

ORIGEN, EVOLUCIÓN Y FUTURO DEL HOSPITAL

SUMARIO: 1. Introducción. 2. La Evolución del Hospital, según Garrison. 3. Los primeros hospitales hindúes y egipcios. 4. Hospitales griegos y romanos. 5. Los hospitales de la temprana Era Cristiana. 6. En el antiguo Japón. 7. Los Hospitales Musulmanes. 8. El ejercicio de la Medicina en la Alta Edad Media. 9. El Oriente. 10. Hospitales Medievales. 11. La "época oscura" de los hospitales. 12. Hermann Boerhaave – La enseñanza clínica. 13. Enseñanza Médica y tendencias empíricas. 14. Psiquiatría y Neurología. 15. Un período de ignorancia y error. 16. El renacimiento en el siglo XIX tardío. 17. Las diferentes concepciones para la construcción del hospital moderno. 18. La importancia de la Enfermería en los hospitales modernos. 19. La asistencia Psiquiátrica hasta la Revolución Francesa. 20. Patología y Medicina Interna. Introducción general: Alemania, Francia, Gran Bretaña, España. 21. La obra de Rokitsansky y su Escuela. 22. El médico y el enfermo en el hospital del siglo XIX. 23. Patología y Clínica en los Estados Unidos. 24. Los progresos del siglo XX. 25. Una revolución en la educación médica: el informe de Abraham Flexner. 26. La profesión de la Administración de Hospitales. 27. La relación médico – paciente actual. 28. El Hospital y los estudios sociológicos. 29. Instituciones en transformación. 30. El Hospital del futuro. 31. La práctica del porvenir. 32. Evolución de los Servicios Médicos.

1. INTRODUCCIÓN

Existen múltiples y valiosas fuentes de información acerca del origen y evolución del hospital a través de la historia. Sin embargo, son escasas las referencias en algunos tratados de Historia de la Medicina al respecto. Los textos más prestigiosos sobre Organización y Administración de Hospitales, como es el caso de Malcolm Thomas MacEachern (1881-1956)¹ *Hospital Organization and Management*² dedica un primer capítulo a la historia de los hospitales, de muy rica

¹ Malcolm Thomas MacEachern (1881-1956) se graduó como médico en la Escuela de Medicina de la Universidad McGill, Montreal, Canadá, en 1910. Doctor en ciencias (Honorario) de la Administración de Hospitales, conferido por la Universidad Marquette, Milwaukee, en junio de 1925. Doctor en Leyes (Honorario) conferido por la Universidad McGill, de Montreal, en octubre de 1950. Profesor de Administración de Hospitales en la Universidad Northwestern, entre 1943 y 1956, Director de Actividades Hospitalarias del American College of Surgeons entre 1923 y 1950, Director Asociado y luego Director de dicho Colegio entre 1923 y 1950. Director de Relaciones Profesionales de la American Hospital Association (1951-1956), Editor, Consultor y miembro de numerosos consejos de redacción de revistas especializadas en administración de hospitales *Hospital Management*, *The Modern Hospital*, *Hospital Abstract Service*, *Hospital Administration Review*, *Technica Hospitalaria*. Presidente de la American Hospital Association (1925-1925), Presidente Honorario de la Asociación de Hospitales del Oeste (1928-1956 y Presidente de la Asociación Internacional de Hospitales (1938-1945). Autor de tres tratados sobre la materia: *Hospital Organization and Management*; *Medical Records in the Hospital* y revisor de la segunda edición del *The Medical Staff in the Hospital*,

² MacEACHERN, Malcolm T.: *Hospital Organization and Management*, Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas.

factura y al que haremos referencia. Él cita reiteradas veces a Garrison, un historiador de la Medicina oriundo de los Estados Unidos de América, que editó el libro que a continuación extractaremos en lo pertinente a la historia de los hospitales, pero sin embargo no da la ficha bibliográfica entre sus referencias. Cuando Fielding F. Garrison publicó la cuarta edición de su Historia de la Medicina, en 1929, el panorama de la construcción y administración de hospitales tenía ya una larga tradición, pero sus mayores logros tal vez estaban por verse. Esa época coincidió con la del inicio del planeamiento y la construcción del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", cuya piedra fundamental se colocó la tarde del 24 de diciembre de 1930. Posteriormente, en la década de 1970, el filólogo e historiador de la Medicina español Pedro Laín Entralgo editó su Historia Universal de la Medicina, que incluye una visión más rica, en algunos aspectos, de las diversas culturas que hicieron al desarrollo de la institución hospitalaria y de su vinculación con la enseñanza médica. Por eso nos pareció un elemento valioso incorporar esta síntesis de esas fuentes, que son referencia que permite valorar aunque sea someramente, la larga evolución seguida en Oriente y Occidente por la institución "hospital" a través de las diversas culturas, religiones y épocas. Es un antecedente fundamental para comprender mejor el papel que en la sociedad moderna juega el hospital dentro de las instituciones de salud. Y por qué razones fue incorporando cada vez instalaciones y sectores más complejos a su primitiva función de recibir peregrinos y moribundos. Como herramienta fundamental en el avance de la Medicina, es bueno dar una mirada al pasado para comprender ese progreso incesante, y los factores que lo condicionaron.

Da pena y verdadero dolor, que muchas personas que tienen a su cargo la dirección de todos los establecimientos de salud, de diferente magnitud y dimensión, o de enseñanza de la Medicina, que comprende también hospitales, en cualquier parte del mundo, en esta época de las comunicaciones, ejercen su labor con desconocimiento total de los antecedentes que esos establecimientos han generado a lo largo de los siglos. Esta recopilación, que nada tiene de original, pero que recoge una larga historia de antecedentes a través de diversas culturas, busca aportar insumos para alimentar el pensamiento y conocimiento de esos seres que han sido tocados por la fortuna para dirigir establecimientos para los que tal vez no están en condiciones de orientar, por su falta de conocimientos, combinada con su sobre-estimación personal, hecho corriente en nuestro tiempo de ambiciones múltiples con méritos escasos.

Por eso, parece necesario aportar, aunque de forma resumida, estos elementos que tal vez ayuden a conocer mejor tales ancestros y a

integrar de mejor forma los conocimientos indispensables para conducir, de manera exitosa, las funciones que les han sido confiadas. No es necesario recordar que el hombre (o la mujer) es el único animal que tropieza dos veces con la misma piedra. Por eso, en la advertencia de los hallazgos del camino, es posible que eviten futuras caídas. Porque como dice el tango de Enrique Santos Discépolo, “Cambalache”, que aunque referido al siglo XX, mantiene plena vigencia en el XXI: “¡Todo es igual! ¡Nada es mejor!, ¡Lo mismo un burro que un gran profesor”.³

2. LA EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL, SEGÚN GARRISON⁴

Así como los hebreos llegaron a adquirir un papel sobresaliente entre los pueblos orientales en los problemas de la higiene, así los ANTIGUOS HINDÚES excedían a todas las naciones de su época en la cirugía operatoria. En los documentos sánscritos más antiguos, el Rig Veda (1500 aC) y en el Atharva-Veda, la medicina es enteramente teúrgica, y el tratamiento consiste en los encantamientos versificados en contra de los demonios de la enfermedad o de los agentes humanos, brujas y brujos. En el período brahamánico (de 800 aC a 1000 dC), la medicina quedó enteramente en manos de los sacerdotes y letrados brahamánicos, y el centro de la educación médica era Benarés. En una inscripción hecha en una roca en la India, el rey Asoka (cerca de 226 aC) registra la erección de los hospitales fundados por él, y los archivos cingaleses indican la existencia de hospitales en Ceilán [actual Sri Lanka] en 437 y 137 aC. Los hospitales hindúes y ceilaneses existían ya para la época del año 368 dC.

3. LOS PRIMEROS HOSPITALES HINDÚES Y EGIPCIOS⁵

Dos antiguas civilizaciones, India y Egipto, tuvieron hospitales toscos. La literatura hindú relata que en el siglo sexto antes de Cristo, Buda nombró un médico por cada diez aldeas y construyó hospitales para los inválidos y los pobres; que su hijo, Upatiso, construyó refugios para los enfermos y las mujeres embarazadas. Estos ejemplos probablemente movieron a los devotos de Buda a erigir hospitales

³ DISCÉPOLO, Enrique Santos: La historia del tango “Cambalache”.
En: <http://tango.idoneos.com/index.php/Letras/Cambalache>

⁴ GARRISON, Fielding F.: Historia de la Medicina, Cuarta Edición, Editorial Interamericana, México DF, 1966.

⁵ MacEACHERN, Malcolm Thomas: Hospital Organization and Management; Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas, Capítulo 1.

similares, aunque los registros de ellos sean escasos. Es sabido que existían hospitales en Ceilán tan temprano como en el 437 aC.

El más destacado de los primitivos hospitales en India fueron 18 instituciones construidas por el Rey Asoka (273-232 aC). Estos son históricamente significativos porque tenían características similares al hospital moderno. Los encargados tenían órdenes de dar trato amable al enfermo, proveerle a él con frutas frescas y vegetales, preparar medicinas, darle masajes y cuidar que sus propias personas estuvieran limpias. Los médicos hindúes, incidentalmente, fueron adeptos a la cirugía y, de acuerdo a Garrison, conocieron todos los procedimientos operatorios excepto el uso de la ligadura. Ellos les hacían tomar baños diarios, cuidar su cabello y mantener las uñas cortas, vestir prendas blancas y prometer que respetarían la confidencialidad de sus pacientes.

Egipto había desarrollado un sistema elaborado aunque no siempre racional de medicina desde épocas muy tempranas, algunas datando de lo más remoto de las primeras Dinastías. Los médicos egipcios fueron probablemente los primeros en usar drogas tales como alumbre, menta, aceite de castor y opio. En cirugía un método usado era golpear al paciente con destreza sobre la cabeza con un mallette de madera, con fuerza suficiente para dejarlo inconciente sin fracturar su cráneo. La cirugía no incluía la apertura de las cavidades del cuerpo y estuvo grandemente limitada a las fracturas. El tratamiento médico era usualmente dado en el hogar. La terapia fuera del hogar era dispensada en los templos, los que funcionaban como hospitales por ser también centros de curación por la fe.

El conocimiento del cuerpo era relativamente avanzado tanto a causa de observaciones cuidadosas realizadas por los médicos o cirujanos, como por la práctica de la momificación. La curación por la fe no significaba la delantera de la medicina Egipcia, así como era muy acreditada en ortopedia y medicina interna. El hecho de que el médico fuera también a menudo sacerdote refleja el clima intelectual del mundo anterior a los griegos pero eso no significa que no hubiera cuidadoso diagnóstico y tratamientos respetables. Ciencia y magia no estaban separadas y eran ambas honestamente aplicadas para el tratamiento.⁶

4. HOSPITALES GRIEGOS Y ROMANOS ⁷

⁶ El Dr. John A. Wilson, Profesor de Egiptología en la Universidad de Chicago, en una comunicación personal al autor.

⁷ MacEACHERN, Malcolm Thomas: Hospital Organization and Management; Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas. Capítulo 1.

En los comienzos de la civilización de los griegos y romanos, los templos de los dioses eran también usados como hospitales. Estas casas de culto podían, sin embargo, caer algo lejos del concepto actual de hospitales, por que sus prácticas médicas eran abundantes con el misticismo y la superstición. Para ellos las serpientes eran sagradas y encerraban poderes mágicos y así jugaban un importante papel en el tratamiento del enfermo. Las lenguas de serpientes eran utilizadas por los médicos para limpiar úlceras. Cada santuario tenía un altar sagrado ante el cual el paciente, vestido de blanco, debía presentar sus regalos y ofrecer plegarias. Si él era curado, la cura era atribuida a milagros y al favor divino. Si permanecía enfermo o fallecía, se le decía que había perdido la pureza y era indigno para vivir. La sugestión mental era enfatizada y solamente como un último recurso ellos recurrían a la cirugía.

Sin embargo, los templos griegos fueron precursores del hospital moderno desde que proveían refugio para el enfermo. Uno de estos santuarios, dedicado a Esculapio, dios griego de la Medicina, se dice que ha existido tan temprano como en el 1134 aC en Titanes. Las ruinas todavía testimonian la existencia de otro, más famoso templo griego, construido varios siglos más tarde en el Hieron, o arboleda sagrada, en Epidauro. Aquí el enfermo era atendido en cuerpo y alma. Los medicamentos prescritos eran sal, miel, y agua obtenida de un manantial sagrado. Para acelerar la curación ellos tenían baños calientes y fríos. La Gimnasia comprendiendo a miles de personas era usada para terapia física. Igualmente grandes anfiteatros al aire libre provistos de entretenimientos. Importante en el tratamiento eran largas horas de exposición al sol y el aire de mar combinados con vistas agradables. Había bibliotecas y habitaciones para visitantes, asistentes, sacerdotes, y médicos. Lo que podía ser descrito como los primeros registros médicos fueron las columnas de este templo en Epidauro, bajo las cuales estaban inscritos los nombres de los pacientes, con breves historias de sus casos, y comentarios como si fue o no curado.

Que la terapia de Epidauro fue aceptable es evidenciado por la rápida difusión del culto a Esculapio a través de las islas de Grecia. Una de las cuales atrajo gran número de visitantes que buscaban salud fue el templo ubicado en Cos, donde el ilustre Hipócrates había nacido alrededor del 460 aC y más tarde se hizo médico. Este gran hombre propuso teorías médicas que habrían de perdurar de manera similar hasta el presente. Él empleaba los principios de la percusión y auscultación, escribió con inteligencia sobre fracturas, describió numerosas operaciones quirúrgicas, y describió distintas entidades nosológicas tales como la epilepsia, tuberculosis, fiebres maláricas, y úlceras. Aún más importante, él guardó registros clínicos detallados de

muchos de sus pacientes, registros tan excelentes en muchos casos como los mejores entre sus iguales que pueden encontrarse en un hospital moderno. Garrison resume concretamente los archivos del Padre de la Medicina cuando dice: "Todo lo que un hombre de genio podría hacer por la medicina interna, sin ningún otro instrumento de precisión que su propia mente abierta y sus despiertos sentidos, él lo obtuvo, y con estas reservas, sus mejores descripciones de la enfermedad son modelos de su clase aún en la actualidad. A él la medicina le debe el arte de la inspección y de la observación clínicas, y es él, por encima de todos, el ejemplar de esa actitud espiritual, flexible, crítica, bien equilibrada, siempre en busca del error y que es la esencia misma del espíritu científico. Según lo dice Allbutt, Hipócrates enseñó a los médicos de Cos, que en relación con la enfermedad interna, como el empiema o la fiebre palúdica, la base de todo conocimiento real radica en la inductiva *tribe meta logou*, es decir la insistencia razonada para investigar, que mejor que la anotación casual de los síntomas consiste en repasar esos síntomas una y otra vez, hasta que comiencen a sobresalir con su valor real en el cuadro clínico, por sí mismos. Así, en vez de atribuir la enfermedad a los dioses o a otras ideas fantásticas, como sus predecesores, Hipócrates virtualmente fundó el método del estudio a la cabecera del enfermo, que ha sido el talento distintivo de todos los grandes clínicos, desde Sydenham y Heberden, hasta Charcot y Osler." ⁸

El énfasis que Hipócrates puso sobre los hechos más que sobre la fe situó a la Medicina en una nueva base de racionalismo. Los templos asumieron cada vez más la real naturaleza de hospitales. Los pacientes con enfermedades agudas eran ahora llevados allí para tratamiento. Aunque el acento estaba todavía presente sobre la dieta apropiada y la moderación en los hábitos de vida, la terapia devino más compleja. La influencia de la sólida visión del arte de curar descubierto en los escritos de Hipócrates prevaleció por cientos de años y ganó renovados ímpetus en el trabajo de Celso, en el siglo I de la Era Cristiana, y de Galeno y Antilo, que practicaron alrededor del año 160 dC. Durante ese período los cuidados médicos estuvieron cercanos en espíritu a la medicina moderna que se practicó durante los siguientes quince siglos.

El culto a Esculapio se expandió rápidamente a través del imperio romano así como a través del mundo griego. Aunque algunos fueron simplemente balnearios, similares a nuestros propios hospitales privados que administran aguas curativas, otros siguieron la terapia recomendada por los líderes médicos de moda. Esos médicos no solamente cuidaban a los pacientes en los templos, sino que les daban instrucciones a jóvenes estudiantes de medicina. Las modernas

⁸ GARRISON, Fielding F.: Historia de la Medicina, Cuarta Edición, Editorial Interamericana, México DF, 1966, pág. 60.

clínicas de pacientes externos parecen haberse originado en aquellos días, como describe Galeno en las "*tabernae medicae*" donde solamente el enfermo ambulatorio era tratado. Los romanos habían dotado también de hospitales, como revelaron las inscripciones de tabletas fechadas bajo el reinado de Trajano y descubiertas cerca de Piacenza.

5. LOS HOSPITALES DE LA TEMPRANA ERA CRISTIANA

Aunque el impulso humanitario y el desarrollo de la ciencia era visto por muchos como los factores dominantes en la fundación de hospitales, los primeros hospitales fueron realmente creciendo de la religión más que de la medicina. Está demostrado que previo a la Era Cristiana los hospitales eran templos dedicados al dios de la medicina, en el que los cuidados del enfermo estaban siempre acompañados por ritos mágicos, místicos y religiosos.

Mientras no sería correcto afirmar que la existencia de hospitales hoy es una resultancia directa del Cristianismo, sin embargo las doctrinas predicadas por Jesús, intensificaron las emociones de amor y compasión, dando ímpetu al establecimiento de hospitales, que, con el avance del Cristianismo, se transformaron en partes integrantes de la institución Iglesia. Estos hospitales cristianos remplazaron aquellos de Grecia y Roma. Dedicados enteramente al cuidado del enfermo, ellos acomodaron los pacientes en edificaciones fuera de la propia iglesia.

El decreto de Constantino de 335 dC clausuró el culto a Esculapio y estimuló la construcción de hospitales cristianos, que, durante los siglos IV y V alcanzaron el punto más alto de su desarrollo. Muchos fueron erigidos por las normas del período o por romanos ricos convertidos al Cristianismo. Justiniano fue decisivo en construir el gran hospital de San Basilio en Cesarea en 369, una verdadera comunidad para los enfermos, los ancianos y huérfanos. El año siguiente vio la construcción de un hospital Cristiano en Constantinopla, donde dos ricas diaconisas cuidaban los enfermos. Una prominente matrona romana, Fabiola, donó un hospital público en Roma en 390. En Edessa, Hippo y Éfeso todavía otros, todos grandes, fueron fundados por los cristianos. Alrededor del año 500, la mayoría de las grandes ciudades en el imperio Romano tenían levantados tales edificios. La Enfermería (cuidados del enfermo), inspirado por la religión, era gentil y considerada, pero los preceptos médicos de Hipócrates, Antilo y los otros médicos griegos tempranos fueron infortunadamente siendo descartados a causa de su origen pagano, mientras el misticismo y la teúrgia volvieron a ser más prominentes.

Los registros relacionados a hospitales de las centurias siguientes a la Edad Media son escasos. Es probable que los hubiera

pero pocos fuera de las ciudades italianas. Ocasionalmente albergues en las ciudades de Europa refugiaron a algunos enfermos; posadas a lo largo de las vías Romanas dieron cobijo a otros. Ninguna previsión parece haber sido tomada para el cuidado de los miles de pobres desamparados que habían sido esclavos pero que fueron más tarde liberados cuando el Cristianismo fue introducido en el imperio Romano. Pero este período no estuvo totalmente exento de interés histórico, para el Hôtel Dieu de Lyon, Francia, abierto en 452, y el aún más notable Hôtel Dieu de Paris fundado por el Obispo Landry en 660. La última institución, aunque construida sobre nuevos sitios en diferentes tiempos, ha dado continuidad de servicio desde su fundación hasta nuestros días.

En el imperio romano, bajo el reinado de Augusto, los médicos adquirieron la dignidad ecuestre de las clases caballerescas (*equites*), y el ejército llegó a tener un cuerpo médico bien organizado. En distribución y dotación, los hospitales militares excavados en Novesio, cerca de Bonn (1887-1901), y en Carnuntum, sobre el Danubio (1904), los dos del siglo I de nuestra era, sobrepasan cualquiera otra construcción de esta especie de la antigüedad. Estas, y otras obras públicas, tales como la construcción de fuertes, canales, obras de drenaje, profundización de bahías y avenamiento de pantanos, eran llevadas a cabo por soldados del ejército romano.⁹

En el período judío y musulmán, según Garrison, para el año de 707, el califa El Welid había fundado ya un hospital en Damasco. Otro fue establecido en el Cairo en 874, dos en Bagdad en 918, otro en Misr de Egipto en 957, otros dos en la misma ciudad en 925 y en 977. En el curso del tiempo, existieron dispensarios y enfermerías en todas las ciudades importantes del Califato de Bagdad, y alrededor de 1.160 un viajero judío encontró hasta 60 de estas instituciones sólo en Bagdad.

6. EN EL ANTIGUO JAPÓN

A principios del siglo VII los intercambios, tanto oficiales como privados, entre China y Japón florecieron en gran manera y numerosos eruditos y sacerdotes nipones acudían a China para realizar estudios. Por otra parte, a causa del desorden político que imperaba en Corea, eran numerosos los artesanos y hombres de ciencia de dicho país que emigraban al Japón donde, en consecuencia, aumentó de modo extraordinario el número de científicos y de técnicos.

⁹ GARRISON, Fielding H.: Op. Cit., pp. 91.

El año 710 se estableció en Nara una capital permanente. Hasta entonces, la corte había venido trasladándose de uno a otro lugar, posiblemente por razones tradicionales. Pero pronto se hizo necesaria, por encima de estas razones, la construcción de una capital permanente, no sólo con el fin de imitar el estilo chino, sino también en aras de un mejor funcionamiento del gobierno, a causa de su creciente complejidad. Se estableció un sistema administrativo estatal, copiado de los T'ang (China), y otro de impuestos basado en un censo detallado. En esta misma época se fundó una ceca para la acuñación de moneda. Bajo el patrocinio de sucesivos emperadores el budismo se propagó entre la clase superior, y los grandes templos y monasterios de Nara llegaron a ser los más poderosos.

Komyo, emperatriz devota, consagró un enorme templo que llevaba anejos un orfanato, un hospital y un dispensario para indigentes (730). Tal fue la primera institución para enfermos que existió en el Japón.¹⁰

7. LOS HOSPITALES MUSULMANES¹¹

Los Musulmanes fueron casi tan celosos, si no lo fueron un poco más que los Cristianos, en el cuidado de los enfermos. En Bagdad, El Cairo, Damasco, Córdoba, y muchas otras ciudades bajo su control, ellos proveyeron amplias, y frecuentemente lujosas, instalaciones hospitalarias. Harún al-Rashid, el sofisticado y seductor califa de Bagdad (786-809), estuvo interesado en la salud de su pueblo. Él construyó un gran sistema de hospitales, pagando él mismo a los médicos. El cuidado médico en estos hospitales era gratuito. Alrededor de cuatro siglos más tarde, en 1160, un viajero judío informó que él había encontrado más de 60 dispensarios y enfermerías solamente en Bagdad, como mencionamos. El médico persa Rhazes, que vivió desde alrededor de 850 a 923 dC, fue muy calificado en cirugía. Él fue probablemente el primero en usar los intestinos de oveja para suturar [el moderno catgut], y todavía, más sorprendente, limpiaba las heridas con alcohol. Sus descripciones de la viruela y el sarampión son los primeros relatos racionales de estas enfermedades de las que se tiene registro.

Es digno de mención que la principal fuente de conocimiento médico de los médicos musulmanes fue la persecución cristiana de la

¹⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Tomo 1. La Medicina en el Antiguo Japón. Período Nara.

