tras una especie de noviciado. Ambos compartieron las prácticas empírico-mágicas, aunque no fueron los únicos encargados del “arte de curar”, ya que también existieron médicos-confesores, hechiceros, pronosticadores de sueños, adivinos y herobalarios.

En cuanto a los indios de las praderas americanas, entre cuyas tribus la más populosa fue la de los cherokees, uno de los principales rasgos de su medicina fue la agrupación de los curanderos o sanadores en “sociedades médicas”, o *midawin*, que incluían también a otros miembros de la tribu y tutelaban la instrucción de los aspirantes a ejercer la práctica médica. Cuando terminaba su aprendizaje el nuevo curandero recibía el famoso “zurrón medicinal” una especie de bolsa o pequeña “maletín médico”, en el que se colocaban amuletos, plantas medicinales y diversos objetos provistos de poderes sobrenaturales.

El Descubrimiento no sólo representó un choque cultural para los indígenas americanos, sino que también les proporcionó un fuerte impacto patológico, al acarrear los nuevos pobladores un elevado número de enfermedades desconocidas para ellos. Los habitantes de América eran una población virgen para muchas enfermedades epidémicas del Viejo Mundo que, como la viruela y el sarampión, los europeos llevaban siglos padeciendo. Como se ha podido demostrar recientemente, la principal causa del alto índice de mortalidad de los indígenas que siguió al Descubrimiento no fueron las armas de los españoles, sino varias epidemias devastadoras, entre ellas una de gripe, acontecida en 1493, y otra de viruela que se desarrolló a partir de 1518. De acuerdo con F. Guerra, la falta de inmunidad de los indígenas americanos para éstas y otras enfermedades contagiosas de origen europeo, indican que difícilmente, las civilizaciones precolombinas habrían sufrido con anterioridad a la llegada de los españoles enfermedades como las descritas. Estas enfermedades tuvieron la contrapartida de la amplia difusión de la sífilis en la Europa del Mundo Moderno.

## CULTURAS CLÁSICAS: GRECIA Y ROMA

Se suele denominar “Antigüedad clásica” al período de tiempo transcurrido entre el año 800 a. C., en el que había culminado el profundo cambio étnico, lingüístico, social y cultural iniciado por la emigración doria, y el año 395 d. C., año en el que, con la escisión del Imperio, se inicia el fin de la hegemonía de Roma. Este largo período de tiempo tuvo dos momentos culminantes desde el punto de vista de la medicina: los correspondientes al desarrollo de la doctrina hipocrática, por una parte, y del galenismo, por otra, unidos ambos por la interpretación racional de la enfermedad y su tratamiento de acuerdo con la teoría de los humores.

### GRECIA

El pensamiento de los griegos enlazaba con el de los pueblos cuya herencia habían recibido en la interpretación de los fenómenos del universo y las vicisitudes del cuerpo humano. El cuadro de los saberes médicos contenidos en la **Ilíada** y la **Odisea** es un conjunto de ideas y prácticas en cuyo seno se mezclan el empirismo y la concepción mágico-religiosa de la enfermedad que antes hemos situado en el período arcaico de todas las culturas. Sin embargo, desde el principio se aprecia una cierta diferencia entre la cultura griega y sus predecesoras, tanto en la concepción general del cosmos, como en la interpretación de la enfermedad. Los pueblos semitas tendían a identificar las fuerzas de la naturaleza como manifestaciones de la “deidad”, mientras que los griegos trataban de presentar tales fenómenos como la encarnación de las propias divinidades en los mismos.

Asimismo, en relación a la enfermedad, la reflexión de los griegos es algo diferente respecto a las culturas babilónicas, asiria o hebrea. Los primeros habitantes de la Hélade ya establecían una distinción entre las enfermedades enviadas por los dioses –o los demonios-, totalmente invisibles, y las causadas por algún traumatismo, consecuencia inmediata de algún tipo de violencia material, casi siempre tratables; también se distinguían las debidas a determinados factores ambientales.

El relato homérico deja vislumbrar cuál era la concepción y el papel de los médicos entre los griegos más antiguos y señala el hecho de que los dos hijos de Asclepio –el dios de la medicina-, Podalirio y Macaón, que acompañaron a los ejércitos de Agamenón, prestaron grandes servicios a sus compañeros de armas al tratar las heridas, aliviar o curar “enfermedades que no se ven”, y aplicar con pericia drogas calmantes que “a su padre había dado Quirón en prueba de amistad”, aunque no les atribuye el poder de combatir la peste. Por tanto, ya desde los tiempos homéricos, la medicina griega se ve libre por completo del papel principal de los sacerdotes, propiciando la aparición de médicos laicos, puramente artesanos de la curación, sin vinculaciones religiosas, que ocupaban una elevada posición social y tenían una alta estima, como pone de manifiesto Homero en el Canto XXI de la **Ilíada**: “Pues un médico vale por muchos hombres”.

Conforme fueron adquiriendo un conocimiento racional de la vida y del hombre, los griegos perdieron la creencia en el origen divino de la enfermedad y fueron convirtiendo la medicina del período arcaico en la primera medicina formalmente “técnica” y, a la larga, en el origen de la medicina científica moderna. A partir del siglo VIII a.C.

comienza a darse el paso del *mitos* al *logos*, y de la mano de éste nació una nueva visión de las cosas: la interpretación “fisiológica”, que dio lugar a una actitud diferente ante la realidad y ante la enfermedad.

La primera vez que aparece el término “*physis*” –naturaleza- es en la **Odisea** (Rapsodia XI) dentro de un contexto todavía regido por la mentalidad mágica; para proteger a Ulises de los encantamientos de Circe, el dios Hermes la planta llamada “*moly*” y le habla acerca de su propia *physis* o naturaleza:

“Cuando así hubo dicho, el Argifonte me dio el remedio arrancando de la tierra una planta cuya ‘naturaleza’ me enseñó: Tenía negra la raíz y era blanca como la leche su flor, llamándola *moly* los dioses, y es muy difícil de arrancar por un mortal, pero las deidades lo pueden todo”.

Poco tiempo después el vocablo adquirirá un sentido permanentemente racional –lo que las cosas son por sí mismas- y se convertirá en fundamento del pensamiento griego. Sófocles comenta, a través de uno de los coros de Antífona, la conciencia de esta gigantesca hazaña:

“Nada habrá en el futuro a lo que él (el hombre) sin recursos se encamine. Tan sólo el medio de encontrar la muerte nunca se ha de encontrar; mas para dolencias de imposible cura ya tiene ingeniados modos para escapar. Con su capacidad de inventar artes, más ingeniosa aún de lo que sería esperable, hacia el bien o hacia el mal él (el hombre) se dirige”.

La medicina, la primera de las artes, hará de la *physis* del hombre, es decir, de su naturaleza orgánica, el tema sobre el que medita y reflexiona, pero, al mismo tiempo, la medida con la que opera; así, la práctica médica y el acto terapéutico, como culminación de la misma, será ya para siempre “meditación y medida”. Lo que diferencia ya a este médico técnico del médico empírico es que actúa sabiendo el qué y el por qué de lo que hace.

La sistemática racionalización de la medicina se inició con Alcmeón de Crotona y alcanzó con Hipócrates su máxima expresión. La gran hazaña hipocrática consistió en independizar a la medicina de cualquier especulación religiosa o filosófica, además de legar a la ciencia médica un nuevo sistema para abordar la enfermedad y su conocimiento a través de la observación clínica del enfermo, proporcionándole un instrumento de excepcional importancia: la historia clínica. El genial médico de Kos rechazó el origen divino de la enfermedad y liberó al espíritu griego de la concepción teológica del sanador, pues según él:

“Ninguna enfermedad es más divina o más humana que la otra...  
Cada una posee sus características propias y toda enfermedad tiene una causa natural”.

En consonancia con ello, los médicos hipocráticos consideraban su profesión como *tekné*, es decir, técnica de curar, y la ejercían según los principios de no maleficencia y beneficencia (“*primum non nocere*”), es decir, ayudar o, al menos, no perjudicar; el médico debía ser el amigo digno de confianza, que se situaba a la cabecera del enfermo. Socialmente eran considerados como artesanos, que ejercían su oficio a cambio de dinero. Está probada la existencia de “médicos municipales” y de “médicos itinerantes”



y la tradición de los “médicos militares”, iniciada con los míticos Macaón y Podiliario se continuaría durante siglos. El aprendizaje era artesanal, unas veces de carácter familiar y otras veces trabajando durante algún tiempo bajo las enseñanzas de un maestro, como expresa el mismo Juramento hipocrático:

“Juro (...) venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte (...); considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren estudiarlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo los demás de la doctrina a mis hijos y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos matriculados y juramentados según costumbre, pero a nadie más...”.

Las grandes “escuelas médicas”, como las de Crotona, Cos o Cnido no eran instituciones docentes, sino agrupaciones de médicos que trabajaban en un mismo lugar o que compartían una misma visión teórica o una manera de practicar la medicina, por lo que bien podría verse en ellas un cierto asociacionismo profesional.

A pesar de su racionalidad, la medicina hipocrática no estuvo aislada del sentido religioso que impregnó todas las actividades de los griegos, y así lo demuestra el hecho de que los médicos hipocráticos aconsejaran “hacer sacrificios a los dioses y rogativas por los enfermos” y que estas prácticas fueran habituales en los templos de Asclepio. Así relata S. Isidoro de Sevilla en el libro IV de sus Etimologías lo que fue el nacimiento y desarrollo de la medicina en la Grecia antigua:

#### *DE LOS INVENTORES DE LA MEDICINA*

“Entre los griegos se considera a Apolo como autor y descubridor del arte de la medicina. Su hijo Esculapio amplió con mucha alabanza los trabajos de su padre.

Después que Esculapio murió, a consecuencia de un rayo, se prohibió el arte de curar, desapareciendo dicho arte juntamente con su autor por espacio de quinientos años, hasta el tiempo de Artajerjes, rey de los persas. Entonces la dio a luz de nuevo Hipócrates, descendiente de Esculapio, y nacido en la isla de Cos”.

#### *DE LAS TRES ESCUELAS DE LOS MÉDICOS*

“Estos tres varones tuvieron cada uno su sistema de curar. El primero, llamado metódico, fue inventado por Apolo, que empleaba remedios y cantos. El segundo, llamado empírico, lo usaba Esculapio, y se fundaba en la experiencia, y el tercero, llamado lógico, fue inventado por Hipócrates, y se basa en la razón.

Hipócrates estudiaba detenidamente la medicina conveniente teniendo en cuenta la edad, región y síntomas de la enfermedad, indagando las causas de ella. Los empíricos se guiaban por la sola experiencia y los metódicos no atendían ni a la razón, ni al tiempo,

ni a la edad, ni a las manos, sino solamente al ser de la enfermedad”.

El ejercicio de la medicina en la Grecia clásica se acomodó a la heterogénea estructura social de las polis: la asistencia a los privilegiados, hombres ricos y libres –que monopolizaban prácticamente la cultura y el poder político- era realizada de forma individual y “pedagógica” por los médicos de mayor prestigio; la atención médica al estadio intermedio, constituido por ciudadanos libres y pobres –en su mayoría artesanos y comerciantes- era eminentemente “resolutiva” y constituía, según Platón, la más adecuada a la que en su origen fue el arte de curar, es decir, la prescripción de un tratamiento que no hiciera daño y fuera eficaz a corto plazo por parte de médicos más o menos científicos; finalmente, la asistencia médica a los esclavos quedaba reducida a una suerte de medicina “tiránica”, una especie de “veterinaria para hombres”, que era realizada por sanadores esclavos o ayudantes o servidores de los verdaderos médicos. En caso de enfermedad incurable, contagiosa o mortal, no se planteaba la ayuda médica.

De acuerdo con los testimonios recogidos en los textos de diversos autores, los médicos civiles o laicos podían ejercer por su cuenta o por cuenta del Estado. Unas veces eran ellos los que acudían a la casa del enfermo, mientras que en otras ocasiones eran los propios enfermos los que se trasladaban a la clínica o *iatreion*; el médico utilizaba medicamentos que él mismo preparaba –con la colaboración de ayudantes- y conservaba en pequeñas habitaciones especiales próximas a la clínica. Según refleja el tratado hipocrático **Sobre la decencia**, el médico disponía de una pequeña farmacia constituida por “tópicos y emolientes, pócmas incisivas, preparadas conforme a la fórmula y según sus géneros” y también por “sustancias purgantes, tomadas en las mejores localidades y tratadas para ser comerciadas, así como sustancias frescas preparadas en el momento mismo, y todas las demás cosas pertinentes”. Los *periodeutas* eran médicos laicos que ejercían su oficio yendo de ciudad en ciudad –parece que el propio Hipócrates habría ejercido como tal en el norte de Grecia-. En los *asclepiones*, especie de templos-sanatorios ejercían los *asclepiades* o médicos-sacerdotes, los cuales utilizaban como tratamiento principal la sugestión y el sueño, aunque en ocasiones también recurrían a remedios terapéuticos preparados por ellos mismos.

En el siglo de Pericles –s. V a. C.- es cuando la helenidad florece en todos los campos de la cultura y la medicina alcanza su máximo esplendor. Los escritos más antiguos que se conservan de la medicina griega son los de Alcmeón de Crotona, discípulo de Pitágoras (hacia el año 500 a. C.), para quien “la salud está sostenida por el equilibrio de las potencias –isonomía- (...). El predominio de una de ellas –monarquía- es causa de enfermedad”. Sin embargo, la fuente más valiosa para conocer el pensamiento griego acerca de las enfermedades es el **Corpus hippocraticum**. Esta colección de cerca de sesenta libros se ha atribuido tradicionalmente a Hipócrates (s. V- IV a. C.), a quien se ha llegado a considerar como “padre de la medicina” y cuya influencia en la medicina posterior ha sido extraordinariamente larga y profunda. No obstante, lo más seguro es que fuera escrito por diversos autores a lo largo de varias centurias.

El **Corpus** explica ampliamente la salud y la enfermedad partiendo de la teoría de los humores. Una y otra vendrían determinadas por el equilibrio o desequilibrio de los cuatro fluidos corporales esenciales: sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra, los cuales estaban en relación con los cuatro elementos presocráticos: aire, fuego, agua y

tierra. Además, los fluidos explicaban las diferentes cualidades que operaban en el cuerpo del hombre a lo largo de su vida o se exacerbaban en caso de enfermedades: caliente, húmedo, frío y seco. Así, la sangre hacía que el cuerpo estuviera caliente y húmedo; la bilis amarilla, caliente y seco; la flema, frío y húmedo; en fin, la bilis negra, frío y sequedad. Estas analogías se relacionaban además, con variaciones estacionales. El equilibrio o desequilibrio moral también determinaba el físico y la forma corporal (p.ej: los flemáticos tendían a la gordura), daba explicación del temperamento y la personalidad (p.ej: un exceso de bilis amarilla propiciaba el carácter colérico), permitía entender el proceso de envejecimiento (en el joven predominaba lo húmedo y caliente, mientras en el viejo resaltaba lo frío y seco) y posibilitaba argumentar la enfermedad en términos de aumento o disminución de alguno de los humores.

Por consiguiente, la doctrina humoral planteaba un extraordinario potencial explicativo, reduciendo la salud y la enfermedad a términos naturales. Por una parte, los equilibrios se podían reforzar potenciando la salud y, por otra, los desequilibrios podrían prevenirse mediante un estilo de vida saludable (dieta, ejercicio físico y hábitos de vida adecuados) o corregirse mediante remedios terapéuticos y quirúrgicos.

Por su parte, **Sobre el médico** es un pequeño tratado en el que se describe cómo debe ser física y moralmente el profesional que se dedique al arte de la medicina, incidiendo en la compostura física, el cuidado de su aspecto externo, sus modales, su carácter, su conducta ética y su trato con los enfermos.

En los **Aforismos**, la amplia serie de consejos va precedida de la necesidad de la colaboración del paciente para la obtención del alivio o la curación.

En definitiva, como señala J. Jouanna, “Hipócrates en realidad tiene dos sentidos. Es en principio el personaje histórico; pero es también la obra que se nos ha legado bajo su nombre”. En cualquier caso, a pesar de la heterogeneidad –incluso, a veces, de las contradicciones- de los textos hipocráticos, en todos ellos existe un hilo conductor, que no es otro que la combinación de la experiencia reflexiva y la actitud racional que el médico hipocrático supo realizar ante el humano enfermar (M. A. Hermosin).

