PARTE SEGUNDA

La lucha por la vida

CAPÍTULO V. PREOCUPACIÓN POR LA SALUD

http://bioeticadesdeasturias.blogspot.com/

V. PREOCUPACIÓN POR LA SALUD

Las mujeres y los hombres medievales convivían con la enfermedad, como en todas las épocas de la historia, pero en este caso hubo varios factores que agravaron la situación: problemas de higiene privada y pública, escasez y desigualdad en la dieta alimenticia, fuertes períodos de hambre, deficientes condiciones sanitarias en las viviendas y en los núcleos de población, trastornos climatológicos y sus correspondientes secuelas, así como la frecuente aparición de epidemias que provocaron consecuencias realmente trágicas. No todo afectó por igual ni en todas partes, pero ese parece haber sido el retrato habitual de la época. Ahora bien, durante los siglos que nos ocupan se crearon importantes escuelas de medicina, comenzaron a organizarse las Universidades y sus Facultades de Medicina, se dieron los primeros pasos en orden a institucionalizar la profesión médica, hubo destacadas personalidades que escribieron sobre los principios éticos de esa actividad, adquirieron notable desarrollo ciertas instituciones sanitarias y, en suma, existía una preocupación generalizada por el conocimiento de la enfermedad y el cuidado de la salud. Nos encontramos, pues, ante otro capítulo de la ética de la vida (bioética) del que no podemos prescindir.

1. EL NACIMIENTO DE LA PROFESIÓN MÉDICA

A lo largo de las siguientes páginas intentaremos describir el contexto donde surgió la medicina occidental como profesión oficialmente reconocida, los distintos niveles de su estructura profesional y su grado de incidencia o presencia en la sociedad medieval. Las raíces de estos acontecimientos provienen de mucho más atrás en el tiempo, pero es en los siglos centrales de la Edad Media cuando aparecen los primeros signos de un proceso que, desde entonces, no ha llegado a interrumpirse: la progresiva tecnificación de la medicina y su resuelta transformación en verdadera *ars medica*[1].

1.1. "Ars medica" y estatuto profesional

Hasta el siglo XI el saber médico de los "sanadores" era muy elemental: se basaba en un escaso número de escritos griegos y latinos y utilizaban frecuentemente la superstición, el conjuro y la magia. Había sido valiosa la contribución de maestros como Alcuino, Dungalo y Rábano Mauro, pero donde realmente se venía conservando y practicando el saber médico fue en los monasterios[2] con sus enfermerías, bibliotecas y jardines botánicos para cultivar plantas de efectos medicinales. La modesta cultura clínica de los monjes y la gratuidad con que la desempeñaban constituyen el antecedente inmediato de las escuelas capitulares de las que proceden, a su vez, los Estudios Generales y las primeras Universidades europeas. Así pues, el ejercicio de la medicina venía siendo principalmente un oficio caritativo o social, según los casos.

---

[1] Véase P. LAÍN ENTRALGO (ed.), *Historia Universal de la Medicina*, III, Madrid, 1972; ID., *Historia de la medicina*, Barcelona, 1982, 192-222; L. SÁNCHEZ GRANJEL, *La medicina española antigua y medieval*, Salamanca, 1981. Hay también muchas referencias en D. W. AMUNDSEN "Medieval ethics, History of: Medieval Europe", *Encyclopedia of Bioethics*, 3, London, 1982, 938-951; R. S. GOTTFRIED, "Los comienzos de la medicina moderna", *La Muerte Negra*, México, 1989, 211-222; A. ALBARRACÍN (ed.), *Historia de la enfermedad*, Madrid, 1986 e ID., *El médico en el mundo*, ambos en la revista *El Médico*, Madrid, 1989.

[2] Hay un buen resumen en H. SCHIPPERGES, "La medicina en la Edad Media latina", en P. LAÍN ENTRALGO (ed.), *Historia Universal de la Medicina*, III, Madrid, 1972, 211-222.

Sin embargo, a partir del siglo XII se iniciará gradualmente su configuración profesional en el sentido de monopolizar el cuidado de la salud y las obligaciones inherentes a ello. La progresiva institucionalización hizo desaparecer la figura de los "sanadores" y condujo progresivamente a la aparición del "*ars medica*", es decir, la capacidad de crear técnicas curativas como aplicación del saber médico. La profesionalización de la medicina hay que situarla entre los siglos XI al XV, según Pedro Laín Entralgo, quien denomina ese largo período histórico «tecnificación de la medicina medieval» alegando para ello cuatro motivos: autoexigencia de los propios médicos, arabización del saber médico, secularización de las instituciones docentes y racionalización de la enseñanza o práctica clínicas[3].

No estamos ante un proceso continuo o linealmente uniforme en todos sus aspectos, pero sí ante un nuevo contexto cuyos rasgos generales pueden agruparse en torno a los siguientes puntos:

1º. La posesión de **un "*corpus*" doctrinal** que permite adquirir cada vez mayor competencia técnica. A ello contribuyó decisivamente la traducción de varias obras médicas y científicas grecoárabes procedentes de Aristóteles, Hipócrates, Galeno, Haly Habbas, Joannitius, Avicena y Dioscórides, entre otros[4]. Las obras de estos autores, traducidas ya a lo largo del siglo XII en Salerno y Toledo, constituirán la base teórica de toda le medicina medieval posterior en Occidente.

2º. La **transmisión racionalizada y sistemática** de dicho saber a través de instituciones adecuadas[5]. Precedidas por las Escuelas de Salerno y de Chartres, cuya plenitud transcurrió entre los siglos XI-XII, y seguidas después por las de Bologna, París y Montpellier, la creación de las Universidades en el siglo XIII contribuyó finalmente a sistematizar todos los conocimientos a través de sus Facultades de Medicina.

3º. Las **Facultades de Medicina** y la formación universitaria[6]. Los estudiantes ingresaban en la Facultad hacia los 20 ó 25 años y permanecían en ella un mínimo de tres a cinco cursos académicos hasta conseguir los distintos grados de bachiller, licenciado y doctor en medicina. El "*curriculum*" de estudios abarcaba dos etapas consecutivas: la primera, predominantemente teórica, se impartía bajo el nombre genérico de «los principios de la ciencia física»; y la segunda, orientada a la práctica clínica, permitía iniciarse en la experiencia diagnóstica y terapéutica junto a un médico veterano, que ejercía de tutor y emitía un informe ante notario sobre los resultados obtenidos por el neoprofesional, con el fin de que sirviera posteriormente para obtener la "*venia practicandi*".

4º. La **sistematización de los estudios médicos**[7]. Había una parte dedicada al conocimiento de «los principios de la ciencia física» y, aunque solía dividirse en teoría y práctica, constituía propiamente una sola explicación académica de carácter teórico.

---

[3] Véase P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina,* 192-193, cit. supra nota 1. Esa misma opinión la defiende V. L. BULLOUGH, *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*, Basilea-New York, 1966. En cambio, J. L. BERLANT, *Profesion and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*, Berkeley-Los Ángeles-London, 1975, sitúa la profesionalización de la medicina en los inicios de la época moderna.

[4] Véase H. SCHIPPERGES, *Ibid.,* 235-241, cit. supra nota 2. Hay más información en M. A. SÁNCHEZ GONZÁLEZ - A. GONZÁLEZ DE PABLO, "La transmisión de los saberes médico en la Edad Media" y L. GARCÍA BALLESTER, "La medicina en la Europa cristiana medieval", ambos en A. ALBARRACÍN (ed.), *Ibid.,* 1986 e *Ibid.,* 1989, 164-174 y 91, respectivamente. En cuanto a la medicina árabe, que no podemos estudiar aquí, véase D. JACQUART . F. MICHEAU, *La médicine arabe et l'occident médiévale*, París, 1990.

[5] Véase H. SCHIPPERGES, *Ibid.,* 222-235 y L. GARCÍA BALLESTER, *Ibid.,* 98-100.

[6] Véase H. H. LAUER, "La medicina en la Edad Media latina desde el año 1200 al 1300", en P. LAÍN (ed.), *Historia Universal de la Medicina*, III, 242-255 y A. J. ÁLVAREZ VIZCAÍNO, "La formación médica en el Medievo occidental", en A. ALBARRACÍN (ed.), *Ibid.,* 1989, 84-89, ambos cit. supra nota 1.

[7] Véase L. GARCÍA BALLESTER, *Ibid,* 100-101.

Lo que se llamaba ***«teoría»*** abarcaba el estudio de tres realidades biomédicas, conocidas por el nombre de "*res naturales*", "*res non naturales*" y "*res contranaturales*": 1) las primeras componen el cuerpo humano y le permiten subsistir como ser vivo, es decir, constituyen la base de la vida física: elementos, complexiones, humores, espíritus, actividades fisiológicas, constituyentes morfológicos, etc.; 2) las segundas forman parte del entorno físico, biológico y social, dentro del que se desarrolla la vida física: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y movimientos de ánimo (tristeza, alegría, temor, amor, etc.); 3) las terceras reúnen las alteraciones físicas provocadas por la enfermedad, o sea, la alteración inmediata de las "*res naturales*", así como sus causas y síntomas.

La parte que recibía el nombre de ***«práctica»*** incluía el estudio de tres acciones preventivas y terapéuticas: la dieta, como pauta formativa de toda la vida física y no sólo como aporte de energías, la terapéutica medicamentosa, y la terapéutica quirúrgica.

Todo este conjunto que podríamos llamar teoría de la praxis médica se exponía en diversos tratados sobre la anatomofisiología, la patología y los famosos *Regimina sanitatis*, junto a otros meramente terapéuticos que abarcaban desde colecciones de recetas hasta escritos sobre cirugía.

5º. La existencia de diversos **mecanismos para controlar el ejercicio de la profesión** médica. Estos sistemas de control, relacionados con la titulación oficial del médico y la reglamentación de su formación científica, se iniciaron en Sicilia a comienzos del siglo XII y se extendieron durante el siglo XIII al norte de Italia, a París y Montpellier, y a las coronas de Castilla y Aragón. Además de la titulación universitaria se impuso un "año de prácticas" junto a un médico experto y la obligación de someterse a un examen oficial para obtener la "*venia practicandi*". El resultado de estas pruebas había que presentarlo después ante la autoridad real o municipal con el fin de conseguir la correspondiente acreditación profesional. Según Luis Sánchez Granjel, la figura de los «examinadores» para obtener el título oficial se creó primero en Aragón y luego en Castilla. El *Fuero Real*, concretamente, establecía que «ningun home no obre de fisica, si no fuese ante probado por buen fisico por los fisicos de la villa do hubiere de obrar, o por otorgamiento de los alcaldes, e sobre esto haya carta testimonial del Concejo; y esto mesmo sea de los maestros de las llagas»[8].

6º. La configuración de **un grupo social organizado** que controlaba a su vez la práctica médica, es decir, las primeras agrupaciones profesionales de médicos[9], relacionadas sin duda alguna con el auge del movimiento gremial y con la función de los primeros «examinadores» para obtener el título oficial. Parece ser que este proceso lo inauguró en la península ibérica el "*collegium*" de médicos de Barcelona en 1342, que se sumaba así al movimiento iniciado años antes en Italia, cuyo modelo asociativo se extendería por toda el área mediterránea occidental. Todo ello coincidió simultáneamente con la preocupación por el cuidado de la salud, que se iba convirtiendo poco a poco en un valor social estimable, y, también, con el incremento de la legislación pública relativa al conjunto de garantías que debía ofrecer el ejercicio de la medicina.

Las *Partidas* de Alfonso X, por ejemplo, castigan con el destierro e incluso con la pena de muerte, según los casos, al "físico" que practicase un tipo de medicina «por la que se muriese el enfermo»; al cirujano que «sajase a algún allegado, o le aserrase la cabeza o le quemase los nervios o huesos...o si diese hierbas o medicina a otra mujer porque se empreñase», causándoles por ello la muerte; y también a los boticarios «que dan a los hom-

---

[8] L. SÁNCHEZ GRANJEL, *Ibid.,* 124-129, cit. supra nota 1. Un estudio clásico sobre este tema es el de A. RUIZ MORENO, *La medicina en la legislación medieval española*, Buenos Aires, 1946.

[9] A pesar de la "colegiación" progresiva, el camino no fue uniforme ni pacífico. Los siglos bajomedievales conocieron muchas tensiones y recelos entre las Facultades de Medicina, las autoridades públicas y las asociaciones médicas, para lograr el control de la profesión. Véase L. GARCÏA BALLESTER, *Ibid.,* 92.

bres a comer o a beber escamonia (un violento purgante) u otra medicina fuerte sin mandamiento de los médicos» (VII, 8, 6).

1.2. La estructura de la profesión sanitaria

A principios del siglo XIV, Jacobo de Cessolis describía los distintos grados de la profesión médica con el siguiente ejemplo: «En una cátedra magistral está sentado un hombre que sostiene un libro en la mano derecha y en la izquierda un pequeño frasco de esencias. Lleva en la cintura un estuche con los instrumentos para sanar heridas y llagas»[10]. Cada uno de esos símbolos, agrupados en torno a la sabiduría sobre el cuerpo humano (la «cátedra magistral»), representan las tres funciones básicas de la medicina medieval: el «libro» alude a la formación científica y humanista del médico, el «frasco de esencias» es el atributo de los boticarios y «especieros», y el «estuche con los instrumentos» es distintivo de los cirujanos. Al médico se le atribuye una función teórica y especulativa, mientras que a los boticarios y cirujanos se les sitúa en el terreno práctico porque «son operativos».

El bagaje intelectual del «perfecto médico o físico» es muy exigente: «ha de saber gramática, así como conocer las proposiciones y conclusiones de la lógica, la belleza y la elegancia de la retórica, y las dimensiones de la geometría; debe también llevar el cálculo de las horas y días críticos, y aplicar la armonía de la música a la de los pulsos; finalmente, para recetar medicinas, es necesario conocer detalles y particularidades de la astrología»[11].

Esta descripción ya nos ofrece datos interesantes acerca de cómo se percibía entonces la figura y las funciones del médico, pero conviene detenerse algo más en la estructura de su escala profesional[12].

1º. Destaca, ante todo, la figura del médico de física o **physicus**, es decir, aquel tipo de profesional que, basándose en un conocimiento adecuado de las tres realidades biomédicas mencionadas más atrás (*res naturales*, *res non naturales* y *res contranaturales*), aplicaba todo ese saber al cuidado de la salud utilizando principalmente remedios vegetales. Se ha conservado sobre él una magnífica descripción en el libro de las *Partidas*: «Los que esto bien fazen, pueden hacer muchos bienes, e toller muchos males señaladamente, e guardando la vida, e la salud a los hombres, desviandoles las enfermedades, porque se sufren de grandes lacerías e vienen a muerte: los que esto fazen son llamados físicos, que non tan solamente han de puñar o toller las enfermedades a los hombres, sino a guardarles la salud de manera que no enfermen» (II, 9, 10).