¹¹ MacEACHERN, Malcolm Thomas: Hospital Organization and Management; Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas.

secta de los Nestorianos. Nestorius, condujo por el desierto a sus seguidores luego de haber sido designado Patriarca de Constantinopla en 428, se dedicó al estudio de la Medicina. La escuela de Edessa, en Mesopotamia, con sus dos grandes hospitales, eventualmente estuvo bajo el control de estos herejes Nestorianos. Hicieron de ella una destacable institución de enseñanza. Expulsados en 489 por el obispo ortodoxo Cyrus, ellos se dirigieron a Persia, estableciendo la famosa escuela en Gundishapur (Gondisapor), que es considerada como el verdadero punto de arranque de la medicina Musulmana.

La medicina musulmana floreció hasta el siglo XV. Los médicos musulmanes estaban familiarizados con las posibilidades de la anestesia de inhalación. Ellos instituyeron precauciones contra la adulteración de drogas y originaron un vasto número de drogas nuevas. En efecto, su química sobrevivió la decadencia de su medicina. Es digno de mencionar que los países musulmanes tenían asilos para los alienados mil años antes que tales instituciones aparecieran en Europa. El pueblo del Islam hizo un brillante inicio en medicina, pero la gran promesa que brilló en sus tempranos trabajos en las artes médicas y en hospitalización nunca fue cumplida. Guerras, política, superstición y una filosofía no progresista frenó el crecimiento de un sistema que, sin embargo, tenía alguna influencia sobre el desarrollo del hospital.

El más grande y mejor dotado de los hospitales musulmanes fue el fundado en Damasco en 1160 y el del Cairo en 1276. En el hospital de Damasco se administró el tratamiento y se proporcionaron los medicamentos gratuitamente durante tres siglos. Para el año de 1427 se decía que los fuegos de ese hospital nunca habían sido apagados desde que se fundó. El gran hospital de Al Mansur en el Cairo (1283) era una enorme estructura cuadrangular con fuentes en los cuatro patios, salas separadas para las enfermedades más importantes, salas para mujeres convalecientes, cuartos de conferencias, una extensa biblioteca, clínicas externas, cocina de dietas, un asilo de huérfanos, y una capilla. Empleaba enfermeros de los dos sexos, y tenía ingresos aproximadamente de la equivalencia de 100.000 dólares [de 1929], y desembolsaba una cantidad apropiada a cada convaleciente al salir del hospital, de manera que no tuviera que ponerse a trabajar de inmediato. Los pacientes eran alimentados con una dieta rica y atractiva, y los insomnes eran tratados con música suave, o como en las Mil y Una Noches, por personas hábiles para relatar cuentos. Fueron también numerosos los hospitales en el Califato de Córdoba [Península Ibérica], si bien no eran de la magnitud de los del Califato de Bagdad.

Este último era notable principalmente por sus dispensarios oftalmológicos y por sus asilos de dementes.

Los árabes se encontraban a mucha distancia de sus contemporáneos europeos en el tratamiento bondadoso de los dementes.

La instrucción médica se proporcionaba ya en los grandes hospitales de Bagdad, Damasco y el Cairo, o como un curso especial en las academias que existían en todas las ciudades. De ellos, la Sala de la Sabiduría del Cairo era la más famosa. Los cursos principales eran de medicina clínica, farmacología y terapéutica. La anatomía y la cirugía eran descuidadas, pero en cambio la química era tenida en alta estima. La medicina árabe de hecho fue madre de la alquimia, cuyo fundador fue Jabu o Geber (702-765), descubridor del ácido nítrico y del agua regia, que describió la destilación, la filtración, la sublimación, el baño maría y otras operaciones esenciales de los procedimientos químicos.

8. EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN LA ALTA EDAD MEDIA

Examinaremos cómo se configuró la medicina en cuanto realidad social, es decir, qué tipo de médicos existían, cómo aprendían las disciplinas médicas, cómo se relacionaban con los enfermos, qué métodos terapéuticos utilizaban y qué centros asistenciales se configuraron durante la Alta Edad Media.

I. Dos fueron los principales *tipos de médico* que ejercieron durante la Alta Edad Media: el seglar y el clérigo. Podemos considerar que, a grandes rasgos, la medicina de los siglos VI y VII continúa bajo el influjo de los médicos seculares, mientras que a partir de la primera mitad del siglo VIII se iniciará – y luego se establecerá con preponderancia – la medicina clerical. De la existencia y atribuciones de los médicos seculares nos informan las disposiciones existentes en los diversos reinos bárbaros, por las que se regula su ejercicio profesional, así como su mención en diversos documentos históricos. Pero poco a poco es el monje quien va adquiriendo preponderancia en la asistencia: su preparación, el empleo de remedios propios – procedentes del huerto del monasterio – y su espíritu caritativo, que le hizo no retroceder ante enfermos incurables o contagiosos, debieron ser factores importantes que contribuyeran al éxito de la asistencia monacal. Asistencia que no se limitaba a la atención de los enfermos confiados al monasterio, ya que al menos en un documento se alude a un monje realizando la visita domiciliaria a un encamado. Tanto los médicos seculares como los clérigos practicaron la medicina general y la cirugía, al menos hasta los límites habituales en la época – sangrías, cataratas, drenaje de abscesos, etc. -; operaciones complicadas, tales como la cesárea realizada por Pablo de Mérida deben considerarse

excepcionales, y por tanto, según sus contemporáneos, dignas de recuerdo histórico.

II. ¿Cómo aprenden la medicina estos dos tipos de profesionales, el seglar y el clérigo? En general, la primera parte de la Alta Edad Media se caracteriza por una desaparición casi general de cualquier tipo de enseñanza organizada, volviendo al sistema de aprendizaje directo, mediante la práctica cotidiana con un profesional de fama que se brinde a impartirle enseñanza. Podemos pensar que muchos de ellos enseñarían la profesión como medio supletorio de ampliar sus ganancias, ya que en algún código, como en el *Fuero Juzgo*, se estipula la tasa a cobrar en tales casos:

“Quanto debe dar el discípulo al físico quel demuestra: Si algún físico toma algún omne por mostrar, debe ayer doce sueldos por su trabajo”. (*Fuero Juzgo*, XI, I, 7).

Una consideración de interés es que, al no existir en la Alta Edad Media una reglamentación precisa de los estudios o prácticas a realizar para ejercer la medicina, dejando su ejercicio al juicio de quien ha sido discípulo de un médico aventajado, la única defensa de la sociedad estriba en establecer fuertes penalidades a quienes, por ignorancia o malicia, se atrevieron a realizar actos médicos para los que no estuvieren suficientemente preparados. Tal medida es, en esencia, la misma que se aplica a otros profesionales – los mercaderes, los arquitectos, etc.- y no debe ser juzgada como muestra de excesiva dureza – aunque en ocasiones pueda serlo – sino como el único medio de garantizar la capacidad profesional de cualquier técnico, suponiendo que el castigo al que se expone puede bastar para suprimir las posibles temeridades que sin él se cometerían. [Este es uno de los fundamentos de la RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, que ya había sido reconocida en el Código de Hammurabi, en Babilonia, cerca de 1750 aC.]

Si quisiéramos tomar una fecha simbólica como inicio de la ciencia de la Alta Edad Media, podríamos aceptar, con toda la inexactitud, pero también con todo el simbolismo de las fechas clave, la del año 529, en el que concurren dos acontecimientos muy diversos: el cierre de la Academia, por orden de Justiniano, y la fundación de la abadía de Montecasino, por San Benito. Por una parte, la conclusión de la cultura clásica. Aunque en realidad la Atenas del siglo VI no pasaba de ser una capital de provincia, comparada con su fabulosa rival, Bizancio, también es cierto que la Academia, con toda su decadencia, era el último símbolo de una gloriosa tradición. Por otra parte, el nacimiento de un nuevo estilo cultural con los monjes benedictinos que, quizá en Montecasino de modo más intenso que en otras localidades, intentaron recuperar la cultura revistiéndola de un nuevo

ropaje, el que les proporcionaba su nuevo espíritu religioso que les impulsaba a copiar o traducir al latín los textos de Hipócrates, Galeno o Dioscórides. La cultura – y con ella la medicina – se hace religiosa. La cultura – y con ella la medicina – se hace, más estrictamente, monacal. Por eso podemos llamar con toda propiedad período de la *medicina monacal* al que se extiende entre los siglos V y X. Los monjes, en efecto, se dedicarán con ahínco a conservar el saber clásico que ha sobrevivido a las invasiones. De este modo los monasterios se convierten en fortalezas espirituales y culturales del mismo modo que deben ser fortalezas guerreras, luchando a la vez, y a veces con las mismas armas, contra la herejía y contra los invasores. El patrimonio cultural que encierran sus bibliotecas, incrementadas de modo lento pero constante por copistas que transmiten los principales textos de uno a otro monasterio, los convertirán en centros intelectuales y técnicos de primer orden. No es extraño que de los monasterios salgan las ideas de mejora agrícola y ganadera, de construcción de edificios, de innovación artística, de cuidados médicos. En este punto se demostrará la importancia del nuevo espíritu adaptado a la vieja cultura: unos mismos conocimientos curativos se aplicarán de modo diferente; la caridad cristiana hará nacer la institución fundamental de la asistencia médica colectiva: el hospital. Y la necesidad de esparcir el conocimiento acumulado en las bibliotecas hará nacer de los monasterios el núcleo fundamental de la búsqueda y transmisión de la cultura: las universidades.¹²

En cuanto a la medicina monacal, existe ya un discreto embrión de organización. Los clérigos expertos en medicina deben conocer los libros de la biblioteca del monasterio que traten de medicina, e incluso ejercen bajo el consejo de un monje experimentado en las enfermerías adjuntas; conocen las plantas medicinales del huerto y en ocasiones viajan a monasterios vecinos para conocer otras obras médicas o incluso transcribirlas para el propio. No sabemos hasta qué extremo la medicina formaba parte de la educación general de los monjes, pero la importancia concedida a los temas antropológicos y terapéuticos en las enciclopedias, y la producción médica de los monjes, parece asegurar que era, al menos, notable. Por Columbano sabemos que en los monasterios irlandeses se consideraba la terapéutica como parte de los estudios generales que debían realizar los monjes. Y, como ya hemos visto, las *Etimologías* responden al propósito de recopilar los conocimientos generales – y entre ellos los médicos – precisos para el

¹² LAÍN ENTRALGO, Pedro: Op. Cit. Tomo 3: Restos de la Medicina Clásica en el Occidente Medieval europeo. Por Juan R. Zaragoza.

monje erudito. Las demás obras enciclopédicas de la Edad Media seguirán esta intención, si bien aumentando su contenido.

Debemos concluir, por todo ello, que la medicina monacal tuvo en conjunto un buen nivel de base, el proporcionado por la cultura general impartida a todos los monjes, y que sobre él se formaban los médicos clérigos, alcanzando un nivel de conocimientos aceptable para su tiempo. Debemos recordar que en la Edad Media la lengua de la cultura es el latín, por lo que los textos griegos deben ser traducidos; examinando los principales libros vertidos al latín podemos tener alguna idea de cuáles eran los autores más consultados. No se tradujeron mucho los grandes clásicos – a excepción de Hipócrates y Sorano – porque la complejidad de algunas de sus doctrinas los hacía poco aptos para el lector de la Alta Edad Media; los que más éxito tuvieron fueron las compilaciones del Bajo Imperio (en especial las de Celio Aureliano y Sereno Sammonico), fragmentos de Oribasio y de Alejandro de Tralles, alguno de los libros de Galeno y de Rufo de Éfeso, Dioscórides y Plinio, cuyo original, latino, le hizo ser muy comentado. En cuanto a los temas más estudiados en los fragmentos o recopilaciones confeccionadas destacan los dedicados a la fiebre, el pulso, el examen de orina, la sangría o los regímenes, a los que se concedió tanta importancia. Debemos esperar al renacimiento carolingio para que, dentro de su plan de extensión cultural, se destaque la importancia de los estudios médicos, hasta el punto de encontrar en sus *Capitulaciones* unas normas para regular la formación y el ejercicio profesional de los médicos. Tales normas, como la dictada pocos años después prohibiendo las prácticas médicas de tipo supersticioso, indican ya una maduración de la sociedad, que comienza a establecer una serie de requisitos para garantizar la capacidad profesional de los técnicos encargados de atender su estado de salud o de enfermedad.

Estos profesionales así formados y cualificados, ¿cómo se relacionaban con sus enfermos? Dada su duplicidad básica el seglar y el clérigo – debemos suponer, en principio, la existencia de dos modos diversos de relación médico-enfermo. El médico seglar trabajará tanto por amor al arte como por ganarse el sustento; deberá, pues, conocer su profesión, pero también cobrar lo debido por su actuación diagnóstica o terapéutica. La sociedad debe encargarse de atender ambos aspectos de su actuación; ya hemos comentado cómo la inexistencia de requisitos para el ejercicio profesional viene contrapesada con la existencia de severos castigos para quienes realizan indebidamente algún acto terapéutico. Véase un ejemplo demostrativo:

“Si algún físico sangrare algún home libre, si enflaqueciera por sangría, el físico debe pechar C e L sueldos. E si muriere, metan al

físico en poder de los parientes que fagan del lo que quisieran. E si el siervo enflaqueciera o muriere por sangría, entregue otro tal siervo a su sennor". (*Fuero Juzgo, XI, 1, 6*).

Pues bien, del mismo modo la ley debe garantizar la segunda parte de su actuación, esto es, la percepción de la paga adecuada al trabajo realizado, lo cual queda igualmente determinado en otros artículos de los diversos códigos, como en el caso de la operación de cataratas: "si algún físico tolliere la nube de los ojos, debe aver cinco sueldos por su trabajo" (*Fuero Juzgo, XI, I, 5*). Se deduce, del examen de ambos aspectos, que la relación médico-enfermo adquiere un matiz contractual, por el cual el médico, al atender a un enfermo, se supone que tiene la debida capacidad profesional y que no acometerá actos terapéuticos para los que no está preparado, y el enfermo, por su parte, se compromete a pagar al médico lo debido por su trabajo.

El fundamento de la asistencia médica ejercida por el monje médico es muy diferente. No la preside, en principio, el amor al lucro – aunque puedan aceptarse luego para la comunidad los obsequios del enfermo agradecido – ni, en general, el amor por la ciencia; lo preside el sentido de caridad, el mismo que hemos expuesto en las admirables Reglas de San Benito: "se ha de cuidar a los enfermos sirviéndolos cual si verdaderamente fuesen Cristo". La relación del monje médico con el enfermo tiene un nombre: caridad. Así, el narrador de las disposiciones del obispo Masona al construir el hospital de Mérida nos comenta que "en su intensa caridad, todo le parecía poco para los pobres". No es extraño que la práctica médica de los monjes llegara a eclipsar la ejercida por los seglares cuando se oponía la relación caritativa a la relación contractual, el ejercicio médico por amor a Dios al ejercicio médico por intención de lucro. Harán falta otras circunstancias para que la práctica médica seglar vuelva a tomar el auge que experimentará en los siguientes siglos de la Baja Edad Media.

9. EL ORIENTE ¹³

Los nombres y designaciones más antiguos bajo los que nos han llegado los hospitales de la Edad Media, señalan hacia el Oriente: *Pandokheion* (albergue de peregrinos), *Xenodochium* (albergue de forasteros), *Nosocomium* (casa de los enfermos), por sólo citar los más importantes. Por tanto, los filólogos estaban completamente convencidos de que la máxima "*ex oriente lux*" también tenía vigencia

¹³ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Op. Cit. Tomo 3: Los hospitales en la Edad Media. Dieter Jetter.

en lo que concierne a la historia de los hospitales. De hecho, casi todas las primeras noticias de fundaciones proceden de Asia Menor, Siria, Palestina y Egipto.

El traslado de la capital del Imperio Romano, en el año 330, de Italia a Constantinopla, es reflejo de la superioridad cultural de las tierras del Mediterráneo oriental. Frente a lo que sucedía en Roma, ciudad que seguía siendo pagana, en Oriente había surgido ya un centro cristiano. El emperador Constantino fue bautizado en el año 337, en su lecho de muerte. Los historiadores del concepto "caridad" dan a entender que el propio emperador había fundado en la nueva capital imperial el primer hospital del Cristianismo, hecho que tendría su coherencia y sería bien acogido desde un punto de vista político-eclesiástico; existen, sin embargo, muchos argumentos que impiden considerar a Constantino como el creador del primer establecimiento de caridad.

Santa Elena, la madre del emperador, sería más apropiada y constituiría mejor ejemplo para los fines perseguidos por estos historiadores píos. Es conocida la "actividad filantrópica" de esta santa, transmitida como un tópico a través de los siglos, hasta casi nuestros días. Así como el Emperador se esperaba que fuera el defensor de la Iglesia, era deber de la Emperatriz curar las heridas recibidas en la batalla. Poco antes de su ejecución, María Antonieta visitó todavía algunos hospitales parisienses, acto en el que exclusivamente fue acompañada por el Delfín y por Luis XVI. Plantea ello la cuestión del posible condicionamiento que ejerció o pudo ejercer este esquematismo en la posterior apreciación histórica de la figura de la emperatriz madre, pues en definitiva a Santa Elena – a pesar de sus actividades caritativas – no puede ser atribuida ninguna concreta fundación hospitalaria.

Sin embargo, en esta época (antes del año 361) y en la fracción oriental del Imperio Romano, debían ya existir algunos hospitales, posiblemente pertenecientes a los cristianos: ésta es la conclusión forzosa que se desprende de un edicto promulgado por el emperador Juliano el Apóstata, que gobernó sólo durante un período de dos años (361-363) y favoreció los cultos no cristianos. Parece ser que con fines eclesiástico-políticos, ordenó a sus funcionarios que permitieran la construcción de xenodoquios en todas las ciudades, "no solamente para los extraños a nuestra religión, sino también para todos los viajeros pobres". Es verdad que no se habla de enfermos, pero es muy posible que los viajeros pobres enfermasen a menudo.

La primera noticia concreta sobre un hospital cristiano data del año 370, en el que Basilio el Grande fundó “un gran establecimiento para enfermos” ante las puertas de la ciudad de *Cesarea*, la actual *Queisari*, en la Anatolia Oriental. Estos hechos son relatados por su amigo Gregorio de Nacianzo. En el centro del establecimiento se encontraba una iglesia, que estaba rodeada por pequeñas casas. A pesar de lo convincente que a primera vista pueda parecer esta noticia, fechada en el año 370 dC, hay que tener en cuenta lo mucho que se asemeja a las fundaciones de monasterios que tenían lugar en aquella época.

Los monjes y eremitas cristianos no habían surgido inmediatamente después de la muerte de Jesucristo, ya que tuvo que pasar un lapso de tiempo superior a los trescientos años antes de que se impusiera este movimiento. Parece que San Antonio fue uno de los primeros que abandonó el “mundo” – más concretamente, el voluptuoso valle del bajo Nilo – para recluirse en las montañas del desierto que se extendía al Oriente. La huida del mundo es algo digno de imitar y, por tanto, contagioso; de ahí que poco tiempo después hubiera numerosos eremitas dispersos a lo largo del Nilo, desde el valle del Natrón – cerca de la actual ciudad de El Cairo – hasta Tebas – la antigua ciudad de los templos de los faraones -, dedicados por entero al cultivo de su vida interior. No obstante, la soledad total no duró mucho: ya en torno al año 320 Pacomio reunió a unos eremitas en un lugar cerca de Denderah (al norte de Tebas) para el trabajo, la oración y la comida comunitarios. Desde este preciso momento existen monasterios cristianos, y desde este momento, el campo de tensión entre aislamiento y comunidad, individuo y sociedad, se ha reordenado, revitalizado y escindido repetidas veces.

Los pocos decenios (desde el 320 al 370) que transcurren entre la creación de los primeros monasterios y la de los primeros hospitales de la cristiandad, nos obligan a comparar estas dos nuevas instituciones coetáneas. La ciudad para los enfermos de Basilio no estaba dentro de *Cesarea*, sino cerca de ella, igual que los monasterios – hasta en la época de auge de la Edad Media – eran edificados “al margen del mundo”. En el valle del Natrón, carente casi de agua, los eremitas vivían expuestos al excesivo calor y a la cegadora luz del sol; los monasterios del Monte Athos están incrustados en rocas sobre el abismo; en Lérins la vida transcurría azotada por el continuo bramido del rugiente embate del mar en la costa provenzal, e incluso Cîteaux fue fundado con toda intención en las ciénagas más inaccesibles de Borgoña. En el centro de la ciudad de los enfermos que fundara Basilio había una iglesia, y la iglesia ha quedado también como centro de la

vida en comunidad de los monasterios. Los monjes vivieron siempre de dádivas piadosas, de donaciones y del ejercicio de la mendicidad; también el hospital de Basilio debió ser fundado por los ricos, del mismo modo que nuestros actuales hospitales no pueden subsistir sin la protección proveniente del exterior. Se supone que las cuevas – posteriormente las celdas – de los monjes, estaban ordenadas de manera desigual en torno a la iglesia, al igual que lo estaban las pequeñas casitas del hospital de Basilio. Los muros del monasterio tuvieron desde muy pronto una misión muy importante; a saber, la de mantener todo unido. Sus puertas llegaron a convertirse en un lugar especial. La portería y el departamento de admisión de los actuales hospitales son lugares en los que a menudo se llevan a cabo decisiones de vital importancia. Es posible suponer que las chozas y la iglesia cabe que en Cesarea estuvieran rodeadas por una muralla.

Sabemos que las “aldeas de monjes” se extendieron rápidamente en los países del área mediterránea: ya en tiempos de Pacomio hubo una fundación de ese tipo en Roma y posteriormente, otra en Milán. San Agustín llevó la idea, en torno al año 388, hasta el Norte de África y ya en el año 371 Martín agrupó en Tours a algunos monjes, que comenzaron a vivir alternando de manera rítmica la soledad y la compañía. Precisamente fue Basilio – el fundador del hospital – quien, también en esto, llegaría a convertirse en el más importante impulsor de la iglesia oriental – Asia Menor y Constantinopla - , pues bajo influencia egipcia fundó el primer monasterio en Annesi, al norte de Cesarea, organizándole de tal modo, que constituyó una de las primeras sociedades cristianas, todavía hoy considerada como ejemplar por los basilianos de los monasterios orientales (Monte Athos). En las reglas – surgidas mucho antes que las benedictinas en Occidente – se alude al silencio y a la humildad, a la obediencia y al trabajo, a la vida en comunidad y al aislamiento. Basilio se refiere también al amor a Dios y al prójimo. Todo esto se halla en relación con la fundación del hospital próximo a la ciudad de Cesarea; por otra parte, estos principios se observaron en los hospitales durante toda la Edad Media y tal vez tengan vigencia aún en nuestros actuales hospitales, pese a la creencia en que el Medioevo ha sido definitivamente superado. Sin embargo, lo más importante dentro de estas consideraciones es la relación que existe entre monasterio y hospital, entre la vida para uno mismo y la vida para la comunidad, la dedicación a los enfermos.

Hasta ahora, la historiografía apenas había considerado las raíces monacales del hospital, subrayando en cambio las iniciativas fundacionales e ímpetu indemnizador de los obispos: de ellos dependían las casas de los pobres y enfermos en la Edad Media. A la

sombra de sus palacios y catedrales se habrían desarrollado, según la opinión actual, los hospitales. Además, después del enfrentamiento entre Emperador y Papa se trató de defender los derechos de regalías arzobispales en los hospitales, primero frente a las ciudades y a los soberanos, y luego frente a los principios de beneficencia pública de la idea estatal republicana. El hecho de que la mayor parte de los autores que han estudiado los hospitales antiguos fuesen religiosos, nos hace dudar en cuanto a lo que, tanto su postura apologética como su voluntad de fundamentar históricamente los derechos arzobispales, hayan podido desenfocar su visión histórica. No hay duda de que existieron factores monacales, decisivos para el desarrollo de los hospitales. Ayudan a fomentar nuestros recelos otras observaciones procedentes de los siglos IX y XII.