En **Leyes**, Platón hace una interesante reflexión acerca de la actuación del médico:

“El médico libre –el que no atiende a esclavos–  
comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de éste,  
y mientras se informa acerca del paciente,  
al mismo tiempo, en cuanto puede, le instruye,  
no le prescribe nada sin haberle persuadido de antemano,  
y así, con ayuda de la persuasión, le suaviza y dispone  
constantemente para tratar de conducirlo poco a poco a la salud”.

## ROMA

La medicina de los romanos se encontraba en un nivel muy primitivo –los médicos eran esclavos, que pertenecían a las casas en las que servían- cuando Roma conquistó Egipto, Grecia y los demás territorios del Mediterráneo a los que se había extendido el helenismo bajo el imperio de Alejandro Magno. Por eso, no es de extrañar que la

superioridad de la medicina griega no tardara en imponerse y que, hasta el final de la Antigüedad, la inmensa mayoría de los médicos continuara siendo de procedencia griega. Tal fue su éxito que el historiador Plinio llegó a afirmar: “Venciendo hemos sido vencidos”. Seguramente puede fijarse en la figura de Asclepiades el cambio de la imagen del médico entre los romanos, quienes fueron apreciando y considerando socialmente cada vez más a los médicos griegos, a los cuales otorgaría César la ciudadanía romana en el año 46 a. C.

La consolidación de la práctica médica en Roma tuvo lugar ya en la época del Imperio, cuando los jóvenes romanos que deseaban aprender medicina acudían a Cos o Alejandría, cuyas escuelas estaban en manos de relevantes médicos de origen griego. De este modo, se desarrollaron diversas especialidades, algunas de las cuales como la cirugía, la traumatología y la oftalmología alcanzaron un nivel muy elevado. La medicina deja de ser un oficio para convertirse en una auténtica profesión.

En Roma existieron médicos de ejercicio libre, algunos de los cuales residían en las grandes ciudades, eran muy populares y obtenían grandes ganancias; otros, ejercían como médicos itinerantes tanto en las ciudades como en los pueblos, con remuneraciones medias o más bien bajas. También existían médicos oficiales, desde los dedicados a la atención de la corte (médicos de palacio) hasta los médicos de gimnasios, termas o circos, pasando por los médicos que acompañaban a las legiones y los médicos de las naves. En los últimos siglos también existieron, pagados por el Estado, los médicos públicos, a los que se encomendaban misiones específicas, y los cuales debían atender gratuitamente a los pobres, y médicos contratados por algunos gremios de artesanos.

Se conoce la existencia de dispensarios, al modo de enfermerías, en los que se atendían a los miembros de una misma familia y a los que eran llevados los esclavos, así como los *medicatrinae*, una especie de consultas o clínicas, en la mayoría de los casos de carácter privado, aunque algunos eran propiedad del Estado. En verdad, la única asistencia organizada se daba en los *valetudinaria*, servicios médicos hospitalarios construidos en los campamentos militares para atender a los soldados que caían heridos o enfermos lejos de sus familias.

Entre los médicos más destacados del Imperio Romano, hemos de señalar a Celso (s. I d. C.), a quien, sin embargo, Plinio considera más bien un hombre de letras, reconocido como el escritor más importante de la historia de la medicina. Su tratado Los ocho libros de la medicina recoge todo lo que de importancia se había dicho y hecho en medicina desde Hipócrates hasta la primera mitad del siglo I d. C. a la vez que expresa con una gran claridad hermosísimos pensamientos, lo que le valió al autor el calificativo de “Cicerón de la Medicina”. Acerca del origen de la medicina y la supremacía alcanzada por los médicos griegos manifiesta que:

“La medicina ha existido en todas partes, ya que incluso los pueblos más retrasados han sabido utilizar para el alivio de sus enfermedades y de sus lesiones las virtudes naturales de las plantas así como otros remedios que por sí mismos a las manos se les ofrecían. Es, sin embargo, indiscutible que la ciencia médica fue mucho más cultivada en Grecia que en los demás países,

desde luego no en sus primeros tiempos, sino pocos siglos antes de nuestra época, toda vez que Esculapio es considerado el médico más antiguo, y quien, por haber demostrado en la práctica de este arte, aún informe y vulgar, un poco más de habilidad que sus antecesores, fue admitido en el número de los dioses.”

Dioscórides fue el autor de la famosa *Materia Médica* (hacia el año 70 d. C.), una de las obras de mayor valor histórico, al menos desde el punto de vista de la terapéutica. El juicio independiente, la exhaustividad y la solidez de los textos, liberados casi totalmente de elementos populares y supersticiones, explican la estima que despertó no sólo entre los romanos, sino en todo el mundo occidental hasta el siglo XIX. A ello contribuyeron decisivamente las diferentes copias realizadas, entre las que destacan la contenida en el Códice de Viena (s. VI), el Dioscórides árabe de la Escuela de Bagdad (s. XIII) o los textos enriquecidos por A. Laguna, P. A. Mattioli y A. Lusitanos, aparecidos a lo largo del siglo XVI. Para su redacción, Dioscórides se sirvió de autores anteriores, pero también de su propia experiencia personal y del estudio de medicamentos de las más diversas partes del mundo a las que viajó como médico de los ejércitos romanos.

Otro médico de gran interés fue Areteo de Capadocia (S. I-II d.C.), cuya **Obra médica**, un tratado de medicina clínica que contiene las mejores descripciones de la Antigüedad, acerca de los procesos patológicos que afligen al hombre. Dividida en dos partes de cuatro libros cada uno (la primera de ellas describe las causas y síntomas de las enfermedades agudas y crónicas, mientras la segunda se ocupa de la terapéutica de las mismas), la obra muestra una gran influencia de las doctrinas hipocráticas, y a su vez, fue tenida en cuenta por autores posteriores como Aecio y Pablo de Egina.

El médico de mayor relevancia en Roma, y probablemente el de mayor vigencia en toda la historia de la medicina, fue Galeno (s. II d. C.). Siguiendo las teorías hipocráticas, - “Hipócrates preparó el camino, pero yo he hecho transitable la senda de la medicina” afirmaría él mismo- y sometiéndolas al esquema ideológico de la filosofía aristotélica, Galeno rechaza enérgicamente la intervención divina en el origen de la enfermedad y se opone abiertamente a los que proponen el factor sobrenatural en la etiología de la enfermedad, cualquiera que ésta sea (en ningún caso, la impureza moral o el pecado). Para el médico de Pérgamo no es suficiente con conocer la localización de la enfermedad, sino que es necesario llegar hasta la causa que produce el mal, y para ello el médico no debe actuar aplicando remedios empíricos únicamente, es decir, siendo un mero recetador, sino dominando la lógica o arte de pensar, la física o conocimiento de la naturaleza y la ética o norma de conducta. La convicción de la fuerza curativa de la naturaleza y la consideración del médico como su servidor fueron los principios básicos en los que descansan la mayoría de los escritos de Galeno.

La idea galénica de la enfermedad dispersa por sus escritos ha sido definida por Laín Entralgo como “disposición preternatural del cuerpo, por obra de la cual padecen las funciones vitales”. Con esta definición se quiere significar varios hechos: en primer lugar, el carácter duradero, nunca instantáneo de la enfermedad; en segundo lugar, que la alteración aparta el organismo humano de la ordenación regular de su propia naturaleza; en tercer lugar, que la enfermedad sólo afecta al cuerpo del enfermo y no puede existir fuera de él, aunque sí puedan hacerlo la causa o los efectos de la misma;

por último, que debido a esa alteración sufren las distintas actividades orgánicas del individuo en cuestión.

De esta manera, para Galeno la enfermedad descansaría sobre un trípode: la causa que la determina, la alteración de las actividades vitales y los síntomas o modos concretos en los que se expresan todas las alteraciones. Según el esquema de la patología galénica, las causas principales son tres: la causa externa o primitiva, que actúa sobre la naturaleza del enfermo y puede desencadenar o no el proceso morboso dependiendo de la constitución orgánica de cada individuo, que representa precisamente la causa interna o dispositiva; ambas causas cuando actúan conjuntamente dan lugar al trastorno patológico inicial, que puede ser local o general y que constituye la causa continente, conjunta o inmediata. Por otra parte, desde el punto de vista galénico, las alteraciones más o menos permanentes de la naturaleza del individuo enfermo pueden ocurrir de dos modos fundamentales: impuestos por la naturaleza misma, y frente a ello poco o nada puede hacer el médico, o por azar, y entonces la técnica médica puede resultar eficaz.

La labor de Galeno fue inmensa. Dejó escritas cerca de cuatrocientas obras y ofreció una elaboración sistemática de la medicina clásica, que se mantuvo a lo largo de toda la Edad Media y buena parte del Mundo Moderno. Fue un agudo clínico que describió acertadamente un número elevado de enfermedades. En relación a la terapéutica, hay que significar que el fármaco es entendido ya en sentido estrictamente terapéutico y diferenciado del concepto de alimento, siendo la racionalización llevada a cabo por Galeno un verdadero hito en la historia de la medicina. El arsenal terapéutico utilizado por Galeno es muy amplio con una preferencia casi absoluta por los remedios vegetales, los cuales utilizó mayoritariamente como polifarmacia. A partir de la obra galénica ya no es posible concebir la acción de los fármacos por sí solos, sino que éstos precisan tanto de su indicación correcta como de un método para su administración.

Es necesario señalar que tanto en Grecia como en Roma nunca dejó de existir la mentalidad empírica, mágica y teúrgica de los pueblos primitivos, que, como se ha señalado en páginas anteriores, se mantendrá a lo largo de los siglos hasta nuestros días. Ya en los relatos míticos se plantea esta dualidad y la “medicina racional” simbolizada por Quirón, el centauro médico, tiene su contraposición en “la medicina mágica” de Melampo, el adivino. Pero es en la propia vida real donde mejor se puede apreciar esta dualidad siendo un hecho bien cierto que, junto al concepto de enfermedad y a la medicina practicada por las escuelas de Hipócrates y Galeno, hubo una medicina popular que siguió viendo al enfermo como víctima de la cólera de los dioses –especialmente en el caso las enfermedades epidémicas- y atribuyendo a las divinidades virtudes curativas.

El progreso de la medicina de origen griego, que había comenzado a declinar hacía algún tiempo, quedó prácticamente paralizado desde la muerte de Galeno. A partir de entonces, la decadencia del Imperio romano de Occidente, que acabaría con la invasión de los pueblos germánicos en el siglo V, tuvo un fiel reflejo en la ciencia médica. La conservación de los saberes recogidos durante la Grecia clásica y los comentarios sobre los textos antiguos llegó a ser más importante que la búsqueda de hechos, la curiosidad por las cuestiones naturales y las hipótesis e interpretaciones naturales. En ello tuvo una influencia decisiva la Iglesia primitiva, cuya visión apocalíptica de la proximidad del fin del mundo provocó la indiferencia ante la ciencia. Para las primeras comunidades cristianas el conocimiento de Dios, a través de la lectura de la Escritura, era mucho más

importante que el conocimiento del mundo, mediante el estudio de la naturaleza. En la condición incierta y trágica a la que la enfermedad reduce al hombre, parece lógico que algunos cristianos esperasen la salvación no de la curación, sino de la aceptación de la prueba y la asunción del sufrimiento. Así puede deducirse de las palabras de Pablo de Tarso (Rom 8,18):

“Tengo por cierto que los padecimientos del tiempo presente no son nada en comparación con la gloria que ha de manifestarse en nosotros”.

No obstante, con el paso del tiempo, el Cristianismo fue bebiendo cada vez más del saber grecorromano, aunque fuera después de la destilación de dicho saber en el alambique de sus fundamentos religiosos. Sirva como ejemplo el hecho de que, poco tiempo después de que el Cristianismo se convirtiera en religión oficial del Imperio romano y se abolieran todos los cultos paganos, Teodosio el Grande promulgaría una ley que prohibía el enterramiento en las iglesias anteponiendo así la observación y la razón a una piedad mal entendida.

Por otra parte, la difusión del cristianismo trajo cambios fundamentales en la asistencia médica basada en una consideración distinta de los enfermos –son elegidos de Dios- y en el deber de caridad para con ellos. En las comunidades cristianas primitivas se fomentó la atención al enfermo de forma desinteresada y, por supuesto, la igualdad ante la asistencia médica de todos los miembros de la comunidad, que lógicamente, requería un cierto grado de organización. Resultado de todo ello fue la aparición del hospital como institución específica.

## EDAD MEDIA

Tras la caída del Imperio y el hundimiento de la estructura sociopolítica romana, la medicina fue en gran parte una medicina popular y, a ese nivel, se mantuvo, en general, la interpretación del castigo divino como causa desencadenante del mal. No obstante, se salvó un cierto conocimiento de la medicina grecorromana y la continuidad de las teorías de Hipócrates y Galeno fue asegurada, aunque con peculiaridades distintas que trataban de acomodar tales doctrinas a la visión monoteísta que de la realidad tenían cada una de ellas, por las dos comunidades culturales y religiosas que dominaron el período medieval: la cristiana y la islámica. En ambas comunidades, tanto la sociedad oriental como la occidental tuvieron rasgos característicos y definidos, si bien el intercambio entre ellas fue continuo y recíproco.

El surgimiento y expansión del Cristianismo como base de la vida y la cultura tuvo una influencia decisiva en el desarrollo de la medicina. Aun cuando el triunfo del Cristianismo sirvió para fomentar la valoración religiosa del proceso morboso –los términos enfermedad y salud se explicaban frecuentemente en el sentido de pecado y gracia, respectivamente-, la fe en un Dios "exterior" a la naturaleza como eje central y diferenciador de la doctrina cristiana tuvo, sin embargo, una extraordinaria significación en la recepción y transferencia de la cultura grecorromana. En esta tarea hay que destacar dos hechos fundamentales: en primer lugar, la acción de filtro y depuración sobre los textos originales llevadas a cabo por los autores cristianos en las escuelas y conventos del imperio bizantino; en segundo lugar, la obra recopiladora de San Isidoro de Sevilla (el último gran "vínculo" con la cultura romana, en palabras de R. Menéndez Pidal), cuya magnitud es inestimable. Para el sabio español, la medicina es la disciplina que se ordena a proteger el cuerpo o restaurar la salud, siendo sus materias las enfermedades y las heridas; la medicina es definida como la *ars magistralis*, el compendio de las otras artes, todas las cuales debían ser conocidas, por diferentes motivos, por el médico. De ahí, que la medicina sea considerada como una segunda filosofía y entre ambas "reclaman para sí todo el hombre, pues por la filosofía se curan las almas y por la medicina se curan los cuerpos". Para la medicina isidoriana existen tres métodos básicos de curación: el dietético, el farmacéutico y el quirúrgico:

"La curación de las enfermedades puede hacerse siguiendo tres métodos: farmacia, que los latinos llaman medicamento; cirugía, que los latinos llaman operación de manos, pues la mano en griego es "jeir"; y la dieta, que los latinos llaman régimen"

Todos estos remedios deben utilizarse "con medida, con templanza", como indica el propio nombre de medicina, pues "la naturaleza sufre con lo mucho y se goza con lo mediano".

El Cristianismo aportó algunas novedades interesantes en la forma de concebir la enfermedad y en el modo de actuar frente a ella. Por una parte, contribuyó decisivamente a la exaltación religiosa de la enfermedad, de lo que es una buena muestra el siguiente texto isidoriano:

"Por tres causas sobrevienen las enfermedades al cuerpo,



a saber: por el pecado, por la prueba o tentación y por la pasión o destemplanza".

La medicina humana sólo podría remediar en el último de los casos, en los otros "sólo la piedad de la divina providencia".

Por otra parte, el Cristianismo dejó su impronta personalísima en la actitud de esperanza ante la enfermedad, en el talante de confianza con que el creyente se enfrenta y vive la misma. Así se aprecia en las palabras que en *De mortalitate* Cipriano, obispo de Cartago, dirige a sus fieles durante el transcurso de la epidemia de peste que zarandó al imperio romano poco después de la terrible persecución de Decio (año 252):

"Cerca está, hermanos amadísimos, el reino de Dios; ya llegan las recompensas de la vida, el gozo de la salvación eterna, la alegría sin fin, la posesión del paraíso antes perdida, al perecer este mundo; ya lo celestial sucede a lo terreno, lo grande a lo pequeño, lo eterno a lo perecedero.

¿Qué ansiedad o inquietud hay que tener ahora? ¿Quién va a estar temeroso y triste entre tantos bienes, si no es el que carece de esperanza y de fe? Sólo puede temer la muerte quien rehúsa ir a Cristo, y no querrá ir a Cristo quien no confie poder reinar con Cristo."