Constituían la élite de su profesión, tanto en el ámbito social como en el académico, eran objeto de veneración y prestigio, estaban considerados como herederos de Hipócrates y Galeno, solían ser escasos en número y con dedicación exclusiva.

2º. En un segundo plano estaba el médico de cirugía o **chirurgicus**, es decir, todo aquel que se dedicaba a sanar utilizando ciertos remedios quirúrgicos tales como el bisturí, la sangría y el cauterio. Estaban incluidos en los programas universitarios, pero pertenecían de hecho a una escala académica y social inferior respecto al físico. Si el médico podía equipararse con los mercaderes ricos y con los abogados, el cirujano se situaba a la altura de los notarios y orfebres, por ejemplo.

---

[10] *El juego del ajedrez o Dechado de Fortuna*, edición de M-J. Lemarchand, Madrid, 1991, 73-74.
[11] *Ibid.,* 74.
[12] Véase L. GARCÍA BALLESTER, *Ibid.,* 91, cit. supra nota 4.; R. S. GOTTFRIED, *Ibid.,* 211-222, cit. supra nota 1; R. MENËNDEZ PIDAL, *La España del siglo XIII leída en imágenes*, Madrid, 1987, 160-165.

Tanto al físico como al cirujano le correspondían la calificación de médicos en sentido estricto y, por extensión, la de especialistas en el "*ars medica*", puesto que sólo ellos disponían de la titulación académica y de acreditación profesional.

A lo largo de esta época sobresalen nombres de grandes médicos como el florentino Tadeo Alderotti (1222-1303), que introdujo el método escolástico en la enseñanza de la medicina; el valenciano-catalán Arnau de Vilanova (1234-1311), escritor prolífico y maestro de la escuela de Montpellier; y Pietro d'Abano (1250-1350), profesor de Padua, que otorgó a la medicina un alto rango de dialéctica racional y de agudeza crítica.

Arnau de Vilanova, por ejemplo, fue un personaje polifacético, dedicado a misiones diplomáticas, seguidor del movimiento espiritual de Joaquín de Fiore, practicante de la alquimia y la astrología. Sus numerosos escritos sobre medicina abarcan metodología y deontología, fisiología, patología, clínica, farmacología, toxicología, higiene y dietética[13].

Junto a ellos destacaron otros que contribuyeron al desarrollo de la cirugía, como el dominico y obispo de Cervia, Teoderico de Lucca (1206-1298); el maestro de Bologna y luego médico municipal de Verona, Guillermo de Saliceto (┼1280); el milanés afincado en París, Lanfranco (┼1306); el médico del rey Felipe el Hermoso, Henri de Mondeville (1260-1325) y Guy de Chauliac (┼1368), médico y cirujano de los papas de Aviñón.

Hubo quienes que se dedicaron al estudio y desarrollo de la anatomía, como fue el caso de Mondino di Luzzi (1275-1326) y también hubo otros que dieron un notable impulso a la farmacología como fueron el citado Arnau de Vilanova o Bernardo de Gordonio, profesor de Montpellier desde 1282 hasta 1318. Tanto éstos como los citados en los párrafos precedentes escribieron importantes tratados[14], que tuvieron gran influencia durante los siglos posteriores y representaron una significativa etapa en el desarrollo de la medicina.

3º. En otro plano bastante más inferior a los anteriores había una serie de personas dedicadas, a su manera, al ejercicio de la medicina. No pertenecían a la élite profesional, carecían de titulación académica y eran analfabetos en su mayoría:

a) Estaban en primer lugar los **cirujanos-barberos**, cuya preparación dependía por completo de la experiencia acumulada con determinadas prácticas: sangrías, cauterizaciones, atención a fracturas sencillas y aplicación de cataplasmas. El calificativo de "barberos" proviene de su ocupación sanitaria a tiempo parcial, empleando el resto en afeitar y cortar el pelo con el fin de aumentar sus ingresos.

b) Luego estaban los **boticarios**, más difíciles de clasificar, debido a que su función de farmacéuticos les otorgaba un lugar importante en la jerarquía sanitaria. Carecían normalmente de competencia para hacer diagnósticos y tratamientos, pero tenían costumbre de hacerlo. También solían ganar más dinero que los médicos y, en ocasiones, ocupaban una posición social más alta que la de los más reputados profesionales.

c) Y, por último, había un grupo de practicantes de la medicina sin capacitación profesional, ni organización, ni regulación social. Eran personas "curiosas" que hacían un poco de todo o, al menos, lo intentaban, basándose en lo que aprendían a partir de sus propios errores. Ejercían principalmente en las zonas rurales y formaban ese amplio abanico de lo que podríamos llamar **"medicina popular"**, compuesta en su mayor parte por mujeres, que, aparte de realizar los servicios sanitarios más elementales en su familia, desempe-

---

[13] La información puede completarse con J. A. PANIAGUA, *Escritos y notas sobre Arnau de Vilanova*, Madrid, 1963 e ID., *El Maestro Arnau de Vilanova, médico*, Valencia, 1969. Desde otra perspectiva, véase F. J. FERNÁNDEZ CONDE "Cultura y pensamiento religioso en la baja Edad Media", en R. GARCÍA-VILLOSLADA (ed.), *Historia de la Iglesia en España*, II-2º, Madrid, 1979, 228-232.

[14] Para hacerse una idea sobre algunas de sus obras, véase L. PREMUDA, "Anatomía de la baja Edad Media" y M. TABANELLI, "Cirugía de la baja Edad Media", en P. LAÍN (ed.), *Ibid,* 297-310 y 313-333, respectivamente, cit. supra nota 1; M. C. POUCHELLE, *Corps et Chirurgie a l'apogée du Moyen Âge*, París, 1983.

ñaban sobre todo la función de **comadronas**. Por lo general, a los médicos varones les parecía que todo lo relacionado con ese tema rebajaba su dignidad profesional y podía causar escándalo. Salvo honrosas y brillantes excepciones, como es el caso del material tocúrgico inventariado en la espléndida enfermería del monasterio de Guadalupe[15], a mediados del siglo XIV, el proceso del embarazo no se entendía bien y la asistencia a los partos consistía en una mezcla de prácticas mágicas y de conocimientos adquiridos a base de ir solucionando poco a poco los problemas que se iban repitiendo. En tales circunstancias no era de extrañar que las comadronas se convirtieran en objeto de sospecha a causa de su posible relación con la hechicería o el ocultismo.

No obstante, es necesario recordar que las mujeres desarrollaban un papel de cierta relevancia en la medicina medieval. A pesar del veto que tenían para ejercerla legalmente, debido tanto a la mentalidad reinante como a su falta de titulación, pues no podían acudir a la Universidad, existen pruebas que atestiguan sus actividades médicas así como el respeto y la popularidad de que gozaban entre sus pacientes[16]. Uno de los ejemplos más conocidos fue el de la abadesa Hildegarda de Bingen (1098-1179), que disponía no sólo de un amplio conocimiento sobre historia natural, biología y enfermedades humanas, sino también de una notable experiencia clínica dentro de su propio convento[17]. Hubo también otros testimonios durante los siglos XIII y XIV que corroboran cuanto se acaba de decir.

1.3. Incidencia social

La asistencia sanitaria de la mayoría de la población se encontraba en manos de los cirujanos-barberos, los boticarios y un número de personas sin posible clasificación entre los que se encontraban curanderos, comadronas y mujeres con escasa formación, algebristas, santiguadotes, ensalmadores y gentes supersticiosas. Los auténticos profesionales eran escasos en número y titulación. Se sabe que durante el siglo XIV, en la corona de Aragón, el 90% de todo el conjunto de sanitarios carecían de estudios universitarios y, entre los que ejercían propiamente de médicos, apenas llegaban al 30% los titulados en alguna Facultad de Medicina[18]. Eso sí, los que estaban titulados y acreditados tendieron a concentrarse en los núcleos urbanos importantes o dedicarse al servicio de la gente social y económicamente más acomodada. En 1329, por ejemplo, el 63% de los médicos catalanes residían en la ciudad de Barcelona y, en 1389, la totalidad de los "físicos" valencianos, en su mayor parte con titulación, estaban concentrados en Valencia capital.

Por lo que se refiere al número de médicos por habitante, es muy arriesgado dar cifras. Sólo a título orientativo mencionamos algunos casos[19]: en la corona de Aragón no se superaba el número de 4-5 médicos por 10.000 habitantes, llegando a 6-7 en los grandes núcleos urbanos como Valencia, Barcelona y Zaragoza, mientras que Venecia contaba con una tasa de 3-4 médicos por 10.000 habitantes y lo mismo podría decirse de Bologna, Siena o Florencia. Son cifras que, como podemos ver, se corresponden a las que hoy existen en los países subdesarrollados. Estos porcentajes ascendían a 17-20 por 10.000 habitantes si incluyéramos a los cirujanos-barberos, boticarios, y al abundante número de gente sin

---

[15] Un estudio de J. I. DE ARANA Y AMURRIO, "Práctica y enseñanza médicas en el Guadalupe medieval", *Medicina e Historia*, 10 (1987) 15, ha dejado constancia de este instrumental utilizado, probablemente, en intervenciones fetotómicas y legrados uterinos, que se practicaban en el hospital «de mugeres» o bien en la asistencia «a domicilio» a las pacientes de la Puebla.

[16] Véase M. W. LABARGE, *La mujer en la Edad Media*, Madrid, 1989, 222-232; E. POWER, *Mujeres medievales*, Madrid, 1991, 109-111

[17] Hay un interesante resumen en H. SCHIPPERGES, *Ibid.,* 220-222, cit. supra nota 2.

[18] Véase L. GARCÍA BALLESTER, *Ibid.,* 95, cit. supra nota 4.

[19] Para lo que sigue, véase L. GARCÍA BALLESTER, *Ibid.,* 96-97.

preparación específica, que ejercía funciones sanitarias en las zonas rurales y entre las capas más bajas de la población.

Es también importante dejar constancia del abundante número de judíos que ejercían la medicina en el área mediterránea occidental, aunque en su inmensa mayoría carecían de estudios universitarios debido, normalmente, a los obstáculos legales y sociales que soportaban. Parece ser que representaban entre un 5 y 50% de los 2.300 médicos, cirujanos y demás asistentes sanitarios censados hasta ahora en los territorios del reino de Aragón.

Por otra parte, entre los médicos titulados existía cierta estratificación profesional, relacionada con la manera de entender su especialidad y dedicación social: había "médicos de cámara" al servicio de los reyes y de los grandes señores civiles y eclesiásticos; "médicos libres" con asistencia hospitalaria o sin ella; "médicos municipales" dedicados a los pobres de la ciudad, bien en su domicilio o bien en los hospitales del municipio; y "médicos militares" que aumentaban cada vez más por razones obvias.

La presencia de los "médicos militares" se ha comprobado en las Órdenes de Santiago, Calatrava y Alcántara, en los ejércitos de Sancho IV, en el Fuero de Teruel, en varias crónicas aragonesas y en la crónica de don Álvaro de Luna. A mediados del siglo XIV, las disposiciones firmadas por los reyes de Aragón hablan de la asistencia sanitaria en los barcos de la armada[20]. La extracción de flechas, por ejemplo, está representada en las *Cantigas* de Alfonso X[21]. Parece ser, también, que las Órdenes militares llevaban consigo médicos y una especie de botiquín de urgencia. Y, en fin, a principios del siglo XV, la enfermería del monasterio de Guadalupe disponía incluso de cierta sofisticación técnica para atender la casuística clínica producida por las guerras u otras actuaciones violentas.[22]

Sea como fuere, la incidencia social de los médicos con mayor prestigio era muy escasa, puesto que se dedicaban al cuidado de los grandes personajes. Los problemas cotidianos de salud estaban en manos de la "medicina popular", tal y como lo atestiguan, en el caso de España, destacados viajeros de la época[23], que aluden a extraños brebajes preparados en los mercados populares por «falsos especieros o dorogueros» y a diversas prácticas curativas relacionadas con la superstición.

Todo eso significa que la asistencia a los enfermos fue objeto de una fuerte discriminación social. Había una medicina al servicio de los poderosos, reyes y príncipes, magnates eclesiásticos y señores feudales, que contaban con la atención prácticamente exclusiva de un médico consagrado a ellos, como fue el caso de Arnau de Vilanova, Henri de Mondeville y Guy de Chauliac. Otro nivel lo constituía la medicina dedicada a la naciente burguesía, es decir, destacados artesanos y prósperos comerciantes, en cuyo caso la asistencia sanitaria solía ser a domicilio y corría a cargo de destacados profesionales como Tadeo Alderotti y Teoderico de Lucca. Y, finalmente, estaba la medicina que incluía a los pobres en general, tanto del campo como de la ciudad, a quienes se atendía de manera habitual en los hospitales según tendremos ocasión de ver. Lo cierto es que, en esta última situación, «el pobre medieval aceptó como natural y meritoria esa discriminación»[24].

---

[20] Véase L. SÁNCHEZ GRANJEL, Ibid., 147-148, cit. supra nota 1, donde consta la presencia de «maestros de llagas» y «maestros cirujanos», a veces «barberos» o expertos en cirugía muy elemental.

[21] Se representa la extracción de puntas de flecha, procedentes de arcos o ballestas, que se hacía con tenazas. Puede verse en G. MENÉNDEZ PIDAL, *Ibid.,* 162, cit. supra nota 12.

[22] Véase J. I. DE ARANA Y AMURRIO, *Ibid.,* 12, cit. supra nota 15, donde se menciona también el material adecuado para la extracción de flechas y el cuidado de otras heridas de guerra.

[23] Se puede comprobar en J. R. ZARAGOZA, "La medicina española medieval según los relatos de viajeros extranjeros", *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 5 (1966), 39-40, donde se citan, entre otros, los testimonios de Aimerico Picaud (s. XII) y Leon Rosmithal (s. XV).

[24] P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona, 1982, 238.

2. LA FIGURA ÉTICA ("BIOÉTICA") DEL MÉDICO

Una vez expuestos los rasgos principales que definían al nuevo tipo de profesional sanitario, conviene detenerse un poco en las características que contribuyeron a perfilar la figura ética ("bioética") del médico medieval, es decir, los puntos de apoyo que configuraron su mentalidad, estilo y normas de actuación y, en definitiva, el talante moral adoptado ante sus pacientes. De este modo, podremos descubrir las raíces de donde provenía la calidad humana del trato que dispensaba a la vida física, el grado de valoración que le merecía y el terreno donde se movía su *êthos* profesional[25].