Casi simultánea a la fundación del hospital en Cesarea fue la de varios otros establecimientos en Asia Menor y Siria, que nos limitaremos a reseñar: el de *Sebaste* (en el Ponto), el de *Edessa* (del año 375) y el de *Antioquia* (anterior al año 398). En el año 451, medio siglo más tarde, surgía uno de los primeros hospitales en *Éfeso* y en el año 460 parece que los nestorianos desterrados fundaron otro hospital en *Edessa*. Se inicia así un desarrollo por parte de *Gondishapur*, en el golfo Pérsico (ca. 540) y puede seguirse hasta el imperio de los sasánidas y Asia Central, llegando quizá hasta Pekín. Nos ocuparemos de ello al hablar de los hospitales del Islam.

Dentro del imperio bizantino deben ser citados los albergues de peregrinos de los grandes centros de peregrinación cristiana: *Qal at Simán* (ca. 479) y la cercana ciudad de *Dair Simán*, en Siria, tenían pandoqueiones, que todavía se conservan en parte como ruinas o han sido desenterrados (Tschalenko, Vogüe). No ha podido confirmarse todavía la existencia de instalaciones similares en el santuario de Menas (Egipto), que fue durante decenios meta de muchos peregrinos. Finalmente hay que hacer mención del hospital que existía junto a la Basílica de María en Jerusalén (570), anterior sin duda a las Cruzadas, y del hospital del patriarca Juan en Alejandría (anterior al año 620), uno de los primeros centros hospitalarios que fueron fundados a orillas del río Nilo. Las noticias de fundaciones constantinopolitanas son las más importantes. Desgraciadamente hasta ahora no han sido ordenadas de modo sinóptico, y están además mal documentadas las relativas a la época anterior al año 500. Luego que en el año 391, el cristianismo llegara a convertirse en religión oficial, durante el reinado de los emperadores Teodosio II y León el Grande (457-474) se construyeron muchos albergues y xenodoquios en la capital del imperio. Después del levantamiento de Nica, en el año 532, Justiniano

(527-565) y Teodora reconstruyeron varios hospitales destruidos, así como el de Sampson, situado entre las basílicas de Santa Sofía y de Santa Irene, que estaban entonces en período de construcción.

Tanto exterior como interiormente el imperio vióse amenazado por el ataque del Islam (718) y la “disputa de los iconoclastas”. Superada la crisis con la dinastía macedónica, las instituciones de caridad lograron un nuevo auge de la “época medio-bizantina”. Según numerosas noticias fragmentadas, otros poderosos emperadores – como Basilio Macedo (867-886), Constantino XII (913-959) y Alejo (1081-1118) – fundaron varias casas para pobres, enfermos y huérfanos en la siempre populosa ciudad. Esta tradición imperial fue proseguida por la inmediata dinastía de los Comnenos. En aquella época surgió un impresionante gran hospital, del que poseemos muchos datos gracias a un reglamento interno que ha llegado en buen estado de conservación hasta nuestros días: el *Typikon* (Bezobrazov).

En torno al año 1136 el emperador Basilio Juan II Comneno fundó cerca de su palacio, a orillas del Bósforo, una peculiar tríada de instituciones, que luego se va a repetir – aunque de forma más simple en muchos lugares de Europa occidental, llegando hasta El Escorial en España. La instalación conjunta del *Pantokrátor*, Cristo Todopoderoso, abarcaba una suntuosa iglesia, emplazamiento de la tumba de la dinastía, un monasterio para el culto a los muertos y un hospital; había cincuenta camas, repartidas en cinco departamentos del siguiente modo: diez camas para enfermedades quirúrgicas, ocho para agudos, diez para enfermos masculinos, otras tantas para mujeres, y finalmente doce para enfermedades ginecológicas (y quizá también para partos). Cada uno de los departamentos contaba con dos médicos, cinco cirujanos y dos enfermeros o sirvientes, todos bajo las órdenes de dos médicos jefes. El hospital tenía un departamento ambulatorio o de admisión y además farmacia y baño propios, molino y panadería. No se ha comprobado aún si existían departamentos para enfermedades infecciosas, epilépticos y enajenados. Tampoco se ha podido esclarecer la importancia del *Pantokrátor*, en cuanto centro de formación de médicos y cirujanos, así como de parteras y enfermeros (Schreiber).

Los intentos llevados a cabo, con la ayuda del *Typikon*, para reconstruir la estructura arquitectónica deben considerarse fracasados (Codellas); se conoce el emplazamiento del *Pantokrátor* en Bizancio, pues allí se han conservado tres iglesias yuxtapuestas que más tarde fueron utilizadas como mezquitas (Kilissé-Djami). Sin embargo, no se ha realizado excavación alguna, pese a las pocas dificultades que

presenta este barrio, desde hace mucho tiempo necesitado de “saneamiento”.

El hospital del *Pantokrátor* muestra la tradición hospitalaria bizantina en uno de los puntos culminantes de su desarrollo. Lo anteriormente expuesto, no permite duda alguna sobre la superioridad de Oriente frente a la Europa occidental. Sin embargo, en tiempos de las Cruzadas tienen lugar conmociones político-sociales, a raíz de la conquista de Constantinopla. En el año 1204 Balduino de Flandes funda el “Imperio latino”, al que en el año 1259 suceden los Paleólogos, quienes son vencidos por el Islam en el año 1453. De esta última época bizantina apenas nos han llegado noticias sobre hospitales, siendo los otomanos los primeros en promover un nuevo florecimiento de tales instituciones – de tradición milenaria – a orillas del Bósforo.

10. HOSPITALES MEDIEVALES ¹⁴

La religión continuó siendo la influencia dominante en el establecimiento de hospitales durante la Edad Media. Ellos eran sin embargo eclesiásticos, no instituciones médicas. Los aislamientos físicos fueron cuidados para brindar alivio, pero había pequeños intentos para curar al enfermo. Tener abierto el cuerpo de un ser humano podría haber sido sacrilegio, por que el cuerpo del hombre fue creado a imagen de Dios. El alma, no el cuerpo, necesitaba socorro y era lo mejor que correspondía. Para proveer auxilio al alma torturada, sacerdotes, asistentes y médicos miraban de elevar y disciplinar el carácter de acuerdo a las enseñanzas del Cristianismo. Esto lo cumplieron a través del amor y la fe, que para ellos era por lejos más importante que las habilidades y destrezas científicas. Se esforzaron para fortalecer el alma, para levantar el espíritu, tanto como pudiera ser propiamente preparado para el mundo del más allá.

A pesar de lo concerniente al alma y hacer caso omiso del cuerpo, la religión continuó siendo el más importante factor durante este período en el establecimiento de hospitales. El cristianismo fue ganando renovado ardor en Europa y encontró expresión en un gran movimiento de hospitales que se originó en el siglo IX. Una cantidad de órdenes religiosas crearon “hospicios”, o albergues para viajeros y enfermerías, junto a los monasterios, para proveer de comida y refugio a los agotados viajeros y peregrinos. ¹⁵ Uno de éstos, el famoso

¹⁴ MacEACHERN, Malcolm Thomas: Hospital Organization and Management; Physicians’ Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas. Capítulo 1.

¹⁵ Como una parte importante jugada por estos reposos de viajeros en la evolución del hospital es ilustrado por el origen de la misma palabra “hospital”. Ella es derivada del latín “hospitales” (adj.) y “hospes”

hospicio alpino de San Bernardo, fundado en 962, todavía da socorro a los agotados y envía sus renombrados perros para rescatar a los alpinistas perdidos.

El movimiento de los hospitales creció rápidamente durante las Cruzadas, que comenzaron en 1096. La peste y la enfermedad eran más potentes en la derrota de los cruzados que las espadas de los Sarracenos. Como resultado, los hospitales militares de las órdenes surgieron, y los alojamientos para cruzados enfermos y exhaustos fueron provistos a lo largo de todas las vías de viaje. Un cuerpo de cruzados organizó los Hospitalarios de la Orden de San Juan, que en 1099 estableció en la Tierra Santa un hospital capaz de dar atención para 2.000 pacientes. Caballeros de esta orden tomaron personalmente a su cargo el servicio a los pacientes y a menudo sostuvieron ellos mismos que el enfermo debía tener alimento y cuidado médico. Durante años estas instituciones fueron los mejores ejemplos de los hospitales de este período. La Orden de San Juan ha sobrevivido a través de los siglos y es conocida en Inglaterra ahora como el Cuerpo de Ambulancias de San Juan. El primer hospital inglés, de San Juan, construido en York en 1084, fue fundado durante los tempranos años de este movimiento hospitalario. De lejana y rica influencia fue la fundación en Berlín en 1070 del Hospital del Espíritu Santo, un precursor de otras construcciones más tardías bajo el mismo nombre.

Un activo período para el crecimiento de los hospitales vino durante fines del siglo XII y comienzos del XIII, cuando varios países en Europa comienzan a construir refugios para los enfermos. El estímulo más directo fue aportado por el Papa Inocencio III, que en 1198 urgió que los hospitales del Espíritu Santo fueran soportados por la ciudadanía de las más importantes ciudades. Él sentó un ejemplo fundando un hospital modelo en Roma, conocido como el Santo Spirito in Sassia. Construido en 1204, sobrevivió hasta 1922, cuando fue destruido por el fuego. Inmediatamente después de su erección, visitantes de todas partes del mundo vinieron a verlo. Inspirados por su ejemplo, ellos procedieron a establecer hospitales similares en sus comunidades. En Roma, otros nueve hospitales fueron fundados corto tiempo después de completar la construcción del de Sassia, y se ha estimado que solamente en Alemania 155 ciudades tenían hospitales del Espíritu Santo durante los primeros tiempos de la Baja Edad Media. El papado ayudó a obtener recursos por un impuesto sobre cualquier artículo de comercio en cada ciudad.

(sustantivo), significando un anfitrión o huésped. El “hospice” francés es derivado del latín “hospitium”, que era un lugar en el cual un huésped era recibido. “Hospitales” y “hospitale” se convirtió en “hospital” y “hospitalia”. La palabra inglesa “hospital” viene del antiguo francés “hospitale”, así como las palabras “hostel” y “hotel”, todas originalmente derivadas del Latín. La etimología de estas tres palabras, “hospital”, “hostel”, y “hotel”, muestra que todas ellas vienen de la misma fuente y que, aunque son ahora utilizadas con diferentes significados, ellas fueron una vez asociadas en el mismo sentido.

Mientras la mayoría de los hospitales erigidos durante la Edad Media fueron asociados con monasterios y fundados por grupos religiosos, unas pocas ciudades, particularmente en Inglaterra, construyeron instituciones municipales. El comercio del Este fluía en Europa como resultado de las Cruzadas, aumentando la riqueza nacional y estimulando el establecimiento de instituciones donantes. Además, esto condujo a un incremento de la población que sintió la necesidad por hospitales municipales. Como todos los hospitales del período, los edificios eran costosos, a menudo decorados con tapicerías coloridas y ventanas con vidrieras, pero los interiores consistían para la mayor parte de grandes y ventiladas salas con camas alineadas a cada lado. Estuvieron generalmente a cargo de un maestro o guardián, asistido por hermanos y hermanas encargados. Unas pocas de las mejores instituciones fueron arregladas sobre un plan de salas, usualmente construidas en forma de cruz. Con los vientos del este, las Misas eran dichas cada mañana. Los pisos eran hechos de ladrillo rojo o de piedra. El calor era provisto por braceros abiertos de carbón vegetal. Las ventanas vidriadas estaban decoradas pero daban poca o ninguna luz o aire. La única ventilación provenía desde la cúpula en el cielorraso.

Con la expansión de la lepra durante los siglos XII y XIII, los lazaretos (de Lázaro, el leproso mendigo mencionado en *Lucas 16:20*) se expandieron en profusión y proveyeron facilidades hospitalarias adicionales. Éstas eran estructuras toscas, usualmente construidas en las afueras de las ciudades y mantenidas por segregación de los leprosos condenados al ostracismo en lugar de hacerlo para su tratamiento. Los pacientes eran cuidados por grupos especiales de asistentes, miembros de la Orden de San Lázaro. En Inglaterra y Escocia había al mismo tiempo alrededor de 220 y en Francia alrededor de 2.000, de estos lazaretos. Como muchos más fueron conocidos haber existido en Alemania. Ellos representaron realmente un gran movimiento social e higiénico, desde que servían para comprobar la expansión de las epidemias a través del aislamiento de los que las padecían. A ellos debe ser acreditada la virtual erradicación de la lepra.

Deberían mencionarse varias otras órdenes, laicas y religiosas, cuyos miembros consagraron con devoción sus vidas al cuidado de los enfermos. Entre ellas estaban los Alexianos, los Beguines, y las Hermanas de Santa Elizabeth. Cuyos socorros carentes de ciencia eran sustituidos en gran parte por bondad e incansables servicios.

Establecidos durante este período de gran crecimiento de hospitales fueron tres famosas instituciones de Londres: el de San Bartolomé, en 1137, el de Santo Tomás antes de 1207, y el de Santa María de Bethlehem en 1247. El de San Bartolomé, fundado por Rahere, de quien se ha dicho que había sido el bufón de la corte de

Enrique I, cuidó de los pobres enfermos pero fue no simplemente un depósito de almas como eran muchos hospitales de esa fecha; él estuvo bien organizado bajo un administrador jefe y al cuidado de muchos tipos de casos, incluyendo confinamientos. El Hospital de Santo Tomás fue fundado por una mujer, luego canonizada como Santa María Overie, con la fortuna que había acumulado mediante la operación de embarcaciones que cruzaban el Támesis. Fue incendiado en 1207, reconstruido seis años más tarde, y construido otra vez en un nuevo lugar en 1228. El hospital de Santa María de Bethlehem fue el primer hospital inglés en ser utilizado exclusivamente para enfermos mentales. Esta institución, cuyo nombre fue acortado a Beddelem y más tarde a Bedlam, fue tan notable como para dar una nueva palabra al lenguaje inglés. Otros renombrados hospitales ingleses del período fueron el de la Cruz Sagrada en Winchester, el de San Leonardo en York, y el de San Bartolomé en Gloucester.

El Hôtel Dieu de París, respecto del cual había abundante material histórico, fue probablemente típico de los mejores hospitales de la Edad Media. Reconstruido en un nuevo lugar a comienzos del siglo XIII, fue provisto con cuatro salas principales para pacientes en diversos estadios de enfermedad, así como uno para convalecientes y otro para pacientes de maternidad. Ilustraciones de artistas contemporáneos muestran que dos personas generalmente ocupaban una cama. Pesados cortinados colgados de doseles ocultaban la cama para darle privacidad, pero esta ventaja era más que compensada por el hecho de que las telas, nunca lavadas, expandían la infección y evitaban la libre ventilación. Enormes fogones y estufas de carbón vegetal suministraban calor a las habitaciones, y había cantidad de mantas de lana cubriendo las camas, que eran necesitadas por los pacientes que usualmente no tenían ropas excepto turbantes de lino. Las prendas de los enfermos eran guardadas en un cuarto cerrado, donde ellas eran limpiadas, arregladas y retornadas a ellos inmediatamente antes de su partida. En caso de muerte las pertenencias del fallecido eran dadas a sus parientes si ellos las reclamaban. El hospital tenía un "blanqueador", o lavandería - un sótano abierto sobre el Sena - donde las hermanas lavaban las sábanas de lino en nada más limpio que las aguas del río. El agua caliente estaba disponible para el baño de los pacientes, no por que la limpieza fuera considerada ser de importancia, sino a causa de que los baños eran considerados por su valor terapéutico.

La organización de servicios en el Hôtel Dieu era similar a la de los modernos hospitales. Cada departamento tenía un jefe. Uno de los hermanos compraba los alimentos, otro era responsable por las drogas, una hermana tenía a su cargo la lavandería, y otra miraba que se hicieran los vendajes. Dos veces al año los provisosores [supervisores],

prototipo de las actuales juntas de gobierno, hacían una inspección a fondo. La institución estaba bastante auto sustentada en lo que hacía a su mantenimiento con una panadería, jardín de hierbas y una granja. A menudo los pacientes que se habían recuperado completamente permanecían en el hospital para trabajar en la granja o en la huerta por unos pocos días en agradecimiento de los servicios que les habían prestado.

Paris estuvo bien provisto de hospitales durante el siglo XIII. Junto al Hôtel Dieu tenía al Hôpital-des-Quinze-Vingts para los ciegos y el Santa Avoie y Santa Catalina, "asilos" para mujeres. El San Gervasio, fundado en 1171 por Garin le Masson y su hijo, un sacerdote, fue una institución especialmente creada para hombres. Ambos hospitales y el Santa Catalina, juntos, cuidaron por los enfermos; dieron alojamiento a extranjeros en París, que no tenían fondos suficientes para pagar por una habitación en una posada. Las Haudriettes y las Hijas de Dios fueron dos instituciones para jóvenes niñas abandonadas. Otro gran hospital fue el San Maturin. Había numerosos refugios de menor jerarquía. Como fue descrito por Mackay, muchos de estos hospitales fueron "casas de hospitalidad, no solamente para los enfermos, sino también para los indigentes y los peregrinos".

11. LA "ÉPOCA OSCURA" DE LOS HOSPITALES

Todos los hospitales durante la Edad Media no fueron tan eficientemente gestionados como lo fue el Hôtel Dieu de París. Pinturas y registros prueban que en muchos de ellos era común la práctica que se amontonaran varios pacientes en una cama, sin ningún tipo de cuidado por la seriedad de sus afecciones. No hacían diferencia si un ocupante estaba sufriendo de una enfermedad contagiosa; un individuo que estaba solamente medianamente enfermo podía ser ubicado en la misma cama con él. No era poco común para un paciente, que despertara, encontrado un cadáver a su lado. La segregación de los casos más serios no era generalmente practicada. Había demasiadas pocas camas para tanta demanda. La eficiencia estaba perdida a través de una disciplina relajada e impropia supervisión por las autoridades eclesiásticas.

Un cambio significativo en la práctica de la medicina que afectó a los hospitales muchos años fue el edicto de la Iglesia de 1163 prohibiendo a los médicos practicar operaciones que necesitaran cubrirse de sangre (ensangrentarse). Los monjes y clérigos fueron en esos tiempos los únicos que tenían alguna pretensión de educación y por esa razón, excepto para curanderos vagabundos, ellos eran usualmente los médicos. Los honorarios médicos y otros aspectos de la práctica médica eran inconsistentes con los ideales de los clérigos, y de

tiempo en tiempo eran dictados decretos destinados a limitar las actividades médicas de su parte. Estos decretos y edictos, además de impedir a los monjes que practicaran medicina, tenían el efecto de disminuir el estatus de la profesión médica entera. Como consecuencia, la cirugía fue tomada a su cargo por los barberos. Así aquellos que habían accedido al conocimiento desde los grandes médicos griegos, fueron sustituidos por una clase de hombres quienes solo realizaban aplicación de sanguijuelas, una terapia que era practicada con frecuencia. Pequeña cuestión que como una nube oscura cayó sobre la profesión de cirujano, así como lo había hecho sobre otros campos del aprendizaje.

La terapia médica era igualmente deplorable. El método de tratamiento favorecido estaba basado en el principio de "*similia similibus*", tratando la ictericia con flores amarillas, los desórdenes sanguíneos con el jugo de hierbas rojas, y las enfermedades repugnantes también con remedios repugnantes. Cuando estos fallaban, los santos eran invocados: San Vito para curar la corea, San Antonio para curar erisipelas, etcétera. La Iglesia, todo-poderosa, prohibía la disección de cadáveres humanos y se oponía a la experimentación en cualquier forma. Igual cuidado de enfermería degeneró entre muchas de las órdenes, que, llegando a ser ricas y poderosas, desviaron desde su original propósito y descuidaron los enfermos. Una excepción notable al deterioro general en medicina durante esta "Edad Oscura" fueron los esfuerzos concienzudos de aquellos monjes que copiaron a mano, y de esta forma preservaron, los escritos de Hipócrates, Celso y otros de los antiguos médicos.

En impresionante contraste a las instituciones europeas de este tiempo fue el gran Hospital de Al Mansur, construido en El Cairo en 1276. Equipado con salas separadas para las más serias enfermedades, con clínicas para pacientes externos, y con cocinas para dietas, tenía comodidades que un moderno hospital bien podría envidiar. Su provisión de música y narración de cuentos para los insomnes, hogares de operados para los convalecientes, y aún inaugurando una política de darle a cada paciente una pequeña suma de dinero a su partida.

En el período medieval, la mayor gloria de la Medicina fue indudablemente la organización de los HOSPITALES Y DEL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS que tuvo su origen en las enseñanzas de Cristo. Porque mientras que el germen de la idea de los hospitales pudo haber existido en la antigua costumbre babilónica de traer al enfermo al mercado para recibir consulta, y los Iatreia y Asclepieia de los griegos y los hospitales militares de los romanos pueden haber servido con esta finalidad en cierto grado, el espíritu de

la antigüedad hacia la enfermedad y la desgracia no era de compasión, y el crédito de ofrecer ayuda a los sufrimientos humanos en escala extensa corresponde al cristianismo. Los hospitales árabes, grandes y liberales como eran sus dotaciones y su capacidad, aparecieron mucho tiempo después del comienzo de la era cristiana, y los musulmanes probablemente obtuvieron la idea de estos establecimientos de la India o de los cristianos. Los Asclepieia y otros templos paganos fueron cerrados por decreto de Constantino en el año 335 dC, y poco después el movimiento de fundación y de construcción de los hospitales cristianos progresó considerablemente, movimiento en el cual Helena, la madre de Constantino, se dice que tomó una parte muy activa, como ya vimos. Estos progresos fueron pequeños al principio, porque los cristianos más ricos se encargaban de los cuidados de los enfermos en casas llamadas *Valetudinaria*, pero por la época del acceso de Juliano el Apóstata en 361 el movimiento estaba ya en franco progreso. En el año 369 las célebres Basilias de Cesárea (en Capadocia) fueron fundadas por San Basilio, y consistían en gran número de edificios con casas para los médicos y las enfermeras, talleres y escuelas industriales. Esta fundación fue seguida por un hospital de caridad de 300 camas en la epidemia de peste de Edesa, que fue fundado por San Efraín en 375. Se fundó un hospital en Alejandría por San Juan el Limosnero en 610, y durante el período bizantino se levantaron otros grandes hospitales en Éfeso, en Constantinopla y en otros lugares. Éstos, por fin, llegaron a especializarse de acuerdo con la idea cristiana de la obligación de la caridad y de la hospitalidad en la forma siguiente: nosocomios u hospitales de clausura solamente para la recepción y el cuidado de los enfermos; brefotrofia, o casas-cuna; orfanotrofia, para los huérfanos; xenodoquia para los peregrinos pobres y enfermos. Al principio del siglo V los hospitales comenzaron a aparecer en el imperio occidental. El primer nosocomio de la Europa occidental fue fundado por Fabiola alrededor del año 400, "para recoger a los enfermos de las calles y para cuidar a los pobres sufrientes, agotados por la pobreza y la enfermedad". (San Jerónimo).