El texto, aunque escrito dos siglos antes del comienzo de la Edad Media, deja ya vislumbrar lo que serán los rasgos característicos del Cristianismo medieval: la idea de la muerte y de la enfermedad –su preludio- como elemento nivelador, el menosprecio por el mundo terrenal y la exaltación de la vida eterna.

Para muchos cristianos, la enfermedad o la muerte las "da", las "manda" Dios, y se producen porque "Dios quiere". Pero la interpretación de esta voluntad divina es diferente según los casos; por un lado, existe la interpretación de la enfermedad como castigo divino y, por otro, la que hace de la enfermedad una predilección divina por la víctima, con dos manifestaciones distintas: la de persona elegida por Dios para vivir su "gloria" -enfermedad como paso a la muerte- y la de prueba divina, que debe pasar el afectado o, incluso en ocasiones, las personas queridas. La interpretación de la enfermedad como prueba divina implica una concepción finalista y no causal (como ocurre en la relación pecado-enfermedad); lo que importa es el fin que se le da a la enfermedad y, en este caso, sufrimiento y muerte son entendidas en términos de salvación, de aproximación a la divinidad.

Finalmente, la preocupación por materializar el deber de caridad con los enfermos, expuesto ya como ideal por los médicos hipocráticos, favoreció la aparición a partir del siglo VI de una medicina monástica, que tuvo una gran trascendencia en el mundo occidental, tanto por los efectos que causó en el ministerio de los médicos (la ayuda al enfermo se convierte en un deber religioso, en él "vinculo de la perfección" según la expresión de S. Pablo) como por ser la mayor fuente de conocimiento durante la Alta Edad Media. A este respecto, es oportuno recordar que ya en el siglo IV, poco después del edicto de Constantino por el que se clausuraban los asclepieías y otros templos paganos, se iniciaba el movimiento creador y fundador de los hospitales cristianos, el primero de los cuales fue construido en el año 370 por San Basilio en Cesarea. Se trataba de una especie de Ciudad Caritativa, que contenía, entre otros establecimientos especializados, estancias para los viajeros, niños, viudas, inválidos y viejos, un hospital

y una leprosería. Cuando en el año 529 San Benito crea el Monasterio de Montecasino establece el cuidado de los enfermos como objetivo principal de la vida de los monjes, entre los que se encontraban, ocupando un rango especial los que se dedicaban al ejercicio de la medicina, los cuales actuaban como internistas, cirujanos y farmacéuticos. En el momento que la peste de Constantinopla enseñó sus afiladas y espantosas garras (mediados de la sexta centuria), el Cristianismo había modificado ya la imaginación de los pueblos y dado un nuevo carácter a la calamidad.

Y también había impulsado un nuevo modelo de asistencia médica: los médicos cristianos atienden al enfermo “por amor”, lo cual no quiere decir que la atención al doliente esté exenta de un cuidado técnico y moral, sino que la asistencia debe ir más allá del “arte” de curar o aliviar: el deber de caridad obliga al médico a cuidar de los incurables y de los moribundos, a asistir de forma desinteresada a los menesterosos, a incorporar de forma metódica el consuelo a sus acciones y operaciones, a proporcionar un tratamiento, igualitario a todos los enfermos (P. Laín Entralgo).

Cuando, a partir del siglo XII, vaya extinguiéndose de forma más o menos rápida según los lugares, este tipo de medicina clerical, la atención al enfermo adoptará un modelo laico –enroncando con la asistencia técnica al enfermo de la medicina grecorromana– propio del nuevo mundo burgués y estructurado en tres diferentes niveles según las distintas clases sociales que habitan las ciudades: la nobleza, los artesanos y burgueses y los pobres. Por su parte, el nuevo médico surgido de las florecientes universidades europeas –con Montpellier a la cabeza–, y a quien Tomás de Aquino definiría como: “el hacedor de salud que inicia su formación con el estudio de la filosofía natural”, estará en condiciones de enfrentarse con los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, individuales y colectivas, tanto en circunstancias normales como críticas, aunque desgraciadamente la famosa peste o “muerte negra” que asoló Europa durante varios años a partir de 1348 “no dejando ni a la mitad de los vivientes”, vendría a demostrar que esto último era más un deseo que una realidad, como pone de manifiesto Guy de Chauliac, médico de cámara del Papa Clemente VI y autor de una de las mejores descripciones clínicas y epidemiológicas del azote:

“Esta calamidad es extremadamente humillante para los médicos, que se ven incapaces de remediarla, tanto más cuando el miedo al contagio, les impide visitar a los enfermos”.

En estas circunstancias no es de extrañar que algunos autores literarios ironizaran sobre el valor de la medicina y se burlaran de la labor de los médicos, tarea en la que resultó ser extremadamente punzante el poeta Petrarca, abatido por la muerte de su amada Laura en plena juventud. A pesar de ello, hay que decir que la labor del médico en la Baja Edad Media fue extraordinaria y aportó un poco de luz a un periodo oscuro dominado por el hambre, la enfermedad y la muerte y que, en lo cultural, puede considerarse como una gran operación de bricolaje a partir de los materiales aportados por los saberes grecorromanos, cristianos y árabes (U. Eco). Frente a la codicia de algunos colegas y la sátira de no pocos escritores, muchos médicos fueron “luz en la oscuridad que ilumina la casa y le da alegría”, atendieron a los enfermos de forma amorosa y caritativa y ejercieron la medicina “con prudencia y arte”.

Fue el mundo árabe quien mayor impulso proporcionó a la medicina del Medievo, al asimilar primero y enriquecer después el saber médico de origen clásico. La

contribución de España a dicha labor y a la expansión de la ciencia árabe en Occidente fue definitiva. Como describe perfectamente L. Sánchez Granjel, el dominio islámico sobre la península abrió una vía de transmisión cultural única. A Toledo y otros centros hispánicos en donde se cultivaba el saber llegó la herencia griega y romana recibida por el Islam junto a aportes culturales orientales –principalmente recibidas de los cristianos nestorianos de Siria– y a otras aportaciones propiamente islámicas; este caudal de conocimientos, enriquecido por los árabes y judíos españoles, se transmitiría más allá de nuestras fronteras, una vez que las obras fueron traducidas.

Al período de máximo esplendor de la medicina islámica pertenece la famosa descripción sobre la viruela y el sarampión realizada por Rhazes (S. X), la cual ha sido considerada como la mejor monografía clínica de toda la Edad Media; según F. H. Garrison, su descripción “es tan viva y completa, que casi parece una obra de los tiempos modernos”.

Avicena (S. XI), cuya obra Canon fue durante más de cinco siglos el tratado de mayor autoridad en todo el mundo islámico y occidental, llegó a ser médico-jefe del gran hospital de Bagdad y su reputación fue tan elevada que se le consideró durante largo tiempo como “el príncipe de los médicos”.

En la España del Califato de Córdoba destacan: Abulcasis (S. XI), autor de un gran tratado médico-quirúrgico, inspirado en Pablo de Eginia, pero con algunos hallazgos singulares, como el tratamiento de las deformidades de la boca; Averroes (S. XII), señalado como el primer autor que observó que las personas que habían tenido viruela no volvían a sufrirla, dando así una de las primeras nociones acerca de la inmunidad de esta enfermedad; Avenzoar (S. XII), médico sevillano, gran observador clínico al que se debe un tratado médico y las descripciones de los síntomas de una amplia serie de enfermedades, como, por ejemplo, las lesiones producidas por la sarna, de la cual demostró su naturaleza parasitaria, la pericarditis serosa y el absceso del mediastino; Maimónides (s. XII), el extraordinario médico y filósofo judío cordobés, que glosó la obra de Galeno, comentó los aforismos hipocráticos, escribió un tratado de la conservación de la salud, y entre otros hallazgos, precisó los síntomas del acceso rábico y el tiempo de su aparición.

A partir del S. XIII fue general la decadencia de la medicina islámica, aunque la traducción sistemática del árabe al latín de las más importantes obras médicas conocidas hasta entonces permitió la adquisición de los saberes de la ciencia médica antigua y árabe, y proporcionó, junto a la actividad de la escuela salernitana –había tomado el relevo de la medicina monástica en el dominio de las corrientes culturales cristianas durante los siglos XI y XII y despertado el arte médico, infundiéndole nueva vida (M. Neuberger)-, la base para el desarrollo de la medicina durante la Baja Edad Media europea. Entre las figuras más representativas de este periodo destacan los cirujanos H. de Mondeville y G. De Chauliac (S. XIV), así como el médico español Arnau de Villanova (S. XIV), quien realizó una clasificación de las enfermedades de carácter epidemiológico y relacionó el concepto de “utilitas” con la propia justificación de la presencia del médico y la medicina en la sociedad: o eran algo útil o no tenían razón de ser. El pensamiento de Arnau refleja ya la concepción de la enfermedad que en los siglos siguientes expresaría el llamado empirismo racionalizado: “el médico llega al conocimiento de la enfermedad mediante un doble instrumento, la experiencia y la razón”.

Y es que estamos ya en el periodo que M. Neuburger denominaba como *prerrenacimiento*. Para entonces se consideraba que el médico debía ser sobrio, un hombre recto, temeroso de Dios, versado en las artes liberales y experto en las ciencias, digno de la confianza de los pacientes, que actuaría tratando de averiguar los síntomas a través del interrogatorio, determinando la naturaleza de la enfermedad, formulando un diagnóstico y disponiendo de un tratamiento (R. Porter).

Conviene subrayar que durante la Edad Media, tanto en Oriente como en Occidente, y en ellas, las zonas de influencia islámica y cristiana, la medicina fue más una ocupación que una profesión, la cual sólo comenzará a vislumbrarse a partir de la reglamentación de la titulación médica de Rogerio II (s. XII), elaborada bajo la influencia de la escuela de Salerno, que establecía la obligatoriedad de un examen oficial para poder ejercerla, y la pragmática de Federico II (s. XIII) reafirmando tal obligatoriedad para el ejercicio de la medicina en el reino de Sicilia:

“Teniendo en cuenta la gran pérdida y el daño irreparable que puede venir de la impericia de los médicos, disponemos que, en adelante, ningún aspirante al título de médico se atreva a ejercer o a curar a no ser que, tras haber sido aprobado por un tribunal público de médicos de Salerno, se presente condocumentos testimoniales de rectitud y de suficientes conocimientos, tanto de los maestros como de las autoridades”.

A estas primeras “constituciones” siguieron otras nuevas pocos años después en las que se regulaba la enseñanza médica:

“Como no se puede saber medicina si no se tienen antes algunos conocimientos de lógica, disponemos que nadie estudie medicina si previamente no ha cursado al menos tres años de lógica. Después de este trienio comience, si lo desea, a estudiar medicina, a continuación del período indicado (...). Transcurridos cinco años (de estudio), no ejercerá la profesión sin haber practicado antes durante todo un año bajo el consejo de un médico experto. Durante el quinquenio citado, los maestros explicarán en las escuelas textos originales de Hipócrates y Galeno, tanto de medicina teórica como práctica. Para favorecer la salud, disponemos también que no se permita ejercer a ningún cirujano si no presenta documentos de maestros que enseñen medicina, que testimonien que ha estudiado al menos un año la parte de la medicina relativa a las cuestiones quirúrgicas y, sobre todo, que ha aprendido en las escuelas anatomía humana y que tiene una buena preparación en esta parte de la medicina, sin la cual no se pueden realizar operaciones con provecho para el enfermo ni curar heridas”.

En España, a mediados del siglo XIII, Alfonso X el Sabio promulgó su Fuero Real en el que se recogía que: “...ningún hombre actúa de Médico (‘Físico’ en aquel tiempo) si no es aprobado como buen Médico por los Médicos de la Villa donde hubiera de obrar y por otorgamiento de los alcaldes”. También los Fueros de Alfonso I de Aragón (s. XIV) recogen el poder de los municipios y su importante papel en la profesionalización de la medicina: sólo podían ejercer en las ciudades y villas del reino de Valencia aquellos médicos que dispusieran de la licencia correspondiente obtenida tras un examen de conocimientos y competencia. A finales del período medieval la influencia municipal decayó a favor de los poderes centrales, que en el caso de la Corona de Castilla, regida ya por los Reyes Católicos, estuvo en manos del médico de cámara o “Protomédico”, creándose en 1477 el Tribunal del Protomedicato -presidido por el protomédico- como

institución encargada de autorizar y vigilar el ejercicio de la medicina en todos sus niveles y cuyo origen hay que buscarlo casi medio siglo antes en los “alcaldes examinadores” creados por Juan II.

Una incipiente y peculiar forma de asociacionismo científico lo constituyen las escuelas médicas de tradición hipocrática, cuyo origen se remonta a la célebre escuela de Alejandría, las cuales se extienden por Oriente (Gundishapur, Bagdad, Damasco...) y Occidente (Córdoba, Toledo, Montpellier...) a lo largo de la Edad Media. El ejemplo más significativo de esta particular forma de asociación médica puede encontrarse en la famosa escuela de Salerno, que tuvo una gran influencia en la medicina de la Baja Edad Media. Según la leyenda, la fundación de esta singular escuela se debió a la reunión de cuatro médicos de culturas distintas: un griego, un judío, un árabe y un cristiano, con objeto de crear una comunidad que difundiera el saber médico. El primero de ellos aportó la doctrina hipocrática; el segundo, la experiencia terapéutica en sus distintas formas –dietética, farmacología y cirugía- de los médicos judíos; el tercero, una recopilación del galenismo arabizado, sobre todo la selección de textos de la Isagoge, atribuida al círculo de Hunain Ibn Isaac (s. IX); el cuarto, el saber médico encerrado en la medicina monacal. El primer miembro reconocido históricamente de esta escuela fue Alfano (s. XI) quien, además de practicar la medicina, llegó a ser arzobispo de Salerno, sin embargo, su principal impulsor fue Constantino el Africano, buen conocedor por sus viajes a Oriente de la medicina islámica, que abrazó la vida monástica.

El mayor exponente de la especialización médica se encuentra en la medicina hospitalaria que se encontraba ya plenamente desarrollada, al menos en Oriente, desde el siglo VI, como muestra el ejemplo del Sampson Xenón de Constantinopla, que contaba con una amplia plantilla de médicos, cirujanos y preparadores de medicamentos. Algunos siglos después el Pantokrator Xenón, mandado construir por el emperador Juan Comneno (s. XII) contenía cincuenta camas agrupadas en cinco secciones especializadas y llegó a estar atendido por diecisiete médicos, treinta y cuatro enfermeros y seis farmacéuticos encargados de un excelente almacén de fármacos. En Montpellier se exigió desde el siglo XIII se exigió a los estudiantes de medicina una estancia mínima de seis meses en el hospital.

Hay que advertir que, desde el siglo IX en Oriente (hospital de Bagdad) y el siglo XIII en Occidente (Pragmática de Federico II regulando la profesión farmacéutica) existieron ya farmacéuticos propiamente dichos; por otra parte, fuera de los monasterios, la medicina y la cirugía permanecieron separadas durante el Medievo y que tanto la Oftalmología como la Ginecología y Obstetricia, dos de las áreas más “especializadas” de la medicina desde un principio mantuvieron una relación muy estrecha con la cirugía; en cuanto a la Pediatría, aparecieron ya los primeros balbuceos de especialización al considerar algunos autores las afecciones infantiles separadamente de las de los adultos, aunque en la mayoría de los textos médicos lo que se encuentra son referencias a las enfermedades pediátricas dentro de un contexto patológico general. Comentario aparte merece la Psiquiatría: parece que desde el siglo IX existieron en Bagdad y en El Cairo “casas para locos”; en Europa, los primeros manicomios datan de finales del siglo XIV y principios del XV, centuria en la que las instituciones para enfermos mentales se extendieron muy rápidamente, especialmente en España.

## MUNDO MODERNO

En el largo y macabro siglo transcurrido entre los últimos estragos de la famosa “peste negra” y el descubrimiento de América –hecho que debe ser considerado como punto de partida de la historia moderna por el sentido universal que el hombre y la historia adquieren a partir de ese momento- fue germinando el cambio de mentalidad que trajo consigo el Renacimiento, el cual transformaría progresivamente el teocentrismo medieval: “todo ha sido creado por Dios y para Dios”, en un antropocentrismo humanista en el que el individuo adquiere su máxima definición: el hombre se sitúa como “centro del mundo” y “medida de todas las cosas”, aun sin olvidar su condición de criatura de Dios. Esta transformación gradual tuvo dos consecuencias históricas fundamentales: el sentido paganizante de los planteamientos del hombre, con la formación de un ideal de vida plena que el miedo al más allá ya no amenaza, y la creciente curiosidad científica en el afán de conocer los más ocultos secretos de la naturaleza.