2.1. Un estilo: el "medicus gratiosus"

En el ejercicio de la profesión médica occidental ha predominado la búsqueda del bien del enfermo basándose en el "paternalismo", una actitud enraizada dentro de las obligaciones del Juramento Hipocrático que ha servido para canalizar las relaciones entre el médico y el paciente. Dicha actitud está vinculada a la idea de dominación o autoridad, no en el sentido de ejercer la fuerza sino en el de actuar con superioridad sobre otros. En el tema que nos ocupa, la relación entre médico y enfermo es «asimétrica» y en ella el médico ejerce el papel de "autoridad" cuyo correlato en el enfermo es la "obediencia".Entre esos dos parámetros se sitúa la norma moral identificadora de la praxis clínica: actuar para el "bien del enfermo" [26]. Partiendo de esa interpretación, el sentido paternalista confiere al ejercicio de la medicina dos vertientes: una se refiere a la dominación del médico sobre el enfermo y, otra, a la sumisión u obediencia del enfermo hacia el médico. La mentalidad hipocrática predomina en toda la medicina medieval como veremos seguidamente.

1. Dominación gratificadora

El dominio del médico sobre el enfermo se explica, por un lado, desde el poder o función señorial que ejerce el médico para gratificar al enfermo y, por otro lado, desde el deber que tiene el enfermo para dejarse gratificar. Se trata, pues, de un dominio gratificador, carismático, que define el rol del médico en función del exquisito cuidado por hacer soportable y llevadera la enfermedad. El término "*khárites*", utilizado en los escritos hipocráticos, subraya precisamente el aspecto gratuito, amable, favorecedor y benevolente que debe caracterizar siempre el ejercicio de la medicina. Un pasaje del escrito hipocrático sobre las *Epidemias* lo explica así[27]:

> «Gratificaciones (*khárites*) para los enfermos, por tanto, aseo en la preparación de sus bebidas, sus alimentos y lo que se ofrece a sus ojos; suavidad en lo que está en contacto con el cuerpo. Otras cuyo efecto no es muy nocivo o puede ser fácilmente reparado, por ejemplo, la administración de cosas frías en aquellos casos en que ello es preciso. Otras gratifi-

---

[25] Para todo este apartado hemos seguido muy de cerca de D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*, Madrid, 1989, así como las sugestivas anotaciones de P. LAÍN ENTRALGO, "Medicina de la Europa medieval", *Ibid.,* 216-222, cit. supra nota 24 y "La relación médica en el mundo cristiano medieval", *La relación médico-enfermo*, Madrid, 1983, 137-163.

[26] Con motivo de la 44 Asamblea de la Asociación Médica Mundial (Marbella, septiembre de 1992), el Presidente del Colegio General de Médicos de España describió «el viejo modo paternalista» con las mismas palabras que acabamos de utilizar. Véase *Revista de la Organización Médica Colegial* 24 (1992, 27.

[27] *Epidemias* VI, sec.4, n.7, en *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, edición de E. Littré, Amsterdam, 1961.

caciones son las visitas, las conversaciones, el porte, los vestidos -todo ello en atención a los enfermos-, el pelo, las uñas, los olores...».

Ese es el contexto donde parece haber surgido la expresión "*medicus gratiosus*" [28], que ha configurado en gran medida el estilo de la actuación médica occidental. Tales gratificaciones también se pueden tomar en el sentido de *kharis* (gracia) cono núcleo de la vivencia o experiencia religiosa de un sujeto que, por esa misma experiencia, posee el "carisma" (*khárisma*, gracia o don divino) de producir gracias o gratificaciones a otro. Desde esa perspectiva, la actitud del médico hacia el enfermo se desarrolla dentro de una cierta atmósfera religiosa, es decir, actúa como una especie de sacerdote laico, conocedor de los recónditos secretos de la naturaleza y de la vida, dispensador de "gracias", o sea, de curación y, cuando menos, administrador de cuidados el enfermo. Ahora bien, dado que el carisma es siempre algo subjetivo e inestable, resulta imprescindible plasmarlo en algo objetivo y otorgarle forma de disciplina permanente. Desde ese momento, el paternalismo gratuito y gratificador del médico, asumido como una especie de función clerical, adquiere la forma de disciplina médica cuyo principio básico se reduce a imponer el deber de obediencia al enfermo o, dicho con otras palabras, a convertirse en su tutor, dado que el enfermo carece de autonomía y es incapaz, por ello, de adoptar decisiones morales.

Así pues, en la actuación del médico van incluidos los rasgos que define su *êthos* profesional, como algo connatural a su actividad clínica, porque la obediencia del enfermo requerida por su actitud paternalista tiene como objetivo actuar con un ánimo lleno de misericordia, benevolencia y candor que produce gracias o gratificaciones en el enfermo ayudándole a cambiar los malos hábitos o costumbres originados con la enfermedad e inducir en el paciente costumbres o hábitos buenos de salud. Ese es el ideal de "humanidad" que nos ha dejado el médico romano Escribonio Largo[29] en este hermoso texto:

> «Los médicos, si no tienen un ánimo lleno de misericordia y de humanidad, según las características de su propia profesión, deben ser invisibles a los ojos de todos los dioses y a todos los hombres. Por ello, quien se ha obligado legítimamente a un juramento médico, no suministrará una medicina perjudicial ni a los enemigos...pues la medicina estima a los hombres no por su fortuna ni por su persona, sino que promete socorrer en la misma medida a todos los que imploran su auxilio, y confiesa que nunca hará mal a nadie.
> «Hipócrates, el fundador de nuestra profesión, comenzó su enseñanza científica con un juramento, en el cual se halla establecido que no sea dado o mostrado por ningún médico a una gestante un medicamento que expulse al concebido, orientando así desde un principio el ánimo de los alumnos hacia la humanidad. Y quien estime acción impía dañar la esperanza aún incierta de un hombre, ¿cuánto más abominable juzgará la acción de dañar a un ser ya perfecto y formado? De ahí que estimara en mucho a quien...conservara con ánimo piadoso y santo el nombre y el decoro de la medicina...ciencia de sanar, no de dañar. Si la medicina no se ocupa por completo, bajo cualquier circunstancia, de ayudar a los enfermos, no ofrece a los hombres la misericordia que prometió».

Solamente desde esa perspectiva se puede entender la medicina como el arte de «sanar, no de dañar y, sólo desde ahí cabe interpretar la profesión médica como un ejercicio «lleno de misericordia y de humanidad». El amor a toda la vida, el *bios*, y las obliga-

[28] La expresión ha sido asumida por el filólogo alemán Karl Marienus Deichbräber, en 1970, y está magníficamente resumida y comentada por D. GRACIA, *Ibid.,* 72-86, cit. supra nota 25.
[29] Era contemporáneo del emperador Claudio (siglo I d. C.), autor de un libro de *Recetas* al que prologó con una carta, dirigida emperador, alabando su «humanitas», «benevolencia» y «candidissimo animo», cualidades que aplicó al médico como un profesional «plenus misericordiae et humanitatis». Véase el texto completo en F. KUDLIEN, "Medical Ethics and Popular ethics in Greece and Rome", *Clio Medica*, 5 (1970) 96.

ciones derivadas de ese compromiso, el *êthos*, configuran así el talante o estilo ético (bioético) del "*medicus gratiosus*" en la época medieval.

2. Obediencia curativa

Frente a la figura del médico se encuentra la figura humana del enfermo, o sea, la enfermedad con rostro de sufrimiento humano. En cuanto paciente, su situación se debe no sólo a la alteración de los diversos componentes biológicos, sino también a sus hábitos y costumbres, como ya hemos insinuado, cuya influencia se consideraba decisiva para mantener el equilibrio de la salud y sobre la que se basaba el interrogatorio a los enfermos según Rufo de Éfeso, un médico del siglo I. d C. afincado en la Roma de Trajano[30]:

> «Es preciso preguntar al enfermo si tiene o no buen apetito, si lo tiene o no alterado, e informarse de sus costumbres (*ethismoús*) para cada cosa; pues es más importante al médico tener conocimiento de las costumbres (*ethismon*) de sus enfermos que de su naturaleza...El conocimiento de las costumbres (*éthous*) permite establecer un pronóstico más exacto».

El desequilibrio o desarreglo de las costumbres era para los antiguos una de las principales causas de la enfermedad, todo lo cual está íntimamente relacionado con las malas costumbres adquiridas, es decir, con la dimensión moral, y también está directamente relacionado con la ética, dado que esas costumbres adquiridas son correlativas a un determinado conjunto de justificaciones o argumentos (*êthos*) sobre lo que cada uno decide libremente hacer. En ese sentido, cuando la enfermedad viene producida por una costumbre mala, el médico tiene el deber de regular y restablecer el "orden" orientando la conducta del paciente en la dirección correcta, en suma, tiene que devolverle la salud, si es posible, acompañando las normas de las nuevas acciones o costumbres (la moral)[31] con sus correspondientes razones justificativas (la ética)

Todo ello significa que el *bios* del enfermo se encuentra en una situación patológica y que su propio *êthos* ha caído también en una estado patológico, lo cual lleva consigo dos maneras de actuar: la primera consiste e hacer ver al enfermo que no hay otra solución posible más que la de obedecer, y la segunda se reduce a la tarea de cambiar el estado moral del enfermo recomponiendo sus costumbres y haciéndolas pasar del estado patológico al estado de la salud. En el fondo es, ni más ni menos, que un cambio de moral y de su correspondiente argumentación ética. Por eso se ha dicho siempre que la ética y la moral son inherentes al propio ejercicio de la medicina. En este caso, el cambio ético y moral sólo será posible en la medida en que el propio enfermo acepte la tarea gratificadora del "*medicus gratiosus*", quien le impondrá como buen padre unas pautas para recobrar la salud obligándole a regular y reordenar sus malas costumbres adquiridas, sus hábitos viciosos. Por eso al enfermo obediente y sumiso se la calificado siempre de *buen* enfermo, mientras que al *buen* médico, además de sus competencias técnicas, se le ha concedido también el papel de moralista y salvador en el sentido de dispensar *khárites*, acciones gratificantes.

---

[30] *Oeuvres du Rufus d'Ephese*, edición de Ch. Daremberg y E. Ruelle, París, 1879, 201, citado por D. GRACIA, *Ibid.,* 77-78, cit. supra nota 25. Obsérvese que los tres vocablos griegos del texto tienen prefijos de la palabra «ética» (*éthos*) directamente relacionada con «costumbres» (*ethismoús*, *ethismon*, *éthous*).

[31] La terminología hipocrática de Rufo de Éfeso se puede corroborar en el siguiente texto de los *Aforismos*, II, 49-50, en *Tratados hipocráticos*, I, edición de C. García Gual, Madrid 1983: «Los acostumbrados a soportar fatigas habituales, aunque sean débiles o viejos, las soportan mejor que los desacostumbrados a ellas, por más que sean fuertes y jóvenes. Lo que es una costumbre desde hace mucho tiempo, aunque sea peor que lo desacostumbrado, suele molestar menos, Pero se debe cambiar también hacia lo desacostumbrado».

La importancia adquirida por esta manera de entender las relaciones entre médico y enfermo ha quedado plasmada en los tratados de **Regimina sanitatis**, muy extendidos en Occidente a partir del siglo XII. Dichos tratados muestran hasta qué punto era importante para el médico la regulación de las costumbres, tanto somáticas como psíquicas, que, en realidad, constituía la moralidad cotidiana de sus pacientes, puesto que concentraba ahí todo su interés "sanador", es decir, reconstituir el equilibrio de las *res non naturales* que el enfermo había perdido: ambiente, dieta, ejercicio, reposo, evacuaciones, afectos y pasiones. La justa medida coincide con el término medio, en el sentido aristotélico de virtud, y esa es precisamente la función del médico ante la que el enfermo se considera desvalido y debe corresponder con docilidad y obediencia : «El movimiento fortifica, el reposo debilita. El trabajo debe preceder a la comida. Trabajo, comida, bebida, placeres del amor, que todo sea en una justa medida»[32]. Así pues, el buen médico representa a un riguroso director espiritual que aconseja y a veces decide por el enfermo. «Es necesario no omitir nada que sea provechoso para el enfermo; además, es necesario que el enfermo obedezca al médico y que no sea indulgente con su propia voluntad»[33]. En consecuencia, el médico debe ser gratificador en todos los aspectos de su profesión: ayudando a recuperar la salud, cuidando el conjunto de su porte exterior, estimulando al enfermo para que siga sus pautas, recupere el equilibrio perdido y procediendo, sobre todo, con «humanidad».

Todos estos rasgos que configuran al "*medicus gratiosus*" han influido decisivamente en la práctica de la medicina medieval. El peso específico que tuvo, además, el cristianismo durante la Edad Media, contribuyó a la recepción y asimilación generalizada de ese ideal hipocrático y galénico otorgándole universalidad y garantizando su vigencia hasta nuestros días. Buena prueba de ello es que los laicos ilustrados que, durante esta misma época, fueron asumiendo la dirección de las Facultades de Medicina y las instituciones hospitalarias de entonces, no sólo no se desentendieron de esos ideales sino que intentaron recuperarlos continuamente en la práctica cotidiana de su profesión.

Quizá la mejor confirmación de cuanto se acaba de exponer sea un texto de san Jerónimo, autor muy conocido durante estos siglos[34]:

> «Deber tuyo (como sacerdote) es visitar a los enfermos, conocer las casas, a las matronas y a sus hijos, y hasta estar en el secreto de los nobles varones. Así, pues, sea deber tuyo guardar castos no sólo los ojos, sino también la lengua. Jamás hables de las facciones de las mujeres, ni por ti sepa una familia lo que pasa en otra. Hipócrates, antes de enseñar a sus discípulos, les obliga a hacer un juramento y a prometerle obediencia; les obliga por juramento al silencio y les describe la manera de hablar y andar, el porte y el carácter».

2.2. Una norma: "ajustarse a la naturaleza"

Hay otra perspectiva desde la que podemos acercarnos a comprender la figura ética ("bioética") del médico medieval: la recuperación del concepto de naturaleza iniciada a partir del siglo XII. Este suceso forma parte de un período de "renacimiento" que coincidió con la expansión demográfica y económica de Occidente, el desarrollo de las ciudades, el auge de las escuelas urbanas y la vuelta creadora hacia la antigüedad grecorromana, todo lo cual propició, también, la aparición de una humanismo sugerente y peculiar.