Se fundaron en Roma otros nosocomios en la forma siguiente: uno por Belisario, en la Vía Lata, y por Pelagio; y más al Occidente por Cesáreo en Arles en 542, por Childeberto I en Lyon en 542, y por el obispo Masona de Mérida en 580. El Hôtel Dieu se dice que fue fundado entre 641 y 691 por San Landry, obispo de Paris, y fue primero mencionado en el año de 829. Un hospital milanés fue fundado en 777, y el primer asilo de niños abandonados fue fundado por el arzobispo Dateo en Milán en 787. El hospital de Saint Albans en Inglaterra data de 794. Al principio de la Edad Media aparecieron enfermerías y hospicios al lado de los claustros. El plan ideal de San Galo (820)

comprendía un hospital con una sala para casos graves, casas habitaciones para los médicos, cuartos de baño para la aplicación de ventosas y de sangrías, y una farmacia. La xenodoquia montañesa u hospicio de Mont Cenís en 825 y el Gran San Bernardo en 962 existían todavía.

Después de la muerte de Carlomagno, los hospitales más grandes comenzaron a declinar por la subdivisión o pérdida de sus ingresos, y en este período encontramos a los monasterios, tales como el de los benedictinos de Cluny, el de Fulda y los de otros lugares, provistos con enfermerías privadas y "hospitales de limosneros". Aproximadamente en la misma época se fundaron los diversos hospitales católicos de distintas órdenes y fraternidades para cuidar a los enfermos, de los cuales el más antiguo era el Parabolani, que de acuerdo con Gibbon fueron primero organizados en Alejandría durante la plaga de Gallieno (entre los años 253 y 268 dC). Los Parabolani buscaban a los enfermos de un modo nada distinto a como lo hacen actualmente los monjes de San Bernardo, pero con frecuencia se excedían en su autoridad y fueron gradualmente suprimidos. El término "sororidad" probablemente se deriva de Sopor, que fundó el hospital de Santa María Della Scala en Siena en 898.¹⁶

Otras órdenes religiosas que aparecieron en la época de las Cruzadas fueron los alexianos, los antoninos y los beguines; los hospitalarios comprendiendo a los seguidores de Santa Isabel de Hungría, que fundó dos hospitales en Eisenhach con un tercero en Wartburgo; las hermanas de Santa Catarina; la orden de San Juan de Jerusalén, que fue fundada cuando los cruzados llegaron a la Ciudad Santa en el año de 1099, y la Orden Teutónica, que comenzó en un hospital de campo afuera de las murallas de San Juan de Acre y que fue aprobada por Clemente III en 1191. Los caballeros teutónicos profesaban el voto de cuidar a los enfermos y construir un hospital dondequiera que se introdujera su orden, y desempeñaron un gran papel en Alemania en la época medieval, pero finalmente la orden desapareció por falta de fondos en el siglo XV. Igualmente la orden de San Juan de Jerusalén se fusionó con una orden puramente militar y declinó en el siglo XIII. Paralelamente a la especialización de las órdenes de enfermería durante las Cruzadas hubo un gran movimiento de hospitales medievales iniciado por el papa Inocente III en 1198, que ha recibido el justo encomio de Virchow. En 1145, Guy de Montpellier abrió un hospital en honor del Espíritu Santo, que fue

¹⁶ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit. pp 133-135. El traductor incluye esta nota aclaratoria: Es poco probable que este sea el origen de la palabra que cita Garrison. Sor significa hermano, y Sororidad, que no existe en castellano, significaría fraternidad.

aprobado por el Papa en 1198, quien a su vez construyó este hospital en Roma con el nombre de "Santo Spirito in Sassia" en 1204. El ejemplo del pontífice fue prontamente seguido en toda Europa con el resultado de que casi en todas las ciudades había hospitales del Espíritu Santo, y se convirtió en la ambición de muchos príncipes o landgraves fundar un "*xenodochium pauperum, debilium et infirmorum*". Virchow, en su ensayo sobre los hospitales de la Edad Media, brinda un notable catálogo de estas instituciones en 155 ciudades germánicas. Muchas de ellas, naturalmente, no eran sino estaciones de primera ayuda y de enfermería de la orden caritativa de los Caballeros Teutónicos, pero la lista de Virchow revela el carácter social bien definido de este movimiento. En Roma, dice Walsh, existieron cuatro hospitales de la ciudad en el siglo XI, seis en el siglo XII y diez en el siglo XIII. Otra circunstancia que ayudó grandemente al movimiento de fundación de los hospitales en las ciudades fue la inmensa propagación sufrida por la LEPROA en la Edad Media. Ya conocida de los antiguos hebreos, de los griegos y de los romanos, esta enfermedad comenzó a aparecer en el norte de Europa en los siglos VI y VII dC, y su extensión, en conexión con las Cruzadas, fue aterradora. Alcanzó su plenitud en el siglo XIII. El inolvidable pasaje de la *Crónica de Luneburgo* que parafraseó Heine en la forma siguiente:

"Cadáveres vivos erraban de aquí para allá, cubiertos de pies a cabeza; un capuchón por delante de la cara y llevando en la mano una campana, la campana de Lázaros como se la llamaba, por medio de la cual daban oportuno aviso de su aproximación, de manera que todos pudieran escapar a tiempo."

Los hospitales de leproso fueron ya mencionados por Gregorio de Tours (aproximadamente en 560). Según la lepra se extendía más y más, la ventaja de estos retiros, con fines de segregación, se hicieron cada vez más evidentes y llegaron a ser un potente factor en la desaparición final de la enfermedad. El número de estas casas de lazarios (leprodoquia o leprosería, según se llamaban) fue extraordinario. Llegó a haber alrededor de 220 en Inglaterra y Escocia, y 2.000 en Francia solamente. Virchow, en su maravilloso estudio de la lepra en la Edad Media, ha enumerado y descrito con su paciente fidelidad usual un número asombroso de estos hospitales de leproso en todas las ciudades germánicas de los siglos XIII y XIV. A pesar de que en todos los hospitales medievales la atención de enfermería y la reclusión eran la regla, con absoluto desprecio del tratamiento es claro, por la narración tan exacta de Virchow, que la construcción de las leproserías representó un gran movimiento social e higiénico, ola de genuina profilaxia lo mismo que de caridad humana. Billings caracteriza el verdadero espíritu de este movimiento hospitalario de la Edad Media en la forma siguiente:

“Cuando los sacerdotes medievales establecieron en cada gran ciudad de Francia un Hôtel Dieu, un lugar para la hospitalidad de Dios, era un interés de la caridad tal como esta persona la entendía, inclusive para ayudar al enfermo pobre, y para proporcionar a los que no eran ni pobres ni enfermos la oportunidad y el estímulo para ayudar a sus conciudadanos; e indudablemente la causa de la humanidad y de la religión avanzó más por el efecto de los donadores que de los que recibían estos beneficios.”

Aproximadamente para el principio del siglo XIII los hospitales comenzaron a decrecer, sin fricción y por mutuo consentimiento, pasando de manos de las autoridades eclesiásticas a las de la municipalidad. Por esta época hubo muchos hospitales espléndidos de la ciudad como el Hôtel Dieu y el Santo Spirito. La construcción de hospitales llegó a su apogeo en el siglo XV.

Los hospitales prominentes ingleses del período medieval fueron el Hospital San Gregorio fundado por el arzobispo Lanfranc en 1084; el de San Bartolomé, fundado en 1137 por Rahere, que era un bufón, quien se unió a una orden religiosa y obtuvo una concesión de terrenos de Enrique I en el año de 1123; el Hospital de la Santa Cruz de Winchester, fundado en 1132; y el Hospital de Santo Tomás, fundado por Pedro, obispo de Winchester en 1215 y reconstruido en 1693.¹⁷

Durante el período del Renacimiento se hizo considerable progreso en la teoría y la práctica de la MEDICINA MILITAR. Los hospitales de campo (ambulancias) fueron introducidos por la reina Isabel de España en el sitio de Málaga (19 de agosto de 1487) y fueron revividas por su nieto Carlos V en el sitio de Metz en 1552, donde Ambrosio Paré, el cirujano militar más grande de la época, fue la figura central. En este tiempo, los cirujanos del ejército cuidaban solamente de sus patrones, los grandes capitanes y los nobles, y volvían a la práctica civil al terminar la campaña; pero un decreto de Coligny en 1550 había asignado a los cirujanos que cuidaran también a los enfermos y heridos de cada compañía de infantería. Mientras tanto, la organización militar y la disciplina reales habían sido establecidos en los ejércitos de Maximiliano I. Cuando se levantó el sitio, el duque de Guisa y el duque de Alba establecieron un acuerdo mutuo del tipo de Cruz Roja, que los españoles observaron nuevamente en el sitio de Therouanne en 1553. Después de esa época ni los prisioneros ni los heridos enemigos eran asesinados. Después de la captura del Havre en 1563, la Reina Madre planeó los *Inválidos*, o retiro para los enfermos y los viejos soldados, institución que, sin embargo, no se fundó sino

¹⁷ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit., pp. 136.

hasta el año de 1676. No obstante, a pesar de tan notable administración las pérdidas eran espantosas y el traslado de los prisioneros a Metz inició una epidemia de tifus que se extendió a los pueblos vecinos.

De las muchas ENFERMEDADES EPIDÉMICAS que han afligido a Europa en la Edad Media, tres de ellas, la enfermedad sudoral, la lepra y la corea epidémica, habían ya desaparecido a mediados del siglo XVI. En Francia, Italia, España, Inglaterra, Dinamarca y Suiza la lepra fue también desterrada, de manera que se abolieron los lazaretos, pero la enfermedad continuó siendo epidémica durante todo el siglo XVII en Alemania, Escocia y los Países Bajos, y en Suecia y Noruega duró hasta el siglo XVIII. Las más formidables epidemias del siglo XVI fueron la peste y la sífilis.¹⁸

El curioso aislamiento, la estéril ineficacia de los internistas franceses del siglo XVII son notablemente revelados en las cartas de GUY PATIN (1601-1672), decano de la Facultad de Medicina de París, que miraba a los cirujanos con odio y con desprecio. Sin embargo, en 1686 se presentó un suceso que Michelet consideró "más importante que la obra entera de Paré". Luis XIV, según parece, sufría de una fístula perineal, que después de permanecer rebelde a toda clase de ungüentos y embrocaciones fue curada con éxito por medio de una intervención quirúrgica en manos del cirujano real, llamado Félix. Este último recibió por este hecho una granja, 300.000 libras, suma que significaba tres veces más de los honorarios del médico real, y fue ennoblecido, por lo que llegó a ser el Señor de Sains. Félix fue sucedido por Mareschal, y a Mareschal se debe la elevación de las condiciones sociales de los cirujanos franceses en el siglo XVIII. Luis XIV influyó en la Medicina francesa de tres maneras muy curiosas: su ataque de fiebre tifoidea en 1657 dio una inmensa boga al uso del antimonio; su fístula anal de 1686 produjo la rehabilitación de la cirugía francesa; y el hecho de que su amante fuera atendida por Climent, que era el partero real, en 1663, hizo mucho en pro de la causa de todos los parteros.

El mejor conocimiento del formalismo pedante y de la complaciente ineptitud del internista francés de la época, es proporcionado por las burlas de MOLIÉRE (1622-73). El gran dramaturgo y comediógrafo no podía ver a la profesión médica, cuyo lado ridículo excitaba sus burlas, quizá porque albergaba contra ellos un odio secreto, en parte por su incompetencia para hacer algo por su

¹⁸ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit.; pp. 171-172.

propia enfermedad, que era la tisis, y en parte porque creía que habían matado a su único hijo y a uno de sus amigos más queridos con su eterno antimonio. No menos de seis o siete de sus comedias abundan en tremendas burlas y sarcasmos muy dolorosos dirigidos con gran habilidad contra la clase médica. Estas comedias son: *El Doctor Enamorado*, *Los Tres Doctores Rivales*, *Los Celos de Barbouille*, *El Médico Volante*, *El Médico a Pesar Suyo* y *El Enfermo Imaginario*.

* * *

El primer hospital del Nuevo Mundo fue erigido por Hernán Cortés en la ciudad de México en 1524. En 1639 se estableció el Hôtel Dieu en el Canadá por la duquesa de Aguilón, y después estuvo localizado en Québec. El Hôtel Dieu de Montreal fue establecido en 1644, y el Hospital General de Québec en 1693. El primer hospital en lo que actualmente son los Estados Unidos de Norteamérica fue establecido en la isla de Manhattan en 1663.¹⁹

“Al comienzo de la guerra de la revolución”, dice Billings, “teníamos un solo libro de medicina por un autor americano, tres reimpressiones y veinte folletos”; y de los libros en cuestión, dice que el de John Jones, denominado *Notas sencillas concisas y prácticas sobre el tratamiento de las heridas y las fracturas* (Nueva York, 1775), es simplemente una recopilación de Ranby, Pott y otros, y contiene solamente una observación original. Este libro contiene, sin embargo, un apéndice sobre los hospitales de campaña y hospitales militares y fue usado mucho por los jóvenes cirujanos militares y navales de la revolución para los que fundamentalmente fue destinado, y de hecho fue el primer libro americano sobre medicina militar. Jones fue un hábil litotomista,²⁰ y fue recordado por Benjamín Franklin en su testamento por haberle ejecutado con éxito la operación mencionada.

La Guerra de la Revolución norteamericana (o sea la guerra que terminó logrando la independencia de las colonias inglesas de Norteamérica) formó la medicina de este país, y la reunión de muchas circunstancias de la época dio por resultado que quedaran en primera fila los tres médicos principales de la época: Morgan, Shippen y Rush. La guerra nos encontró en un estado de “falta de preparación”, sin ninguna organización militar, y menos aún médica. Todo el mundo se encontraba en el frente de batalla y había muy poco tiempo para construir hospitales, hacer instrumentos u obtener medicamentos.

¹⁹ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit.; pp. 209-210.

²⁰ Trataba la litiasis vesical o “enfermedad de la piedra”, así denominada desde tiempos de Hipócrates de Cos.

Después de redactar la Declaración, los miembros más capaces del Congreso Continental fueron llamados como cualquiera otra persona a cumplir los inmediatos y apremiantes deberes de sus diversos estados; y el Congreso mismo llegó a ser, por todos los aspectos, una organización impotente, débil, casi inútil, que efectuaba muy pocas cosas en ayuda de la administración médica de la guerra, en algunos aspectos la característica más importante de todas. Como Mumford dice, sólo había un hombre que fuera "fuerte, paciente e imperturbable", y ese hombre era Washington. Todos los honores les corresponden a los dos cirujanos generales, Morgan²¹ y Shippen²², que hicieron tanto para la organización de la educación médica norteamericana. Sólo podremos mencionar brevemente aquí a otros médicos, muchos de los cuales desempeñaron un notable papel lleno de sacrificios: de esta clase son John y Joseph Warren, de Massachussets; este último sirvió en las filas y perdió su vida en Bunker Hill; Benjamín Church, el primer cirujano general del ejército norteamericano; Hugo Mercer, de Virginia, que fue muerto en Princeton en 1777; James Tacher, el primer biógrafo americano de la medicina, cuyo *Diario Militar* (Boston, 1827) nos da un pintoresco relato de la lucha y quizá el mejor retrato hablado de la personalidad de Washington; y James Milton, cuyas *Observaciones sobre los hospitales militares* (Wilmington, 1813) es una contribución de valor permanente a este respecto.²³

12. HERMANN BOERHAAVE, LA ENSEÑANZA CLÍNICA

Para Herman Boerhaave (1668-1738) al comienzo de su vida, nada señalaba carrera tan extraordinaria y de tanta influencia. Boerhaave era hijo de un clérigo, nacido en la parroquia de Voorhout, pueblecito cercano a Leiden. Sus antepasados procedían del sur de Flandes, emigrados a Holanda por motivos religiosos.

En 1684 y según los deseos de su padre, muerto el año anterior, Boerhaave se matriculó, en Leiden, como estudiante de Teología y también de Filosofía. En 1690 se graduó en Filosofía con una tesis sobre la distinción entre la mente y el cuerpo (*De distinctione mentis a corpore*).

Prosiguiendo sus estudios teológicos, se interesó por la medicina. Es de notar que no asistía a las clases, sino sólo a las disecciones públicas de Anton Nuca. Con el mayor celo, estudió a Hipócrates y a otros antiguos autores griegos de medicina, así como a Vesalio,

²¹ John Morgan (1735-89).

²² William Shippen, Jr. (1736-1808).

²³ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit. pp. 253-254.

Fallopio, Bartholin y Thomas Sydenham, a quienes admiraba en extremo. Para graduarse en Medicina, fue a la pequeña Universidad de Güeldres, en Harderwijk (1693). Un incidente en su viaje de regreso, que le hizo aparecer injustamente sospechoso de espinosiano²⁴, fue el motivo de que abandonase la carrera eclesiástica estableciéndose por ello como médico en Leiden. Durante ocho años practicó la medicina, al mismo tiempo que estudiaba a los Padres de la Iglesia, y no dejaba de realizar experimentos químicos.

En 1701 se le nombró profesor de Medicina, para un período de tres años, por acuerdo de la dirección de la Universidad de Leiden fundada en 1575, al comienzo de la guerra con España. Tomó posesión de su cargo con un discurso académico en el que recomendaba el estudio de Hipócrates (*Oratio de commendando Studio Hippocratico, 1701*). El tema de su enseñanza lo constituían las *Institutiones Medicinae*. Estos principios de Medicina eran en esencia un esbozo general de fisiología, de patología (general) y terapia. Simultáneamente, comenzó a dar lecciones particulares (por las que los alumnos tenían que pagar un pequeño estipendio) de medicina práctica.

Pronto se dejó ver que era un maestro nato; desde el principio fueron muy apreciadas sus lecciones. Dos años más tarde, cuando la Universidad frisia de Franaker buscaba un profesor joven, los dirigentes de la de Leiden le prometieron a Boerhaave la primera cátedra que quedase vacante en la facultad de Medicina, con la condición de que no abandonase la ciudad. Como confirmación de este acuerdo, Boerhaave pronunció una oración académica acerca del uso del razonamiento mecanicista en medicina (*De usu ratiocinii mechanici in medicina, 1703*). En dicha disertación tomó partido por la doctrina iatromecánica o yatrofísica. Uno de sus predecesores Franz de la Boë, Silvio (1614-1672), había sido uno de los más brillantes representantes de la escuela iatroquímica. Sin embargo, ya al final de su vida Silvio incurrió en exageraciones, explicando todos los procesos fisiológicos por la efervescencia y la fermentación, y por la acción de los líquidos ácidos o alcalinos. Boerhaave era consciente de que la química no constituía todavía una ciencia bien cimentada, sino un arte, cultivado

²⁴ “Espiniano” se refiere a Benedictus o Benito o Baruch de Spinoza (1632-1677) nacido en Amsterdam, procedente de una familia judía, procedente de Espinosa de los Monteros, en tierra castellana de Burgos, trasladada luego a Portugal y emigrada luego a Holanda a causa de la persecución religiosa. Educado en la comunidad hebrea de Amsterdam, siguió Spinoza las enseñanzas tradicionales del talmudismo y adquirió amplio conocimiento de la Cábala y de la filosofía judía medieval, así como de la escolástica cristiana, de las tendencias platónicas renacentistas y de las nuevas ciencias, con inclusión del cartesianismo. Pero acusado por sus correligionarios de blasfemo fue expulsado de la sinagoga en 1656, residiendo desde entonces en diversos puntos de Holanda en relación con el círculo de los colegiantes y con notables personalidades de la época, entre ellas el estadista Juan de Witt. (José Ferrater Mora, Diccionario de Filosofía, Tomo IV, Editorial Ariel, Barcelona, 1999, pág. 3358.

principalmente en los laboratorios de los boticarios. La mecánica, por el contrario, era una ciencia mucho más desarrollada, y la teoría de la circulación de la sangre, concepto básico de la fisiología moderna, era una teoría física.

Al final de su oración - su credo iatromecánico – Boerhaave expuso su famoso diseño del *curriculum* médico con sus diferentes fases. El estudiante debería comenzar con el estudio de las matemáticas, la mecánica y la hidráulica, para aplicarse después al estudio de la botánica y la química, tras lo cual se encaminaría a la anatomía y la fisiología, antes de llegar al templo esculápico de la patología y la terapia.

Como tantos profesores, en los años que siguieron, Boerhaave escribió sus enseñanzas en forma de dos libros de texto, que llegarían a constituir el fundamento de su fama internacional. En 1708 aparecieron sus *Institutiones Medicae* y en 1709 sus *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis* (Aforismos sobre el diagnóstico y terapia de las enfermedades). Cada uno de estos libros conoció varias ediciones y de inmediato fueron reimpresos subrepticamente en Alemania, Francia y otros países, traducidos del latín a lenguas modernas. Al final del siglo XVIII se introdujeron también en España, donde los Principios y I Aforismos se publicaron bajo el título de *Boerhaavii cursus medicus*, en dos volúmenes (1796-1797).

En Leiden, cada uno de los cinco profesores de la facultad de Medicina tenía que enseñar una disciplina especial, tal como botánica, química o anatomía. Por ello, cuando en 1709 murió Petrus Hotton, que era el profesor de botánica, los dirigentes, manteniendo su promesa, nombraron a Boerhaave profesor de medicina y de botánica, pese al hecho de que había desatendido dicha ciencia desde 1693. En efecto, "niemand kam in ein fremderes Land als dieser Professor" (Haller). El *professor botanices* era *qualitate qua* prefecto del jardín de la Universidad, y en los años inmediatos este jardín se convirtió en el más precioso tesoro de Boerhaave. Con grandísimo entusiasmo se aplicó a la nueva tarea. Lo primero que acometió fue la formación de un catálogo de las plantas cultivadas en el jardín (*Index Plantarum*, 1710). En la siguiente década, Boerhaave enriqueció considerablemente el *Hortus Academicus* y la segunda edición del catálogo (*Index Alter Plantarum*, 1720) recogía más del doble de las plantas mencionadas en el primero, exactamente 5.846. Como prefecto del jardín Boerhaave mantuvo una intensa correspondencia con botánicos de Inglaterra, Alemania, Francia, Italia y España. Tal correspondencia y el intercambio de semillas, lo que él llamaba su *commercium* botánico, le robaban gran parte de su tiempo y atención, pero el cultivo y la enseñanza de la botánica (en el semestre del estío

diariamente a las siete de la mañana) le proporcionaron mucho placer y satisfacción.

No obstante no descuidaba sus otros deberes académicos y cursos. En 1714-1715 actuó como vicescanciller de la universidad. Renunció a este cargo con un discurso formal sobre el modo de conseguir certidumbre en física (*de comparando certo in physicis*). De hecho, la oración constituía un alegato en pro del método empírico de observación y experimento en la ciencia natural. En aquel entonces, Boerhaave era el único defensor de los principios newtonianos en el Continente europeo.

Durante aquel año (1714) se le confió una nueva tarea: enseñanza clínica (a la cabecera del enfermo). Tal enseñanza habíase iniciado en Leiden en 1637, pero fue con frecuencia desatendida por los profesores a quienes se confiaba. En el verano de 1714 hacía ya más de un año que no se había efectuado ninguna demostración clínica. Boerhaave restableció la enseñanza clínica, elevándola a un nivel no alcanzado en ningún otro país de Europa. Hasta su muerte, en 1738, durante casi un cuarto de siglo, reunió a sus discípulos en el viejo hospital Cecilia y, de hecho, él fue quien dio a la enseñanza junto al enfermo su lugar central y perdurable en la educación médica.²⁵

Finalmente, decidió renunciar a sus cátedras de botánica y química. Así lo hizo en 1729, tras haber desarrollado el trabajo de tres profesores durante una década. En tal ocasión, pronunció un discurso público en el que expresó su agradecimiento a todos los botánicos extranjeros que le habían prestado su ayuda en el enriquecimiento del jardín.

No obstante, hombre activísimo, no consiguió el descanso, sino que continuó imbricado en grandes proyectos; suministraba continuamente trabajo para las prensas, editando y reeditando también obras ajenas.