Es la gestación y nacimiento de un hombre nuevo, universal, a la vez pagano, cristiano, artista, científico y mago, que toma conciencia de sí mismo y de su biografía y ama apasionadamente la vida de los seres y las cosas de la vida. Repitiendo las palabras del gran historiador holandés J. Huizinga, el Renacimiento –y con él, el hombre moderno- llega “cuando cambia el <<tono de la vida>>, cuando la bajamar de la letal negación de la vida cede a una nueva pleamar y sopla una fuerte brisa; llega cuando madura en los espíritus la alegre certidumbre de que había venido el tiempo de reconquistar todas las magnificencias del mundo antiguo, en las cuales ya se venía contemplando largo tiempo el propio reflejo”.

En efecto, durante los siglos XV y XVI la población europea continuó siendo castigada por repetidas epidemias de peste, alternativamente cortas o largas, graves o ligeras, que dieron lugar al cielo infernal peste-muerte-hambre-peste. J. Delumeau constata que la muerte era compañera del Renacimiento y Huizinga que ninguna otra época ha puesto tanto acento y pathos en la idea de la muerte como el *Quattrocento*. Sin embargo, en medio de los graves estragos demográficos, económicos, sociales y personales de la peste, se forjó una nueva orientación del espíritu, de los ideales y de las fuerzas creadoras del hombre que consiguió transformar todos y cada uno de los aspectos del quehacer humano, y cuyas principales consecuencias para la medicina fueron la renovación de la medicina hipocrática y del galenismo –a través del estudio crítico de las obras clásicas- y su enriquecimiento con las minuciosas observaciones clínicas realizadas por los grandes médicos de la época.

El Renacimiento supuso, asimismo, la aparición de un modo de ver la enfermedad y la muerte, y de una manera de comportarse ante ellas, que fueron levantándose entre dos actitudes derivadas del anhelo de una vida más bella característica del otoño medieval y del ansia de vivir sobre la tierra del hombre moderno: por una parte, la desesperación ante la fuerza devastadora de las epidemias y el sentimiento de espanto o resignación frente a las mismas llevó, en contraposición al acusado menosprecio del mundo que caracterizó a la Edad Media, a una jubilosa exaltación de la vida terrena presente: al proclamar “Vivamos el día de hoy” (L. de Medicis) no se hacía sino reivindicar el papel central del hombre en la construcción de su propia historia y manifestar el valor primordial de la existencia terrenal. Por otra parte, la confianza en la capacidad descubridora del hombre, estimulada por la cada vez mayor curiosidad científica y la

experimentación (“las creencias serían vanas sin la confirmación de la experiencia”), por la ampliación del horizonte terrestre con el descubrimiento de nuevos mundos y por las conquistas que la medicina fue alcanzando poco a poco, se tradujo en una actitud de esperanza ante el futuro inmediato: “Pronto veremos alargarse nuestros días breves y huidizos” es la frase que resume esta actitud y confirma el paso de una muerte que es conciencia y condensación de una vida a una muerte que es conciencia y amor desesperado a esta vida, según la acertada exposición de P. Ariés.

Por su parte los médicos renacentistas, convertidos más en “señores de la naturaleza” que en simples “sevidores” de ella, contribuyeron decisivamente a que la población tomara conciencia de que la medicina era, además de una tarea social y de una práctica –más o menos empírica- al servicio de la restauración de la salud, una forma de conocimiento del hombre. Probablemente, el mejor resumen de la medicina renacentista nos lo ofrece M. Yourcenar en uno de los pasajes de **Opus nigrum**, la obra protagonizada por Zenón, el médico alquimista, tras cuyo personaje se esconden las figuras de Leonardo, Paracelso, Server y Campanella:

“Por más que hiciera, siempre su meditación se volvía al cuerpo, principal objeto de estudio para él. Sabía que el bagaje del médico se componía, por partes iguales, de habilidad manual y de recetas empíricas, a las que venían a añadirse algunos hallazgos, también experimentales, y que a su vez conducían a conclusiones teóricas siempre provisionales: una onza de observación razonada valía en aquellas materias más que una tonelada de sueños”.

Al mismo tiempo, con la nueva mentalidad aportada por las burguesías urbanas, la asistencia médica fue ya una práctica profesional remunerada que, en determinados casos, podría convertirse en una importante fuerza de riqueza para quien la ejercía. En general, el “médico burgués” es partidario de una medicina liberal en la que los honorarios se pudieran regular mediante una relación contractual y estipulados según la categoría del médico y la situación socioeconómica del enfermo y su familia. Tanto el poder civil –regulación de una cierta asistencia gratuita- como el eclesiástico –insistencia en la asistencia caritativa e igualatoria trataron de frenar esta onda expansiva de la liberalización de la medicina, que inevitablemente desembocaría en una “medicina para ricos” y una “medicina para pobres”. En las tierras de Castilla, la nueva pragmática de Felipe II (1588) contenía una detallada ordenación legal de las funciones de los médicos.

Así pues, durante el Renacimiento, la asistencia a los enfermos siguió el modelo bajo-medieval, aunque impregnado de un tinte menos escolástico y más liberal. Por una parte, la realeza, nobleza y alta jerarquía eclesiástica tenían a su servicio a médicos dedicados exclusivamente a tal menester (en el reino de Castilla el primer médico de cámara o protomédico tenía también la misión de la organización médica y su control); por otra parte, la asistencia médica a los pobres se encuentra organizada en torno a médicos y cirujanos contratados por el Estado o el municipio, que ejercen su labor en los hospitales, instituciones que no solamente de la mano de la iglesia, sino también de las propias monarquías o de las burguesías urbanas, proliferan como centros que, en muchos casos, encierran en una espléndida arquitectura una penosa vida interior, aunque, a diferencia de los hospitales medievales, ya no tienen la función de “albergue de los mendigos” al estar ya claramente separado el amparo de los pobres de la asistencia médica propiamente dicha.

Entre la asistencia a los pobres estamentales y la de los poderosos, continuó desarrollándose cada vez más la asistencia médica domiciliaria a los miembros de las familias de la burguesía urbana, las cuales tenían asegurados los servicios de profesionales de demostrada solvencia mediante acuerdos económicos –que duraban un período determinado de tiempo- o mediante el pago por servicio. En estos médicos, algunos autores, como P. Laín Entralgo, ven el punto de partida del “médico de cabecera.”

A diferencia de las ciudades y villas de un cierto número de habitantes donde existieron -aunque en proporción desigual según los diferentes países y zonas geográficas- médicos contratados por los concejos, por los grandes señores, por determinados estatutos o por las cofradías o sociedades de socorro, en el medio rural la medicina casi nunca estuvo en manos de los médicos sino, en muchos casos, de otros sanadores de rango inferior, como los barberos.

A los tres niveles médicos les igualaba la escasa eficacia de los remedios al uso, aunque las deficiencias de la asistencia a los pobres, hacía que la mortalidad fuese mucho más elevada entre éstos, especialmente en los casos de epidemias. Las diferencias en la atención y los escasos resultados obtenidos en muchos casos fueron motivo de que los médicos se vieran sometidos a la crítica social y literaria. Pero, frente a estas críticas, la “ciencia” médica se fue abriendo paso y otros creadores mostraban el avance de la medicina y el prestigio del médico: los pintores trataban de plasmarlo en sus “anatomías” y “visitas médicas”, mientras que algunos literatos expresaban su esperanza en el porvenir de la ciencia en general y de la medicina en particular: “Pronto veremos alejarse nuestros días breves y huidizos” (H. de la Motte).

En definitiva, con la nueva mentalidad aportada por el Renacimiento (“la razón y la experiencia son los pies, con que anda la medicina” dirá E. J. Enriquez) comienza el período histórico correspondiente al mundo moderno caracterizado por el llamado “empirismo racionalizado” y en cuyo desarrollo, a lo largo de los siglos XVI, XVII y XVIII, se irían construyendo las bases que permitirían acceder a la etapa científica de la medicina, así como a la consideración de la salud como un “don supremo”, al mismo nivel que la verdad y la libertad.

Desde el punto de vista de la medicina, varios hechos llaman poderosamente la atención en el transcurrir del mundo moderno:

- la aparición del más grave intercambio epidémico de la historia, como consecuencia del descubrimiento de América;
- el fuerte incremento de la morbilidad de algunas enfermedades que llegaron a ser descritas como “nuevas enfermedades”;
- el papel central ocupado por la anatomía en el saber médico general, impulsado por el espléndido estudio de A. Vesalio, cuyo tratado La fábrica del cuerpo humano se convirtió en el libro de texto obligado en la mayoría de las universidades europeas durante largo tiempo;
- la formulación de concepto de “especie morbosa” o entidad nosológica como noción básica de la patología;
- el descubrimiento de la circulación sanguínea y el desarrollo de la fisiología de la mano de W. Harvey;



- la rebelión doctrinal de Paracelso, que traería una nueva forma de entender la enfermedad y su tratamiento;
- la introducción de elementos racionales en el conocimiento de la etiología de un buen número de enfermedades a partir de los datos aportados por la experimentación, el microscopio óptico y la nueva “visión” abierta por el mismo y de la observación clínica;
- el impulso de la cirugía merced a la obra de A. Paré y otros importantes cirujanos y su separación de la práctica médica;
- el comienzo de la epidemiología y de la higiene pública con los trabajos de Fracastoro, Paracelso y Lancisi y su coronación con la incansable tarea de A. P. Frank y B. Thompson y A. Lavoisier (“la miseria del pueblo es la madre de la enfermedad y corresponde al Estado el cuidado de la salud pública y la mejora de las condiciones de vida de las clases pobres”);
- finalmente, el nacimiento de la inmunización con el descubrimiento de la vacunación por parte de E. Jenner.

Como consecuencia de las mejoras sanitarias a nivel colectivo y de los progresos económicos y sociales, se produjo, desde 1750, un aumento general de la población con un descenso hasta entonces desconocido de los casos de mortalidad. La salud comenzaba ya a plantearse como un bien supremo y frente a la actitud medieval basada en la esperanza religiosa iría apareciendo con mayor nitidez la esperanza secular o histórica. Su variante científica o técnica alcanzaría una gran pujanza durante la segunda mitad del s. XIX y gran parte del XX.

A pesar de que desde el punto de vista sociocultural pueda establecerse –aún con las características propias de cada período- una línea continua a lo largo del Renacimiento, el Barroco y la Ilustración, desde el punto de vista de la medicina y del quehacer médico se producen, bajo el hilo conductor general, ciertas paradojas dignas de comentarse. Así, al mismo tiempo que constituye el período de mayor expansión del galenismo, el siglo XVI nos dejará dos de las mayores rebeliones contra la doctrina de Galeno: la ingente labor de Vesalio, que desembocaría en el método anatómico-clínico y, a partir de él, en el planteamiento de la lesión anatómica como fundamento del saber clínico; la radical transformación en la manera de entender y realizar el tratamiento planteada por Paracelso, a quien muchos investigadores consideran como el “padre de la farmacología” (preconiza la erradicación de la “causa específica” de la enfermedad y, en contra de los procedimientos clásicos basados en la polifarmacia galénica, aboga por la utilización de arcanos o “semillas eficaces” simples).

Por otra parte, mientras la Europa del siglo XVII asiste –a pesar del estancamiento sociodemográfico y la depresión económica- a uno de los movimientos culturales históricamente más importantes, con una verdadera eclosión de la ciencia y al arte, de la que no escapa la medicina (prueba de ello es la extraordinaria obra de T. Sydenham, el gran iniciador de la clínica y la nosología modernas), curiosamente es la época en la que los médicos recibirán las críticas más exacerbadas; sólo hay que revisar las obras de nuestros autores del siglo de Oro o de J. B. Molière para tomar clara conciencia de los juicios, a veces “sumarísimos”, a que son sometidos los médicos. Como botón de muestra, valga el siguiente diálogo entre Argán y Beraldo, dos personajes de **El enfermo imaginario**:

“ARGÁN.- Según eso, a vuestro entender,... ó los médicos no saben nada ...?

BERALDO.- Sí saben, hermano. La mayor parte de ellos saben lo más florido de las humanidades; saben hablar sonoramente en latín; saben decir en griego todas las enfermedades, definir las y clasificarlas ...

Más de lo único que no saben una palabra es de curar”.

Tampoco deja de ser curioso que siglo y medio después de que G. Frascatoro estableciera la teoría del contagio de la enfermedad infectocontagiosa, D. Defoe, cuando habla de la peste de Londres en 1665 en su Diario del año de la peste (1722), aún reconociendo que “la calamidad se propagaba por contagio”, nos devuelve a las interpretaciones más arcaicas acerca de la etiología y tratamiento de la enfermedad:

“Y esto fue producido por ninguna nueva medicina hallada, ni por ningún nuevo método de curación descubierto; tampoco por la experiencia que hubieren adquirido los médicos y cirujanos en la operación; sino que era, indudablemente, la obra secreta e invisible de Aquel que primero nos había enviado esta enfermedad como castigo”.

Finalmente, el “siglo de las luces”, que haría del culto a la razón su bandera, que elevaría la salud a la categoría de “don supremo” y que convertiría al médico en un personaje imprescindible en la vida de las familias, nos dejó también actitudes cargadas de acritud frente al quehacer médico, como la mostrada por J. J. Rousseau:

“El imperio de la Medicina es el arte más nocivo para el hombre. No puedo asegurar qué enfermedades curan los médicos, pero puedo hacer un balance completo de las que nos transmiten ...”.

Tan mordaces como éste fueron también algunos textos de los autores españoles, entre los que es preciso destacar al Padre Feijóo y a D. Torres de Villaroel. Y es que, como comenta J. Tamames, la Ilustración “quitó al médico su veladura de misterio, le despojó de su omnipotencia, le dejó inerte ante la opinión pública”.

Durante los siglos XVII y XVIII la actividad sanadora estuvo en manos de profesionales con título universitario –bachilleres, con funciones limitadas, licenciados o doctores-, es decir físicos y cirujanos con pleno reconocimiento social –las cofradías se habían unido a los poderes municipales y al Protomedicato en el control del ejercicio profesional de médicos, cirujanos y boticarios, así como en la regulación de sus honorarios-, cuyo número fue verdaderamente escaso; al lado –muchas veces, frente a ellos-, hubo un abigarrado conjunto integrado empíricos hábiles en el manejo de ciertas prácticas terapéuticas y conocedores de aspectos concretos de lo que se podría llamar medicina doméstica, (algebristas, barberos-sangradores y cirujanos latinos principalmente), y personas, que recurrían a una medicina popular no exenta de recursos mágicos, supersticiosos o milagrosos (L. Sánchez Granjel). Los sanadores no médicos suplían, especialmente en el medio rural, la ausencia de médicos titulados y, en las ciudades, eran con frecuencia el refugio y auxilio de muchos enfermos pobres. Para ejercer la medicina en España era obligado obtener la licencia del Protomedicato, que especificaba la categoría e imponía los límites de la actividad profesional. Al Protomedicato le incumbía vigilar las normas legales y luchar contra el intrusismo profesional.

Pero ¿cómo era el día a día de un médico durante el Barroco y la Ilustración? Las mejores respuestas nos las da la literatura y, así, Tirso de Molina, por boca de su personaje Caramanchel, criado de un doctor, nos pone al corriente de la vida cotidiana de un médico general:

“Yo le diré lo que hacía  
mi médico. Al madrugar,  
almorzaba de ordinario  
una lonja de lo añejo,  
porque era cristiano viejo;  
y con arte letuario  
aqua vitis, que es de vid,  
visitaba sin trabajo,  
calle arriba, calle abajo,  
los egrotos de Madrid.  
Volvíamos a las once;  
considere el pío lector,  
si podría mi doctor,  
puesto que fuese de bronce,  
harto de ver orinales,  
y fistulas, revolver  
Hipócrates, y leer  
las curas de tantos males.  
Comía luego su olla,  
con un asado manido,  
y después de haber comido,  
jugaba cientos o polla.  
Daban las tres y tornaba  
a la médica atahona;  
yo la maza, y él, la mona;  
y cuando a casa llegaba,  
ya era de noche”.