---

[32] Son máximas pertenecientes a los escritos galénicos, citadas por D. GRACIA, *Ibid.,* 77, cit. supra nota 25.
[33] El texto es del comentario galénico a los aforismos de Hipócrates, citado por D. GRACIA, *Ibid.,* 78.
[34] *Cartas de san Jerónimo*, I, edición de A. Ruiz Moreno, Madrid, 1962, 424.

1. La "physis" y los "físicos"

La mentalidad de los profesionales sanitarios de los siglos XIII-XIV hunde sus raíces en la cultura griega, originaria del término *physis*, a partir de la cual se construyó una determinada cosmovisión que serviría luego de matriz a gran parte de la cultura occidental y, en particular, al modo de entender y practica la medicina[35]. Era en ésta donde se estudiaban y se trataban, como ya se ha dicho, las realidades biomédicas (*res naturales*, *res non naturales* y *res contranaturales*), que, como soporte de la naturaleza humana y su vida física (*physis*) constituía el objeto del "*ars medica*" y, en consecuencia, dio el nombre de "*físicos*" a los médicos de la época.

Vamos a pasar por alto la evolución del término *physis*, para adentrarnos en los dos cauces principales a través de los que se produjo el redescubrimiento de la naturaleza durante los siglos centrales de la Edad media.

1º. El primero de ellos, desarrollado sobre todo en la **Escuela de Chartres**, concibe la naturaleza como un todo orgánico y vivo, una realidad repleta de fuerzas en cuyo seno el hombre se ve así mismo como parte activa y transformadora ("*homo artifex*")[36]. En contraposición a la teología monástica, caracterizada por la huida del mundo y el conflicto entre naturaleza y gracia divina, un buen número de letrados, artistas y escultores plasman en sus obras la atención que les merecía toda la naturaleza, desde la flora y la fauna hasta las formas del cuerpo humano. No es casualidad que, por estas mismas fechas, Europa haya vivido un período de esplendor en otros muchos aspectos. Dentro de ese nuevo clima jugó un importante papel la cosmovisión de la naturaleza como un todo, la "*universitas*", equivalente a una grandiosa arquitectura o instrumento musical, el *kósmos*, creado por Dios, en el que destaca su deslumbrante armonía: «est mundus ordinata collectio creaturarum»[37], decía Guillermo de Conches (┼1145), o como afirmaba Honorio de Autun (┼1153)[38]:

> «Omnis itaque Dei creatio consideranti magna est delectatio, dum in quibusdam sit decor, ut in floribus, in aliquibus medicina, ut in herbis, in quibusdam pastus, ut in frugibus, in quibusdam significatio, ut in vermibus et avibus».

El ser humano, por su parte, se encuentra en medio de la naturaleza y es él también naturaleza, está inmerso en el orden cósmico. Toda su vida, tanto la física como la espiritual y moral, hunde sus raíces en la vida universal, es decir, **el hombre es un "microcosmos"**[39] que expresa y simboliza el supremo orden del "macrocosmos" creado por Dios. La concepción del hombre como microcosmos está presente en varias escuelas y autores de esta época, desde la Chartres, donde hay una obra titulada *De mundi universitate, sive megacosmus et microcosm*us, hasta la escuela de San Víctor y Gilberto de la Porrée, pasando

---

[35] Véase J. FERRATER MORA, "Naturaleza" y Physis", *Diccionario de Filosofía*, 3, Barcelona, 1991, 2309-2314 y 2569-2571, respectivamente. Es muy sugerente la reflexión de P. LAÍN ENTRALGO "La naturaleza humana", *Ciencia, técnica y medicina*, Madrid, 1986, 30-42.

[36] Véase M. D. CHENU, "La natura e l'uomo. La rinascenza del XII secolo", *La Teología nel Medio Evo. La Teología nel secolo XII*, Milano, 1972; E. VILANOVA, *Historia de la teología cristiana*, I, Barcelona, 1987, 551-610; P. GILBERT, *Introducción a la teología medieval*, Estella, 1993, 99-129.

[37] PATROLOGIA LATINA 213, 917, en donde añade lo siguiente: «Cum enim universitatis pulcritudinem, caeli terraeque machinam, opus mirabile delectabilque homo inspicit...».

[38] PATROLOGIA LATINA 172, 1117. Ese mismo autor describe también la naturaleza como «Summum namque opifex universitatem quasi magnam citharam condidit, in qua veluti chordas ad multiplices sonos reddendos posuit...» (PATROLOGIA LATINA, 171, 1179).

[39] Véase M. D. CHENU, *Ibid.,* 35-42, cit. supra nota 36.

por la extraordinaria monja Hildegarda de Bingen y, luego, apoyándose en Aristóteles, aparecerá san Alberto Magno, santo Tomás de Aquino y san Buenaventura.

Además, el hombre toma conciencia de ocupar un puesto activo dentro de la naturaleza: se siente capaz de profundizar en ella por medio del conocimiento de las artes liberales (el *trivium* y el *quadrivium*) y se siente también impulsado a actuar sobre ella, a dominarla, respetando su orden interno, el orden natural. Así pues, "*ars et natura*" constituyen un binomio que hizo posible al hombre del siglo XII tomar conciencia de sus posibilidades frente a la naturaleza y, simultáneamente, hacerse cargo de su condición de "*artifex*", o sea, de su capacidad de crear cosas con las propias manos aplicando sus conocimientos al dominio técnico de la realidad natural. La conjunción de ambos términos será la matriz de donde surja el "*ars medica*" como superación del antiguo oficio de los "sanadores".

En esta nueva mentalidad ha tenido mucha relevancia el sacerdocio y su función mediadora, hasta el punto de haber llegado a adquirir una verdadera primacía jurídico-política, según hemos indicado más atrás. El cuidado de la vida física, en todos sus aspectos, estaba bajo el patrocinio de un sacerdocio paternalista[40] que, aparte del ejercido en casa por el padre de familia, guiaba y protegía la vida humana en el seno de la naturaleza creada por Dios, desarrollando un triple función: *macrocósmica*, representada por el sacerdote en sentido estricto; *mesocósmica* o política, representada por el rey como máxima autoridad; y *microcósmica*, referida al cuerpo humano y reservada al médico. Son tres órdenes revestidos de carácter religioso y desempeñados por otras tantas funciones sacerdotales: 1ª) velar por la salud espiritual u ortodoxia de la fe, 2ª) por la salud política traducida en orden social, y 3ª) por la salud corporal y la enfermedad.

2º. El segundo de los cauces mencionados sirvió de puente para recuperar el concepto de naturaleza elaborado por el **aristotelismo**. La mirada del hombre se aplica ahora al mundo sensible, a la investigación de las leyes de la vida y a los elementos que la componen, poniendo el acento en este mundo histórico y convirtiéndolo en objeto de conocimiento positivo: «la ciencia natural no consiste en aprobar lo que otros han dicho, sino en buscar las causas de los fenómenos»[41]. Aquel hombre "microcosmos" definido ya en el siglo XII como *homo artifex* y señor de la naturaleza, según la Escuela de Chartres, aún tenía mucho de expectador ante la maravilla de la naturaleza entera, la *universitas*, ante la que manifestaba un asombro religioso. Pero la progresiva introducción del pensamiento aristotélico fue invirtiendo gradualmente tanto la metodología como la misma postura del hombre a la hora de afrontar el estudio, el significado y la utilización de la naturaleza.

A partir de ese momento de inflexión, la naturaleza se entiende como el principio intrínseco de donde proviene el movimiento de todas las cosas vivas y donde reside la razón de sus actuaciones, es decir, cada ser vivo lleva dentro de sí mismo el origen de su propia identidad y de su manera de actuar. El orden natural está basado en los principios inscritos en la propia naturaleza y en ella residen también las energías que la orientan hacia su perfección, hacia el fin. La naturaleza es también aquí *kosmos*, conjunto ordenado de cosas, igual que en Chartres, pero ahora se acentúa que es sobre todo *physis*, o sea, lo que está continuamente naciendo y brotando conforme a sus propias leyes intrínsecas. Cada cosa es lo que es porque tiene su naturaleza y, en consecuencia, tiene también "su" lugar, llamado "lugar natural". Dicho con otras palabras, la *physis* consiste en orden, en *kosmos*, un orden cósmico que es además necesario, inmanente y dinámico. Por lo tanto, el ajusta-

[40] Esta actitud sacerdotal, parte integrante de la figura del "*medicus gratiosus*", que ya hemos expuesto, es una de las más influyentes en la cultura médica medieval según D. GRACIA, *Ibid.,* 41-44, cit. supra nota 25.

[41] Son palabras de san Alberto Magno, citadas por L. GENICOT, *El espíritu de la Edad Media*, Barcelona, 1990, 231, que son un antecedente de la importancia atribuida a la experimentación y a las ciencias naturales en personajes de aquella época como Roberto Grosseteste (┼1253) y Rogelio Bacon (┼1292).

miento o la justeza es lo que corresponde primariamente a la naturaleza La fuerza interior de cada ser natural le empuja a lograr ese orden, como un proceso que surge de modo espontáneo desde sus propias condiciones naturales cuyas causas pueden conocerse.

También el ser humano, en cuanto ser viviente, forma parte de esa realidad natural, donde tiene "su" lugar. Por eso su vivir no es otra cosa que «*esse in tali natura*», como decía santo Tomás de Aquino, pero, además, ocupa la cima de todos los vivientes porque su naturaleza "racional" le permite crear sus propios actos y dirigirse conscientemente a conquistar la «verdad de la vida» y a «vivirlo bien todo»[42]. Su destino se cifra en arriesgarse por el camino de la felicidad, como ajustamiento consigo mismo y con el medio que le rodea: «la vida se llama verdadera cuando es conforme a su regla y medida»[43]. Es en definitiva un buscador nato del ideal de armonía, tanto física como ética y moral, un ideal que siempre tendrá que ajustarse racionalmente al «*ordo naturalis*». Si la mentalidad de Chartres influye en la actitud paternalista y sacerdotal del médico, ahora comenzará a tener una influencia decisiva el orden natural, el análisis de sus causas y la necesidad de ajustarse a la naturaleza, como componentes básicos del bagaje científico y de la práctica del médico medieval, el "físico" por antonomasia.

Hay que tener en cuenta, además, que desde la perspectiva tomista el mundo y el hombre son obra de Dios pero éste los ha hecho autónomos, capaces de retornar o de alejarse de Él en la medida en que vivan ajustados o desajustados a su propio fin. Por eso será responsabilidad de los príncipes proteger la salud pública, como exigencia derivada de la naturaleza social del hombre, y será competencia de los médicos-físicos cuidar la salud de las personas como una propiedad del orden natural inscrita en el organismo humano. Así lo decía santo Tomás: «...como el médico intenta con su actuación procurar la salud, que consiste en la concordia ordenada de los humores, así el jefe de la ciudad intenta con su actuación la paz, que consiste en la concordia ordenada de los ciudadanos»[44].

Así pues, la armonía social y la armonía terapéutica son equivalentes a la proporcionalidad con que la naturaleza está ajustada consigo misma y, por tanto, conducen a restablecer en la sociedad y en cada individuo el orden natural perdido. Se trata, en el fondo, de una manera muy concreta de practicar la justicia[45] que añadía a la figura del médico una evidente proyección social. Curiosamente, sin embargo, a partir de la concepción de la sociedad y de la justicia estamental vigentes en aquel momento, la asistencia sanitaria terminó adoptando, como ya se ha insinuado, tres grandes niveles: 1) el de las capas sociales más bajas (siervos, esclavos y campesinos en general), 2) el de los artesanos libres y mercaderes de clase media, económicamente pudientes, y 3) el de los más ricos burgueses y grandes señores laicos y eclesiásticos. En resumen, la tarea de ajustarse al orden natural proveniente, primero, de la escuela de Chartres desde una perspectiva más religiosa, y derivada después del aristotelismo desde otra perspectiva más autónoma y "laica" (diríamos hoy), desembocó en una fuerte discriminación institucionalizada.

2. La antropología científico-médica

La recuperación del concepto griego de naturaleza, y la nueva actitud positiva que se suscitó ante ella, estuvieron relacionadas con la medicina desde el principio e influyeron poderosamente en la idea que el médico medieval se iba haciendo de la naturaleza humana

---

[42] *Summa Teologiae*, I, q.18, a.2. Véase lo que expuesto en el cap. III de esta 2ª Parte, páginas 3-8
[43] *Summa Theologiae*, II-II, q-109, a.2.
[44] *Summa contra Gentiles*, III, 146. Lo mismo se dice en la *Summa Theologiae*, II-II, q.39, a.4 y q.64, a.3.
[45] Véase D. GRACIA, *Ibid.,* 204-216, cit. supra nota 25, donde se ofrece una sugestiva explicación de la «justicia como proporcionalidad natural» en relación a la medicina medieval.

como objeto de estudio y conocimiento positivo. La posterior introducción de la obra de Aristóteles, junto a la masiva traducción de los escritos médicos de origen grecoárabe, que se venían realizando en Salerno y Toledo desde el siglo XII, contribuyeron todavía más a desarrollar una determinada antropología científico-médica[46].

1º. Por una parte, las nociones fundamentales del conocimiento médico, obtenidas a partir de la observación empírica del cuerpo humano, estaban expresamente relacionadas con el concepto de naturaleza. La *Isagoge* de Joannitius o el *Pantegni* de Haly Abbas, por citar dos de las obras más utilizadas en las Facultades de Medicina, compendiaban su saber en el estudio de las tres realidades biomédicas que ya conocemos: las *res naturales, non naturales et contranaturales*. Esta objetivación del saber médico se basaba en los cuatro clásicos elementos que procedían de Empédocles, es decir, la tierra, el agua, el aire y el fuego o, dicho en otros términos, lo seco, lo húmedo, lo frío y lo caliente, cuya respectiva mezcla o combinación daba lugar a otros tantos humores según la doctrina galénica.