Boerhaave prosiguió sus lecciones hasta su última enfermedad, eligiendo cada vez nuevos temas; por ejemplo, de 1730 a 1735 dedicó su magisterio a las enfermedades del sistema nervioso. Dichas lecciones, *De morbis nervorum*, representan uno de los primeros tratados amplios de neurología. De hecho, otros varios cursos de lecciones fueron publicados por estudiantes, en su mayor parte de forma anónima. Ellos contribuyeron a ampliar, tanto las enseñanzas del maestro, como su fama. En verdad, durante sus últimos años Boerhaave fue tenido por un oráculo; cada palabra que él pronunciaba, era considerada digna de ser anotada.

En la primavera de 1738 empeoró su salud; fue aumentando su disnea, acompañada de otros signos de insuficiencia cardíaca. Redactó

²⁵ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Tomo 4: Los grandes sistemáticos: Hermann Boerhaave (1668-1738). Vida de Boerhaave.

sus últimas voluntades y tras una mejoría pasajera el piadoso hombre falleció en su casa de Rapenburg, el 23 de septiembre de 1738. El mundo científico entero deploró tan irreparable pérdida. Seis semanas después, el 4 de noviembre, su amigo, el profesor Albert Schultens, conocido orientalista, pronunciaba una inspiradísima oración fúnebre.

13. ENSEÑANZA MÉDICA Y TENDENCIAS EMPÍRICAS ²⁶

A principios del siglo XVIII Boerhaave hizo más que hombre alguno hasta entonces, para utilizar eficazmente las oportunidades que un hospital bien dirigido ofrecía a la enseñanza médica. Aunque sólo tenía a su disposición dos pequeñas salas, con doce camas en total, las usó con notable éxito. Acudían a él estudiantes de toda Europa, Gran Bretaña y las colonias americanas, y sus métodos de enseñanza fueron seguidos por múltiples discípulos. Sus métodos retornaron a Inglaterra con muchos de sus antiguos discípulos. Anteriormente, en Gran Bretaña, los jóvenes que trabajaban como aprendices con un médico, un cirujano o un boticario podían adquirir alguna instrucción práctica junto al lecho del enfermo, pero ésta solía ser una ocasión fortuita. La fundación de hospitales facilitó una enseñanza concentrada.

Los hospitales permitieron a los estudiantes, tanto de medicina como de cirugía, profundizar en los aspectos clínicos. J. C. Lettsom (1744-1815), por ejemplo, nos ha descrito sus propios tiempos de estudiante. Solía ir él solo a la sala del hospital y trataba de esclarecer los casos y llegar a un diagnóstico y a un tratamiento adecuados. Al día siguiente repetía su visita y comparaba sus propias conclusiones preliminares con la opinión del médico acompañante. Sin embargo, en un comentario muy revelador Lettsom declara que era el único alumno que llevaba a cabo este tipo de autoinstrucción.

Es interesante considerar a los principales médicos y cirujanos de la época y examinar el tipo de formación que recibieron. Encontramos algunos patrones definidos; por ejemplo, un aprendizaje previo seguido de un período de estudio en Edimburgo que conducía directamente al grado de doctor. Podían darse muchas combinaciones de diferentes tipos de formación, incluyendo el aprendizaje: asistencia a una (o varias) de las nuevas escuelas médicas, servicio médico en el ejército o la marina, trabajo en uno de los grandes hospitales londinenses o bien trabajo y estudio en el extranjero, especialmente Leiden y París. El efectivo título médico podía obtenerse en la universidad a la que mayor tiempo se hubiera asistido o bien en alguna

²⁶ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Tomo 5: Clínica y patología de la ilustración. Gran Bretaña: empíricos y sistemáticos. Racionalismo y empirismo. Enseñanza clínica y tendencias empíricas.

otra universidad de Escocia o Europa, *in absentia*, o tras una matrícula nominal (y el pago de los derechos). Figuras tan eminentes de la medicina británica como William Cullen, John Fothergill, William Hunter, William Hewson, Edward Jenner, James Lind, William Smellie y Robert Whytt utilizaron estas posibilidades.

Siguiendo un procedimiento algo diferente, un joven podía llegar directamente a la universidad y a la escuela médica y permanecer en ellas hasta obtener el grado completo de formación de sus estudios universitarios. Edimburgo y Leiden eran las dos escuelas más importantes en esta categoría. Algunas personalidades eminentes, como Monro *primus* y Monro *secundus*, Thomas Percival o James Gregory, siguieron este tipo más clásico de formación. Hemos de observar que Oxford y Cambridge dieron muy pocos médicos de primer orden durante la segunda mitad del siglo XVIII. William Heberden, que obtuvo su título en Cambridge, fue una notable excepción. Pero, en general, los médicos más notables seguían una enseñanza más ecléctica, que comprendía tanto la instrucción práctica como la teórica, combinada con frecuencia con períodos de práctica independiente antes de obtener efectivamente el título. Este eclecticismo fue un poderoso determinante del desarrollo empírico de la medicina británica.

El nuevo tipo de educación médica representa una reacción frente a factores de cambio social, intelectual y económico. Los graduados médicos de Oxford y Cambridge eran estudiantes clásicos y versados en la medicina clásica. Se habían formado en la tradición racionalista y tenían una mentalidad de "sillón". Pero no podían satisfacer las necesidades de la comunidad en desarrollo. El fracaso de las antiguas universidades por adaptarse al cambio de los tiempos y al gran incremento de los conocimientos médicos hizo que quedasen retrasadas respecto al progreso médico. Los médicos que servían más eficazmente a la sociedad necesitaban una educación muy diferente de la que ofrecían Oxford y Cambridge. Las nuevas necesidades producían nuevas instituciones y nuevos métodos de enseñanza adecuados a dichas necesidades.

Nuevos hospitales servían al público, y estos mismos hospitales, junto con las nuevas escuelas – tanto las academias privadas de disección como las escuelas médicas universitarias – servían a las necesidades educativas de estudiantes de medicina ávidos. Estas acrecentadas facilidades se apartaban de las trabas racionalistas del período anterior para conducir a un fecundo empirismo.

Sin duda alguna, los médicos que seguían un aprendizaje antes de alcanzar el grado de doctor no eran "hombres educados", en el sentido de Oxford. La cuestión de qué es lo que constituye una educación apropiada para el médico ha seguido en pie desde entonces

hasta nuestros días. La segunda mitad del siglo XVIII fue de especial significación con el cambio que tuvo lugar cuando nuevos factores sociales, militares, políticos y económicos, y una modificación en el poder real, introdujeron nuevos valores en la escena médica.

En Rusia, Pedro el Grande, que visitó a Boerhaave y Ruysch, trató de nacionalizar la medicina, y con esta finalidad construyó el primer hospital y la primera escuela médica de Rusia (el primer hospital fue copiado del Hospital de Greenwich) en 1707. Como era de madera, esta estructura se quemaba con frecuencia y a menudo tenía que ser reconstruida, a pesar de las protestas de los eclesiásticos, que tenían que proporcionar los fondos. Hubo 50 alumnos en 1712, pero las constantes disputas entre el Sínodo y el Senado acerca de la situación económica condujeron al descuido del hospital y gradualmente se convirtió en ruinas. En 1754, bajo la reina Elizabeth, pasó a manos del Colegio Militar, que era el Departamento de Guerra de la época. Había gran cantidad de peleas y de casos de embriaguez entre los estudiantes; con frecuencia se veían sujetos a prisión o a ser golpeados con el látigo.²⁷

Excepto en Leiden, no hubo INSTRUCCIÓN CLÍNICA en el continente europeo hasta 1745, en que se estableció en Praga una clínica ambulante, que duraba aproximadamente un año. En 1745, van Swieten organizó una clínica en Viena que consistía en doce camas en el Bürgerspital, a cargo de de Haën, que publicaba los informes clínicos de los trabajos. El ejemplo fue seguido por Birsieri de Kanilfeld en Pavía (1770), en Praga bajo von Plenciz en 1781, en Gotinga bajo la autoridad de Frank en 1784, en Jena con Hufeland en 1793. La instrucción a la cabecera del enfermo fue vuelta a introducir en Francia por Desbois de Roquefort en 1780. En Inglaterra las cátedras de medicina clínica fueron establecidas en Edimburgo en 1741 y en Oxford en 1780. Alrededor de 1757, Cullen comenzó a dar conferencias sobre medicina en inglés en vez de latín. Los médicos ingleses sin duda obtenían gran cantidad de sus conocimientos clínicos iniciales por su asociación con un patrón o preceptor, como hemos visto en el caso de Mead, que heredó la clientela de Radcliffe. La característica especial de la instrucción clínica inglesa moderna, la ESCUELA MÉDICA DE HOSPITAL, tuvo sus principios en instituciones como el Hospital Guy's en 1723, el Hospital de Edimburgo en 1736, o el Hospital Meta de Dublín en 1756, y llegó a una situación definitiva en la Escuela Médica del Hospital de Londres en 1785, y en San Bartholomew con Abernethy

²⁷ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit. pp: 261.

en 1790. La instrucción privada tal como la de Smellie en obstetricia, de Cullen en medicina interna, de Black en química, de los Hunter en anatomía, cirugía y obstetricia, fue la característica de la época. La escuela médica privada de Sir William Blizard y Maclaurin llegó a ser en 1785 la Escuela Médica del Hospital de Londres. El 14 de junio de 1710, la Escuela de "Physic" en el Colegio de la Trinidad de Dublín fue fundada por la donación para un laboratorio químico y un anfiteatro de anatomía, y el 22 de febrero de 1711 Thomas Molyneux fue escogido como profesor de "física" (medicina). Lo que abarcaba esta escuela fue todavía vuelto a ensanchar por las actas de 1785 y 1800 y en 1825 adquirió un nuevo grupo de edificios que hicieron posibles las reformas implantadas por Graves y Stokes. La instrucción privada en partos fue primero dada por Gregoire, padre, en Paris en 1720, pero para el año de 1797 había una escuela de parteras en la *Maternité*, dirigida por Baudelocque. La instrucción obstétrica se dio primero en Estrasburgo en 1728, cosa que fue seguida por una escuela de parteras en 1737 y en Viena en 1748. La primera institución alemana para la instrucción de obstetras hombres fue fundada bajo Röderer en Gotinga en 1751, y fue seguida por escuelas de parteras y de obstetras en Berlín en 1751, en Tubinga en 1759, en Berna, bajo Venel, en 1782 y en Cassel en 1760; en Jena en 1788, en Marburgo en 1790 y en Wurzburg bajo von Siebold en 1778-99. En Edimburgo, la instrucción para las parteras fue dada por Joseph Gibson en 1726, en Inglaterra por John Maubray en 1724 y por Richard Manningham en 1736; en Dublín por Bartholomew Mosse en 1746 y su sucesor Sir Fielding Ould en 1759. El hospital privado de maternidad de Mosse en Dublín, que se abrió el 15 de marzo de 1745, fue la primera institución de su categoría en el Reino Unido. En 1751, Mosse, cirujano y obstetra de matices filantrópicos, comenzó la construcción del Hospital de la Rotonda de Dublín, que se abrió el 8 de diciembre de 1757. Las cátedras de partos fueron establecidas en Edimburgo en 1739, en Dublín en 1743 y en Glasgow en 1815. El Hospital Británico de Partos fue fundado en 1749, el Hospital de Partos de la Ciudad de Londres en 1750, el Hospital de la Reina Carlota en 1752, y una policlínica de obstetricia fue abierta en el Hospital Meath, en Dublín, por Fleury en 1763. En Italia, las escuelas de parteras fueron abiertas en el Piamonte en 1728, en Padua en 1769 y en Roma en 1786. La instrucción en pediatría a la cabecera del enfermo fue introducida por Rosenstein en Estocolmo en 1760. En 1795, Trommsdorff estableció un Instituto Químico-Farmacéutico en Erfurt, que elevó la farmacia a la dignidad de una ciencia. La HISTORIA DE LA MEDICINA fue enseñada en la Facultad de París por Goulin (1795-99) y

por Cabanis (1799-1808), pero la cátedra fue abolida hasta 1818, en que fue nuevamente ocupada por Moreau de la Sarthe (1818-1822).²⁸

Muchos HOSPITALES nuevos fueron construidos en el siglo XVIII, pero en lo que se refiere a limpieza y administración estas instituciones llegaron a su nivel más bajo en la historia de la medicina. El principal de los hospitales de Londres fue el de Westminster (1719), Guy´s (1725), San George (1733), Londres (1740), Middlesex (1745) y el Hospital de la Viruela (1746), y hubo hospitales provinciales en York (1710), Salisbury (1716), Cambridge (1719), Bristol (1735), Windsor (1736), Northampton (1743), Exeter (1745), Worcester (1745), Newcastle (1751), Manchester (1753), Chester (1755), Leeds (1767), Stafford (1769), Oxford (1770), Leicester (1771), Norwich (1771), Birmingham (1778), Nottingham (1782), Canterbury (1793) y Stafford (1797). En Escocia se fundaron hospitales en Edimburgo (Enfermería Real, 1729, 1736), Aberdeen (1739), Dumfries (1775), Montrose (1780), Glasgow (1794) y Dundee (1795); en Irlanda, en Cork (1720-22), Limerick (1759) y Belfast (1797), mientras que el más antiguo de los hospitales de Dublín era el de la calle Jervis (1726), el de de Steevens (1733), el de Mercer (1734) y el Hospital Meath (1756). La Enfermería Real de Baños de Mar para la Escrófula, que era una nueva modalidad en el tratamiento de la tuberculosis quirúrgica, fue abierta en Margate en 1791. Se fundaron hospitales de niños en Londres por George Armstrong (1769), en Viena por J. J. Mastalier y L. A. Gölis (1787). La Charité de Berlín (1710), el Albergo dei Poveri de Nápoles (1751), el Allgemeines Krankenhaus en Viena (1784), el Necker (1779), el Cochin (1780), el Beaujon (1785) y Saint Antoine (1795) en París, se contaban entre los grandes hospitales fundados en el continente europeo. A Catalina II, Moscú le debe los hospitales de Catalina, Pavlovski y Golitzin, un Asilo de Dementes y un Asilo de Niños Abandonados (1764); San Petersburgo, el Hospital Obukhovski (1784), un Hospital de niños abandonados (1770) y un "Hospital Secreto" para enfermedades venéreas (1763), cuya ropa estaba marcada con la palabra "discreción."

En 1788, Jacobus-René TENON (1724-1816)²⁹ publicó una serie de memorias sobre los HOSPITALES de París, que contiene su famosa descripción del Hôtel Dieu, que en esa época era un verdadero criadero de enfermedades. Había alrededor de 1.220 camas, la mayor parte de las cuales contenían de cuatro a seis pacientes, y también 486 camas para pacientes aislados. Los vestíbulos y corredores más grandes

²⁸ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit.; pp-262-264.

²⁹ Jacques-René Tenon: En: http://en.wikipedia.org/wiki/Jacques-Ren%C3%A9_Tenon (consultada el 5 de setiembre de 2009).

contenían alrededor de 800 pacientes hacinados sobre colchonetas de paja, y con frecuencia tirados miserablemente sobre montones de paja, que estaban en condiciones espantosas. Las enfermedades contagiosas agudas estaban en íntima relación con los casos más benignos; los parásitos y la suciedad abundaban y la ventilación era tan abominable que los criados e inspectores no podían entrar en la mañana sin una esponja empapada en vinagre pegada a la cara. Las fiebres sépticas y otras infecciones eran la regla. La mortalidad media era aproximadamente del 20 por 100 y la recuperación de las enfermedades quirúrgicas era una verdadera rareza. Lo mismo puede decirse de la *Allgemeines Krankenhaus* de Viena, el Hospital de Moscú y otras instituciones de la misma magnitud y no fue sino hasta que John Howard hizo sus agotadores estudios de las condiciones de los hospitales, prisiones y lazaretos europeos (1777-89), y después que Tenon había publicado su informe en 1788, cuando se hicieron algunos intentos de reforma. Baas recuerda que en Francfort, sobre el Main y otras ciudades “los médicos rehusaban el servicio de hospital, como si fuera cosa equivalente a una sentencia de muerte”. Bajo Luis XVI y José II, finalmente se hicieron reformas en París y en Viena, con una significativa reducción de la mortalidad. Un resultado del informe de Tenon fue la fundación del actual *Hôpital des enfants malades* (1802) que en su época era el hospital de niños más grande de Europa. Cuando el Zar Pablo subió al trono, se vio tan horrorizado por las condiciones en que encontró el Hospital de Moscú que ordenó su reconstrucción en 1797, con el resultado de que el nuevo Hospital de Moscú con cabida para 1.280 pacientes fue completado en 1802. Pero los hospitales quedaron como cosa notoria por su suciedad y el peligro general de la vida hasta bien entrado el siglo XIX. El ángel verdadero de la pureza y de la limpieza fue Florence Nightingale, y no hubo verdadera limpieza quirúrgica antes del tiempo de Lister.

14. PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA³⁰

La “locura” como “enfermedad nerviosa”. La primera “imagen” que de la “locura-enfermedad” encontramos en la Patología moderna nace de su integración en el concepto de *enfermedad nerviosa*, una de sus más importantes conquistas teóricas. La noción de *enfermedad nerviosa* surgió en la Patología inglesa del Barroco para incluir un grupo de alteraciones que no podían comprenderse a partir de la afectación de un órgano aislado, como había pretendido la Patología galénico-tradicional. Sus formuladores, el neuroanatomista Thomas Willis y el gran clínico Thomas Sydenham, conciben a estos procesos

³⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina, tomo 6: Psiquiatría y Neurología. Psiquiatría. Introducción.

como dependientes del *regulador general del fisiologismo*, es decir del sistema nervioso. Entre ellos, ya en Willis figuran las “vesanias”, las “apoplejías”, la histeria y la hipocondría.

En la Ilustración, este grupo de procesos morbosos tributarios de una alteración funcional del sistema nervioso es calificado por William Cullen con el término de *neurosis* y considerado como una de las varias formas básicas del enfermar humano. La autoridad de Cullen, una de las más prestigiosas figuras del vitalismo inglés ilustrado y la difusión de su obra en Europa hacen que su concepción “neurosis-enfermedad nerviosa” tome carta de naturaleza en los esquemas de la Patología moderna. En la Nosotaxia de Cullen, las “vesanias” son uno de los grupos incluidos en la gran clase de las neurosis, donde también figuran las actuales “enfermedades neurológicas” y lo que “hoy” llamamos neurosis, en aquel momento agrupado bajo las etiquetas de *histeria e hipocondría*.

La Psiquiatría de la Ilustración. Expresión del proceso descrito es la aparición en el último cuarto del siglo XVIII de un abundante número de obras dedicadas “exclusiva” y “explícitamente” al estudio de las enfermedades mentales. La mayoría – dado el origen del movimiento – son inglesas. Pero casi todos los países europeos tienen su representación en esta *primera línea* de la bibliografía psiquiátrica. El texto más temprano es el del inglés W. Battle, *A treatise of mandes*, 1758. Los más importantes proceden de la escuela de Cullen, como los de Th. Arnold, A. Crichton y W. Perfect. En el resto de los países son generalmente los médicos que promueven o inauguran la reforma hospitalaria los que escriben obras sobre el tema. Así, el italiano Vincenzo Chiaruggi, director del hospital Bonifacio de Florencia, autor del *Trattato medico analítico Della pazia in generale e in specie* (1793). También el alemán J. G. Langermann, director de un hospital psiquiátrico en Baviera y que junto con la gran figura del vitalismo alemán Johann Christian Reil son los iniciadores del movimiento psiquiátrico en su país. Finalmente en Francia donde tras la *Philosophie de la Folie* de J. Daquin (1792) aparece la obra más tardía de la Psiquiatría de la Ilustración y también la que mayor repercusión histórica iba a tener: el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie* de Philippe Pinel (1745-1826), cuya primera edición se publicó en 1801.

La obra psiquiátrica de Phillipe Pinel (1745-1826). Típica representación de la Psiquiatría Ilustrada, la obra de Pinel tiene históricamente la importancia de haber sido el estímulo decisivo para el desarrollo de la Psiquiatría del Romanticismo francés. El *Tratado de la Manía* se ajusta exactamente en su contenido a las características generales del movimiento empirista.

Promotor e iniciador de la reforma asistencial en Francia al hacerse cargo de los hospitales de Bicêtre y de la Salpêtrière en 1793 y 1795, Pinel fue también, a través de su magisterio sobre Esquirol, el creador de una Escuela que bajo la dirección de su discípulo llegaría a ser el núcleo más importante de la Psiquiatría de su tiempo.

Con todo lo malo que era el manejo de los hospitales, el TRATAMIENTO DE LOS DEMENTES era aún peor. Estaban encadenados o encerrados en jaulas, y si no eran peligrosos se les permitía andar sueltos. Los asilos primitivos de dementes de los países del norte fueron Bedlam (1547), el Juliusspítal de Wurzburg (1567), St. Luke en Londres (1751), el Asilo de Cuáqueros o Asilo del Condado cerca de Nueva York (1792), y el *Narrenturm*, o "torre de los locos" (1784), que era uno de los espectáculos de la vieja Viena donde, como en el antiguo Bedlam, al público se le permitía ver a los locos como los animales en un jardín zoológico, pagando una pequeña entrada. Esta última institución, la llamada popularmente Bedlam, fue descrita por Richard Bright en 1815 como un edificio fantástico de cuatro pisos, que tenía la apariencia externa de una gran torre redonda, pero que consistía en el interior en un círculo hueco, en cuyo centro había un edificio cuadrangular, que estaba unido al círculo por cada una de sus esquinas. La estructura interior era la residencia de los guardianes y de los cirujanos. La parte circular contenía 300 pacientes, cuyas condiciones, dice Bright, "están lejos de ser tan cómodas de las que he visto en otros establecimientos para dementes que he visitado". No fue cerrado sino hasta 1853.³¹ Este tratamiento de los enfermos mentales en Occidente en el siglo XVIII, contrastaba claramente con el que los médicos del Islam daban en sus hospitales ya en el siglo X, como hemos visto en otra parte de esta historia.

Las memorias de la Academia Americana de Artes y Ciencias comenzaron en Boston en 1785. Los HOSPITALES de la época inicial fueron el Hospital de Pennsylvania de Filadelfia, que fue organizado en 1751 y abierto en un edificio permanente en diciembre de 1756, el Dispensario de Filadelfia en 1786 y el Dispensario de Nueva York organizado en 1751 y abierto en un edificio permanente en diciembre de 1756, el Dispensario de Filadelfia en 1786 y el Dispensario de Nueva York organizado en 1791, e incorporado en 1795, y el Hospital de Nueva York que fue iniciado en 1773, destruido por un incendio en 1775 y no fue reconstruido sino hasta 1791. El original Hospital Bellevue era al principio un enorme cuarto para pacientes en la Casa de

³¹ GARRISON, Fielding, F.: Op. Cit.; pp: 264-265.

Trabajos Públicos de la ciudad de Nueva York (erigido en 1736). El Dr. John Van Buren fue el primer oficial médico con el salario de 100 libras al año. Se estableció un nuevo edificio en la presente ubicación del Hospital Bellevue en 1796 y aquí se abrieron un consultorio y un hospital el 28 de abril de 1816. Un hospital de fiebres fue agregado en 1825, una nueva ala en 1855, y el primer servicio de ambulancia del Nuevo Mundo se estableció aquí en 1869. El primer hospital de partos fue la institución privada de Shippen en 1762. El primer hospital de dementes fue el Asilo de Lunáticos del Oriente en Williamsburgo, Virginia, con privilegio en 1772, abierto en 1773. El primer jardín botánico norteamericano fue establecido por John Bartram en Filadelfia en 1728, y el primer museo de historia natural en Charleston, South Carolina en 1773. Las BIBLIOTECAS MÉDICAS fueron fundadas en el Hospital de Pennsylvania en 1762, el Hospital de Nueva York en 1776 y el Colegio de Médicos de Filadelfia en 1788; este último es uno de los mejores del país en la actualidad.