También de los testimonios literarios podemos entresacar como transcurría una consulta habitual: solía comenzar con el saludo al enfermo y la toma del pulso, continuaba con la invitación al enfermo del relato de sus molestias y dolores, así como al interrogatorio del médico, seguía con el examen de orina y finalizaba con la exposición del diagnóstico y la prescripción de los remedios.

Los intentos de ayuda a las clases más pobres se tradujeron ya durante el periodo ilustrado, como consecuencia de la nueva mentalidad que había traído consigo la Ilustración, en acciones concretas. En los países donde el despotismo ilustrado (“todo para el pueblo, pero sin el pueblo”) rige la vida política se trata de asistir a los menesterosos a través de instituciones de carácter estatal, o mejor sería decir, real; en países como el Reino Unido, de estructura política más democrática, es la propia sociedad quien trata de resolver por sí misma el problema de la asistencia al enfermo pobre, principalmente a través de los Friendly Societies (Sociedades de Ayuda Mutua).

En España, aparte de la actuación estatal, diversos estamentos sociales, carentes del soporte económico que protegía a las clases privilegiadas, buscaron amparo colectivo contra las enfermedades en organizaciones de asistencia médica vinculadas a los gremios. Ya, en el siglo XIX, se establecerían las “sociedades de socorros mutuos”.

A mediados del siglo XVIII el francés C.H.P. de Chamouset, siguiendo las propuestas que habían realizado en Inglaterra D. Defoe y J. Bellers, desarrolló un completo y detallado plan de seguro médico, en el cual se proporcionaba, a cambio de una cuota mensual, asistencia médica, domiciliaria y hospitalaria, además del acceso a los medicamentos de una buena farmacia.

Cuando, en 1790, J. P. Frank establece “la miseria del pueblo como causa de las enfermedades”, subrayando el carácter básico de la enfermedad como desequilibrio social, se está poniendo fin a la fase utópica del reformismo ilustrado y se estaba, abriendo una nueva etapa en la manera de entender la asistencia médica y de atender al conjunto de la población, en donde la secularización y la socialización de la medicina serán los pilares en los que descansa la práctica médica. Y es que la situación descrita por Frank se hacía ya insostenible y exigía emprender un nuevo rumbo en el quehacer médico:

“Agobiado con tantas causas de enfermedad, el pobre está expuesto a numerosas desgracias en cuanto sucumbe a una de ellas. Estremecido por la fiebre, se aferra a un duro trabajo para mantener a su mujer y a sus hijos hasta que su organismo se derrumba bajo el peso de tanta miseria. Quizá llama a un médico y cuando llega implora su ayuda. La indigencia le niega medicamentos, comida apropiada y asistencia. Pasan los días y se pierde la ocasión de salvarlo. Entra en un hospital si hay alguno, pero allí está duramente separado de su familia hasta su entierro. Ha podido buscar más pronto este refugio, pero en la mayor parte de los hospitales existe tanto peligro de contagio y tan cruel abandono del enfermo pobre que las cifras de mortalidad hospitalarias son más elevadas que las generales”.

La transformación de la familia, así como la mayor consideración social de la mujer y del niño, tuvo su reflejo sanitario en una mejor atención médica a ambos colectivos; la Obstetricia y la Puericultura siguieron estando en manos de las comadronas, pero la Ginecología y la Pediatría fueron tarea de los médicos y de los cirujanos, los cuales dispusieron para su formación de una cada vez mayor literatura especializada. Se considera que la publicación en 1600 del **Método y orden de curar las enfermedades de los niños** por parte de Jerónimo Soriano constituye el paso definitivo para la constitución de la pediatría como saber médico independiente, el cual experimentaría un auge extraordinario durante los siglos XVII y XVIII. Por otra parte, a finales del siglo XVI, el alemán G. Bartisch publicó el primer libro impreso sobre enfermedades oculares y, en las primeras décadas del siglo XVII, el español B. Daza Valdés editó el primer tratado sobre lentes para corregir defectos de la visión.

A partir del siglo XVI, la actividad científica comienza a tener una cierta dimensión social, y con ella, las agrupaciones de científicos en foros de debate y grupos de

cooperación empiezan a tener una gran relevancia. Partiendo de las academias renacentistas italianas, en el siglo XVII tuvieron lugar dos iniciativas, con características totalmente distintas, que marcarían la trayectoria futura de las agrupaciones científicas. Se trata, por una parte, de la creación en 1660 de la Royal Society de Londres bajo la inspiración del canciller F. Bacon, y por otra, de la puesta en marcha en 1666 de la Académie des Sciences de París, bajo el auspicio del rey Luis XIV.

En España, el fenómeno de las sociedades científicas tuvo su origen en el movimiento renovador y en la Ilustración, siendo la primera institución de este tipo la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla, creada en 1770. En los principales países europeos este movimiento agrupacionista se extendió desde los centros de poder hasta las provincias y resultó decisivo tanto para la profesionalización de la ciencia y de la técnica como para la toma de conciencia general de la importancia del conocimiento, no sólo como instrumento para el desempeño de las actividades laborales, sino también como motor para la mejora de las condiciones de vida.

## SIGLO XIX

Desde el punto de vista de la historia general, el fin del Antiguo Régimen está marcado por dos acontecimientos políticos de gran magnitud y alcance: la Guerra de Independencia norteamericana y la Revolución francesa. Con el triunfo de ambas, el liberalismo se consolida política, social, filosófica y económicamente, iniciándose en la vida del hombre occidental una nueva época, en la cual, como en ninguna otra etapa anterior, la enfermedad, estará, histórica y socialmente condicionada.

El orden social no es el único cambio en el tránsito del siglo XVIII al XIX. El Antiguo Régimen también resultará inaceptable para los médicos que viven esta agitada mudanza histórica y al abandono de las antiguas doctrinas seguirá una búsqueda permanente de la certidumbre con el objetivo utópico de poder alcanzar verdades científicas eternas, o, al menos, perdurables por largo tiempo, esperanza implícita en la famosa frase de X. Bichat:

“La medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas; tendrá derecho, no obstante, a asociarse a ellos, por los menos en lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la observación rigurosa se haya unido el examen de las alteraciones que experimentan nuestros órganos”.

Es decir, el médico deberá asumir la tarea de investigar la enfermedad bajo todos los puntos de vista: sus manifestaciones, sus causas y efectos y su esencia. A la labor de convertir la medicina en verdadera ciencia se dedicaron los más grandes clínicos e investigadores de la época, bajo tres diferentes “mentalidades médicas” sucesivas y complementarias: la mentalidad anatomoclínica o lesional, la mentalidad fisiopatológica o procesal y la mentalidad etiopatológica o causal.

La primera, que se inicia con X. Bichat y alcanza su máxima expresión con la patología celular de R. Virchow, plantea que la realidad central y básica de la enfermedad consiste en la lesión anatómica que la determina, no existiendo “enfermedades generales”, sino “procesos morbosos específicos”, anatómicamente localizados; además, el cuadro sintomático de cada especie morbosa se halla constituido por cuatro momentos: el déficit funcional consecutivo a la destrucción del órgano afecto, la afección orgánica consecuente a la lesión anatómica, la reacción que ésta pueda determinar y las inhibiciones locales a que su acción pueda dar lugar.

La mentalidad fisiopatológica, apoyada en los trabajos de C. Bernard –para quien el verdadero santuario de la medicina era el laboratorio-, considera que la enfermedad es una alteración morbosa de los procesos materiales y energéticos del organismo, siendo el cuadro sintomático la expresión inmediata de dichos procesos desordenados.

La mentalidad etiopatológica tuvo sus principales pilares en la teoría de los gérmenes de L. Pasteur, las reglas de R. Koch y en los asertos de E. Klebs, los tres grandes fundadores de la microbiología médica; de acuerdo con ella, la enfermedad es siempre infección, es decir, una variante de la darwiniana lucha por la vida cuya expresión es el combate entre el germen y el organismo, dependiendo su manifestación clínica de las peculiaridades biológicas del microorganismo patógeno.

Junto a las sucesivas y complementarias mentalidades, hay que significar el nacimiento y la rápida evolución de la farmacología científica a partir de los trabajos experimentales de R. Buchheim y O. Schmmiedeberg, que permitieron reducir la asombrosa complejidad del organismo biológico a sus componentes elementales de carácter físico-químico y conocer con rigurosidad la relación existente entre la composición química de un fármaco y su acción en el organismo. Su culminación fue la quimioterapia sintética, que dio lugar, por una parte a la síntesis de medicamentos que actuaban regulando los trastornos funcionales del organismo (concepto fisiopatológico) y, por otra parte, al desarrollo de medicamentos específicos para destruir los gérmenes causales de las enfermedades sin perjudicar al organismo enfermo y cuyo paradigma lo constituyen las famosas “balas mágicas” de P. Ehrlich (concepto etiopatológico).

La radical transformación de los sistemas de producción, el espectacular desarrollo de los medios de transporte marítimos y terrestres que siguieron a la Revolución Industrial, el auge de la burguesía, la consolidación del proletariado como nueva clase social, la fuerte expansión del comercio y las continuas guerras por el dominio de las colonias condicionaron la presencia casi constante a lo largo del siglo de dos grandes grupos de enfermedades: por un lado, las relacionadas más o menos directamente con el mundo del trabajo, es decir, aquellas enfermedades aparecidas como consecuencia de las precarias condiciones laborales y de la vida de los trabajadores (alcoholismo, desnutrición, accidentes, enfermedades profesionales, pauperismo), cuyo ejemplo más destacado fue la extraordinaria difusión de la tuberculosis pulmonar, y, por otro lado, el de las enfermedades epidémicas, fundamentalmente cólera, fiebre amarilla y gripe, que conmocionaron periódicamente a la sociedad decimonónica, extendiendo su terrorífico espectro prácticamente por todo el planeta. Junto a esos dos, es necesario destacar un tercer tipo de dolencias: aquellas cuya importante morbilidad se mantuvo o se incrementó en relación a los siglos anteriores, y aún un cuarto, específico de la época: el de las neurosis, tanto de las clases burguesas como de las proletarias.

Todos los factores anteriormente expuestos, tanto los relativos al desarrollo de la medicina como los referentes a los acontecimientos y actitudes sociales, fueron un desencadenante de primer orden en la aceleración del proceso de especialización médica, una vez consolidado el profesionalismo médico, a través de la titulación universitaria y la creación de asociaciones médicas nacionales y locales, reguladoras del ejercicio profesional y veladoras, con mayor o menor eficacia, de los intereses del grupo. Así, en la primera mitad de la centuria se crearían la British Medical Association y la American Medical Association; en la segunda parte del siglo, este movimiento se extendería de forma muy parecida en los diferentes lugares a los más importantes países europeos. En general, estas organizaciones están impregnadas de liberalismo, su ideología se adapta a la de la clase burguesa en el poder, abogarán por la consulta particular basada en una relación contractual entre médico y paciente y se opondrán en la mayoría de las ocasiones a los intentos de socialización de la asistencia sanitaria. Como consecuencia de todo ello se producirán grandes desigualdades no sólo en la asistencia médica, sino incluso en el nivel socioeconómico de los profesionales médicos.

Una vez conseguida la unidad profesional a través de la titulación y puestos en marcha los colegios profesionales como principal elemento de cohesión de la misma, la medicina científica se enfrenta al fenómeno de la especialización, el cual aparece con rasgos similares en todos los países europeos. Sus causas: el gran avance científico

conseguido a partir de la mentalidad anatomoclínica, el reflejo en la medicina de la revolución tecnológica, que facilitó una asistencia técnica de más calidad en campos específicos, la base formativa que ofrece la enseñanza y las prácticas en los hospitales, muchos de los cuales también se especializaron, la mejora de las comunicaciones y el desarrollo de las sociedades urbanas en detrimento de las rurales, el imparable proceso de industrialización y, desde el punto de vista de la asistencia, el potencial que ofrece la especialización para resolver problemas de competencia entre los médicos, así como para poder obtener ingresos económicos más elevados, un mayor respeto profesional y una mayor consideración social. Sus efectos: la tendencia a la regulación del ejercicio profesional especializado, al control de las actividades del nuevo grupo, constituido en una cierta élite, y al ordenamiento de la formación del especialista, en cuyo currículo debe incluirse las materias relativas a dicha disciplina, todo ello en un proceso de parecidas características al que llevaron al profesionalismo médico.

En definitiva, al crecer de forma exponencial la información científica, al disponer de técnicas cada vez más específicas y complejas, el médico ya no puede abarcarlo todo y necesita reducir su área de actuación profesional. Por otra parte, el paciente se ve obligado a buscar a médicos que dediquen su conocimiento y su destreza a diagnosticar y tratar un solo tipo de enfermedades. Y si una de las principales consecuencias del profesionalismo es el surgimiento de organizaciones profesionales, como los Colegios de médicos, en el caso del especialismo un movimiento inmediato será la creación de asociaciones específicas, como las Sociedades médicas especializadas, con sus correspondientes revistas especializadas, foros de debate, realización de congresos y otras actividades científicas y defensa de los intereses de la correspondiente especialidad médica. El fenómeno del especialismo médico encuentra un campo especialmente abonado en los Estados Unidos en las décadas finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX, y desde allí se extenderá a los principales países europeos. De igual modo que el Johns Hopkins, bajo la batuta de W. H. Welch y W. Osler, había sido un ejemplo a seguir en la ordenación de los estudios y formación integral de los médicos, asociando el hospital a la Universidad, las primeras Sociedades médicas americanas fueron imitadas en todo el mundo occidental. Ya para 1864 se había creado la American Ophthalmological Society, casi cuarenta años antes que la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana, si bien hay que decir que la institucionalización científica y docente de la especialidad ya se había producido tiempo atrás.

Aún siendo conscientes de la mudanza histórica que se produce hacia la mitad de la centuria entre las situaciones socio-culturales correspondientes al Romanticismo y al Positivismo, desde el cristal de la medicina y el color del quehacer médico, el siglo XIX puede ser mirado como un conjunto unitario, que se inicia en el periodo postrevolucionario y llega hasta la Primera Guerra Mundial, en el que el Romanticismo no sería sino la antesala de la nueva mentalidad que trajo consigo la actitud positivista y cuya mejor expresión se encuentra en las palabras del gran químico M. Berthelot:

“Hoy, el mundo ya no tiene misterios.

La concepción racional pretende aclararlo todo  
y comprenderlo todo (...)

la ciencia ha renovado la concepción del mundo

y revocado irreversiblemente la noción de milagro y de lo sobrenatural”.



La mentalidad científica como elemento básico para el conocimiento y el tratamiento de las enfermedades se fue entretejiendo, una vez más, como una malla, sin discontinuidades bruscas, con esos dos hilos históricos que son la tradición y la renovación. Prueba de ello es que durante el Romanticismo no es difícil encontrar actitudes positivas, mientras que tampoco sorprende el hallazgo de conceptos un tanto primitivos entre las ideas del Positivismo.

No cabe duda en señalar a la tuberculosis no sólo como el más incansable azote de la sociedad decimonónica, sino también como “el mal del siglo”. Como señalaba F. Moliner y Nicolás en su discurso acerca del aspecto social de la tuberculosis (1896), la tuberculosis, a diferencia de las rachas epidémicas del cólera que se presentan como “imponentes tempestades de verano” es una endemia cruel que mata con tenacidad indomable, “cual la lluvia menuda del temporal de invierno, que ahonda la sazón, con cielo gris perenne, cerrado a la esperanza y sin un rayo de sol consolador”.

¿Cómo fue la atención médica al enfermo en la Sociedad burguesa surgida tras la Revolución francesa? Lo primero que hay que decir es que, en general, los médicos se identificaron con la nueva clase dominante, aplicando los principios del liberalismo político y económico a su propio quehacer y defendiendo por encima de todo la libre elección de médico por parte del enfermo, así como el pago por acto médico como norma del libre ejercicio de la profesión; de esta manera, la medicina se convirtió en un prototipo de la profesión liberal. Pero la situación social del médico cubre toda la amplia gama económica de la burguesía desde las ilustres figuras de la medicina hasta las profesionales que atendían a la clases proletarias.

La cada vez mayor eficacia del médico decimonónico, provisto de mejores remedios diagnósticos, preventivos y terapéuticos, se traduce en un mayor reconocimiento por parte de la sociedad y en una mayor confianza en su capacidad de ayuda y las críticas de los autores barrocos se vuelven ahora alabanzas en las narraciones de los escritores realistas. Por otra parte, la profesión médica comienza a organizarse de forma más estructurada en torno a los colegios profesionales y a las asociaciones profesionales, iniciándose el desarrollo del asociacionismo científico y profesional. Además, los estudios de medicina y cirugía se unifican y el trabajo del médico-cirujano surgido de las nuevas facultades de medicina se tecnifica haciendo imprescindible la aparición de la nueva profesión de enfermería.