El núcleo de la medicina medieval residía en la teoría de los humores que componían el cuerpo humano (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y que, a su vez, se relacionaban con los distintos órganos del cuerpo. Se decía, por ejemplo, que la sangre procedía del corazón, la flema del cerebro, la bilis amarilla del hígado y la bilis negra del bazo. Según Galeno y Avicena, muy estudiados entonces, los humores poseían ciertas cualidades elementales: la sangre era caliente y húmeda, como el aire; la flema era fría y húmeda, como el agua; la bilis amarilla era caliente y seca, como el fuego; y la bilis negra era fría y seca, como la tierra.[47] Las diversas mezclas de los humores dieron también lugar a otros conceptos básicos de la estequiología[48] medieval:

a) La *complexio*, empíricamente perceptible en cada organismo individual, que se dividía en complexiones "temperatae" (normales e rígidas) y complexiones "intemperatae" (anormales y patológicas), o sea, complexiones ajustadas o desajustadas a su orden natural, diríamos utilizando la terminología del apartado anterior.

b) A partir de ese esquema conceptual se explicaba el *temperamentum*, que podía manifestarse en cuatro tipos: sanguíneo, colérico, flemático y melancólico, según el resultado producido por la mezcla de las cualidades ya citadas (seco, húmedo, frío y caliente). Se creía que la disposición de los humores condicionaba los temperamentos de las personas y tenía efectos profundos sobre su aspecto, conducta y propensión a las enfermedades. El propio Tomás de Aquino se hace eco de ello cuando habla del médico que «obra diversamente en atención a los diversos temperamentos»[49]. En general se pensaba que los humores frío y seco empujaban a la muerte, el estado más frío y seco de todos, y se daba por supuesto que las mujeres morían antes que los hombres porque éstos pertenecían al tipo sanguíneo considerado el más saludable de todos.

c) Por último, la concreción orgánica individual de todas esas potencias básicas dio lugar a otros dos conceptos fisiológicos de gran importancia: el *calidum innatum*, en que se basa la constitución de los animales de sangre caliente, y el *humidum radicale* sin el que no es posible la vida en general. Según santo Tomás, «a la esencia de la naturaleza humana pertenece el "humedum radicale" que, en sentir de los médicos, no puede recobrarse una

---

[46] Para todo lo que sigue, véase P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona, 1982, 216-222.
[47] Para mayor información, véase, P. LAÍN ENTRALGO, *Ibid.,* 78-80.
[48] Se define como la doctrina de la composición elemental de los cuerpos naturales y, en particular del cuerpo humano (P. LAÍN ENTRALGO, *Ibid.,* 78)
[49] *Summa contra Gentiles*, III, 111. Un siglo antes, Hildegarda de Bingen (┼1179) se consideraba a sí misma de naturaleza melancólica. Otros, como Enrique de Gante (┼1293), afirmaban que los melancólicos estaban especialmente dotados para la teología y las matemáticas.

vez perdido»[50]. Y en ese mismo texto denomina "humedum nutrimental" (calidum innatum) a «aquello que no ha llegado a recibir perfectamente la naturaleza de la especie, sino que está en vía de recibirla, como la sangre y otras partes semejantes».

2º. Por otra parte, la complexión de los humores, base de cada organismo, da lugar a sus respectivas partes similares que, componiéndose entre sí, forman los órganos o *membra* del cuerpo humano. En otras palabras, la *complexio* da lugar a la *compositio* y, de este modo, el saber acerca del cuerpo se hace definitivamente anatómicofisológico.

A partir de los presupuestos anteriores se van desarrollando varios campos de la medicina donde es fácil detectar los planteamientos éticos y morales ("bioéticos") que estaban en el fondo de la mentalidad médica, como sucede en los dos casos siguientes:

a) La **anatomía** medieval, tras recorrer una larga infancia alcanza su mayoría de edad con las disecciones de Mondino de Luzzi (1275-1326), extendiéndose luego por toda Europa. La clave científica y moral de esta nueva especialidad residía en la función ejercida por cada una de las partes o *membra* dentro de la actividad total del organismo. Una vez más, sobresale la importancia del "lugar natural" de las cosas dentro del correlativo *ordo naturae*, lo cual está a su vez relacionado con el principio de totalidad inspirado en la corriente aristotélico-tomista: «es evidente que las partes se ordenan en su totalidad a la perfección del todo; porque no es el todo para las partes, sino éstas para él...el comportamiento de cada cosa en el curso de la naturaleza, revela su condición natural...Así vemos en el cuerpo humano que el pulmón contribuye a la perfección del cuerpo sirviendo al corazón, porque no hay oposición alguna en que el pulmón esté ordenado al corazón y también al animal entero»[51].

b) La **embriología** era también rudimentaria y se basaba en la doctrina aristotélica sobre la fecundación: el semen masculino, fundamentalmente activo, llevaba en sí todas las virtualidades de la nueva vida, mientras que el femenino era básicamente pasivo y tenía sólo una función nutritiva. Los problemas embriológicos más importantes consistían en saber si el *primum vivens* era el corazón (Aristóteles) o el hígado (Galeno), y en establecer el momento de la animación humana del feto. Bajo ese interés científico encontramos nuevamente el mismo planteamiento: saber cuál es el primer elemento que define de manera específica la naturaleza humana con el fin de adoptar aquellos criterios que pudieran resolver los problemas individuales.

Hay, pues, un orden natural que constituye la norma básica de cualquier actividad sanitaria. Existe siempre correspondencia y subordinación entre lo particular y lo general, lo individual y lo social, la parte y el todo. El equilibrio de los humores corporales significaba que la persona gozaba de buena salud (*eukrasia*), pero cuando los humores perdían su equilibrio natural aparecía la enfermedad (*dyskrasia*). La tarea del médico consistía en encontrar el remedio para recuperar el equilibrio perdido, el *ordo naturalis* desarreglado. En el fondo se trataba de una cuestión de equilibrio, un problema de "ajustamiento" conforme a la medida universal: la naturaleza. Como podemos haber observado, el cuerpo humano era para el médico medieval una combinación del microcosmos proveniente de Chartres y la exigencia de conocer y respetar su lugar en el orden de la naturaleza procedente del aristotelismo. Esos eran los pilares que sostenían su obligación de proteger y cuidar la vida.

Un ejemplo excelente de cuanto se acaba de decir es **Bernardo de Gordón**, o de Gordonio, docente en la Escuela de Montpellier (1282-1318) y autor de varios escritos

[50] *Summa Theologiae*, I, q.119, a.1.
[51] Así de claro lo veía Tomás de Aquino en *la Summa contra Gentiles*, III, 112.

médicos, entre ellos uno muy leído durante la baja Edad Media y el Renacimiento: el tratado de patología especial titulado *Lilium medicinae*[52]. Esta obra, fiel reflejo de la cosmología y antropología recién expuesta, y presentada como un libro donde se puede leer la obra de Dios, pone el mayor interés en subrayar que todo lo que existe en el mundo natural tiene su razón de ser. La tarea del médico se reduce a leer el libro de la naturaleza y a servirse de su cornucopia medicinal para devolver al cuerpo enfermo su estado de equilibrio y de salud. Por eso el médico es, ante todo, «administrador de la naturaleza» (III, 16) y en ella encuentra a su mejor colaborador, como si fuese una especie de colega profesional infinitamente sabio: «la naturaleza es muy sagaz, esto es, sabia, y esta sagacidad o entendimiento no tiene fin» (III, 26). Todo ello significa que la ciencia hipocrática se resume en imitar a la naturaleza, pues «el arte sigue a la natura» (VII, 8) en la que hallará la mejor y más completa de las boticas. En suma, el cuerpo humano, en cuanto microcosmos, es perfectamente legible y a la lectura de su orden natural interno debe encomendarse todo "físico".

2.3. Los principios éticos ("bioéticos") fundamentales

Sobre este bagaje de adquisiciones científico-médicas, basadas en el orden cósmico y natural, social e individual, como partes integrantes de un único *ordo naturae*, la medicina medieval fue elaborando una serie de principios que regulaban la actividad profesional de los médicos. El sentido de lo humano y el ejercicio de la profesión médica como arte de sanar, no de dañar, presentados más atrás a propósito de Escribonio Largo[53], entre otros, adquieren múltiples manifestaciones durante los siglos que nos ocupan. La síntesis que ofrecemos a continuación es el resultado de conjugar las obras de algunos autores más representativos entre lo que hemos incluido también a santo Tomás de Aquino[54].

1º. El principio fundamental es **SANAR** y, en consecuencia, todos los medios deben orientarse a la recuperación de la salud: «El objeto de la medicina, decía **Tomás de Aquino**, es la salud. Porque la medicina no considera nada a no ser en orden a la salud» (*Summa Theologiae*, II-II, q.1, a1.). En otro lugar afirma que la función del médico es «ahuyentar la enfermedad o afianzar la salud» (*Summa contra Gentiles*, III, 111). Este principio conlleva dos tipos de actuación: 1) el primero está destinado a preservar la salud de los sanos y recibe el nombre de medicina «confortativa», porque se da «para la conformación de los que ya están liberados de la fiebre» (*Summa Theologiae*, Ibid.); 2) el segundo es de carácter estrictamente terapéutico, se orienta a devolver la salud a los enfermos y recibe el nombre de medicina «purgativa, que se da para quitar la fiebre» (*Ibid.*). En ambos casos, la actividad sanitaria está en función de todo el organismo y por eso el médico «intenta con su actuación procurar la salud, que consiste en la concordia ordenada de los humores» (*Summa contra Gentiles*, III, 146).

Por su parte, **Bernardo de Gordón**, recién citado, nos ha dejado dos máximas relativas a este mismo principio: 1) una es la necesidad de no prometer nunca la curación que es imposible, por lo cual «guárdese el médico de los vanos prometimientos» (II, 25); y 2) la otra se refiere de manera explícita a la exigencia de alargar la vida a los moribundos en

[52] Hemos utilizado la edición en 2 volúmenes de B. Dutton y Mª. N. Sánchez, Madrid, 1993.
[53] Véase el texto de Escribonio Largo reproducido en la página 10 de este mismo capítulo.
[54] Según R. BUSA (ed.), *Index Thomisticus. Sancti Thomas Aquinatis operum omnium indices et concordantiae*, sectio II, vol. 13, 1975, los términos «medicina, medicinae, medicinam, medicus», tienen en la obra tomista 1.1159 entradas diferentes, lo que dificulta un estudio en profundidad. Hemos seleccionado aquellas que están más desarrolladas, incluyendo también los vocablos salud, enfermedad y curación.

cuanto ello sea posible: «comoquier se acercan de muerte, bueno es alongar la vida quando fuere posible» (V, 16).

2º. Si la salud es norma y meta de todo el quehacer médico, su santo y seña, el principio que debe guiar la asignación del tratamiento es la **PROPORCIÓN** y la **MESURA**: «El médico no cura mejor por mandar mayor cantidad de medicina, sino por la proporción entre la medicina y la enfermedad» (*Summa Theologiae*, q.188, a.7, ad.1um), según **santo Tomás**, que añade en otro lugar a propósito de la relación entre medios y fines: «Basta una medicina cuando es eficaz para devolver la salud, y entonces no hay por qué multiplicar las medicinas. Pero cuando sea por debilidad, sea por imperfección, lo que se destina a procurar el fin no basta, hay que multiplicarlo, como se aplican a un enfermo varios remedios cuando uno solo no basta para la salud» (*Ibid.,* I-II, q.101, a.3, ad.1um). También se debe tener en cuenta la aplicación graduada y proporcional de los medios, cuyo único objetivo será siempre sanar: «en todos los fines ordenados es preciso que el último sea el fin de todos los precedentes; por ejemplo, si se prepara la purga para darla al enfermo, y a éste se le da para purgarlo, y se le purga para descargarlo, y se le descarga para que sane, es preciso que la salud sea el fin de todos los que le preceden» (*Summa contra Gentiles*, III, 17).

Como parece lógico, por su condicion de médico, **Bernardo de Gordón** habla con mayor precisión sobre estos temas. Por un lado, se refiere al sentido de la proporción a la hora de recetar: «que los narcoticos no se pongan salvo en grande necesidad, e se pongan en pequeña cantidad e que sean bien repressos, e que poco tiempo esten ai» (V, 18). Y, por otro lado, llama la atención sobre la irresponsabilidad que supone administrar fármacos peligrosos: «guárdese cada uno, si no sera penado para siempre, que no muestre a persona bevrage ponçoñoso nin para hazer mover» (VII, 15).

3º. Otro principio básico es la **FILANTROPÍA**. Ya aparece con claridad en la **Regla benedictina**: «Debemos ocuparnos con preeminencia de los enfermos: debemos servirles como si de Jesucristo de tratara y a Él en verdad servimos en sus cuerpos, puesto que se ha dicho: "Estuve enfermo y vosotros me cuidasteis", y también. "lo que hayáis hecho a uno de estos pobres, a mí me lo habréis hecho»[55]. Ese mismo ideal está recogido por el papa **Inocencio III**, que recomienda practicar con frecuencia la hospitalidad, atender a los pobres, visitar a los enfermos y, sobre todo, «hacerse cargo de sus enfermedades». Este mismo pontífice, a raíz de la fundación del Hospital del Espíritu Santo (1204) escribía lo siguiente: «Inter opera pietatis...hospitalitatem nobis specialiter et frequenter divina Scriptura commendat...Haec enim pascit esurientes, sitientes potat, colligit hospites, nudos vestis, et non solum infirmos visitat, sed eorum in se infirmitatem assumens...»[56].

Tomas de Aquino se basa en la praxis médica para explicar el significado de la Encarnación y la eficacia de los Sacramentos, utilizando como referencia la figura de *Christus medicus*, tan entrañable y frecuente en la Iglesia primitiva, donde surgió en consecuencia la figura del médico cristiano[57] durante los siglos II y III d. C., asumiendo con mayor o menos fidelidad la tradición hipocrática y galénica. Curar a los enfermos es signo

---

[55] *Regula*, 36, citado por H. SCHIPPERGES, *Ibid.,* 212, cit. supra nota 2, donde hay también otras máximas semejantes: el abad debe procurar que los enfermos no sean descuidados en ningún momento («curam autem maximam habeat abbas»), se cual sea su estado y condición, y el monje enfermero debe ser diligente y cuidadoso para actuar como servidor («servidor»), desempeñando un «officium charitatis».