15. UN PERÍODO DE IGNORANCIA Y ERROR ³²

Aunque las instituciones para el cuidado de los enfermos fueran numerosas, la primera mitad del siglo XIX se inició como un período oscuro en la historia de los hospitales. Los cirujanos de esa época tenían suficiente conocimiento de anatomía para realizar muchas operaciones corrientemente, y como resultado más cirugía fue probablemente emprendida que en cualquier época previa.³³ Pero había una importante diferencia: mientras los cirujanos antiguos y medievales habían observado mantener limpias las heridas, siempre utilizando vino para procurar cumplir este propósito, los cirujanos del siglo XIX creyeron que la supuración era deseable y la estimularon. Las salas de hospital estaban llenas con heridas supuradas que hacían la atmósfera tan ofensiva que era necesario usar perfume. Las enfermeras de este período decían tener que usar rapé para hacer esta condición tolerable. Los cirujanos llevaban sus batas de operar durante meses sin haberlas lavado; las mismas sábanas de cama servían a varios pacientes. El dolor, la hemorragia, la infección y la gangrena

³² MacEACHERN, Malcolm Thomas: Hospital Organization and Management; Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas. Capítulo 1.

³³ El destacado Cirujano y Anatomista uruguayo, Guaymirán Ríos-Bruno (1928-2004), describió con detalle los heroicos trabajos de Dominique Jean Larrey (1766-1842) cirujano de las guerras napoleónicas, que creó el transporte por ambulancia e introdujo los principios de la sanidad militar moderna, realizando los primeros *triages* o clasificación de los heridos para su atención. Acompañó a Napoleón desde la campaña de Italia en 1797 hasta la de Waterloo en 1815. Véase la semblanza biográfica de Ríos-Bruno y de Larrey por Antonio L. Turnes en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/rios.pdf> (Consultada el 5 de setiembre de 2009).

eran abundantes en las salas. La mortalidad de las operaciones quirúrgicas estaba por encima del 90 y aún del 100 por ciento. Nathan Smith, en la segunda década de ese siglo, recomendó el bicloruro de mercurio en solución para reducir la infección pero sus ideas no provocaron más que el ridículo; fueron simplemente ignoradas.

En la medicina europea, los cuáqueros eran casi universales. Este es el período de los tractores magnéticos Perkins, inventados por Elisha Perkins de Connecticut, que garantizó la cura de casi todas las enfermedades con ellos y aún los llevó a Inglaterra, donde se había puesto de moda, hasta que fue desmistificada por un médico de Bath quien mostró que similares curas podían ser efectuadas con tractores de madera, con la apropiada sugestión mental.

La enfermería estaba, si ello es posible, en un plano aún inferior que la medicina y cirugía. Durante el siglo anterior, las asistentes religiosas habían sido ampliamente reemplazadas por personas laicas empleadas sin ninguna selección. Ellas eran a menudo de la clase criminal, no tenían espíritu religioso de auto sacrificio, y explotaban y abusaban de los pacientes. Por otra parte, el hospital, acostumbrado a recibir incansables y devotos servicios de las asistentes religiosas, demandaba de manera irracional largas horas y trabajo duro de las enfermeras laicas. Esto instaló un círculo vicioso que continuó hasta mediados del siglo XIX, cuando el trabajo pionero de Florence Nightingale en el entrenamiento de las enfermeras revolucionó completamente el arte de la enfermería.

16. EL RENACIMIENTO EN EL SIGLO XIX TARDÍO

Para el trabajador del hospital moderno, que toma como hecho corriente y aceptado la limpieza del hospital y el tratamiento amable del enfermo, la magnitud de los servicios de Florence Nightingale (1820-1910)³⁴ puede resultar incomprensible. Para apreciar adecuadamente su trabajo debe recordarse que por más de un siglo anterior a su organización del servicio de enfermería, los hospitales parecían el peor tipo de prisiones donde el enfermo estaba a merced de asistentes que eran ignorantes sin corazón.

La famosa enfermera inglesa comenzó su carrera tomando entrenamiento en el Kaiserswerth sobre el Rhin, en un hospital y hogar diaconisa fundado en 1836 por Theodor Fliedner y su esposa. Florence Nightingale escribió despreciativamente de su entrenamiento allí, particularmente de la pobre higiene practicada. Regresó a Inglaterra, y

³⁴ Florence Nightingale: véase su semblanza en: http://es.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale. (Consultada el 5 de setiembre de 2009).

ella expuso sus propias ideas de buena enfermería y rápidamente adquirió una reputación por su eficiente trabajo.

En 1854, durante la Guerra de Crimea, su oportunidad llegó. El gobierno inglés, conmovido por los informes de las condiciones entre los soldados enfermos y heridos, seleccionó a Florence Nightingale como la única persona capaz de mejorar el servicio. Desde su arribo al hospital militar en Crimea con un pequeño conjunto de enfermeras que ella había reunido, encontró que los enfermos estaban yaciendo sobre láminas de tiendas de campaña en medio de la mugre y las alimañas. Las camas eran de paja. No había allí ninguna lavandería ni ropa de hospital. Con ilimitada energía procedió a establecer orden y limpieza. Organizó cocinas para dietas, un servicio de lavandería, y departamento de suministros, a menudo utilizando sus propios fondos. Diez días después de su arribo el nuevo establecimiento de las dietas de cocina alimentaron a 1.000 soldados. En los tres meses siguientes, 10.000 recibieron prendas de vestir, alimento y medicina desde su hospital. Es decir que, como resultado de su trabajo, la tasa de mortalidad fue reducida desde el 40 al 2 por ciento.

Florence Nightingale fue verdaderamente el primer administrador de hospital, un genio en organización. Más tarde ella extendió sus tareas de administración para incluir el planeamiento de los detalles de la ingeniería sanitaria en un nuevo hospital militar. La culminación de su trabajo vino en 1860, luego de su retorno a Inglaterra, cuando fundó la Escuela de Enfermeras Nightingale en el Hospital Santo Tomás. Desde esta escuela un grupo de 15 enfermeras fueron graduadas en 1863, quienes más tarde se transformaron en las cabezas pioneras de las escuelas de entrenamiento a través del mundo.

Otro punto de inflexión en la historia de los hospitales fue el uso por primera vez del éter de Crawford Long como anestésico. Long, quien extrajo un pequeño tumor del cuello de un paciente con anestesia por éter en 1842, no publicó ningún relato de su trabajo hasta más tarde. El descubrimiento es sin embargo a menudo atribuido a W. T. G. Morton, un dentista, quien desarrolló la anestesia con éter sulfúrico y obtuvo éxito al disponer para que la primera operación en un hospital bajo anestesia tuviera lugar en el Massachussets General Hospital en 1846. Aunque su uso no entró en la práctica inmediatamente, el éter fue rápidamente incorporado para dejar fuera algo del horror que los hospitales habían engendrado en la mente del público. Para realzar la significación de este descubrimiento, debe recordarse solamente que en un solo año, en los Estados Unidos, alrededor de 10.000.000 operaciones quirúrgicas son realizadas y la mayoría de estas cirugías serían imposibles sin el uso de la anestesia. El Cloroformo fue primeramente utilizado como anestésico en 1847 para un caso obstétrico en Inglaterra por Sir James Simpson.

El año 1847 es digno de mención en los anales de la Medicina también a causa de la fundación de la American Medical Association bajo el liderazgo del Dr. Nathan Smith Davis (1817-1904).³⁵ La Asociación tiene entre sus principales objetivos mejorar la educación médica y eliminar a los practicantes irregulares [el ejercicio ilegal de la profesión médica]. Los más tangibles esfuerzos de la organización entre estas líneas comienzan al terminar el siglo.

Fue en 1847, también, que Semmelweis de Viena, estuvo, sin darse cuenta, colocando los cimientos para el trabajo más tarde exitoso de Pasteur, cuando aquél fue tan valiente para declarar que el alarmante número de muertes de fiebre puerperal, que ocurrían en el Allgemeines Krankenhaus, eran debidas a infección transmitida por los estudiantes que venían directamente de la sala de autopsias a hacerse cargo de las pacientes en la maternidad [sin lavarse las manos ni adoptar cualquier otra precaución]. Semmelweis, a pesar del hecho de ganarse amargos enemigos, tuvo la satisfacción de ver que las tasas de mortalidad en sus casos obstétricos, caían desde 9,92 por ciento a 1,27 por ciento en menos de un año, como resultado de una técnica aséptica que él concibió. Ello sería recordado por Pasteur, unos pocos años más tarde, al demostrar la razón científica del éxito de Semmelweis, cuando probó que las bacterias fueron producidas por la reproducción y no por "generación espontánea", tal como era generalmente hasta entonces admitido. Desde su trabajo señero se marca el origen de la bacteriología moderna y el laboratorio clínico del hospital.

Cuando, hacia el final del siglo, Lister llevó los trabajos de Pasteur un paso más allá y demostró que la curación de las heridas podría ser acelerada por el uso sistemático de antisépticos para destruir los micro-organismos portadores de la enfermedad, nos introdujo a una nueva era. Lister, no estaba satisfecho obteniendo mejores resultados en sus propios casos quirúrgicos; consagró su vida entera a demostrar que la supuración era peligrosa y que debería ser prevenida o reducida mediante el uso de antisépticos. A pesar de su exitoso trabajo y elocuentes declaraciones, sus colegas persistieron en continuar sus viejos métodos. Años más tarde continuaban mofándose de su descubrimiento y su técnica, que consistía en rociar con una solución de ácido fénico tan profusamente la sala de operaciones, que ambos, cirujanos y pacientes, estuvieron empapados. Cuando pasó el tiempo y los antisépticos y la técnica de usarlos fue mejorada, los escépticos fueron impresionados por los resultados clínicos. Los cirujanos vinieron a darse cuenta que no había tal cosa en el "laudable

³⁵ The Founding of AMA: En: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history/the-founding-of-ama/our-founder-nathan-smith-davis>. (Consultada el 5 de setiembre de 2009).

pus". Al fin, pudieron emprender operaciones mayores sin el antiguo temor de morbilidad y mortalidad.

El descubrimiento de la anestesia y el principio de la antisepsia pueden considerarse como dos de los más grandes logros en el desarrollo de los hospitales modernos. Es verdad, los pacientes no vinieron en bandadas a los hospitales como resultado de estos descubrimientos. Sin embargo, tan tarde como en 1873 había solamente 149 hospitales en los Estados Unidos, con una capacidad de camas total de 35.453. Pero el terreno había sido preparado para el crecimiento destacado del siglo XX.

Estrechamente relacionado al trabajo de Pasteur y a la influencia en la evolución del laboratorio clínico del hospital, tal como lo conocemos hoy, fue el estudio de la citología, que se originó alrededor de mediados del siglo XIX. La teoría de la patología celular tuvo su primer avance en 1839, por el anatomista alemán Schwann y fue más tarde desarrollado por Henle, quienes escribieron sobre la anatomía microscópica aparecida alrededor de 1850. Rudolf Virchow (1821-1902)³⁶ fue el más eminente en proponer la teoría celular. Sus estudios sobre patología celular, justamente celebrados, aceleraron la investigación en la etiología de la enfermedad emprendida más tarde por Koch, Löffler y Von Behring.

La Guerra Civil en los Estados Unidos influyó en la construcción de hospitales por dirigir la atención a los problemas de la cirugía militar y la construcción de hospitales. Un número de hospitales del Oeste, fundados poco tiempo después de esta guerra son ahora notables por sus excelentes servicios. En Chicago diversas instituciones fueron abiertas en rápida sucesión: el Hospital Mercy en 1852, el viejo Hospital del Condado Cook en 1863, el San Lucas en 1864, el Hospital de Mujeres de Chicago en 1865, y el Hospital Judío en 1868.

El gran centro médico de la ciudad de Nueva York tuvo su origen en 1872 con la fundación del Hospital Presbiteriano. Otras dos instituciones de importancia en Nueva York, el Hospital Policlínico y el Hospital de Cáncer, fueron organizados en 1881 y 1886 respectivamente. El año 1889 es excepcional a causa de la fundación del Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland.

En el último cuarto del siglo XIX dio comienzo un cambio en la estructura del hospital. Los edificios de los días de la Guerra Civil habían contenido como mucho entre 25 y 50 camas en una sala, con una pequeña provisión para el aislamiento de pacientes. La

³⁶ RUDOLF LUDWIG KARL VIRCHOW: Véase: http://es.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow
(Consultada el 5 de setiembre de 2009)

construcción del Hospital Roosevelt en la ciudad de Nueva York en 1871, en la línea de pabellones de un piso, con pequeñas salas, sentó el estilo para un nuevo tipo de arquitectura que vino a ser conocida como el plan Americano. Es de interés mencionar el hecho que estaban ventilados por medio de aberturas en el techo, una incorporación definitiva sobre los primeros hospitales, que habían sido caracterizados por una completa falta de provisión de ventilación. Los pabellones de un piso no están de acuerdo con los modernos estándares de economía, pero ellos marcaron una vasta mejora en este tiempo. El Dr. W. Gill Wylie, escribiendo en 1877, decía que él favorecía este tipo de construcciones, pero recomendaba que sería tan sólo una estructura temporaria, para ser destruida cuando se volviera infectada. La doctrina de la sanidad e higiene fue tomando lugar, aunque ocasionalmente en forma bastante drástica.

Las primeras escuelas americanas de enfermería, formalmente organizadas como tales, fueron establecidas en 1872 en el Hospital para Mujeres y Niños de New England en Boston y en 1872 en el Bellevue, de New Haven y en el Hospital General de Massachussets. Alice Fisher, la primera que encabezó la escuela de entrenamiento que fue establecida en 1884 en el Old Blockley, en Filadelfia, tuvo la distinción de ser altamente recomendada por Florence Nightingale.

Cuando el siglo XIX estaba cerca de culminar, la cirugía fue apropiada tan frecuentemente en los hospitales que la verdadera palabra "operación" fue la que llegó a la mente entre los sinónimos con "hospitalización". Pero una nueva función del hospital, el cuidado de las enfermedades trasmisibles, estuvo en proceso de desarrollo, promovida por la riqueza de los descubrimientos bacteriológicos que entonces tuvieron lugar. Durante la década de 1880-1890, el bacilo de la tuberculosis fue descubierto; Pasteur vacunó contra el ántrax; Koch aisló el bacilo del cólera; la difteria fue tratada por vez primera con antitoxina; el bacilo tetánico y el parásito de la fiebre malárica fueron también aislados; y la inoculación para prevenir la rabia fue exitosa. El estudio de la etiología de estas enfermedades requería laboratorios. El tratamiento de pacientes con alguna de estas infecciones necesitaba aislamiento. El hospital era el sitio lógico para observación de las enfermedades trasmisibles. Así fue, sin embargo, como se usó, con el resultado que al final de la centuria, en adición a sus muchos casos quirúrgicos, los hospitales fueron llenados con gran número de pacientes sufriendo de escarlatina, difteria, tifoidea y viruela. Comienza en este tiempo a venir al hospital para cuidados, una pequeña proporción de pacientes obstétricas, y las enfermedades degenerativas fueron prácticamente todas tratadas en el hogar por los médicos de familia. La mayoría de los desórdenes del metabolismo,

trastornos glandulares [endócrinos] y enfermedades nutricionales no eran tratados a causa de que las ciencias de la órganoterapia [opoterapia] y dietoterapia estaban en sus etapas experimentales.

De gran importancia para los hospitales fue la introducción por cirujano alemán Ernst von Bergmann (1836-1907)³⁷ de la esterilización al vapor y calor en 1886, el comienzo de la asepsia quirúrgica como contraste con la antisepsia previa.³⁸ En 1891, un mayor desarrollo de la técnica, él estableció lo que es ahora el estándar de la práctica aséptica en los hospitales modernos. La introducción de los guantes de goma por William Stewart Halsted (1852-1922)³⁹ en 1890-91 fue otro gran regalo a la cirugía y un factor en la promoción de la asepsia.

El descubrimiento de Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923)⁴⁰ de los rayos X, en 1895 debe también ser mencionado como un avance científico en los hospitales y en el cuidado hospitalario. El aumento de la confianza que los rayos X inspiraron en el diagnóstico médico fue destinado a traer cientos de pacientes adicionales a los hospitales para tratamiento. El primer uso de los rayos X simbolizó, también, el comienzo del período en el cual se necesitaban grandes y elaborados equipos y tan costosos que el promedio de los médicos generales no podían permitirse el lujo de instalarlo por su propia cuenta. El resultado natural fue el hallazgo de hospitales comunitarios en los cuales los médicos locales podían utilizar tales aparatos en forma compartida.

La Fisioterapia también había tenía su origen durante el siglo XIX con tales descubrimientos como la corriente de alta frecuencia por d'Arsonval en 1887, el uso extendido de la hidroterapia como práctica en algunos balnearios Europeos, y el desarrollo de la terapia de luz por Finsen alrededor de 1893. A estos avances mayores deben ser agregados algunas invenciones del siglo XIX como el termómetro

³⁷ Ernst von Bergmann: En http://en.wikipedia.org/wiki/Ernst_von_Bergmann (Consultada el 5 de setiembre de 2009). Este famoso cirujano alemán, nacido en Riga, Livonia atendió junto a Friedrich von Bramann y al médico inglés Morrell Mackenzie (1837-1892) al Káiser Frederick III (1831-1888) cuando este Emperador estaba afectado por un cáncer laríngeo que lo llevó a la muerte.

³⁸ El autoclave había sido inventado por Charles Chamberland (1851-1908), un microbiólogo francés, en 1879, el cual combinaba calor con alta presión a 121° C. Véase: http://en.wikipedia.org/wiki/Charles_Chamberland. (Consultada el 5.09.2009)

³⁹ William Stewart Halsted, cirujano americano de profunda influencia innovadora. Desarrolló en 1882 la técnica de la mastectomía radical, conocida por Operación de Halsted, para el tratamiento del cáncer de mama. Véase: http://en.wikipedia.org/wiki/William_Stewart_Halsted (Consultada el 5.09.2009)

⁴⁰ Wilhelm Conrad Röntgen, físico alemán, que produjo en 1895 radiación electromagnética en las longitudes de onda correspondientes a los actualmente llamados Rayos X. Véase: http://es.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_R%C3%B6ntgen. (Consultada el 5.09.2009).

clínico, el laringoscopio, el oftalmoscopio de Helmholtz, y otras innumerables ayudas para aguzar el diagnóstico.

El progreso estuvo también hecho en algunos caminos menos tangibles pero no menos importantes. Un Congreso de Hospitales y Dispensarios reunido en 1893 en la Exposición Columbian de Chicago, discutió problemas de hospitales. Fueron formulados planes para mejorar el curriculum de las enfermeras y para mejorar la administración de los hospitales. Este fue el primer intento concertado para mejorar los hospitales a través de una organización nacional.

Tal como vimos antes sobre el progreso de los hospitales entre 1850 y 1900, el período es visto como el que las ciencias de la biología, la patología celular, la microscopía clínica, bacteriología y fisiología fueron fundadas. Fue un período de intenso trabajo y destacadas adquisiciones en las ciencias básicas como contraste con el énfasis presente en el paciente individual y sus enfermedades. Pero un creciente conocimiento de las ciencias abstractas fue el precursor necesario para el moderno laboratorio clínico, el departamento de rayos X, la sala de operaciones, y el departamento de Fisiatría, todo lo cual ha transformado los hospitales en verdaderos oasis de salud. Aunque las profesiones médica y de enfermería de la última mitad del siglo XIX no recogieron una completa recompensa de los descubrimientos hechos por ellos durante su tiempo, proveyeron al siglo XX con un firme cimiento sobre el cual construir.

La elevación de la medicina moderna queda inseparablemente unida al nombre de Rudolf VIRCHOW (1821-1902), fundador de la PATOLOGÍA CELULAR. Originario de Schievelbein, Pomerania, Virchow se graduó en Berlín en 1843, y comenzó a trabajar como prosector de Froriep en la Charité en 1845, y como prosector de tiempo completo en 1846; en 1847 fundó el *Archiv für pathologische Anatomie*, conocido en todas partes con el nombre de Archivos de Virchow. En este periódico expuso la idea de que una hipótesis no demostrada, cualquiera que sea, es una base absolutamente falsa en medicina práctica, y afirmó que ningún hombre puede ser infalible en cuanto al juicio o al conocimiento. Es uno de los exponentes más vigorosos del espíritu moderno de la medicina reciente. En 1848, Virchow fue comisionado por el gobierno prusiano para investigar la epidemia de tifus o "fiebre del hambre" que hacía estragos entre los tejedores de la Silesia Superior. El relato de lo que vio nos recuerda los horrores descritos en el drama social de Hauptmann, "El Tejedor"; sus recomendaciones no sólo incluían medidas higiénicas y una gran dosis de caridad para estos infelices, sino que se inclinaban abiertamente a favor de la democracia y la libertad. Tan atrevidas declaraciones, junto

con las tendencias semipolíticas de su periódico *Die medizinische Reform* (1848-9), pronto enemistaron a Virchow con el gobierno, y en 1849 fue destituido de su puesto de prosector; sin embargo, gracias a los buenos oficios del partero Scanzoni, obtuvo la cátedra de anatomía patológica en Wurzburg. Siete años más tarde, después de una brillante carrera como conferenciante y profesor, se le pidió que regresara a Berlín en condiciones muy honorables, y en 1856 se le designó profesor de patología en la Universidad, y asumió la dirección del Instituto Patológico que había sido erigido para él. Aquí comenzó una carrera de actividad sin paralelo en muchas direcciones. Fue un hombre de amplia cultura y de hondos sentimientos humanos, y pronto fue conocido universalmente como anatomista y patólogo, epidemiólogo y oficial sanitario, antropólogo y arqueólogo, editor y maestro, reformador social y político. Entró en la Cámara Prusiana Inferior (Cámara de Diputados) en 1862, y de 1880 a 1893 sirvió en el Reichstag como digno representante de los derechos del pueblo. Durante la guerra franco-prusiana organizó el cuerpo de ambulancias de Prusia y supervisó la construcción del Hospital del Ejército en el Tempelhof. Intervino en la dotación de un buen sistema de drenaje para Berlín, y como presidente de varias sociedades llegó a ser el médico más influyente de la capital prusiana. A medida que envejecía, los honores se prodigaban. En 1899 inauguró el Museo Patológico, al que entregó su colección privada de 23.066 preparaciones, creada, marbetada y colocada en los tableros por su propia mano. Al cumplir 80 años recibió un regalo de 50.000 marcos de sus colegas alemanes, como ayuda para el Instituto Virchow, con la medalla de oro del emperador, y poco antes de su muerte vio concluido el espléndido Hospital Municipal de Berlín (15 de enero de 1902), que lleva su nombre.⁴¹

Enriqueció con centenares de contribuciones la antropología (que era su afición especial), desde el gran atlas de los *Urania Étnica Americana*, preparado "en memoria de Colón y del Descubrimiento de América" (1892) hasta trabajos muy meritorios sobre los caracteres y anomalías raciales, la antropometría, la antropología física de los germanos, datos prehistóricos, la sífilis prehistórica, el tatuaje y las reliquias de la guerra troyana. A la historia médica contribuyó con valiosas monografías sobre las leproserías y otros hospitales de la Edad Media, estudios biográficos de Morgagni, Johannes Müller y Schönlein, y fue el primero que abordó el tema de la medicina en relación con las bellas artes (1861); sin embargo, tal contribución fue superada en el mismo año por la exhaustiva monografía de K. F. H. Marx, que clasifica

⁴¹ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit.: pp 382-83.

y enumera casi todas las obras pictóricas importantes relacionadas con la medicina.⁴²

En 1902 se introdujeron clínicas dentales en Estrasburgo y Darmstadt. Existen actualmente 120 en Alemania. La química de los alimentos y la investigación de las adulteraciones fue el tema de obras especiales de Knapp (1848), Moleschott (1850), Chevallier (*Diccionario*, 1850), Hartmann (1859), Reich (1860), König (1878), Fleco (1882). El ASPECTO SANITARIO DE LOS HOSPITALES se benefició por los escritos de Florence Nightingale (1859), Lord Lister (1870), Sir Douglas Galton (1893), Sir Henry Burdett (1891-93) y por la experiencia obtenida en la construcción del Hospital Johns Hopkins en Baltimore (1889), y en el Pabellón de Hamburgo llamado Eppendorf (1889) y el Rudolf Virchow (1906). La higiene de las habitaciones y la planeación de las ciudades es tema de interés reciente para arquitectos e ingenieros sanitarios. En 1874, Lord Kelvin expresó que no podría haber higiene propiamente dicha en el interior de las casas, hasta que "la arquitectura se convirtiera en una rama de la ingeniería científica".⁴³

La elaboración de una bibliografía de toda la literatura médica mundial fue posible gracias a la construcción de la Biblioteca de la Oficina del Cirujano General de Washington; al principio de la Guerra Civil sólo constaba de 1.000 volúmenes, pero con el tiempo llegó a ser la mejor biblioteca médica del mundo, por la energía, perseverancia y capacidad de su gran fundador, John Shaw BILLINGS (1838-1913), nativo de Indiana, distinguido cirujano del ejército. En 1876, Billings publicó un *Fascículo de Muestra* con índice de autores y materias, y arreglado en orden alfabético en forma de diccionario y, en 1880, publicó el primer volumen del *Catálogo Índice* de la biblioteca, labor en la que fue auxiliado por Robert FLETCHER (1823-1912), de Bristol, Inglaterra.