La asistencia médica en la Europa del siglo XIX se encuentra ordenada en tres niveles distintos, siguiendo la tradición arraigada ya desde la Grecia antigua de asistencia según el nivel social, político o económico del enfermo atendido. Desaparecidos ya los médicos de cámara (médicos de palacio), las personas pertenecientes a las clases altas (aristocracia, burguesía opulenta, dirigentes políticos) acudían a los consultorios privados de la eminencias médicas del momento o eran atendidos en sus propios domicilios por dichos médicos.

Los tradicionales mendigos –algunos de las cuales, dadas las transformaciones sociales de las ciudades, llegaban a ser auténticos “pobres de solemnidad”- y los trabajadores proletarios –que añadían a la “alineación” de su trabajo las míseras condiciones de vida de los suburbios industriales-, constituidos ambos ya en la llamada “clase baja”, eran atendidos en los hospitales de beneficencia, la mayoría de los cuales prestaban unas condiciones asistenciales verdaderamente penosas, como ponen de manifiesto

numerosas descripciones médicas y no pocos relatos literarios. Baste como ejemplo las siguientes comentarios de Concepción Arenal:

“El enfermo pobre halla un mal hospital o no halla ninguno. En muchas capitales de provincia hay, con nombre de hospital, una enfermería con un corto número de camas, y no son admitidos en ella más que los enfermos de la ciudad. Diseminados por los campos o las pequeñas poblaciones, los enfermos pobres sufren y mueren faltos de todo auxilio y en el abandono más cruel. La débil voz de su agonía no halla eco en ninguna parte. Sin llegar este caso extremo, el enfermo pobre arrastra su mísera existencia, y muchas veces para proveer a ella se ocupa de trabajos que agravan su estado. Digamos la verdad, la triste verdad: la gran mayoría de los enfermos pobres sufre y muere sin recibir de la Beneficencia auxilio eficaz, y en la mayor parte de los casos sin recibir auxilio alguno”.

Paradójicamente, en ocasiones, los enfermos pobres que acudían a los hospitales de beneficencia se encontraban “en las mejores manos de la medicina”, ya que algunos prestigiosos médicos se formaban o trabajaban en ellos, sacando para adelante con su saber hacer lo que parecía imposible por los medios disponibles. No obstante, con el paso del tiempo, los hospitales se constituyeron en centros indispensables para la formación de los médicos-cirujanos, sostenida en la triple vertiente de la asistencia, la docencia y la investigación, ya que los hospitales decimonónicos ofrecían las condiciones adecuadas para el estudio de todo tipo de enfermedades y la experimentación de los nuevos medios diagnósticos y terapéuticos. El desarrollo de las nuevas “mentalidades médicas” antes comentadas trajo consigo la introducción de nuevos departamentos hospitalarios y el modelo de “hospital por pabellones”, los cuales estaban separados entre sí. Asimismo, otra característica de la medicina hospitalaria en el periodo decimonónico fue la construcción de hospitales especializados: pediátricos, y psiquiátricos, por supuesto, pero también neurológicos, torácicos, oftalmológicos, ortopédicos, dermatológicos..., mientras que muchos de los hospitales generales también se organizaron por departamentos especializados. En todos ellos, la figura del médico ocupó una posición central no sólo en lo relativo a la asistencia, sino también en lo que se refiere a las tareas administrativas, quedando en sus manos las decisiones acerca de la admisión, tratamiento y alta de los enfermos.

El tercer nivel, la llamada “clase media” –artesanos, obreros acomodados, funcionarios medios, profesionales liberales de nivel intermedio, etc.– tenía el doble recurso de acudir a la asistencia domiciliaria por parte de médicos modestos o acogerse a los servicios de las más o menos incipientes sociedades de ayuda mutua. Normalmente era el cabeza de familia el que se inscribía en estas asociaciones buscando la atención de toda la familia a cambio de una módica cantidad de dinero mensual o semanal; tanto en esta asistencia por parte de un médico que trataba a toda la familia, elegido entre los que ofrecía la sociedad, como en los médicos que realizaban la asistencia domiciliaria –que en un buen número de casos, lejos de ser puntual, tenía también un carácter periódico o continuado y familiar- se puede apreciar ya una práctica médica que, al menos en su intención, puede ya considerarse como medicina de familia. Según P. Laín Entralgo:

“...podemos señalar la última parte del siglo XIX como la época en la que surge la Medicina de Familia ya

con este nombre; era la medicina de las clases más bajas. Por supuesto, hay documentos más que de sobra para acreditar esta realidad en España y, en general, en todo el mundo occidental, europeo y americano. Pero esto no era suficiente”.

Y en efecto, no era ya suficiente. Desde el punto de vista de la población, hay que señalar que, después de los sucesos de 1848 en Francia y su repercusión en toda Europa, el proletariado obrero toma conciencia de clase, la “clase obrera”, y reivindica su derecho a una mejor asistencia médica –por otra parte, cada vez más cara como consecuencia de su mayor tecnificación y eficacia– y a una adecuada cobertura social que le permitiera vivir en condiciones dignas en caso de accidente o enfermedad, tratando de evitar que no entraran en la casa del pobre como compañeros de la enfermedad y la miseria, el abandono y la desesperación. Se trata de la llamada por Laín “rebelión del sujeto”, es decir, la activa inconformidad del enfermo ante la doble alienación médica y económica.

Desde la medicina empieza a generarse un nuevo movimiento que, sin despreciar los nuevos medios que los avances científicos ponen a su disposición, reivindica de nuevo el viejo ideal hipocrático de que “el paciente es una persona” y “no hay enfermedades, sino enfermos”, al tiempo que impulsa la necesidad de una mejora radical de la salud pública. El programa de *reforma médica*, que encontraba sus mayores impulsores en L. R. Villermé (Francia), T. Thackrah y E. Chadwick (Inglaterra) y R. Virchow, S. Neumann y R. Leubuscher (Alemania) estaba fundamentado en los siguientes principios: 1) la salud del hombre es un asunto de interés social directo; 2) las condiciones sociales ejercen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad y deben ser objeto de investigación científica; 3) las medidas para luchar contra la enfermedad y fomentar la salud tienen que ser tanto de carácter social como médico.

Por otra parte, los gobernantes comienzan a ver la salud como un bien de producción y, así, en su discurso al parlamento prusiano en 1881, el emperador Guillermo I haciéndose eco de las palabras del canciller Bismarck de que la inseguridad social del trabajador era la verdadera amenaza para el Estado, afirmaría que: “...el remedio de los males sociales no ha de buscarse exclusivamente por el camino de la represión de los excesos de los socialdemócratas, sino también por el de la promoción positiva del bienestar de los trabajadores”.

Consecuencia de todo ello fue el nacimiento de nuevas vías en la asistencia médica entre las que hay que destacar por su importancia y amplitud dos con distintas variantes: por una parte, el sistema Zemstvo, desarrollado a partir de 1864 por la Rusia zarista, que estaba saliendo de su estructura feudal; por otra parte, el sistema de las Krankenkassen o “cajas para enfermos”, puesto en marcha en Prusia por Bismarck desde 1894.

El sistema Zemstvo resultaba ser un modelo de asistencia colectivizada para las zonas rurales, por la que, a través de una red de médicos y centros sanitarios –dispensarios y pequeños hospitales–, dependientes de los gobiernos locales a los cuales se les había dotado de cierta autonomía por parte del zar, se daba asistencia médica gratuita a los campesinos pobres; tras la Revolución de Octubre de 1917, este sistema sirvió de base para la socialización médica llevada a cabo por el nuevo régimen soviético. La

asistencia médica se convertía así en un servicio público prestado por médicos asalariados y financiado mediante impuestos.

El sistema de las Krankenkassen bien podría considerarse como el primer sistema moderno de seguridad social (en realidad Bismarck tuvo que renunciar a su idea de un seguro centralizado y unificado en favor de las distintas “cajas de seguro” bajo supervisión estatal y en la exigencia de su obligatoriedad); se creó un seguro de accidentes de trabajo y un seguro de enfermedad, al mismo tiempo que se ponían en marcha cajas de asistencia social a los enfermos; este sistema, con variaciones más o menos importantes a lo largo del tiempo, se extendió a una buena parte de Europa. Y, con sus correspondientes peculiaridades proteccionistas y de coberturas de riesgo, se ha mantenido básicamente hasta la actualidad en Alemania y Francia.

El sistema de las Krankenkassen tuvo también repercusión en Gran Bretaña, en donde a finales del siglo XIX coincidían las sociedades de socorros mutuos con un servicio de medicina preventiva. A partir de 1911, se creó un amplio sistema de seguridad social similar al prusiano, que se extendería hasta la Segunda Guerra Mundial.

En España, en la que las sociedades de socorros mutuos –conocidas popularmente como “sociedades de médico y botica”- habían tomado el relevo de las asociaciones gremiales y las cofradías, también tuvo una clara influencia el sistema de las Krankenkassen y, así, en 1909, se creó el Instituto Nacional de Previsión, con objeto de promover un sistema de seguros voluntarios que fuera dando paso a otro de carácter obligatorio. Para entonces, la Institución General de Sanidad había establecido (1904) la existencia de un médico titular, al menos en cada ayuntamiento por cada trescientas familias pobres y se había aprobado el primer Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España. Había costado más de un siglo para que el derecho a un tratamiento no discriminatorio de todos los hombres, proclamado por la Declaración de los Derechos Humanos de la Asamblea Constituyente de la Revolución francesa, comenzara a dejar de ser una utopía en la mayoría de los países desarrollados.

Había costado más de un siglo para que el derecho a un tratamiento no discriminatorio de todos los hombres, proclamado por la Declaración de los Derechos Humanos de la Asamblea Constituyente de la Revolución francesa, comenzara a dejar de ser una utopía en la mayoría de los países desarrollados. Sin embargo, no puede hablarse de una situación plenamente satisfactoria y, como denuncia Antón Chéjov en **El Pabellón número 6**, el choque entre el progreso de la medicina y la realidad clínica diaria podía llegar a ser extremadamente violento, confrontación que otros intelectuales de la época también llevaron al propio avance de la ciencia en general y de la diaria realidad social:

“En los primeros tiempos, Andréi Yefimych trabajaba con mucho ahínco. Recibía visitas desde la mañana hasta la hora de comer; hacía operaciones e incluso atendía partos; las señoras decían de él que era atento y adivinaba a la perfección las enfermedades, en especial las infantiles y las femeninas. Pero con el tiempo el trabajo lo empezó a aburrir de modo ostensible, tanto por su monotonía como por su evidente inutilidad. Hoy ves a treinta pacientes y al día siguiente miras y te han caído treinta y cinco, y al otro cuarenta, y así día tras día, año tras año, pero la mortalidad no disminuye en la ciudad y los enfermos no paran de llegar. Prestar una ayuda sería a cuarenta personas enfermas desde la mañana hasta la comida es físicamente imposible, o sea que, aunque no quieras, resulta que todo es un engaño”.

## NUESTRO TIEMPO

Con la Primera Guerra Mundial puede decirse que finaliza realmente el período correspondiente al siglo XIX y se entra de lleno en lo que ha dado en llamar nuestro tiempo. En su análisis se pueden distinguir tres etapas -o quizás cuatro- entrelazadas desde el punto de vista sociopolítico, que también pueden hacerse extensivas al campo de la medicina: la primera de ellas comprende el período entre guerras; la segunda abarca desde mediados de los años cuarenta hasta la década de los setenta del pasado siglo; la tercera llega hasta los años que siguieron a la caída del Muro de Berlín; la última es a la que asistimos en la actualidad.

La primera etapa se caracteriza por la dificultad del hombre para asimilar el vertiginoso ritmo de los acontecimientos que le habían tocado vivir. Casi en un abrir y cerrar de ojos los conceptos de espacio y tiempo, de materia y energía, se habían transformado por completo, la ciencia y la técnica se habían convertido en la nueva religión, el arte se adentraba por senderos surrealistas, volar había dejado de ser un sueño para el hombre, pero los otros sueños necesitaban de psicoanálisis, y la crisis existencial iniciada un siglo antes con S. Kierkegaard no sólo alcanzaba a la filosofía y a la literatura (J. P. Sartre, A. Camús), sino también a los médicos y a la literatura hecha por médicos (F. Trigo, P. Baroja, A. J. Cronin).

Las tres mentalidades que caracterizan la medicina del siglo XIX: anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica acabaron integrándose entre sí y dando lugar juntas al núcleo científico más sólido de la práctica médica, de tal forma que el estudio de la patología ya no era posible sin atender de forma complementaria a su etiología, fisiopatología y anatomía patológica.

En cuanto a la asistencia sanitaria, esta no escapa de la situación sociopolítica del momento y de la evolución que se estaba produciendo en la economía. En efecto, en las primeras décadas del siglo pasado, y, sobre todo, tras la crisis económica de los años veinte, los economistas empiezan a ver cada vez con mayor claridad que el liberalismo a ultranza de A. Smith y sus seguidores, según la cual “la misma producción es la que crea demanda para los productos”, puede ser aplicada en condiciones ideales, pero no en condiciones reales de mercado. Se hace necesario el intervencionismo del Estado al menos en dos temas capitales: el primero de ellos, existe paro involuntario, no deseado, y para evitarlo el Estado tiene que plantearse la financiación de obras públicas. El segundo, es la necesidad de protección social ante posibles avatares de la vida: paro, accidentes, enfermedad, vejez. La intervención del Estado en ambos sentidos, debía ser un motor de reactivación de la economía, puesto que provocaría un mayor consumo y éste, lógicamente, impulsaría la producción. De esta manera, la salud pasa de ser un bien de producción a ser un bien a proteger.

Estas fueron las bases a partir de las cuales, J. M. Keynes revolucionaría los principios de la economía clásica en su Teoría General, publicada en 1936. Si para A. Smith “lo mejor que podían hacer los gobiernos era no hacer nada”, para Keynes la economía moderna puede hallar su equilibrio, aunque el desempleo subsista, si bien en este caso el Estado debe tomar medidas para subsanar dicha situación recurriendo a los gastos públicos y tratando de establecer un sistema de seguros que cubra prácticamente a toda la población. El liberalismo primitivo daba paso al moderno “Estado del bienestar”

(*welfare state*), en el que el “Estado benefactor”, a cambio de detraer una parte del salario de los trabajadores y recaudar ingresos vía impuestos, asegura al ciudadano frente a los riesgos de enfermedad, invalidez, desempleo y vejez, haciendo, por tanto, poco necesario el ahorro individual o familiar para proteger la salud y asegurar el futuro, lo que, a su vez, permite incentivar el consumo directo y, como corolario, reactivar la economía. De esta manera el “consumo de masas” se transforma en el auténtico motor de la economía.

Por otra parte, se hacía necesario, siguiendo al gran higienista C. E. Winslow, “desarrollar mecanismos sociales que aseguren al individuo –trabajador o no- y a la comunidad un nivel ordenado para la protección de la salud, la lucha contra las enfermedades, la prolongación de la vida y el fomento del desarrollo físico y mental mediante medidas dirigidas al saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios sanitarios”.

Consecuencia de todo ello y del avance emprendido en las décadas finales del siglo XIX fue la extensión de la asistencia médica colectivizada, que fue adoptando formas variadas con el objetivo de ir resolviendo, de una u otra manera, los siguientes problemas: obligatoriedad del seguro médico y extensión social de éste, modo de llevar a cabo la asistencia médica y alcance de la prestación –domiciliario, hospitalario, mixto–, gratuidad total o parcial de los tratamientos, sistema de retribución de los profesionales sanitarios, etc. Desde entonces, los llamados países desarrollados –con versiones más o menos singulares en cada uno de ellos– han tratado de dar solución a dichos problemas de tres formas básicas: la total socialización de los servicios médicos, el ingreso de la población trabajadora en un sistema de seguridad social que le garantice la asistencia médica y las prestaciones sociales por parte del Estado, la pertenencia del trabajador y sus familias a entidades aseguradoras, que mantienen a su vez, en mayor o menor medida, acuerdos con los gobiernos.