[56] Véase el texto en *Bullarium Taurinense*, III, 189-190. También merece la pena recordar el "amor a los enfermos" que propugnaba san Francisco de Asís (cap. IV de esta 2ª parte, páginas 9-10)

[57] Véase P. LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Madrid, 1983, 137. Para mayor información, véase, F. LAGE, "Jesús ante la enfermedad", *Concilium* 5 (1983), 405-416; P. M. BEERNAET, "Jésus-Christ et la santé", *Lumen Vitae* 40 (1985) 275-288; S. SPINSANTI, "Medicina", *Nuevo Diccionario Teológico de Teología Moral*, Madrid, 1992, 1135-1138.

de la función mesiánica de Jesús: no sólo utilizaba para ello su poder divino, sino que «añadía algo de parte de su humanidad» (*Summa Theologiae*, III. Q.44, a.3, ad.2um), imponiéndoles las manos, tocándoles, poniendo saliva en sus ojos, etc., etc. Por otra parte, el sentido soteriológico de la Encarnación está orientado a prestar a los hombres «la medicina contra los pecados», con el fin de poner humildemente su confianza en Dios «que es el único que puede sanar» (*Summa contra Gentiles*, IV, 55). En esa misma línea se deben interpretar los milagros sobre la curación de los enfermos, que atestiguan también la autenticidad misionera de cuantos actúan en su nombre (*Ibid.* III, 154).Y, finalmente, los Sacramentos se pueden explicar en términos de salud y curación en orden a la vida espiritual: aludiendo a la Penitencia, los pecados cometidos después del Bautismo sumergen al hombre en una enfermedad que sólo puede sanar «el médico de nuestras almas, Jesucristo» (*Ibid.* IV, 59); y refiriéndose a la «extremaunción» dice que se administra «para sanar, y una medicina saludable debe repetirse tantas veces cuantas vuelva la enfermedad...lo cual únicamente corresponde a quien está corporalmente enfermo...para sanar corporalmente, mitigando los dolores» (*Ibid.* IV, 73). Así pues, hemos observado, desde la perspectiva teológica, la función terapéutica del médico, el significado humanizador de su profesión y la confianza depositada en él por el enfermo para mantener su esperanza de curación.

4º. Hay también indicios suficientes para afirmar que el **SENTIDO HUMANO** de la asistencia sanitaria fue asumido por los médicos laicos cuando éstos se fueron independizando de las instituciones eclesiásticas. Han quedado testimonios históricos y literarios acerca de la humanidad que imprimían a toda su profesión.

Guillermo de Saliceto (┼1280), en su *Summa conservationis et curationis*, ofrece al médico numerosos consejos en orden a su relación con los pacientes: ante todo, debe conseguir la confianza del enfermo y, sólo después, procederá al examen individual; también tiene que darle ánimos para que su voluntad se sienta apoyada; y, por último, nunca debe entablar discusiones científicas con profanos para no dar la impresión de que es inseguro su diagnóstico. Viene a decir que la meta principal es producir bienestar al enfermo.

La deontología de **Arnau de Vilanova** (┼1311), en sus *Cautelae medicorum*, ofrece una conciencia aún más alta de la dignidad del médico y un mayor nivel de exigencia moral: «Debe el médico ser estudioso en el conocimiento, cauto y ordenado en la prescripción, circunspecto y prudente en la respuesta, ambiguo en el pronóstico, justo en la promesa; y no prometa (por sí mismo) la salud, porque entonces usurpará el oficio divino y hará ofensa a Dios, antes prometa fidelidad y diligencia; y sea discreto en el visitar, diligente en el conversar, honesto en sus afectos, benévolo con el paciente»[58].

Las Ordenanzas de **Federico II** (1231) son también muy explícitas: «El médico...jurará prestar asistencia gratuita a los pobres, y visitará a los enfermos por lo menos dos veces al día, y si el enfermo lo pide, cada noche; y de éste no recibirá por día, si no se ve por su causa obligado a salir de la ciudad o del castro, más allá de medio tarreno de oro»[59]. Tomás de Aquino también lo recuerda de manera concisa: «el médico está obligado a la curación de los pobres» (*Summa Theologiae*, II-II, q.71, a.1).

Pero quizá el texto más hermoso es el de un médico judío llamado **Isaac Judaeus**[60]:

> «Quien se dedica a trabajar con perlas tiene que preocuparse de no destrozar su belleza. Del mismo modo, el que intenta curar un cuerpo humano, la más noble de las criaturas del mundo, debe tratarlo con cuidado y amor».

[58] Citado por P. LAÍN ENTRALGO, *Ibid,* 162, cit. supra nota 57.
[59] Citado por P. LAÍN ENTRALGO, *Ibid,* 162, cit. supra nota 57.
[60] Citado por H. SCHIPPERGES, "La ética médica en el Islam medieval", *Asclepio* XVII (1965), 107-116.

Así todo no faltaron críticas y sátiras a los médicos de la época, como se puede comprobar, por ejemplo, en el siguiente texto de Juan de Salisbury (┼1180), sobre el fulgurante paso de los estudiantes por las escuelas de medicina de donde salían presumiendo de sabios e inteligentes[61]:

> «Saben enunciar falaces manipulaciones y tan pronto como regresan, practican diligentemente lo que allí hubieran querido aprender. Aluden a Hipócrates y a Galeno, y en su boca sólo hay confusas y triviales palabras extranjeras. Hablan continuamente de los *Aforismos* y levantan con los nuevos nombre tal tormenta, que confunden y desconciertan las cabezas de las gentes. Mas si se les pone en un aprieto, sólo saben las dos cosas que conservan en su memoria y que únicamente son capaces de poner en práctica en su actuación».

5º. Hay, finalmente, un conjunto de escritos que resaltan con fuerza la **CONJUNCIÓN ENTRE ÉTICA Y MEDICINA**. Nos referimos a los *Regimina sanitatis*, que proliferaron a partir del siglo XIII[62], aunque sus fuentes se remontan a los escritos hipocráticos, aristotélicos, galénicos y árabes. En ellos confluyeron el redescubrimiento de la naturaleza y la necesidad de adoptar una regla de vida o "*ars vivendi*". Entre otros, tuvieron por autores a médicos de gran renombre como Tadeo Alderotti o el ya mencionado Arnau de Vilanova. En realidad son tratados sobre el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad que abordaban múltiples aspectos de la vida sobre los que se aplicaba el sentido de la proporción, el equilibrio y la justa medida de las cosas. Su contenido versaba sobre las *sex res non naturales* definitivamente sistematizadas durante esta época: aire y medio ambiente, comida y bebida, movimiento y reposo, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos de ánimo. La incidencia de esos factores sobre el equilibrio del organismo y, en definitiva, sobre la salud del individuo, va estrechamente ligada con diversas exigencias morales tales como practicar la sintonía con el medio ambiente, el sentido de la proporción en la comida y la bebida, la armonía del movimiento y del reposo, la regulación de las costumbres por medio del sueño y la vigilia, la regulación del metabolismo a través de excreciones y secreciones y, en fin, la mesura del temperamento con los demás y consigo mismo.

Hay, pues, una serie de aspectos o estratos de la vida y de su entorno que van muy unidos a las recomendaciones higiénicas y sanitarias en general y, simultáneamente, a la vivencia de la "*díaita*", es decir, a la transformación del hombre en sujeto moral por medio de un régimen de vida que, basado en la conquista del equilibrio físico y psíquico, le estimula a evitar la enfermedad y a promover la salud integral. Se podrá comprobar, una vez más, que el cuidado del *bíos* es inseparable de la responsabilidad del *êthos*. La salud global de la persona, en el sentido de vivir con equilibrio todas sus dimensiones, es una íntima aliada del bien moral. Pero, sobre todo, nos habremos dado cuenta de que lo bueno, moralmente hablando, se identifica con lo equilibrado, lo proporcionado y lo ordenado, física y psíquicamente hablando. Es cultivar la moralidad a través de buenas costumbres[63].

No es precisamente ninguna casualidad que, tanto los griegos como Tomás de Aquino, utilicen los mismos términos a la hora de definir la salud y la enfermedad, la vir-

---

[61] Citado por H. SCHIPPERGES, "La medicina en la Edad Media latina", en P. LAÍN ENTRALGO (ed.), *Historia Universal de la Medicina*, III, Madrid, 1972, 226. Por su parte, P. LAÍN, *Ibid.,* 236, cit. supra nota 46, recoge una sátira atribuida a Petrarca: «Hemos llegado a tiempos tales, que sin médicos no nos atrevemos a vivir, no pensando que sin ello innumerables pueblos vivieron más que nosotros y con mejor salud»

[62] Una visión panorámica sobre los "*Regimina*" puede verse en A. GONZÁLEZ DE PABLO "La dietética en el Occidente cristiano medieval", *Jano* 985 (1992) 77-82. Y para el significado de "díaita" y su relación con la medicina, véase P. LAÍN ENTRALGO, "El sentido de la 'díaita' en la Grecia clásica", *Ciencia, técnica y medicina*, Madrid, 1986, 175-190.

[63] En A. GONZÁLEZ DE PABLO, *Ibid.,* 80-82, hay una amplia explicación sobre el significado de las *sex res non naturales* y las exigencias éticas y morales que implica su práctica.

tud y el vicio. Para los griegos la salud es una disposición natural (*diáthesis katá physin*) y la enfermedad una disposición antinatural (*diáthesis pará physin*). Santo Tomás, partiendo de la definición de hábito como «una disposición conforme a la cual un ser está bien o mal dispuesto» (*Summa Theologiae*, I-II, q.49, a.1), también define la salud como «hábito o disposición habitual en orden a la naturaleza» (*Ibid.*) y define la enfermedad como un estado de «privación, en cuanto se rompe el equilibrio de la salud» (Ibid., q.82, a.1, ad.1um).

Por su parte, los conceptos de virtud y de vicio guardan también entre sí bastante semejanza en la medida en que tienen como denominador común la disposición, la regularidad y la armonía de la conducta como hábito orientado al bien (virtud), o la indisposición, irregularidad y disarmonía respecto al mal (vicio). De este modo, los término *bíos* y *êthos* terminan soldándose mutuamente en torno a la justicia como ajustamiento o acto de ajustarse el orden natural. Así pues, la salud es justa y la enfermedad es injusta. Con lo cual resulta que salud y bondad de algún modo se convierten entre sí, y la ética termina adoptando el rostro de la ética de las profesiones sanitarias y, quizá también, de la bioética contemporánea. En consecuencia, la calidad moral de la praxis médica es directamente proporcional al grado de justicia o injusticia con que trate la vida de sus pacientes, incluso desde su perspectiva integral como lo preconizaban en la Edad media los *regimina sanitatis*. De igual modo, el trato dispensado hacia la vida, hacia la vida entera, por cualquier individuo o grupo social, alcanzará mayor o menor estatura moral en la medida en que se ajuste o no al respeto y protección que merece la vida, toda la vida, por sí misma. Ese es el camino hacia la excelencia ética de cada persona y de cada profesional sanitario.

Un excelente ejemplo de los rasgos (hipocráticos) que debían componer la figura ética (bioética) del médico aparecen en el siguiente texto de Jacobo de Cessolis[64]:

> «Conviene que los médicos sean estudiosos, sabios y diligentes respecto a su ciencia. Porque ciertamente la vida del cuerpo humano de alguna manera está ne manos del médico, y si no tuviera saber y conocimiento de muchos textos, en verdad podría ser tenido por matador de hombres, más que por médico que los curase. Ello lleva consigo guardar buenos modales, hermosura y compostura de lenguaje y castidad del cuerpo. Así mismo, deben visitar a menudo a los enfermos para llevarles una promesa de salud. Han de buscar los síntomas de la enfermedad y su curación en los libros de autoridades como Hipócrates, Galeno y Avicena, de cuyos textos se desprende todo el cuidado y el saber de la medicina.
> «Cuando varios médicos vayan a visitar juntos a un enfermo, no deben mostrarse discutidores ni litigantes...ni deben entrar en polémica, para que no parezca que van en busca de la fama y de esta mundana gloria que da el vencer al contrario en una discusión, en vez de tratar de la salud del enfermo, que yace decaído en la cama...Todos los que deben tener el cuidado de los enfermos, ténganlo también de sí mismos, para que purgados y limpios de las mayores pasiones, que son las del alma, se muestren sabios en esas otras pasiones que son las enfermedades del cuerpo».

3. LA PRAXIS DEL MÉDICO MEDIEVAL

Dejando a un lado las cuestiones técnicas, vamos a detenernos en aquellos aspectos que están relacionados con la realidad del enfermar, el tratamiento de la enfermedad y la

[64] *El juego del ajedrez o Dechado de la Fortuna*, 74-75.78-79, cit. supra nota 10, donde se describen también los deberes éticos de los boticarios, especieros y cirujanos. Sobre estos últimos dice: «Compadézcanse los cirujanos de los heridos, y no se determinen fácilmente a cortar algún miembro o a abrir algún apostema, de tal suerte que, echada a perder su fama, sean llamados carniceros antes que saneadores de heridas». Véase también lo que dice este autor en nuestro epígrafe sobre "estructura de la profesión sanitaria", página 10.

puesta en práctica de los principios éticos (bioéticos) anteriormente indicados[65]. Así podremos hacernos una idea de cómo se adoptaban también las decisiones morales.

3.1. La descripción de la enfermedad

Ya hemos tenido ocasión de hablar sobre el panorama de las enfermedades que padecieron las mujeres y los hombres de la Edad Media[66]. El consumo de alimentos en malas condiciones y las dietas inadecuadas, la proliferación de nuevos agentes contagiosos, la influencia de los desastres climatológicos e incluso el hacinamiento producido por las migraciones, son algunos de los factores más sobresalientes que se dieron cita durante los siglos XIII y XIV contribuyendo a la difusión de un modo de vivir anómalo y aflictivo.

Desde principios del siglo XI comenzó a difundirse por Occidente una gama de breviarios con los conceptos galénicos sobre la enfermedad, sus causas y manifestaciones, que ayudaría a crear los esquemas de una Patología general adaptada a las circunstancias[67]. Esta tarea se fue incrementando después con la traducción masiva de los escritos grecoárabes a lo largo del siglo XII. Más adelante, las Facultades de Medicina del siglo XIII tomarán como punto de partida ese conjunto bibliográfico para profundizar en la patología y etiología del enfermar humano, así como para elaborar los primeros tratados autóctonos.

Uno de los más sistemáticos y completos, redactado a principios del siglo XIV, es el *Speculum medicinae* de **Arnau de Vilanova** (┼1311), donde se describe la enfermedad dentro del contexto de *physis* que ya hemos expuesto: una «disposición innatural de un miembro o de todo el cuerpo, por la que las acciones naturales son dañadas de modo sensible e inmediato»[68]. Recuperando nuestra anterior terminología, diríamos que se trata de un desorden o desequilibrio surgido en la naturaleza a causa de diversos motivos: un cuerpo sano cae en enfermedad cuando el buen orden de sus *res naturales* (humores, complexiones, etc.) se ve alterado por alguna o varias de las *res non naturales* (aire, comida, bebida, sueño, etc.), provocando en ese organismo la aparición de las *res contranaturales*, es decir, las distintas enfermedades en cuanto tales. Prescindimos aquí de su clasificación, causas y accidentes o «signos clínicos», los síntomas, y nos detendremos brevemente en el cuadro patológico general. Según Arnau, 1) hay enfermedades «regionales» o de un área geográfica causadas por el clima, las aguas, el género de vida, etc.; 2) otras son «contagiosas» y producidas por aproximación de lo sano con lo mórbido; 3) las hay «hereditarias», por estar impresas en los principios naturales de la generación; 4) también pueden ser «epidémicas», cuando caen súbitamente sobre una población debido a fuertes alteraciones telúricas provocadas por una nociva conjunción astral; y 5) finalmente, hay otras «varias y desiguales», que dependen de la constitución corporal y del régimen de vida de los individuos[69].