Esta obra es la más exhaustiva de bibliografía médica que se haya realizado nunca, pues consta de 50 volúmenes y contiene más de un millón de fichas. La selección y clasificación científica de la primera serie (1880-95) fueron hechas por Billings y la corrección de pruebas, por Fletcher; la clasificación y corrección de pruebas de la segunda serie (1896), fue obra de este último hasta la fecha de su defunción (1912). Esta obra y el *Index Medicus*, que es una bibliografía mensual de la literatura médica mundial, editada en la primera serie (1879-99), por Billings y Fletcher, y reeditada con Fletcher, como editor en jefe, por la Institución Carnegie de Washington (1903-27), son conocidos de

⁴² GARRISON, Fielding F.: Op. Cit., pp 384.

⁴³ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit., pp. 438.

todos los médicos que consultan la literatura [afirmación que corresponde a la década de 1960]. Aparte de su talento como bibliógrafo, Billings fue hombre de capacidad extraordinaria, hábil cirujano en la época de la guerra, autoridad en medicina militar, higiene pública, ingeniería sanitaria, estadística y construcción de hospitales; el crítico más autorizado de la literatura médica norteamericana (1876), y el mejor historiador de la cirugía en lengua inglesa (1895), muy conocido como diseñador del Hospital Johns Hopkins y de otros centros hospitalarios modernos.

En resumen, Billings realizó una labor gigantesca para el progreso de la medicina norteamericana. La cima de tal labor fue la Biblioteca Pública de la Ciudad de Nueva York que planeó personalmente y perfeccionó hasta el grado en que se encuentra. Fletcher ha hecho inestimables contribuciones a la antropología y a la historia médica.⁴⁴

17. LAS DIFERENTES CONCEPCIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL MODERNO

En 1916 se estableció la Escuela de Higiene y Salud Pública (dotada por la Fundación Rockefeller) en la Universidad Johns Hopkins bajo la dirección de William H. Welch (1916-26) y de William H. Howell (1926). Coopera con las escuelas de medicina y de ingeniería.

De los muchos admirables HOSPITALES construidos en el período moderno, el sistema de pabellones alcanzó un alto grado de desarrollo en el Hospital Johns Hopkins, planeado por J. S. Billings e inaugurado en 1889, y el Hospital de Pabellones de Hamburgo-Eppendorf abierto en el mismo año. En ventajas higiénicas y en la economía administrativa estas estructuras marcaron un gran progreso sobre los enormes edificios de muchos pisos (hospitales en bloque) del pasado. El Hospital Peter Bent Brigham de Boston (1913),⁴⁵ también originalmente planeado por Billings, sigue la misma idea.⁴⁶ Con la apertura del Hospital Rudolf Virchow en Berlín (1906), se introdujo una nueva idea: la de una comunidad de pabellones separados, pero como unidades hospitalarias independientes, y sobre este plan están basados hospitales como el nuevo Allgemeines Krankenhaus de Viena, el Hospital General de Toronto, el Hospital Barnes de San Luis Missouri, el

⁴⁴ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit., pp. 442.

⁴⁵ En este Hospital haría su entrenamiento el destacado cirujano uruguayo Julio César Priario Ceschi (1919-2008), uno de los primeros docentes de Cirugía que tuvo el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Véase: <http://www.smu.org.uy/socios/obituario/inmemoriam/priario.htm> (Consultado el 5.09.2009).

⁴⁶ El Hospital General de la ciudad de México fue construido sobre los mismos principios. Sirvieron de modelo los hospitales de Hamburgo y de Carabanchel, España. [Nota del Editor].

Hospital General de Cincinnati. Más adelante, la tendencia, aún en Alemania, ha sido la de combatir la extrema descentralización llegando a una solución intermedia entre los sistemas de pabellones y el sistema de hospitales en bloque; la ventaja sería mayor economía de espacio, de excavaciones, de obras de ingeniería sanitaria, así como la economía y la centralización de la administración. Ejemplos de esta clase pueden encontrarse en el nuevo Hospital del Condado de Cook (Chicago), la Clínica Psiquiátrica Henry Phipps y la Urológica de Brady (Baltimore), y los nuevos edificios de Bellevue (Nueva York). Al señalar la tendencia reciente para alejarse de la idea de los hospitales del tipo de unidades dispersas hacia los edificios hospitalarios concentrados del tipo de rascacielos, Goldwater señala que son una característica inevitable de las grandes ciudades modernas sobrepobladas, y que cualesquier errores cometidos al planearlos y al construirlos son resultado inevitable de las condiciones económicas o locales en que se producen estos hospitales.

Los últimos 50 años ⁴⁷ han sido llamados la "edad media del planeamiento de hospitales". Debido al alto costo de la construcción de hospitales y la escasez de terrenos apropiados para construirlos, el ideal ha sido el de construir algo análogo a hoteles o edificios de oficinas, y la divisa económica de los comités de construcción ("tratar la caridad pública como un negocio privado") es mala tanto para la administración como para el servicio social. Las salas tienden a convertirse en más pequeñas y más oscuras en lo que se refiere al espacio destinado a cada enfermo y a la luz, los corredores herméticos no están ventilados, como tampoco lo están los cuartos de enfermeras, las lavanderías y los departamentos de rayos X que generalmente se encuentran en los sótanos, mientras que los cuartos de anestesia y de recuperación son "tan tristes como el cuarto círculo del infierno del Dante" (Goldwater). La tendencia a elevarse en el aire, como sucede en el caso del Hospital General Allegheny de Pittsburg o las estructuras del Centro Médico de la ciudad de Nueva York (1928), es inevitable en nuestras ciudades norteamericanas sobrepobladas. En 1927, había 6.946 hospitales (859.445 camas) en Estados Unidos, o sea 50 más (22.869 camas) que en 1926; 248 (20.894 camas) en las posesiones de Estados Unidos y 458 (62.500 camas) en Canadá.

Los primeros HOSPITALES PARA NIÑOS establecidos en Estados Unidos fueron el Hospital para Niños de Nueva York (1854) y el Hospital para Niños de Filadelfia (1855). ⁴⁸

⁴⁷ Téngase en cuenta que esta 4ta. Edición de Garrison fue revisada en 1929.

⁴⁸ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit.; pp. 523-524.

18. LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES MODERNOS

La atención de los enfermos por mujeres bien adiestradas y educadas es una institución de la época moderna. El período comprendido entre la última parte del siglo XVII y la mitad del XIX forma la "edad media" del tratamiento de los enfermos, en que la formación profesional de las ayudantes del sexo femenino llegó a tan bajo nivel como los hospitales en que servían. Fuera de las órdenes católicas romanas, en que prevalecieron siempre la disciplina y la decencia, el caso era en todas partes tal como acabamos de describirlo.

La idea de adiestrar enfermeras para la atención de los enfermos en una escuela especial creada para este propósito nació con Theodor FLIEDNER (1800-64), pastor de Kaiserswerth sobre el Rhin, y su esposa Friederike, quien en 1833 convirtió el jardín de su pastoría en un asilo para prisioneras puestas en libertad, y en octubre de 1836 fundó la primera escuela de diaconisas, que se convirtió en el modelo de instituciones análogas en Alemania y otros países. En 1840, se acercó a los Fliedners Elizabeth Fry, quien se había hecho famosa por la cooperación prestada a John Howard en su labor de procurar mejores condiciones sanitarias en las prisiones, y más tarde FLORENCE NIGHTINGALE (1823-1910), dama inglesa nacida en Florencia, Italia, quien dedicó su vida a atender y curar a los enfermos y fundó la institución modelo que subsiste en los países de habla inglesa. En marzo de 1854, cuando estalló la guerra de Crimea, la Señorita Nightingale, a instancias de Lord Sydney Herbert, entonces Secretario [Ministro] de la Guerra en Inglaterra, se dirigió a aquel país con un cuerpo de enfermeras para hacerse cargo del hospital de los cuarteles en Scutari, donde la administración y las reformas que implantó se hicieron históricas. Frente a la indiferencia de los oficiales públicos y la oposición de los burócratas de estrecha mentalidad, recibió el franco apoyo de Lord Reglan y de los cirujanos del ejército, y en sólo diez días atendió alrededor de 1.000 hombres proveyéndoles de alimentos de su cocina de dietas especiales. En tres meses dio atención a 10.000 hombres, proporcionándoles ropas y otras cosas indispensables, de sus propios abastecimientos. El efecto de su éxito sin precedentes fue que a su vuelta a Inglaterra se hizo una colecta de 50.000 libras esterlinas (fondo Nightingale) para establecer una escuela de enfermería en el Hospital de Santo Tomás, que se abrió el 15 de junio de 1860, con quince reclusas puestas en libertad condicional, científicamente adiestradas con el nombre de enfermeras del "nuevo estilo". Rápidamente estas mujeres ocuparon las vacantes de los hospitales más grandes, lo que regeneró totalmente la enfermería inglesa. Las

enfermeras de la Señorita Nightingale eran solicitadas de todas partes. En el muro de los diplomas del Colegio Británico de Enfermeras están inscritos, junto con la Señorita Fry y la Señorita Nightingale, los nombres de enfermeras inglesas tan famosas como Ethel Fenwick, Rebecca Strong, Margaret Huxley, Agnes Jones, Margaret Breay e Isla Stuart.⁴⁹

19. LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA HASTA LA REVOLUCIÓN FRANCESA⁵⁰

El siglo XV marca el comienzo de la asistencia psiquiátrica moderna. La fundación en Valencia, en 1409, del primer hospital dedicado exclusivamente a los locos, seguida al poco de otras semejantes en distintos lugares, es el primer intento social serio [en Occidente] de aislar a todos aquellos considerados como desviados, ejercitando con ellos la caridad, pero cargándoles de cadenas [a diferencia de lo que ocurría en Oriente]. Al margen de estas contadas excepciones, los enfermos mentales, confundidos o no con otros grupos marginados, fueron siempre alojados en los más lóbregos lugares, encerrados en jaulas y, no rara vez, enseñados al público como espectáculo. Porque hasta el siglo XIX, en que la asistencia se haría plenamente médica, los criterios de reclusión y tratamiento serían casi exclusivamente sociológicos. La medicina apenas hizo acto de presencia para curar alguna afección de tipo orgánico. Se empleaban los medios represivos más diversos, junto a la imposición de los trabajos más pesados y abyectos, aunque no faltaran algunas medidas terapéuticas empíricas, como sangrías, baños o duchas y algún que otro fármaco. Dentro de este oscuro panorama hubo sin duda excepciones, entre las que merece destacarse la del Hospital General de Zaragoza, donde la asistencia fue bastante humanitaria y en cuyas Ordenaciones (1656) hay varios artículos que hacen referencia al trabajo de los enfermos mentales con fines terapéuticos [laborterapia], lo que fue llevado a la práctica hasta la destrucción del hospital en 1808, modelo que, como ya es sabido, fue elogiado por Pinel.

Pero en el siglo XVIII, al calor de las conmociones político-sociales típicas de la sociedad pre-revolucionaria, el status del loco va a sufrir modificaciones decisivas. La filosofía de la Ilustración, que lleva consigo un interés desmedido por los Derechos del Hombre y sus condiciones de vida, es fuente inagotable de movimientos reformistas.

⁴⁹ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit. pp. 525-526.

⁵⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina, Tomo 6: La asistencia Psiquiátrica. La asistencia psiquiátrica hasta la revolución francesa.

Fundamentalmente, la reforma de las cárceles o instituciones de corrección y de los hospitales, pone de manifiesto la necesidad de deshacerse de personajes tan molestos. Por primera vez, desde el siglo XV, surge claramente la idea de erigir lugares especiales donde recluir a los dementes. Por otra parte, la nueva burguesía maneja como arma política las revelaciones sobre la corrupción administrativa y condiciones de vida en los asilos, por lo que se suceden los informes, tanto en Francia como en Inglaterra, países donde principalmente va a dar comienzo la nueva era asistencial (instrucción de Doublet y Colombier en 1785, memorias de Tenon en 1786 o informes de diversas comisiones parlamentarias inglesas).⁵¹

El otro factor de importancia a tener en cuenta, son los propios cambios sociales que lleva consigo la revolución industrial. Aumenta la población, a la vez que la tolerancia hacia el enfermo mental – o hacia cualquier otro problema social – disminuye, mientras que la transformación de una sociedad rural-artesana en otra nueva, urbana-industrial, con toda la problemática de escasez de viviendas, hacinamiento, difíciles condiciones de vida, necesidad de trabajo para todos los miembros útiles de la familia, etc., hacen objetivamente más difícil la permanencia del enfermo en el seno familiar. La consecuencia inmediata es un aumento considerable de la demanda de internación y el florecimiento de instituciones privadas, al amparo de la insuficiencia y público descrédito de los asilos benéficos, en raras ocasiones erigidas con fines humanitarios o médicos, sino lucrativos. Pero de uno u otro modo, privado o público, el nuevo asilo, al que sólo falta ya la figura del médico, quedará como la pieza fundamental de la asistencia al enfermo mental en la inmediata centuria.

A pesar de lo expuesto, lo cierto es que la primera mitad de la centuria dio poco de sí en el terreno asistencial. Los problemas políticos inherentes a la consolidación del nuevo Régimen y las vicisitudes económicas generales hicieron difícil llevar a la práctica las modernas concepciones, de modo que sólo en contados casos tuvo lugar la reforma. La mayoría de los enfermos mentales continuó, en las viejas salas de hospital, en hospicios, casas de mendicidad, etc., quizás en peores condiciones que nunca, porque todas esas instituciones se vieron abocadas a la ruina al haber terminado las fuentes de sus ingresos – caritativas - , con frecuencia con una malversada

⁵¹ Compárese este panorama con el que prevalece en Uruguay del siglo XXI (año 2009) para los hospitales públicos, fundamentalmente dedicados a la salud mental, las cárceles desbordadas en sus capacidades y servicios, y los institutos para reclusión de menores infractores, y se verá cuántos siglos han pasado en vano para algunas materias aún pendientes, más allá de los discursos altisonantes y del avance de las Ciencias del Hombre, los Derechos Humanos y otros progresos manuscritos, ignorados por los políticos corruptos e incapaces y los dirigentes de las organizaciones sociales que medran de estas penosas circunstancias.

administración y haber sido desamortizados sus bienes, sin que el Estado pudiese todavía subvenir a sus necesidades. Baste leer los informes de Esquirol⁵² (1817 y 1838) o Leuret (1838), sobre Europa, o lo que Deutsch asevera sobre América.

Pero la mitad del siglo XIX coincide con el comienzo de un largo período de expansión económica a escala internacional que permite, entre otras cosas, afrontar los problemas de la nueva Beneficencia, uno de ellos, la construcción de asilos de alienados. El peso de la asistencia pasará ya a ser pública en detrimento de los asilos privados, aunque no se consiguiera jamás resolver el problema asistencial con suficiencia ni decoro. Por otra parte, la psiquiatría clínica, hasta entonces de neto corte francés, que había partido de las ideas filosófico-morales de Pinel⁵³, se adscribe unánimemente a la nueva concepción organicista del alemán Griesinger (1817-1868) – las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro -, acabando esta simple teoría con el confucionismo doctrinal que había dominado hasta ese momento, a la vez que se incorporaba plenamente al movimiento científico de su tiempo, al positivismo.

Pero así como la psiquiatría teórica cobró un inusitado impulso con el patrón organicista de la nueva escuela germana, no se puede decir lo mismo de la asistencia. Este somaticismo a ultranza, decepcionado en seguida por las insignificantes aportaciones que la anatomía patológica del cerebro pudo ofrecer, junto a la negativa influencia de las teorías regeneracionistas de Morel (1809-1873) y Magnan (1835-1912), convierte al psiquiatra en pesimista, negativo, aferrado a hipótesis de trabajo basadas en una realidad que ellos creían científica, pero que no era sino una deformación, producto del prisma institucional en que se desenvolvían. Los factores morales van dejando paso a los físicos. Importa mucho la disposición individual mientras el ambiente únicamente servirá para seguir justificando el

⁵² Jean Étienne Dominique ESQUIROL (1772-1840) psiquiatra francés. Estudió en Toulouse y completó su educación en Montpellier. Marchó a París en 1799 donde trabajó en el Hopital de la Salpêtrière; allí se convirtió en el alumno favorito de Philippe Pinel. Pinel le permitió que estudiara profundamente la locura y estableció una *maison de santé* (manicomio) para realizar las investigaciones con seguridad en 1801. La *maison* de Esquirol fue un éxito, siendo calificada en 1810, como una de las diez mejores instituciones de París. Véase: http://es.wikipedia.org/wiki/Jean_%C3%89tienne_Dominique_Esquirol (Consultada el 5.09.2009).

⁵³ Philippe Pinel (1745-1826), fue un médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Pertenece al grupo de pensadores que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad. En el campo institucional, propugnaba la humanización del trato que se daba por entonces a las personas afectadas por enfermedades mentales, eliminando como primera medida, su encadenamiento a las paredes. Consideraba posible la recuperación de un amplio grupo de “alienados” (tal la denominación social de la época a los “locos”) a partir del tratamiento moral. El 25 de agosto de 1793, durante la Comuna, fue nombrado médico del manicomio de Bicêtre, a propuesta de Thouret y de Cabanis. Participó en la Revolución Francesa de 1789, pero se distanció de la actividad política durante el período del Terror. Véase: http://es.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel (Consultada el 5.09.2009).

internamiento. Sólo prospera el concepto retrógrado del influjo nocivo de la civilización y así Guislain (1852), tras hacer un canto a los pueblos primitivos, libres de problemas, añade, “estos focos incubadores del desorden mental los encontramos en los pueblos que sacuden el yugo de la libertad, que forman asociaciones, que se mezclan en la confusión de las leyes, que publican novedades, en los países en que una necesidad imperiosa induce a los hombres a salir de la esfera en que la naturaleza los coloca”. En realidad, han comenzado ya los primeros movimientos obreros – el *Manifiesto Comunista* de Marx y Engels es de 1848 – y el psiquiatra se siente decididamente alineado junto a la preponderante burguesía, lo que tiene su importancia porque contribuirá a su conservadurismo y a distanciarlo abismalmente de su enfermo asilar, de escala social mucho más baja. La propia Universidad, que tanto contribuyó en esta segunda mitad a la expansión del saber psiquiátrico, lo cierto es que sólo sirvió para elevar el *status* social del médico, pero no para mejorar las condiciones del enfermo.

La asistencia, pues, cambió poco. Se abandonó lo que de positivo había tenido el tratamiento moral, a pesar de que Griessinger había defendido en 1861 que “hay que procurar ante todo guardar la parte sana del enfermo, fortalecer su antiguo yo, dirigiéndolo a sus intereses anteriores”, preciosa observación que pasó inadvertida hasta casi nuestros días. El médico se fue distanciando del enfermo al adoptar una actitud cada vez más aséptica, impersonal, positiva. Comenzó a clasificar entomológicamente y a olvidarse de ellos como personas. El nuevo lenguaje, que resultaría tan ininteligible como la jerga de los propios enfermos, hizo por mucho tiempo imposible el diálogo entre unos y otros. El nihilismo terapéutico llegó a ser la tónica general – el *restraint* abundó, usándose también los medios físicos o la hidroterapia -, pues el pronóstico se hace fatalista, como el propio Griesinger apuntaba, a pesar de que fue más objetivo y moderado que muchos de sus seguidores: “si por curación se entiende la supresión total de la enfermedad... no se debe esperar tan a menudo... La mayoría de los casos quedan de alguna forma tarados, marcados”, preludio del conocido slogan de la era kraepeliniana⁵⁴ – prácticamente la actual - , “la fase pasa, pero la enfermedad queda”.

El trabajo, una de las piezas fundamentales del trabajo moral intenta ser un elemento de ocupación de los pacientes crónicos y, a la vez, que sirva para subvenir a las necesidades del propio centro.

⁵⁴ Emil Kraepelin (1856-1926) psiquiatra alemán, considerado el fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la genética psiquiátrica. Véase: http://es.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin (Consultada el 5.09.2009).

Comienza a aparecer la noción de rentabilidad, preludio del actual hospital empresa. La *Conference on Insanity* de 1870, en Norteamérica, resuelve que una combinación del método tradicional y del de colonias es la más aconsejable “para la economía y eficiencia del asilo”. Las colonias agrícolas son efectivamente la novedad asistencial. La primera de ellas – privada, por cierto – se funda en Francia en 1847, en Clermont, generalizándose después en sus diversos modelos. En unos casos se trata simplemente del viejo sistema de Zaragoza, a base de cultivar una extensión de terreno en los alrededores del asilo; pero dentro de este sistema cerrado empiezan a extenderse los llamados *cotages* o pabellones independientes alrededor de un cuerpo central, con lo que se rompe el viejo concepto estructural del edificio monobloque. No es más que el influjo de la nosografía sobre la arquitectura.⁵⁵

El más rudo golpe a la terapia por el trabajo se lo asestó la última novedad terapéutica del siglo, la *clinoterapia*, consistente en meter al enfermo en la cama con el único fin de tratarlo de la misma manera que a los pacientes orgánicos. Es la expresión final de los esfuerzos que estos psiquiatras hicieron por integrarse dentro del contexto de una medicina científico-natural que se resistía a admitirlos. Pensamiento que se plasmó igualmente en los intentos de erigir pabellones para enfermos mentales en los hospitales generales, lo que ahora se considera una gran conquista de nuestro siglo y que en verdad no hace sino devolver a estos enfermos a la institución original, de la que habían sido segregados a principios del XIX.⁵⁶

Por último, aparte de la erección de asilos especiales para ciertos grupos de enfermos, como oligofrénicos, epilépticos, judiciales, etc., merece la pena destacar la creación de patronatos, formados por psiquiatras y otras personas, no siempre relacionadas con la medicina, el primero de los cuales fue instituido por Falret en 1841 para “ayuda financiera, médica y moral” de los enfermos dados de alta en la

⁵⁵ En Uruguay las Colonias de Alienados, con modelo similar, fueron impulsadas ya por el primer Profesor de Clínica Psiquiátrica, el Dr. Bernardo Etchepare, aunque con el tiempo, tanto la que llevaría luego su nombre como la de su sucesor, Santín Carlos Rossi, quedarían totalmente desvirtuadas, consagradas como meros depósitos de pacientes mentales crónicos, donde la terapia por el trabajo de la tierra, brillaría por su ausencia, el pasto crecería por doquier, y serviría de refugio para los cadáveres de los alienados que fugaban de los pabellones, mal atendidos y peor guardados por funcionarios que durante décadas vivieron ellos y la población circundante, de la sustracción de los alimentos y ropas de las Colonias. Véase: Bernardo Etchepare (1869-1925), semblanza por los Dres. Ventura C. Darder y Héctor Puppo Touriz (Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo II, 1989, pp 159-161. Véase: http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_22_etchepare.pdf (Consultado el 5.09.2009).