La total socialización de la asistencia encuentra su prototipo en el modelo soviético, organizado bajo la dirección y supervisión de un gigantesco Ministerio de Sanidad, en tres servicios diferentes: uno, materno-infantil; otro, de medicina curativa para adultos; y un tercero, de higiene o salud pública. La drástica separación entre el ámbito de la asistencia y la investigación y la baja remuneración económica de los médicos prestadores del servicio han sido los dos grandes “peros” que han planteado los historiadores a un sistema de una indudable justicia social, que tiene en la financiación y planificación centralizadas, la cobertura universal y la medicina preventiva sus pilares básicos.

Los modelos de Alemania, Francia y Gran Bretaña siguieron teniendo en las Krankenkassen prusianas o “cajas de seguros” su punto de referencia; a cambio de la detraición de una parte de su salario, los asegurados se garantizaban no solo la asistencia médica, sino también un reembolso económico en caso de enfermedad, que luego se fue extendiendo a otros avatares de la vida, como invalidez, desempleo, jubilación, viudedad.... Este sistema se expandió desde Europa a una buena parte del mundo. Sin embargo, en Gran Bretaña, uno de los países donde más arraigo había tenido en las primeras décadas del siglo XX, dio paso a partir del informe de W. Beveridge (1942), que recomendaba un sistema de asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora completo y universal, a la creación del Servicio Nacional de Salud (1948), tras una amplia discusión con la British Medical Association.

En España, durante las primeras décadas del siglo XX seguían actuando por una parte los médicos de la Beneficencia, que trataban problemas puntuales de cierta importancia en los dispensarios y hospitales y los llamados médicos de cabecera que, con carácter privado, bien por acuerdos directos con la familia o mediante igualas, bien integrados en entidades aseguradoras, realizaban la atención domiciliaria; son los facultativos de confianza que acuden siempre que se les requiere y a quienes, muchas veces se les consulta no sólo por cuestiones de orden médico, sino también moral. Por su parte, el médico titular, figura extendida en los municipios del medio rural, desempeña tanto actividades públicas: preventivas, higiénicas, de inspección, etc. como actividades clínicas correspondientes al ejercicio privado, mediante pago directo o, más frecuentemente, el sistema de igualas. De todos ellos hay interesantísimos retratos literarios en las novelas de E. Pardo Bazán, pues la situación –salvo en el caso de los médicos titulares– no había variado mucho entre los últimos años del siglo XIX y las primeras del XX.

Únicamente es con la llegada de la Segunda República cuando se crea un seguro de accidentes de trabajo (1932) y se constituye el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria –APD– (1934). Poco antes de iniciarse la desgarradora Guerra Civil se aprobó el Seguro de Enfermedades Profesionales, quedando en estudio un proyecto de ley para introducir un Seguro de Asistencia Médica que ya no vería la luz. Sin embargo, en 1942, mediante la llamada Ley Girón, fue creado el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que entraría en funcionamiento dos años más tarde. Al principio incluyó sólo a una parte de la población (trabajadores industriales y de servicios con salarios bajos), pero fue ampliándose de forma progresiva tanto desde el punto de vista de las prestaciones como desde el de la cobertura. Como consecuencia de La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, los médicos titulares pasaron a depender de la Administración Central y, tras la Orden Ministerial de Enero de 1948, todo médico titular fue designado automáticamente médico del Seguro Obligatorio de Enfermedad. A pesar de sus múltiples deficiencias, sin duda, el SOE supuso un paso muy positivo e irreversible en la asistencia sanitaria en España.

Tras la Segunda Guerra Mundial, los tres pilares del keynesianismo (economía neocapitalista, sociedad de consumo y Estado de bienestar) comparten la idea de que un consumo creciente supone un aumento del bienestar de la vida, de ahí, que se vea como “bueno” todo lo que impulse el incremento del consumo y “malo” lo que lo frene. Es la cultura de la “cantidad”, de la que pronto se impregnaría la medicina.

Es más, la economía de consumo tendría en la prevención y en el tratamiento de la enfermedad uno de sus mayores tesoros, ya que, por un lado, la salud es necesaria para consumir y, por otro, la enfermedad –el reverso de la salud- genera consumo por sí misma. La propia definición de salud dada por la OMS (1948) como “estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” traía de la mano la medicalización de la vida entera.

Los progresos conseguidos por el Estado de bienestar se hacen bien patentes cuando se considera que, a principios de los años cincuenta, la expectativa de vida de la población se había duplicado prácticamente en los países occidentales, habiéndose reducido drásticamente la morbimortalidad de un buen número de enfermedades. Un ejemplo

muy gráfico sobre el progreso en el alivio y curación de las enfermedades nos la ofrece G. Marañón en su obra **La Medicina y Nuestro Tiempo**:

“Los tratamientos de muchas enfermedades infecciosas, que antes ocupaban varias páginas llenas de vaguedades, se reducen ahora a unas líneas con la indicación escueta de un suero, de un antibiótico o de una sulfamida. Y el pronóstico, en consecuencia, ha cambiado, disminuyendo la mortalidad de muchas infecciones en un 50 por 100 o más, prácticamente desapareciendo en algunas que todavía producían desastres en los tiempos de nuestro internado (...).

En la casuística endocrinológica recordaba yo que en aquella fecha (1912-1913) los hipertiroides operados tuvieron 28 por 100 de mortalidad, y ahora, 0 por 100; ví aquel año 8 casos de coma diabético, con 3 muertes, y el año último sólo 2 casos, y los 2 curados (...).

Para cada enfermedad podrían repetirse resultados análogos, que, poco más o menos, coinciden con las cifras de las estadísticas oficiales”.

En este contexto, no es de extrañar que los primeros índices de evaluación de los tratamientos fueran parámetros que trataban de medir la “cantidad de vida” y que durante años el parámetro del que más hablaban médicos, sociólogos, economistas y estadísticos fuera el de esperanza de vida al nacer. Pero, junto al optimismo, la encrucijada, según el planteamiento que hace el propio Marañón y en el que planea la sombra de Chéjov:

“Nuestro punto de partida debe ser optimista.

Porque, si alguna cosa da idea de la capacidad creadora de la mente humana, esa cosa es, sin duda, el formidable avance de la Medicina en los últimos decenios. Gracias a los sueros, a las vacunas, a los antibióticos; gracias a los hallazgos de la higiene y a los recursos antiparasitarios; gracias a un corto número de utilísimos medicamentos nuevos y a una mejor técnica en el empleo de los antiguos; gracias, en fin, a la maravillosa pericia de los cirujanos actuales, un buen número de enfermedades que antes diezaban a la Humanidad empiezan a olvidarse o se han olvidado por completo. El mismo dolor de lo irremediable el médico ha conseguido atenuarlo o suprimirlo. La duración media de la vida se prolonga día a día, y se prevé, en un horizonte próximo, la extinción de plagas tan mortíferas como la tuberculosis y quizá, en un momento inesperado, la de la pesadilla del cáncer. En verdad, contemplando estas maravillas surge en nuestro entendimiento la idea de que son verdaderos milagros en los que Dios actúa iluminando el genio de los hombres, para hacerles partícipes de lo más alto del divino poder, que es sanar lo que se creía incurable y casi resucitar a los muertos.

Podemos, sin duda, al contemplar este cuadro, sentirnos orgullosos. Mas si lo cotejamos con la práctica del ejercicio diario de la Medicina, con los errores viejos y aún no extirpados y con los nuevos que inevitablemente surgen a la sombra de los hallazgos geniales; con todo lo que tiene de radicalmente imperfecto el reclutamiento y la enseñanza de los médicos; si consideramos todo esto, nuestro orgullo y nuestra alegría se turban, porque indefectiblemente llegamos a la conclusión de que la Medicina, pese a aquellos progresos, está en una situación difícil, en un trance de encrucijada, en un punto de tal gravedad que si Feijóo viviera se vería obligado a manejar otra vez la misma palmeta de antaño”.



Por tanto, el médico comenzaba a aparecer como “un simple intermediario entre los remedios conocidos y el dolor del paciente”, que utilizaba los medicamentos “con furia agresiva” y prodigaba las intervenciones quirúrgicas “sin una crítica suficiente”, aun cuando era innegable el noble afán de superación de la mayoría de ellos. La figura del médico iba siendo sustituida por la del medicamento (D. Gracia) conforme la revolución farmacológica operada en el mundo occidental, tras la introducción clínica de la penicilina, ponía al alcance de la mano fármacos cada vez más potentes y efectivos.

Mientras tanto, en Gran Bretaña, había surgido (1948) el National Health Service (NHS), o Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de “dar asistencia preventiva y curativa completa a todo ciudadano sin excepción”. Estructurada en tres niveles la asistencia médica del NHS británico comprendía la atención en las consultas y las visitas domiciliarias a cargo de los médicos generales, la atención hospitalaria y la medicina preventiva.

El modelo del NHS fue exportado desde Gran Bretaña a otros países europeos, especialmente los Estados escandinavos, y tuvo una influencia decisiva en la medicina española hasta el punto que, después de la implantación del régimen democrático, sirvió para la reorganización de la asistencia sanitaria en nuestro país. No obstante, el modelo español durante los años de la Dictadura tuvo ciertas características singulares, ya que el Seguro Obligatorio de Enfermedad coexistió junto a las Mutualidades organizadas por diferentes estamentos profesionales o promovidas por asociaciones o grupos de médicos, así como a la práctica privada –reservada a una élite profesional al servicio de una minoría social y económicamente privilegiada– y a una asistencia hospitalaria de lo más diversa.

Curiosamente Estados Unidos, el país en el que más arraigo habían tenido las ideas de Keynes y el desarrollo del Estado del bienestar, quedó al margen del proceso de colectivización de la asistencia médica, con amplias capas de la población sin apenas cobertura. Cada uno de los sucesivos intentos realizados, como el de la reforma social que trató de introducir seguros obligatorios de enfermedad entre 1910 y 1920, las propuestas del seguro voluntario del Informe Medical Care for the American People (1932), al frente del cual aparecía C. A. Winslow, y el Seguro Nacional Sanitario, preparado por el gobierno de Truman en los años siguientes, tropezaron siempre con la radical oposición de las asociaciones profesionales. A mediados de la década de los sesenta, los sistemas de Medicare –un sistema de seguro obligatorio para los mayores de 65 años- y Medicaid –sistema de asistencia sanitaria a las personas que han sido declaradas pobres en función de sus ingresos anuales- vinieron a paliar una situación extraordinariamente deficiente, que ha visto como el país con mayores avances tecnológicos y más elevados gastos sanitarios es incapaz de situarse a la cabeza de la atención sanitaria.

Fue precisamente en Estados Unidos donde apareció el concepto de Medicina de Familia como heredero del de Medicina General en 1966, formándose tres años más tarde la American Board of Family Practice, organización oficial que asumía la certificación de la nueva especialidad, que estaba ya reconocida y puesta en marcha al iniciarse la década de los años setenta.

Por consiguiente, hacia la mitad del siglo XX los sistemas de atención sanitaria en el mundo desarrollado respondían a cuatro esquemas básicos. En el primero de ellos o “sistema de predominio empresarial”, que tiene en el modelo norteamericano su máximo exponente, la intervención gubernamental es mínima ya que se entiende que la asistencia sanitaria es básicamente una responsabilidad individual. En el sistema de seguros sociales la asistencia sanitaria se realiza a través de un catálogo de prestaciones, que tiende a ser amplio pero no completo, participando el ciudadano en alguna medida y de forma directa en el pago de los servicios recibidos; extendido por todo el mundo, tiene en Alemania, Francia, Holanda, Japón, Canadá y Brasil a sus principales ejemplos. En el modelo de los servicios nacionales de salud la cobertura es prácticamente completa y universal, haciéndose cargo el Estado de la financiación a través de los impuestos; es el sistema vigente, con ciertas particularidades de cada país, en Gran Bretaña, Estados escandinavos y España, aunque en todos ellos convive una cierta medicina privada. Finalmente, heredero del sistema soviético, el sistema estatalizado se caracteriza por la cobertura universal y el férreo control directo de los Gobiernos, siendo los países del ámbito comunista, como la antigua Unión Soviética, China, Cuba, Corea del Norte y Vietnam quienes llevaron más lejos la intervención estatal.

La economía de consumo, instalada en la abundancia, parecía no tener fin sobre la base inacabable de la dialéctica salud/enfermedad. También parecía imparable el vertiginoso avance tecnológico de los métodos diagnósticos, la cada vez más profunda *subespecialización* y el *hospitalocentrismo*. Sin embargo, la recesión económica de principios de los setenta, como consecuencia de la crisis del petróleo, dio al traste con la utopía del desarrollo económico y del crecimiento del bienestar indefinidos. Después de los años de esplendor económico el mundo desarrollado entra en un periodo de estancamiento –y en algunos casos de recesión– económica y de inflación que no sólo limita los recursos sino que modifica el modelo de consumo sanitario, al comprobarse, en primer lugar, que el gasto sanitario, lejos de desaparecer con la mejor salud de la población, como se argumentaba desde las filas del Estado benefactor, seguía incrementándose hasta llegar a crecer a un ritmo mayor que la propia riqueza general de las naciones, y, en segundo lugar, que no todo incremento del gasto sanitario va seguido de mayor salud y bienestar. Existen tratamientos que pueden ser terapéuticamente muy efectivos en cuanto a la enfermedad tratada, y prolongar la vida de los enfermos, pero con la contrapartida –casi obligada en muchos casos– de efectos colaterales o secundarios indeseables o un elevado grado de servidumbre para el paciente. Por otra parte, el incremento de las afecciones crónicas, muchas de las cuales tienen escasas posibilidades de curación, hizo plantearse la utilidad de algunos indicadores de salud basados en la “cantidad de vida”.

En la década de los setenta varias son las conclusiones a las que se llega por parte de las distintas Administraciones sanitarias: primero, la salud no tiene precio, pero sí tiene un coste; segundo, los recursos destinados a atención sanitaria tienen que ser limitados y fijados en función de los presupuestos generales del Estado; tercero, la salud no es un objeto definido, sino un nivel variable por lo que la demanda de asistencia sanitaria puede ser prácticamente ilimitada; cuarto, el principio de la “soberanía del consumidor” no es aplicable al terreno de la salud y lo que es bueno para un individuo o un grupo puede ser malo para el conjunto de la sociedad; quinto, la mayoría de los tratamientos son prescritos por los médicos, que utilizan recursos “ajenos” para proporcionar beneficios a “terceros” y cuyas decisiones pueden afectar a la colectividad. La

evaluación económica de la salud, en general, y del medicamento en particular, habían hecho acto de aparición como una nueva necesidad tanto sanitaria como sociopolítica.

Además, los fenómenos sociales y culturales de finales de los sesenta y principios de los setenta –sensibilización ante la degradación del medio ambiente por parte precisamente de los países más desarrollados con un PIB más elevado, movimientos libertarios, guerra de Vietnam, Primavera de Praga, etc...- trajeron una cierta conciencia colectiva acerca de que la clave del bienestar no consistía en consumir más sino en consumir mejor. Era la irrupción del concepto calidad de vida en detrimento del de cantidad de vida.

La introducción del concepto de calidad de vida supone una clara intención de interpretar la vida de una forma más humana. Durante las décadas de los sesenta y setenta la calidad de vida cobra una concepción puramente sociológica, en la que predominaban los aspectos objetivos de “nivel de vida”, pero en los ochenta y noventa, el concepto evolucionó hacia una perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos del bienestar, o sea la satisfacción personal con la vida, adquieren una relevancia especial. Factores como la contaminación, el urbanismo, el ocio, etc. corrigen el PIB, que ya no es tenido como un buen índice del bienestar de las colectividades, mientras que, a nivel individual, surge la necesidad no sólo de vivir más años, sino de “vivir una vida que merezca la pena ser vivida”, con capacidad para hacer las cosas que uno quiere hacer y realizar funciones que uno quiere realizar, cumpliendo adecuadamente y disfrutando de sus facetas individuales, familiares y sociales. Es lógico pensar que si los individuos pueden estar dispuestos a sacrificar años de su vida para ganar calidad de vida y que si las Administraciones sanitarias necesitan priorizar sus recursos asistenciales, la calidad de vida irrumpa fuertemente en el campo de la sanidad y que, de algún modo, se trate de medir la influencia de las intervenciones y tecnologías sanitarias y, por ende, de los procesos terapéuticos, en la calidad de vida de los pacientes. Pero la calidad de vida es muy difícil de evaluar, puesto que es altamente individual y continuamente variable. La calidad de vida implica aspectos objetivos (capacidad funcional), aspectos subjetivos (sensación de bienestar, “alegría de vivir”) y aspectos sociales (capacidad de relación, adaptación al medio y desarrollo de trabajo socialmente productivo).