---

[65] Para lo que sigue, véase P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona, 1982, 226-240; ID., *La relación médico-enfermo*, Madrid, 1983, 223-240, además de la bibliografía indicada en nota 1.

[66] Véase el apartado "la salud y la enfermedad", cap. I de la 1ª parte, páginas 8-13.

[67] No nos corresponde desarrollar ese tema. Para lo que sigue, véase J. A. PANIAGUA, "La enfermedad en la Edad Media: Europa cristiana occidental", en A. ALBARRACÍN (ed.), *Historia de la enfermedad*, Madrid, 1986, 188-198.

[68] Definición tomada de J. A. PANIAGUA, *Ibid.,* 190-191, y prácticamente igual que la de Galeno como se puede ver en P. LAÍN ENTRALGO, "La enfermedad humana", en A. ALBARRACÍN (ed.), *Ibid.,* 10-11.

[69] Para mayor información respecto a la clasificación y ordenación de los modos de enfermar (*nosotaxia*) y la descripción de cada uno de ellos (*nosografía*), puede verse P. LAÍN ENTRALGO, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Barcelona, 1961.

El estudio de Arnau se puede completar con las aportaciones que hace **Bernardo de Gordón** (┼1318) en su *Lilium medicinae*, donde expone distintas clases de «fiebres»; varios procesos mórbidos como la lepra, la sarna y las mordeduras venenosas; continúa luego con las enfermedades de los ojos, nariz y boca; después las referentes a los «miembros espirituales» contenidos en la caja torácica; más adelante las que afectan a los «miembros nutritivos» abdominales, dedicando especial atención a los males de hígado y de riñón; y para concluir expone lo relativo a la función generativa de ambos sexos y un anexo donde recoge diversos antídotos. Pero los pasos son siempre los mismos: causa, signos, pronóstico y tratamiento.

Junto a estas recopilaciones de carácter general se encuentran otros escritos monográficos sobre afecciones específicas que tuvieron mucha relevancia en aquel período histórico, como son los tratados *De lepra*, *De epilepsia*, *De podagra*, *De sterilitate* y, principalmente, *De peste*, a raíz de la terrible Muerte Negra que despobló media Europa y puso en jaque a toda la ciencia médica de aquel tiempo. Hubo también un género menor, característico de la baja Edad Media y conocido por el nombre de "*consilium*", es decir, la somera descripción de casos clínicos individuales, vistos y tratados por un médico que hace pública su experiencia y expone el tratamiento con el que ha logrado un buen éxito[70].

Sin embargo, ante situaciones especiales, como fue el caso de la Peste Negra, muchos médicos experimentaron un tremendo desconcierto. A la hora de investigar su etiología se vieron prácticamente desbordados por la inutilidad de sus conocimientos universitarios y la debilidad de su experiencia clínica. Sólo algunos, como Avicena y el obispo sueco Bengt Knuttson, intuyeron los orígenes de la epidemia cuando hablaban de la proliferación de las ratas, la suciedad y las pulgas, pero siempre en sentido amplio y, como es lógico, sin captar la conexión existente entre el *Yersinia Pestis* y sus correspondientes vectores de transmisión. El citado bacilo, causante de la epidemia, sólo fue posible aislarlo a finales del siglo XIX, cuando se dieron las condiciones adecuadas de investigación y experimentación. La mayoría de los autores acudían a 1) la teoría de los humores y temperamentos[71], expuesta más atrás; 2) la teoría ambiental que relacionaba, por una parte, los desastres naturales con ciertas conjunciones planetarias y, por otra parte, conectaba los cambios de temperatura terrestre con los cambios climáticos que producían un ambiente más cálido y húmedo y coincidía, de hecho, con la transmisión de la enfermedad; y 3) también lo achacaban a la descomposición del aire, a la existencia de materias en descomposición y a varias estaciones del año, especialmente el verano u comienzos del otoño, cuando el clima era más caliente y abría los poros del cuerpo facilitando así la infección.

La causa de la epidemia llegó a achacarse incluso a «lujuria con mujeres viejas» y a los excesos en la comida. Y hubo autoridades médicas que lo relacionaron todo con el aliento, la ropa personal o de cama y hasta la mirada de cualquier individuo infectado, como aseguraba uno de los médicos de la Escuela de Medicina de Montpellier[72]:

---

[70] Uno de los primeros autores de dicho género "conciliar" fue Tadeo Alderotti (┼1303), iniciador del método escolástico en medicina. También fue practicada, entre otros, por Arnau de Vilanova. Esa literatura se multiplicó a lo largo del siglo XIV, bajo la influencia del nominalismo, y serviría para fomentar el estudio individualizado de la enfermedad que luego sería característico de la clínica renacentista.

[71] Según dice R. S. GOTTFRIED, *Ibid.,* 228, cit. supra nota 1, los médicos creían entonces que las personas de temperamento caliente y húmedo eran las más propensas a contraer la peste. Si a ello se unía, además, que fuesen jóvenes y corpulentas y, peor aún, apasionadas, sensuales y femeninas, serían particularmente vulnerables. También lo eran los grandes comilones y bebedores, los atletas y los miembros más jóvenes y activos de la sociedad en general.

[72] El texto completo puede verse en R. S. GOTTFRIED, *Ibid.,* 227-228.

> «A veces el cerebro despide materiales ventosos y envenenados por los nervios ópticos cóncavos a los ojos y, entonces, la persona enferma queda en agonía sosteniéndose los ojos como si no pudieran moverse de un lugar a otro, y allí la ventosidad recibe una propiedad maravillosa en que, estando fija y permanente, se está haciendo continuamente su espíritu tóxico, y busca un lugar en cierta naturaleza en que pueda entrar y tenderse tranquilamente. Y si cualquier persona sana contempla ese espíritu visible, recibe el ataque de la enfermedad pestilencial, y la persona es envenenada más pronto que inhalando el aire de la persona enferma, porque el veneno diáfano penetra más profundamente que el aire pesado».

Todo lo anterior sirve para hacerse una idea sobre el modelo de la actuación médica. Por un lado, existía un evidente interés en el estudio y descripción de las enfermedades, a pesar de que la patología medieval fuese en gran medida una reelaboración de los tratados griegos y árabes. Y, por otro lado, los médicos se sintieron prácticamente desbordados, confusos y fracasados a la hora de explicar aquel aluvión epidémico que se les vino encima como fue el caso de la Peste negra.

3.2. El tratamiento de la enfermedad

Es muy probable que durante esta época los médicos tuvieran bien presentes los tres principios básicos del tratamiento hipocrático, que por entonces tenían que estar muy difundidos[73]: 1º) favorecer o, al menos, *no hacer daño*, es decir, *primum non nocere*, según la concisa versión latina de la primitiva sentencia; 2º) *abstenerse de lo imposible* y, por tanto, no actuar cuando la enfermedad parece ser mortal por necesidad, esto es, por un inexorable decreto de la divina y soberana naturaleza; y 3º) *atacar la causa del daño*, o sea, actuar contra la causa del mal y contra el principio de la causa.

1º. Las líneas de actuación de la terapia medieval se reducían, como en la medicina hipocrática, a la dietética, la farmacoterapia y la cirugía[74]. Dicho resumidamente, la **dietética** adoptó las siguientes formas de expresión: tratados genéricamente destinados a mantener la salud de cualquier persona; instrucciones dedicadas a los grandes personajes (los *Regimina sanitatis*); reglas higiénicas relativas a una profesión, una actividad o un estado de vida; pautas concernientes al género de vida de los enfermos como base del tratamiento médico; y prescripciones destinadas a evitar una determinada enfermedad, como ocurrió en el caso de la peste. Por su parte, la **farmacoterapia** heredó la que se practicaba en la medicina grecoárabe y quedó plasmada en los *Antidotarium* de la Escuela de Salerno, pero a partir del siglo XIII fue objeto de una profunda transformación en manos de Arnau de Vilanova, con sus *Aphorismi de gradibus*, donde se propone incluso una matemática omnicomprensiva para toda le medicina. Y, en fin, la **cirugía** introdujo importante novedades en varios campos: la formación del cirujano, la práctica de la anestesia, el tratamiento de las heridas, el problema de las suturas y el tratamiento de las fracturas. En Castilla, por ejemplo, un capítulo muy importante de la actividad quirúrgica fue el de las heridas de guerra, sobre todo la extracción de dardos y flechas que presentaba a veces muchas dificultades[75].

2º. Junto a esta actividad terapéutica, que sólo beneficiaba en realidad a un pequeño número de personas, ejercían sus funciones los cirujanos-barberos, los boticarios y un in-

---

[73] Véase P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona, 1982, 109.

[74] Tampoco nos corresponde desarrollar estas cuestiones técnicas. Véase para ello, P. LAÍN ENTRALGO, *Ibid.,* 230-234, cit. nota anterior e ID., *La relación médico-enfermo*, 173-178, cit. supra nota 65.

[75] Ya se dijo algo al respecto en la página 8 de este mismo capítulo sobre la extracción de flechas que ha quedado pintada en la *Cantiga* 126 de Alfonso X.

contable número de personas, agrupadas en lo que más atrás hemos llamado **"medicina popular"** o, como se diría quizá hoy, una especie de "medicina paralela" compuesta por curanderos, comadronas, algebristas, santiguadotes, ensalmadores y gentes supersticiosas, dedicadas a atender las necesidades sanitarias de la mayoría de la población. En todo estos casos, la sangría o flebotomía, la sudoración, las purgas y las ventosas, constituían los elementos punteros de esta clase de clínica: «sangrías, lavativas, purgas y ventosas y siempre las mismas cosas», decía un refrán castellano de la época. Algunos de los métodos más utilizados en el Madrid medieval, por ejemplo, eran las «fuentes» (sangrías en piernas, brazos o nalgas), los «sedales» (incisiones poco profundas en el tejido muscular con fines parecidos a las "fuentes"), el uso de las «hilas» (hebras de un lienzo empapadas en líquidos cicatrizantes) y de las «bizmas» (diversos tipos de emplastos), eso sin contar otros procedimientos claramente supersticiosos como las «nóminas» que eran una especie de amuletos introducidos en bolsitas, dentro de las que podía haber también un colmillo de perro (contra las mordeduras), los signos del zodíaco o diversas oraciones[76].

3º. También es interesante saber que había varios sistemas para el **transporte de enfermos** y heridos: sobre costales, en su propia cama, puestos a lomo de mulos o, simplemente, en carretilla, quizá el procedimiento más utilizado en España hasta el siglo XVI a juzgar por lo que nos dice Gonzalo de Berceo sobre el traslado de una paralítica[77]:

«Fue luego de los omnes presa la mançebiella,
puesta e aguisada en una carretiella,
andidieron con ella, travesaron Castiella».

4º. Dentro de esta última línea de actuación debemos destacar el especial poder curativo que se atribuía a los monarcas medievales, quienes, a través de la imposición de manos, practicaban una terapia conocida en aquella época por el nombre de **"toque de reyes"**. Está relacionado con la concepción teocrática de la monarquía feudal y, probablemente, con el significado bíblico de la "unción" de los reyes[78]. El período histórico que estudiamos nos ha dejado testimonios iconográficos en miniaturas, vitrales, óleos y grabados, donde se representan con detalle los rituales de este curioso episodio terapéutico. Era una costumbre muy extendida en Francia, donde se conocía como "*mal du roi*", y también de Inglaterra donde recibía el nombre de "*King's Evil*". En estos países se destinaba a curar preferentemente la escrófula o adenopatía tuberculosa, una afección crónica con supuraciones que producía olor fétido, ulceraciones y deformaciones del cuello, dando al enfermo un aspecto repugnante. «El rey te toca, Dios te ayuda», decía por ejemplo el rey san Luis IX de Francia, mientras recitaba una oración y hacía la señal de la cruz sobre la cabeza del enfermo; luego se lavaba las manos y entregaban el agua al enfermo para que la bebiese en ayunas durante nueve días. Acudían gentes de toda condición social, pobres, ricos y nobles, que procedían en muchas ocasiones de Italia y España.

En Inglaterra el ritual todavía era más sofisticado, pues consistía en una verdadera liturgia que oficiaba el rey asistido por su capellán mayor, quien le llevaba uno por uno a los escrofulosos para que los fuese tocando, entregándole luego dinero y comida. Parece ser que acudían anualmente entre 700 y 2.000 enfermos.

---

[76] Todo ello puede verse en J. M. REVERTE COMA, "Condiciones sanitarias del Madrid medieval", *El Médico* 365 (1990) 77 y 80.
[77] *La vida de san Millán de la Cogolla*, 141, edición de B. Dutton, Londres, 1984.
[78] Lo ha estudiado, entre otros, J. G. FRAZER, *La rama dorada*, México, 1969. Nosotros hemos seguido el estudio de J. M. REVERTE COMA, "Toque de reyes", *El Médico* 277 (1988) 100-106.

En Castilla existían también costumbres parecidas, pues el rey Sancho II (1284-1295) se atribuía el poder de curar a los posesos o endemoniados, imponiéndoles el pie sobre la garganta mientras leía algunos fragmentos del Evangelio. Se puede decir, incluso, que cada monarquía tenía una "especialidad": los reyes de Dinamarca curaban el «mal caduco» o epilepsia, los de Hungría sanaban la ictericia, y a los Habsburgos se les atribuía la curación de la tartamudez, la gota y la escrófula. El "toque de reyes" pervivió en Europa hasta el siglo XIX[79].

5º. Dentro de este mismo contexto, conviene recordar el importante papel desempeñado por la proliferación de **devociones religiosas populares** relacionadas con la salud. Había toda una amplia gama de inquietudes y problemas sanitarios, que se canalizaban a través de los santos más populares y de sus reliquias a quienes la conciencia de la gente situaba continuamente en medio de la vida cotidiana. Y así, san Lázaro curaba la lepra; los santos Fabián, Sebastián y san Roque, eran abogados contra la peste; santa Lucía lo era para los males de la vista; san Blas contra los males de garganta; para todo lo relacionado con el parto y la obstetricia se rogaba a la Virgen de diciembre, a santa Catalina y a san Ramón Nonato, y así sucesivamente. Lo mismo se podría decir de las reliquias y en parecidos términos cabría describir la situación de todo el Occidente medieval[80].

En realidad desempeñaban una especie de "seguridad social" sustitutoria, ante la convicción de que había enfermedades insuperables o ante la pacífica resignación de no contar con los medios sanitarios adecuados ni necesarios. Bien fuese debido al carácter inevitable de ciertos males o bien a causa de la insuficiencia de la medicina, muchas personas desplazaban al plano religioso la solución de sus problemas de salud, creyendo encontrar en ese ámbito una garantía o seguridad de curación que no encontraban a su alrededor.

Durante la época bajomedieval había varios misales que contenían el ritual dirigido a ciertos santos auxiliadotes de los que se esperaba una intervención terapéutica casi infalible. Aunque exceda bastante nuestro límite histórico, viene a cuento recordar el *Misal de Bamberg*, de 1490, donde aparece la siguiente oración dirigida a 14 santos auxiliadotes muy venerados entonces: «Dios que has honrado a tus santos elegidos, Jorge, etc., etc., prefiriéndolos a todos los demás, con los singulares privilegios de que todos los que imploren tu auxilio en sus necesidades conseguirán un saludable efecto de su petición, según la promesa de ti gracia»[81].

6º. Por último, es necesario decir alguna cosa sobre las repercusiones que provocó el **impacto de la Peste Negra**. Si el diagnóstico había fracasado, tampoco fue más acertada la actuación terapéutica. Los tratados más difundidos, como el *Compendium de Epidemia*, publicado por la Facultad de Medicina de París, en 1348, revela el sincero intento de estar a la altura de los problemas, pero sus recomendaciones resultaron prácticamente inservibles. Se recomendaba, entre otras cosas, la oración y los amuletos, la huída, los olores agradables, la farmacoterapia natural, las purgas abundantes, el equilibrio en la alimenta-

---

[79] En 1535, Miguel Servet, refiriéndose al "toque de reyes" en Francia, decía así: «Yo he visto por mis propios ojos al Rey tocar a varios enfermos que padecían esta afección (escrófula). Si les fue devuelta la salud es lo que no he visto...pero he oído decir que muchos enfermos han recuperado la salud». Y en 1824 el rey Carlos X lo practicó con 121 enfermos. Lo más llamativo de este caso es que los enfermos fueron presentados al rey por G. Dupuytren, la máxima figura de la cirugía francesa de aquel tiempo, y por J. L. Alibert, uno de los iniciadores de la dermatología moderna (véase, J. M. REVERTE COMA, *Ibid.,* 106, cit. supra nota anterior).

[80] Véase J. LE GOFF, *La civilización del Occidente medieval*, Barcelona, 1969, 327-335; J. HUIZINGA, *El otoño de la Edad Media*, Madrid, 1985, 213-248; F. J. FERNÁNDEZ CONDE, "Religiosidad popular y piedad culta", en R. GARCÍA-VILLOSLADA (ed.), *Ibid.,* 301-318, cit. supra nota 13..

[81] Citado por J. HUIZINGA, *Ibid.,* 243.

ción y en el descanso, hacer sangrías frecuentes, reposo en la cama, tomar muchos líquidos, aplicar ungüentos y, sobre todo, adoptar la actitud de esperar y de ver[82].

Sin embargo, la peste dio lugar a un relevante fenómeno social: la lucha colectiva contra la enfermedad. Pronto se tomaron medidas conjuntas y concretas para cortar los focos de la epidemia, como guardias encargados de impedir el paso a los desconocidos; billetes o certificados de salud exigidos a los forasteros; prohibición de entrar barcos sospechosos de contagio o bien obligación de someterlos a cuarentena; reglamentos para educar la conducta sanitaria de la población; múltiples manifestaciones de solidaridad con los afectados; nacimiento de nuevas ocupaciones destinadas a solucionar los problemas causados por la peste (barrenderos, acarreadotes de cadáveres, gente ocupada en quemar los bienes de los fallecidos, etc., etc.). Pero lo más importante, sin duda alguna, fue la puesta en marcha de un movimiento que inició el despegue definitivo de la medicina hacia su definitiva profesionalización y organización colegiada, tal y como se puede observar en el auge de la cirugía y el prestigio de los cirujanos, la implantación de médicos municipales, la fundación de hospitales específicos, los avances en la legislación sobre la salud pública y su correspondiente organización y, en definitiva, el interés provocado por la salud y la vida. Son algunas muestras que señalan el nuevo camino emprendido. Los cimientos de lo que luego sería la medicina moderna comenzaron a colocarse con todo lo aprendido a los largo de estos terribles y trágicos años.

3.3. El momento ético-religioso

Los principios éticos (bioéticos), anteriormente expuestos, constituían el marco formativo dentro del que se regulaba la orientación ética y moral de la praxis médica. Pero había también un momento más concreto donde entraban en juego varios criterios morales de carácter práctico, que servían de referencia inmediata a la actuación cotidiana del "físico" medieval. Unos procedían del propio médico, de su formación y autonomía moral como persona, y otros le llegaban impuestos desde la propia sociedad, es decir, desde la heteronomía moral que le rodeaba.

Durante la alta Edad Media, a pesar de ser rudimentario el tratamiento dado al enfermo desde el punto de vista técnico, se había llegado a encarnar con notable éxito el ideal filantrópico de asistencia sanitaria, procedente el espíritu hipocrático e influenciado por el cristianismo vigente de la época. La base de la relación terapéutica se centraba principalmente en la atención a la persona del enfermo, imitando el modelo de "Jesucristo Médico". Este era el espíritu humanitario vigente en las enfermerías de los monasterios y ya hemos ofrecido suficientes testimonios al respecto durante los siglos siguientes.

Sin embargo, cuando entre los siglo XII al XIV se inicia el auge de la medicina universitaria y se sientan las bases de su estatuto profesional, los criterios morales más concretos adoptan también un tono diferente:

1º. Existían fuertes y tajantes diferencias sociales a la hora de asistir a los enfermos: una medicina para los pobres, otra para los miembros de la naciente burguesía y aún otra para los grandes señores laicos o eclesiásticos[83].

2º. La religión continuaba inspirando el deber de prestar asistencia a los más necesitados, y constituía la base de la obligación jurada ante la autoridad civil, según lo hemos visto en las Ordenanzas de Federico II: «el médico jurará prestar asistencia gratuita a los

[82] Véase R. S. GOTTFRIED, *Ibid.,* 228-235, cit. supra nota 1 y E. ARQUIOLA, "Las enfermedades en la Europa medieval", en A. ALBARRACÍN, (ed.), *Ibid.,* 205-206, cit. supra nota 67.
[83] Véase lo dicho al respecto en este mismo capítulo, páginas 8 y 15.

pobres». Pero el creciente prestigio de la profesión empujaba al médico en otra dirección: «No te arredre el pedir buenos honorarios a los ricos», escribía Lanfranco (┼1306) o, como decía Henri de Mondeville (┼1325), «no comáis nunca con un enfermo que os esté en deuda; id a comer a la posada; de otro modo descontará su hospitalidad de vuestros honorarios»[84]. También un cirujano inglés, Juan Arderne (┼1380), recomendaba que «después de informarse del estado de salud del paciente, el médico debe audazmente pedir más o menos emolumentos pero guardarse de pedir poco, pues la poca experiencia baja el mercado y desacredita la cosa (es decir, la práctica médica)».

3º. Por otra parte, el predominio social del cristianismo hizo posible que varias leyes canónicas, relacionadas con la medicina, se convirtieran en leyes civiles. Una de ellas fue la prohibición de ejercer la medicina y, sobre todo, la cirugía, a los clérigos y religiosos, promulgada por varios concilios, entre ellos el IV de Letrán (1215)[85], que sería luego recogida en las *Partidas* de Alfonso X. Otra de las leyes se refería a la obligación de anteponer los deberes religiosos a los estrictamente sanitarios, tal como lo dispuso también el IV concilio de Letrán[86], y que posteriormente se encargaron de llevar a la práctica diversos sínodos diocesanos[87]:

> «mandamos que los clerigos et los fisicos conviden et amonesten et fagan so poder que los dolientes, luego que enfermaren, piensen aprimas de las almas por penitencia et por confesión et por sua manda fazer, et después piensen de salir de so cuerpo».

Las *Partidas* hablan también de «cómo debe el enfermo primero pensar de su alma que de melezinar su cuerpo; y qué pena merece el físico que de otra manera lo melezina» (I, 4, 37), basándose en que «las almas son mejores que los cuerpos, e más preciadas».

4º. Había así mismo deberes relacionados con el cuidado y el respeto hacia la vida de los enfermos, como se desprende de las graves penas que imponen las *Partidas* a los físicos, cirujanos y boticarios cuando, por causa de su incompetencia profesional, «mueren algunos hombres enfermos o son llagados por culpa de ellos» (VII, 8, 6), lo cual pone de manifiesto la frecuencia de esos casos. Igualmente, se insiste en la necesidad de tener conocimientos, experiencia y ciertas cualidades: «Deven aver en sí cuatro cosas: la una, que sean sabidores de arte; la segunda, provados bien en ella; la tercera, que fuesen apercibidos en los fechos que acaecieren; y la quarta, muy leales y verdaderos» (II, 10, 11).

No obstante, a raíz de la Peste Negra, volvió a revitalizarse el sentido humanitario de la praxis médica insistiendo en la necesidad de elaborar con mayor precisión los códigos éticos profesionales. Varios médicos de renombre dejaron constancia escrita de ello, como fue el caso de Guy de Chauliac (┼1368), médico y cirujano de los papas de Aviñón[88]:

> «El médico debe tener buenos modales, debe ser audaz en muchas formas, temeroso de los peligros, para que aborrezca las curas o prácticas falsas. Debe ser afable con los enfermos, bondadoso con sus colegas, sabio en sus pronósticos. Debe ser casto, sobrio, compasivo y abnegado; no debe ser ávido o codicioso en cuestiones de dinero, y recibirá un salario pro-

---

[84] Los textos anteriores están citados por P. LAÍN ENTRALGO, *Ibid.,* 238-239, cit. supra nota 73. El texto de Juan Arderne puede verse en R. S. GOTTFRIED, *Ibid.,* 256, cit. supra nota 1.

[85] Esa prohibición ya provenía del siglo XI, por ejemplo del canon 9 del II concilio de Letrán. Por su parte, el canon 18 del IV concilio de Letrán prohíbe expresamente «que ejerzan el arte de la medicina el subdiácono, diácono o sacerdote» (*Conciliorum Oecumenicorum Decreta* 244, edición J. Alberigo, Bologna, 1973).

[86] *Conciliorum Oecumenicorum Decreta* 245-246, canon 22, sobre los deberes de los médicos, que sería luego recogido por las *Decretales*, lib.V, tit.38, can.13.

[87] El Sínodo de León (1262 ó 1267, por ejemplo, que se repite de nuevo en el de 1303, dice así: «mandamos que los fisicos consellen a los enfermos ante pensar del anima que del cuerpo» (*Synodicon Hispanum*, III, 245-246 y 273, edición de A. García y García, Madrid, 1984).

[88] El texto puede verse en R. S. GOTTFRIED, *Ibid.,* 253-254.

porcional a sus trabajos, a la capacidad financiera de sus pacientes, al éxito de su tratamiento y a su propia dignidad».

Otro cirujano, el inglés Juan Arderne (┼1380), ofrece varios consejos cuyo orden de presentación es muy significativo[89]:

«El médico debe dar...consejo a sólo cinco clases de personas: 1º) a quienes son realmente pobres, por amor a Dios..., 2º) a sus amigos, de quienes no desea recibir un ingreso fijo o una suma definida de dinero..., 3º) a aquellos que sabe que se mostrarían agradecidos después de su completa recuperación..., 4º) a aquellos que pagan malamente, como nuestros señores y sus parientes, chambelanes, jueces y bailíos, abogados y todos aquellos a quienes no se atreva a negar consejo..., y 5º) a quienes paguen completamente por adelantado.

RESUMEN

El balance final de este capítulo arroja resultados negativos en cuanto a la eficacia material de las medidas adoptadas ante las grandes epidemias de aquel tiempo, pero ofrece también un panorama alentador en cuanto a la lucha generalizada en favor de la vida humana. La creación de Facultades de Medicina, los primeros pasos en orden a organizar el estatuto profesional del médico, el desarrollo de varias especialidades y los numerosos escritos relacionados con los principales problemas de salud, la creación de una figura ética (bioética) del médico en torno a los valores de gratuidad y de ajustarse al orden natural, el esfuerzo realizado para poner en práctica el mejor tratamiento posible y perfilar códigos éticos llenos de sentido humanitario, las medidas encaminadas a mejorar la sanidad pública y la creciente preocupación social por la salud, son signos inequívocos, entre otros, que nos muestran cómo los hombres y las mujeres medievales lucharon por la vida en tiempos marcados por el desastre y la calamidad. Pusieron en práctica una actuación gratificante en una época llena de desgracias.

La diferencia con la medicina actual es enorme, si nos limitamos a ver el cúmulo de conocimientos científicos y la sofisticación técnica contemporánea. En cambio, si nos detenemos a examinar lo que hemos venido tratando aquí, es decir, la calidad humana de los procedimientos y el sentido ético y moral de las decisiones clínicas, entonces no observaremos tantas diferencias. Aún contando con la refinada y creciente especialización del ámbito biomédico actual, los profesionales sanitarios se encuentran ante múltiples situaciones en las que el riesgo de las decisiones que se toman no vienen dadas ni son producto de la ciencia ni de la técnica. Al contrario, son decisiones dependientes de la ética y la moral profesional correspondiente. El vacío o la incomunicación existente entre ambos planos, el científico-técnico y el ético-moral, continúa siendo un reto permanente.

La intuición de sustituir el criterio de "aislamiento" por el de "integración" de la persona enferma[90], incluidas todas las circunstancias psíquicas, sociales o ecológicas de su entorno, ya la intuían los médicos medievales y, por supuesto, era la norma habitual de conducta que inspiraba la relación con los enfermos en los monasterios, en muchos hospitales y en la praxis clínica de las figuras más relevantes de la época, como tendremos ocasión de ver en el capítulo siguiente.

---

[89] El texto puede verse en R. S. GOTTFRIED, *Ibid.,* 256-257.

[90] Ese importante criterio lo hemos tomado de J. MOLTANN, "La humanidad de la vida y la muerte", *El experimento esperanza*, Salamanca, 1977, 138-143 y 150-151.