Entre tanto, los sistemas sanitarios habían reorientado sus objetivos desde la enfermedad a la salud, ya que la función primordial de un sistema sanitario no consiste únicamente en garantizar el derecho del enfermo a ser asistido en las mejores condiciones diagnósticas, clínicas y terapéuticas, sino también a evitar que la persona enferme. Pero el mantener un determinado nivel de salud requiere la participación de otros sectores políticos y socioeconómicos, al tiempo que exige la aplicación de medidas de prevención y promoción de la salud que permitan desarrollar hábitos de vida saludables.

El crisol donde se plasma esta nueva orientación es la Conferencia celebrada en Alma-Ata, en septiembre de 1978, a instancias de la OMS y Unicef. Impregnados del espíritu “salud para todos en el año 2000”, las recomendaciones finales de la Conferencia instaban a los gobiernos a “diseñar políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”. Corolario de ello era el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, la cual llegará

a España tan solo unos pocos meses después, en el Real Decreto de 29 de diciembre de 1978. En su articulado se define al médico de familia como la figura fundamental del sistema sanitario y como el profesional que tiene la misión de realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad, además de prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a la población. En 1979, comenzaría el desarrollo de la especialidad a través de la vía MIR, y se establecería el primer programa docente de la especialidad. Así, pues, el médico de familia nacía formalmente como lógica evolución del médico general que cuidaba y atendía a la persona, su familia y el entorno donde vivía, en el contexto del desarrollo de la atención primaria de salud, definida –con la aprobación de los 140 países participantes– por la Conferencia de Alma-Ata, como :

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia, y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

En España, el catalizador del cambio de la asistencia ambulatoria a la atención primaria de salud sería la Ley General de Sanidad (1986), en la que se describe el nuevo modelo de atención primaria, basado en los conceptos de zona de salud (interrelación de la asistencia primaria y la especializada), centro de salud (estructura física y funcional en la que se desarrolla la atención de una comunidad demográfica y geográficamente) y equipo de salud (estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios –médicos y no médicos– y no sanitarios, que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la atención primaria de salud en el seno de una comunidad determinada).

Entre los aspectos más innovadores que aporta la medicina de familia en el contexto de la atención primaria de salud se pueden considerar los siguientes:

- el cambio de énfasis en los objetivos (enfermedad/salud)
- la integración de la promoción de la salud y la prevención en las consultas
- la nueva orientación de la organización (práctica individual/trabajo en equipo)
- la actuación basada en la familia frente a la actuación basada en el individuo
- la importancia de la historia clínica
- el impulso de la participación e intervención comunitaria
- la evitación de muertes prematuras

Mientras se creaba este movimiento renovador de la medicina general y de la práctica asistencial en el ámbito extrahospitalario, se producía la disgregación en subespecialidades de la medicina interna, siempre sometida desde su constitución al eterno debate de ser una verdadera especialidad o algo más que una especialidad. La predicción del gran W. Osler de que la medicina interna sería la especialidad médica más completa, más solicitada y más gratificante en el siglo XX sólo se cumplió de forma completa durante la primera parte de la pasada centuria; el desarrollo de las subespecialidades médicas, motivado por el impresionante avance de la investigación en múltiples áreas, por la consolidación de técnicas diagnósticas y terapéuticas cada vez más complejas, el incremento de las exploraciones complementarias y la cada vez mayor demanda de atención especializada, hizo que el internista perdiera su privilegiado papel de consultor, en beneficio del médico de familia, al tiempo que se generaba un fenómeno de cierta autosuficiencia de las especialidades y subespecialidades hasta el punto que algunos centros y hospitales fueran reconocidos por el prestigio de algunas subespecialidades.

En España, esta “depresión” de la medicina interna se produjo especialmente tras la desaparición de tres de las grandes figuras de la medicina española del siglo XX: Gregorio Marañón, Carlos Jiménez Díaz y Agustí Pedro-Pons. En los últimos años ha vuelto a producirse un movimiento reivindicativo de la medicina interna a partir de la constatación de la disminución experimentada en la atención integral al paciente y el progresivo encarecimiento de la atención sanitaria; los internistas, mejoradas sus competencias, podrían asumir tanto un papel de consultores en la atención primaria de salud como de coordinadores en el ámbito hospitalario.

Paralelamente al desarrollo de la medicina de familia y de la atención primaria de salud y los vaivenes de la medicina interna, se han producido en el último cuarto de siglo una serie de novedades a tener en cuenta, unas a nivel general y otras, más específicamente referidas al ámbito español. Entre ellas podemos destacar las siguientes:

- la caída del Muro de Berlín ha llevado a los países de influencia soviética a una reorganización de sus estructuras sanitarias, mientras que sistemas, como el NHS británico, que sirvieron de modelo en no pocos países, han mostrado el lado más sombrío de una dramática degradación;
- el extraordinario desarrollo de internet ha transformado la información y formación del médico, así como la actitud del paciente ante la enfermedad y la asistencia médica, propiciando la aparición de un usuario que tiene acceso directo, inmediato y universal a la información, pero no tanto al conocimiento, que requiere información útil, no indiscriminada;
- el cambio en la relación médico-enfermo, que ha evolucionado desde el modelo paternalista, en el que el paciente tenía un rol más o menos pasivo al modelo centrado en el paciente, en el que los criterios de autonomía –matizado por el de justicia social– y de responsabilidad compartida son los que determinan la pauta de actuación;
- en los últimos tiempos se aprecia un descontento extendido entre los usuarios y una considerable insatisfacción entre los profesionales sanitarios, cuyas razones son amplias y variadas, denunciándose por una parte la deshumanización de la medicina y constatándose cada día más entre los médicos el llamado síndrome de burn-out;

- algunas de las nuevas tecnologías médicas plantean nuevos problemas éticos, los cuales llevan aparejados consigo, en no pocos casos, un cambio de los valores tradicionales;

- se ha producido una crisis del modelo biomédico, que venía configurando el quehacer médico en los países occidentales, y se ha tratado de sustituir por el modelo biopsicosocial –que plantea la enfermedad no sólo en los términos anatomoclínicos, fisiopatológicos y etiopatológicos, y en sus añadidos moleculares y genéticos, sino también en términos psicológicos, sociales y culturales–, pero cuya aplicación práctica resulta ciertamente difícil y complicada;

- la medicina basada en la evidencia (MBE) ha irrumpido como un nuevo paradigma, como un cambio en la naturaleza del saber médico y, consiguientemente, un cambio de perspectiva en la práctica clínica y terapéutica, pero sin resolver del todo el necesario equilibrio entre la evidencia y la experiencia;

- en muchos casos, se ha olvidado la silla como “el mejor instrumento del médico” (G. Marañón) y perdido la confianza en el diálogo con el enfermo y la observación clínica, en beneficio de los exámenes complementarios que aportan las sofisticadas herramientas diagnósticas y de una práctica médica precautoria o defensiva realizada de forma rutinaria;

- la “necesidad imperiosa de curarse” de la sociedad actual lleva a buscar en numerosas ocasiones más al medicamento que al médico, mientras que, paradójicamente, se produce un exceso de demanda asistencial (médicodependencia), dando lugar a consultas masificadas, en las que el médico apenas tiene tiempo para escuchar al enfermo;

- la influencia de la calidad de vida, por un lado, y de la farmacoeconomía, por otro, ha traído de la mano los criterios de uso racional y de calidad de los tratamientos, muchas veces distantes de los criterios economicistas de contención del gasto promovidos por las Administraciones sanitarias, las cuales se encuentran en la mayoría de los países desarrollados con una medicina cada vez más eficaz, que ha incrementado considerablemente el segmento de población de más edad, que aspira a un envejecimiento saludable.

Junto a dichos factores, autores como A. Jovell, identifican otros factores que condicionan en la actualidad el proceso de cambio y modifican los valores y expectativas sociales respecto a la práctica médica. Entre ellos destacan: el aumento de la longevidad y el descenso de la natalidad, con un notable incremento de las enfermedades crónicas y una variación considerable del patrón del paciente pluripatológico, la velocidad del progreso científico y tecnológico, la creciente judicialización de la medicina, la inmigración, la globalización de la economía y la movilidad de los profesionales sanitarios entre unos países y otros, la presencia casi continua de la medicina y los médicos en los medios de comunicación.

Las consecuencias de todos estos cambios incluyen, junto al incremento de la complejidad asistencial y la incertidumbre de la práctica clínica, una tendencia a la subespecialización todavía más acusada que el proceso de especialización de las

décadas anteriores. Toda esta problemática ha llevado a plantearse la actual situación de la medicina como una época de crisis en la que, como en ninguna otra etapa histórica, se aprecia la cara jánica del progreso.

En relación al asociacionismo científico y profesional, el nuevo milenio ha traído dos hechos de gran importancia. Uno de ellos es de carácter internacional y se refiere a la publicación en el año 2002 por parte de los miembros del Medical Professionalism Project de un documento como etapa final de un movimiento renovador del profesionalismo médico, en el que reclamaban la implicación de los médicos en un proceso de reflexión para adecuar el compromiso de la profesión médica, tanto a nivel colectivo de las organizaciones profesionales como individualmente de sus asociados, frente a los retos que plantean actualmente las administraciones sanitarias, los pacientes y sus asociaciones y la sociedad en general. Este compromiso comprende no sólo el mantenimiento de la competencia clínica, sino también el trabajo colaborativo con otros profesionales sanitarios para reducir los errores médicos y aumentar la seguridad de los pacientes, conseguir una mayor eficiencia de los recursos sanitarios, optimizando los resultados de la atención sanitaria y evitando costes a veces excesivos, es decir, mejorando de forma continua la calidad asistencial. El nuevo profesionalismo incluye que, además de los valores propios de la competencia técnica, el médico debe desarrollar también los valores humanísticos, sobre todo en lo que se refiere a la relación médico-paciente basada en la confianza mutua y la responsabilidad compartida, el altruismo, una ética profesional que va más allá de las normas, reglamentos y leyes, el compromiso de servicio y la disponibilidad a “rendir cuentas” en todo momento como consecuencia del “contrato social” de la profesión médica con la sociedad, la autonomía en el ejercicio profesional y la responsabilidad social. Todo esto supone un nuevo modelo de formación y aprendizaje, por una parte, y un reconocimiento público y legal de las competencias específicas periódicamente acreditadas, por otra, tareas en las que las Sociedades médicas deben desempeñar un papel relevante.

Otro de los hechos acaecidos en los últimos años tiene un carácter más local, aunque está estrechamente relacionado con el anterior. Se trata de la publicación en el año 2003 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), uno de cuyos objetivos principales es introducir cambios en el sistema sanitario, que permitan impregnar el ejercicio de la medicina de los valores del nuevo profesionalismo. La LOPS empieza por definir la profesión en función de una serie de atributos como son la formación superior, la autonomía y la capacidad autoorganizativa, el código deontológico y el espíritu de servicio, que “se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones”. Centrados ya en el ejercicio de la medicina, lo que la LOPS promueve es una mayor transparencia en la rendición de cuentas del contrato social, el impulso de los valores humanistas en la práctica médica y un mayor reconocimiento del sistema sanitario al esfuerzo y al mérito profesional, asimismo objetivos todos ellos del profesionalismo internacional.

En un documentado artículo, J. Aubia ha resumido el alcance de la LOPS y el papel a jugar por las organizaciones médicas en España desde la perspectiva de la nueva ordenación profesional. Los principios básicos de la LOPS comienzan con la autonomía profesional –científica y técnica-, limitada por el cumplimiento de ciertas normas y procedimientos que deben permitir el registro y la evaluación del trabajo profesional. La disponibilidad del profesional a ser evaluado en sus competencias lleva aparejado el reconocimiento público del mérito mediante el desarrollo profesional. La LOPS

introduce cambios curriculares en el pregrado, tendentes a la mejora de las habilidades comunicativas y, consiguientemente, de la calidad en la relación médico-paciente, así como introduce la formación continuada, sistematizada, evaluada y acreditada de forma independiente, como parte del sistema de desarrollo profesional; dicha formación continuada no sólo se refiere a la mejora de los aspectos científicos y técnicos, sino también a la generalización del conocimiento de los aspectos éticos, legales, sociales y económicos del Sistema Sanitario, a la capacitación de los profesionales para realizar una evolución de la eficiencia de los recursos utilizados y a la posibilidad de establecer instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios. La Ley 44/2003 también establece una mayor flexibilidad en los sistemas formativos y de especialización (MIR) que posibilite una mayor capacidad individual para adaptar la propia carrera a los cambios científicos, a las iniciativas individuales o a la variabilidad en la necesidad de especialistas; pero, al mismo tiempo, establece la obligatoriedad de evaluación de la competencia, sobre todo al final de la especialización. Por otra parte, se reconoce el desempeño de funciones en la organización y en la gestión clínica y se pide el compromiso del profesional con los objetivos del sistema sanitaria y con el trabajo en equipo; además, se ceden competencias y responsabilidades para potenciar la autoorganización a cambio de una mayor transparencia .

La reforma de la LOPS implica también cambios en las organizaciones médicas: Colegios profesionales, Sociedades científicas, Facultades de medicina, cambios que afectan a su misión y objetivos, a sus valores, a sus métodos de trabajo y a la forma de relacionarse con otras organizaciones y con la propia sociedad. Además, la LOPS prevé la existencia de algunos nuevos organismos y mecanismos para fomentar la multidisciplinariedad y la autoorganización profesional y hacer que el diálogo interprofesional sea más fluido. En lo relativo a las Sociedades científicas, la LOPS les otorga un papel singular en la autoorganización de los profesionales, en la determinación de los contenidos de cada especialidad y en la planificación e implementación de los programas de formación continuada y el sistema de desarrollo profesional; en este sentido, la creación del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC) ha permitido salvar el escollo de la delegación de funciones, que legalmente solo puede realizarse a las corporaciones de derecho público no privado. Las Sociedades científicas deben aprovechar esta oportunidad y dotarse de las herramientas necesarias para llevar a cabo con solvencia y de forma activa estas competencias.

Para finalizar, comentaremos brevemente lo que, a principios de la década de los ochenta, el profesor P. Laín Entralgo en su **Historia de la Medicina** planteaba en relación a la colectivización de la medicina como fenómeno planetario, a saber:

- pese a sus indudables deficiencias sociales, y a sus no menos indudables defectos técnicos, la colectivización de la ayuda al enfermo es un suceso histórico a la vez justiciero e irreversible;
- la relación entre el enfermo y el médico puede terminar con la total confianza de aquel en éste, pero empieza siendo el resultado de la exigencia de un derecho, por tanto un acto preponderantemente contractual;
- la socialización del proceso morboso y de su diagnóstico obligan al médico a distinguir entre lo que es “enfermedad vivida” y lo que es “enfermedad objetiva”;



- tres riesgos principales amenazan, según lo dicho, la calidad de la asistencia médica colectivizada: la excesiva acumulación de enfermos en el consultorio del médico, la posibilidad de que el médico actúe más como un funcionario que como un clínico, las dificultades que en la relación entre el médico y el enfermo puede acarrear, cuando tal es el principio, la no elección de aquél por éste;
- para una buena asistencia médica colectivizada las exigencias económicas son fabulosas y crecen de año en año; pueden así constituir una carga tan pesada para la sociedad que acaso un día consuma ésta casi todos sus recursos, y por tanto casi todo su trabajo, en el empeño de mantener sanos a los individuos que la componen;
- la colectivización de la asistencia médica no puede ser enteramente satisfactoria si antes no se ha producido un intenso cambio en los hábitos morales de la sociedad en que se implanta, cambio que debe afectar por igual al enfermo, en tanto que titular del derecho a ser atendido, al médico, que a todo trance debe evitar la conversión de su trabajo en obligación rutinaria, y al funcionario administrativo, siempre en el trance de verse así mismo como empresario y no como servidor.

Parece que no en mucho se equivocó el gran historiador y pensador español vistas las cosas veinticinco años después. Y prueba de ello han sido las reacciones surgidas tanto a nivel internacional como en el ámbito de la propia medicina española. No obstante, quizás merece la pena volver a reflexionar acerca de las soluciones propuestas por el profesor Laín Entralgo de cara a nuestro futuro: “pasar de una moral basada en la competición a una moral fundada sobre la cooperación”. Únicamente así podrá abrirse una etapa más enriquecedora del quehacer médico en una medicina completamente especializada, una vez superada esta nueva fase de “bricolaje histórico”. Y en este futuro inmediato mucho es lo que tienen que decir y hacer las Sociedades científicas.