⁵⁶ El Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” incorporaría en los primeros años de la década de 1960, una Policlínica de la Clínica Psiquiátrica, cuando la misma era dirigida por el Prof. Dr. Fortunato Ramírez, que protagonizó un episodio de corte caballeresco con el Director del Hospital Dr. Hugo Villar, a quien supo enviarle los padrinos para retarlo a duelo. (Dr. Aron Nowinski, comunicación personal).

Salpetrière, seguido entre otros del *Guild of Friends of the Infirm in Mind*, en 1871 en Inglaterra. Se encargan pues de la tutela del enfermo a su salida de las instituciones, por el problema que suponía – y sigue suponiendo – la reinserción del mismo en una sociedad que, durante todo el siglo, se negó a aceptarlos.

Desde la época de Pinel y de Reil, de Tuke y de Conolly, el debido estudio y ATENCIÓN DE LOS DEMENTES ha sido un desiderátum médico, que con frecuencia no ha sido plenamente comprendido. Cuando Esquirol siguió a Pinel en la Salpetrière en 1810, hizo grandes reformas en las habitaciones y en el régimen de vida. Viajó por toda Francia para llevar a cabo las ideas de Pinel; fundó diez nuevos asilos, y fue el primero que dio conferencias sobre psiquiatría (1817). Gardner Hill introdujo la idea de “abandonar toda restricción” en el Asilo de Lincoln en Inglaterra (1836), y en 1839, frente a muy tenaz oposición, John Conolly hizo desaparecer todos los medios mecánicos de sujeción en el Asilo de Hanwell. Los abusos que acompañaban al cuidado de los dementes en los asilos privados fueron vigorosamente atacados por el literato Charles Reade en su novela *Hard Cash* (Al contado) (1863).

Las primeras instituciones norteamericanas de esta índole fueron el Hospital del Estado, de Williamsburg, Virginia (1773); el Asilo Bloomingdale en Nueva York (1809), situado actualmente en White Planis desde 1821; el Asilo de los Amigos en Frankford, en las afueras de Filadelfia (1817), el Hospital MacLean de Boston; los hospitales de Columbia, South-Carolina (1828), y Worcester, Massachussets (1833); los retiros de Hartfortd y Brattleboro (1836-38) y el Asilo del Estado de Nueva Jersey en Trenton (1848). Este último fue establecido por la campaña publicitaria que realizó la Señorita Dorotea Lynde Dix, de Maine, cuya obra para mejorar las condiciones de los dementes en Norteamérica y en la Gran Bretaña es análoga a la de las reformas de John Howard en las prisiones y hospitales. Se asegura que ayudó a formar no menos de 32 asilos. Con la apertura del Hospital del Estado en Utica, en 1843, comenzó lo que se llama “la era del despertar”, y en 1850 el movimiento para que los estados proveyeran el cuidado de los dementes estaba muy avanzado. Los asilos del estado en Willard (1869) y en Binghampton, Nueva York (1881), fueron fundados para defender a los dementes crónicos de las barbaridades que se cometían con ellos en los asilos de los condados. Los hospitales norteamericanos más grandes son los de Binghampton y de Washington, DC. Pliny Earle, en 1867, subrayó la importancia que tiene encontrar empleo adecuado para los dementes. En 1885, Daniel Hack Tuke censuró acremente los asilos de dementes norteamericanos y canadienses, y en 1894 Weir Mitchell señaló las deficiencias en el cuidado y tratamiento

de los dementes, habló del “corazón de piedra” de los comités, los males del control político y señaló la absoluta falta de estudios científicos sobre la demencia en los hospitales norteamericanos. Esta última idea se originó entre los germanos. El primer artículo que Griesinger escribió para sus *Archivos* (1868) proponía una reorganización de los hospitales alemanes y subrayaba la importancia de la idea de que existiera una clínica psiquiátrica en la que los pacientes pudieran ser estudiados y tratados, como en los hospitales, antes de ser aceptados o dados de alta. En Berlín, Ideler había demostrado casos de demencia en la Charité en 1832, y fue seguido por Griesinger en 1866, Westphal en 1869, y Jolly en 1890. Fueron abiertas clínicas psiquiátricas en Estrasburgo, en 1872; en Basilea, en 1876; en Breslau en 1877; en Bonn en 1882; en Freiburg en 1887; en Halle en 1891, y en otros lugares y épocas, y el movimiento culminó con la hermosa institución abierta por Kraepelin en Munich, el 7 de noviembre de 1904. El 16 de abril de 1913, la Clínica Psiquiátrica donada a la Universidad Johns Hopkins por Henry Phipps y construida y organizada de acuerdo con las ideas alemanas, fue abierta en Baltimore bajo la dirección del profesor Adolf Meyer. El nuevo Instituto de Kraepelin se inauguró el 13 de junio de 1928.⁵⁷

La fundación del metodismo en Oxford por John y Charles Wesley (1729); las reformas a las prisiones, preconizadas y logradas por John Howard; los esfuerzos de Tuke, Pinel y Reil para el tratamiento humano de los dementes; el Acta de Abolición de 1807, y los esfuerzos de Romilly para humanizar el código penal (1808), fueron circunstancias que tendieron al desarrollo de un sentimiento altruista. Por los esfuerzos humanitarios de escritores tan notables como Dickens, Charles Reade, la Sra. Gaskell, William Carleton, Thomas Carlyle, Goethe, por su prototipo de Mignon, y por Victor Hugo por el suyo de Cosette, comenzó a advertirse que la real riqueza de las naciones consiste en su población tal como desde el principio lo había sostenido Johann Peter Frank; y que la falacia de la alimentación sostenida por Malthus se debía a que la producción de los alimentos depende del número, capacidad y caracteres industrioses del pueblo que los produce, de la producción de material (inclusive la maquinaria y todos los demás artefactos que economizan el trabajo humano) y de los medios de transporte, sin los cuales, como sucedió en la época de la Primera Guerra Mundial, grandes comunidades pueden morir de hambre teniendo a la mano cantidades superabundantes de alimentos. Tan efectiva fue la propaganda de Chadwick a favor de la salubridad pública que se convirtió en un lema de los discursos de Beaconsfield

⁵⁷ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit. pp. 527-528.

(Disraeli), quien inteligentemente sustituyó como la divisa la palabra *sanitas por vanitas vanitatum* del Eclesiastés. Según lo hace observar Newsholme, la filantropía era el poder motor para iniciar las reformas sanitarias, pero la fuerza motriz real vino después de los grandes gastos provocados por la administración sanitaria de la Ley de Pobres y el temor real a las epidemias recurrentes y a las enfermedades trasmisibles. La presente divisa de la Sociedad Real de Medicina hace suya la antigua convicción de Serófilo de que la vida sin una robusta salud es inútil y no tiene valor ninguno: *Non est vivere sed valere vita.*⁵⁸

20. PATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA INTRODUCCIÓN GENERAL: ALEMANIA, FRANCIA, GRAN BRETAÑA Y ESPAÑA⁵⁹

Durante la segunda mitad del siglo XIX la patología y la medicina interna contemporáneas alcanzaron pleno desarrollo. Atenido a los supuestos de la ciencia positiva moderna, el nuevo período implicó la completa desaparición de los sistemas médicos especulativos que habían florecido en Alemania sobre la base de la *Naturphilosophie* de Schelling. Significó, por el contrario, la continuidad del programa de conversión de la patología en una ciencia rigurosa, que había lanzado la escuela anatómoclinica de París. Las aportaciones doctrinales y prácticas de dicha escuela fueron asimiladas como elementos indiscutibles, sin que por ello se aceptaran las limitaciones fundamentales de su planteamiento. Se superó, sobre todo, la postura anti-teórica de los anátomo-clínicos, que había llevado a reducir la patología a una mera elaboración de observaciones clínicas y lesionales completamente desconectada de las ciencias básicas y de espaldas a la investigación experimental. Con el propósito central de conseguir una explicación teórica de la enfermedad sólidamente cimentada, se recurrió de modo sistemático a los saberes físicos, químicos y biológicos, pasando a ser la investigación de laboratorio la principal fuente de los conocimientos médicos. Ackerknecht ha llamado por ello "medicina de laboratorio" a la vigente en este período, en contraposición a la "medicina hospitalaria" de la época anatomoclínica. La nueva situación del hospital fue formulada de modo terminante por Claude Bernard: "Yo considero al hospital sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la medicina científica es el laboratorio".

⁵⁸ GARRISON, Fielding F.: Op. Cit., pp. 530-531.

⁵⁹ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Tomo 6: Patología y Medicina Interna. Introducción general, Alemania, Francia, Gran Bretaña y España.

21. LA OBRA DE ROKITANSKY Y SU ESCUELA ⁶⁰

Carl von Rokitansky ⁶¹, natural de Königgrätz, estudió en Praga y en Viena, y aquí fue, en 1830, ayudante prosector, aprendiendo, junto a Wagner, la práctica necrósica y la recolección de datos. Profesor

⁶⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Tomo 6: Patología y Medicina Interna. Patología y Clínica en Austria. La obra de Rokitansky y su escuela.

⁶¹ CARL von ROKITANSKY, nacido el 19 de febrero de 1804 en Hradec Králové, Bohemia; fallecido el 23 de julio de 1878, en Viena, Austria, fue un médico patólogo, humanista, filósofo y político liberal austríaco. Estudió medicina en Praga (1821-1824) y se doctoró el 6 de marzo de 1828 por la Universidad de Viena. Siendo todavía un profesor novel se percató de que la incipiente disciplina de la anatomía patológica podía prestar un gran servicio al trabajo clínico en el hospital, ya que ofrecía nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Bajo esta premisa, y después de que Gerard van Swieten fundara la Primera Escuela Médica de Viena, Rokitansky puso en marcha una auténtica revolución científica. Con el establecimiento de la Segunda Escuela de Medicina de Viena se pone en marcha un cambio de paradigma médico, liderado por Rokitansky, Joseph Skoda y Ferdinand von Hebra, desde una noción de la Medicina como una materia filosófico-naturalista a una visión, más moderna, enfocada bajo la óptica del método científico. Gracias a esta hornada de médicos se desarrollarán varias especialidades médicas nuevas y surgirá el fenómeno de la especialización, lo que otorgará una notable reputación a la Escuela de Viena. El nombre de Rokitansky se emplea como epónimo en las siguientes enfermedades: 1) Síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser; 2) Divertículo de Rokitansky; 3) Tríada de Rokitansky (signos de Estenosis pulmonar). 4) Senos de Rokitansky-Aschoff (en la vesícula biliar). 5) Úlcera de Rokitansky-Cushing. 6) Síndrome de Rokitansky-Maude Abbott. 7) Síndrome de Von Rokitansky. También desarrolló un método de autopsia conocida con el epónimo *Técnica de Rokitansky*, que es todavía uno de los métodos estándar empleados hoy en día, basada en el examen “in situ” de las vísceras. Se cuenta de Rokitansky que supervisó unas 70.000 autopsias, y realizó personalmente unas 30.000, en un promedio de dos al día, siete días a la semana, durante 45 años. Aunque Rokitansky defendía el “método materialista” en la investigación científica, rechazó el materialismo como modelo filosófico. En su discurso conmemorativo del Instituto de Anatomía Patológica del Hospital de Viena advertía contra el “abuso de las libertades de la ciencia natural”. Los científicos deben primero obtener el respeto como sujetos libres y conscientes, y sólo entonces, seguir su camino hacia el conocimiento”. El sentimiento de compasión, según Rokitansky, se perdería si los médicos contemplaban a los seres humanos únicamente como objetos de investigación. De este modo Rokitansky desarrolló por primera vez el concepto de ética aplicado a la Medicina. En otro discurso acerca de la solidaridad de toda la vida animal, pronunciado en la Academia Imperial de las Ciencias, mostró su proximidad a la obra del filósofo Arthur Schopenhauer sobre la compasión: “si [...] preservamos y practicamos la compasión”, explicaba, “seremos capaces de aliviar parte de la carga de sufrimiento de nuestros pacientes”. La generosidad humana mostraría nuestra capacidad de aceptar el sufrimiento, renunciando a la agresividad. Aquellos que triunfaran en esto serían considerados modelos éticos de comportamiento. El 17 de julio de 1848 von Rokitansky fue elegido miembro de la Academia Imperial de las Ciencias de Viena. En 1866 fue nombrado vicepresidente y desde 1869 hasta su muerte el 23 de julio de 1878, presidente. Rokitansky afirmó que “éste es el mayor honor que yo hubiera podido imaginar”. Respecto a su carrera política, conforme iba adquiriendo posición en las diferentes instituciones científicas y políticas del Imperio Austríaco Rokitansky contribuyó a instituir la nueva era liberal de Viena. Representó el liberalismo entre las clases acomodadas y luchó por “la libertad y el progreso”, tanto desde la reforma universitaria como mediante las reformas de la sanidad. Rokitansky fue en varias ocasiones el decano de la Escuela de Medicina, y, en 1853, el primer rector libremente elegido de la comunidad médica de la Universidad de Viena y presidente del Consejo Superior de Medicina de Viena. Desde 1850 hasta su muerte, también presidió la Sociedad Médica de Viena y en 1863 fue propuesto por Anton von Schmerling como médico consejero del ministerio de interior austríaco. El 25 de noviembre de 1867 fue inesperadamente nombrado por Francisco José I miembro de la Alta Cámara del Consejo Real. Finalmente, fue elegido en 1870 presidente de la Sociedad Antropológica de Viena. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Carl_von_Rokitansky el 30.08.2009.

extraordinario en 1834, se propuso despertar a la medicina alemana de su sueño filosófico-natural, asentando firmemente sus bases sobre hechos materiales. El puesto de prosector del *Allgemeines Krankenhaus* de Viena ofrecía tal posibilidad, en tanto que, a diferencia de las clínicas de los hospitales franceses, era único para todo el Hospital: ello permitía que miles de cadáveres tuvieran que ser autopsiados por Rokitansky, y de esta forma podía ampliarse el pensamiento localista francés, precisando formas patológicas particulares, caracterizadas por una atenta consideración genética de la lesión orgánica visible.

El problema del patólogo de Königgrätz se componía de dos postulados: ordenar científicamente los hechos, desde un punto de vista anatómico, y utilizarlos para el diagnóstico en el vivo. El primer punto – creación de una Anatomía patológica general - lo consiguió bien pronto, describiendo de forma a la par ingeniosa e ingenua sus hallazgos macroscópicos, de modo inmediato y preciso. Y estas descripciones, en virtud de un proceso de abstracción, le permitieron llegar a comprender la periodicidad, identidad y regularidad de una serie de procesos morbosos, que ordenó y clasificó en entidades individuales, a muchas de las cuales hubo de dar nombre. No en vano fue calificado por Rudolf Virchow como “el Linneo de la Anatomía patológica”.

En segundo término, la clínica se benefició de tal esfuerzo: la dermatología, la oftalmología, la obstetricia y la ginecología, la cirugía, utilizaron los conocimientos anatomopatológicos de Rokitansky; pero fue especialmente la medicina interna, con la obra de Skoda⁶² que de

⁶² JOSEPH SKODA, nacido en Pilsen, actual República Checa, el 10 de diciembre de 1805 y fallecido en Viena, el 13 de junio de 1881, fue un médico y profesor checo fundador, junto a Carl von Rokitansky, de la Escuela Moderna de Medicina de Viena. Es considerado el principal exponente del “nihilismo terapéutico”, corriente médica de finales del siglo XIX que propugnaba abstenerse de cualquier intervención terapéutica, dejando al cuerpo recuperarse sólo o a través de dietas apropiadas, como tratamiento de elección frente a muchas enfermedades. Fue un notable dermatólogo y clínico, alcanzando fama por sus diagnósticos brillantes, certeros e inmediatos. Hijo de un cerrajero, cursa estudios primarios en su localidad natal e ingresa en la Universidad de Viena en 1825. El 10 de julio de 1831 obtiene el título de Doctor en Medicina y comienza su carrera profesional en Baviera, durante la epidemia de cólera del 32, y desde 1832 a 1838 trabaja como médico asistente en el Hospital General de Viena. Durante el año 1839 trabaja como médico de caridad para la ciudad de Viena y en 1840 es nombrado director médico del Departamento para la Tuberculosis recién inaugurado en el Hospital General de Viena. En 1846 y gracias al empeño de Carl von Rokitansky, profesor de anatomía patológica, es nombrado profesor de medicina clínica, en contra de los deseos del resto de facultativos del hospital. En 1848 comienza a dar clases en alemán, en vez de latín, siendo el primer profesor de Viena en hacerlo. Entre sus alumnos se contó el médico húngaro Ignacio Felipe Semmelweis, quien murió en sus brazos tras cortarse deliberadamente con un bisturí de disección de cadáveres para demostrar su capacidad infectante. El 17 de julio de 1848 es nombrado miembro de la sección físico-matemática de la Academia Austríaca de las Ciencias, y en 1871 deja la docencia y sus alumnos organizan como homenaje una gran procesión de antorchas por Viena. Rokitansky dijo de Skoda:

inmediato estudiaremos, la que mejor y mayor seguridad diagnóstica pudo adquirir a través de la mesa de autopsias. A la descripción de la enfermedad de acuerdo con el síntoma objetivo prevalente, sucede ahora, como ya había acaecido en la escuela anatomoclínica francesa, el signo físico, expresión visible de un proceso orgánico interno desarrollado en el tiempo. La enfermedad ya no es un proceso dinámico en el que intervienen fuerzas polares como en la *Naturphilosophie*: es una lesión anatómica que expresa el curso de un proceso genético en el momento determinado. Y el segundo punto del programa de Rokitansky, a saber, la aplicación al diagnóstico en el vivo de sus hallazgos, lógrase de forma patente a través de su colaboración con el gran clínico Skoda.

22. EL MÉDICO Y EL ENFERMO EN EL HOSPITAL DEL SIGLO XIX

Fácil empresa, la de imaginar lo que durante el siglo XIX fue la ayuda técnica al enfermo en cualquier hospital prestigioso: el Hôtel Dieu o la Salpêtrière, en París; la Charité, en Berlín; el Guy's Hospital en Londres; el Allgemeines Krankenhaus, en Viena; San Carlos o el Hospital General, en Madrid.⁶³

El enfermo iba de ordinario al hospital con un ánimo en el que se mezclaban una convicción y una actitud. Hallábase convencido de que iba a recibir una asistencia médica "para pobres", integrada por estos tres ingredientes: un diagnóstico excelente, puesto que los médicos del hospital solían estar entre los mejores del país; un tratamiento necesariamente limitado por las nunca abundantes posibilidades económicas del establecimiento; una cuidadosa necropsia, si llegaba a morir. "Los enfermos vieneses – decían con irónica agudeza los pobres de Viena, allá por 1850 – tenemos la gran suerte de ser muy bien

"Una luz para los que estudian, un modelo para os que se esfuerzan, y una roca para los que desesperan."
El mérito más reconocido de Skoda es el desarrollo de diversos métodos de diagnóstico físico: recuperó, por ejemplo, la olvidada técnica de la percusión diagnóstica propuesta por Leopold Auenbrugger (1722-1809) y la amplió para diversas patologías pulmonares. Estas técnicas son empleadas aún hoy en día por los médicos para el diagnóstico de enfermedades que modifican el contenido aéreo de los pulmones. Su primera publicación *Sobre la percusión*, en 1836, no atrajo sin embargo, demasiada atención entre sus colegas de profesión, quienes se quejaban de la incomodidad que esta técnica diagnóstica suponía para el paciente. La siguiente obra publicada por Skoda fue *Sobre la percusión del corazón y los sonidos originados por los movimientos cardíacos, y su aplicación a la investigación de los órganos abdominales*, en 1837. En 1838 publica *Sobre el tifus abdominal y su tratamiento con alumen*. Y también *Métodos de investigación de los estados del corazón*. En 1839, publica *Sobre la pericarditis en anatomía patológica y diagnósticos relacionados*, y en el mismo año *Sobre el diagnóstico y la semiología de Piorry*. Finalmente, en 1840 publica *Sobre el diagnóstico de los defectos de las válvulas cardíacas*. En 1841 crea el departamento para las enfermedades de la piel, lo que supondrá el impulso definitivo para la reorganización de la dermatología llevada a cabo por Ferdinand von Hebra. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Joseph_Skoda consultada el 30.08.2009.

⁶³ LAÍN ENTRALGO, Pedro: *El Médico y el Enfermo*. Editorial Triacastela, Madrid, 2003, 231 páginas. *El Médico y el Enfermo en la Sociedad Burguesa*: pp. 118-122.

diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky". A esta convicción se unía una actitud por lo general resignada y aceptadora. El enfermo confiaba más en el médico que en el hospital, y se entrega a aquél diciéndole sin palabras: "Aquí tiene usted mi cuerpo, haga de él lo que quiera" y "Vean ustedes qué enfermedad tan interesante es la mía".

Frente a esta habitual disposición del enfermo, ¿cuál solía ser la del médico? La respuesta exige discernir en el médico hospitalario del siglo XIX dos figuras típicas cardinales, que denominaré el *tipo Skoda* y el *tipo San Martín*.

Para caracterizar el *tipo Skoda*, nada mejor que una anécdota relativa a la práctica hospitalaria del egregio clínico vienés. Al término de uno de sus espectaculares diagnósticos, Skoda no hace prescripción alguna; y a la pregunta del asistente de turno, responde: *¡Ach, das ist ja alles eins!*" ("Bah, todo viene a ser lo mismo"). Algo análogo hacía por esas fechas el gran Addison, en su visita hospitalaria del Guy's Hospital, de Londres. El "nihilismo terapéutico" de Skoda puede ser defendido con buenas razones; basta pensar lo que en 1840 eran los recursos medicamentosos. Por otra parte, no todo en la conducta clínica de Skoda fue puro "nihilismo" (E. Lesky). Con todo, dos cosas parecen indudables: que la atención de Skoda se halló muy preferentemente dirigida hacia los problemas del diagnóstico físico, y que faltaba en él ese "entusiasmo terapéutico" que hizo posibles las hazañas de Paracelso, Ambrosio Paré, Withering, Morton y Jackson; entusiasmo que procede tanto de una intensa afición deportiva a manejar y dominar la naturaleza, como de la firme voluntad de ayudar al enfermo "como sea". Para Skoda, como para tantos otros médicos de su misma contextura mental, el enfermo hospitalario era en principio la *suma de un objeto científica cognoscible y modificable y una persona desconocida*.

Más que "médico" en sentido estricto, el clínico a la manera de Skoda es "naturalista", hombre a quien atrae el conocimiento objetivo y científico de la naturaleza y que aspira a ser "sabio", *savant* o *Gelehrte*. Es verdad que sin ello no habría llegado a ser lo mucho que es la medicina actual; pero este brillante anverso científico de la asistencia hospitalaria, ¿no pone en ella, acaso, un sombrío y penoso reverso?

Aludo con estas palabras, por supuesto, a las tristes condiciones en que había de vivir el enfermo de hospital. Baste recordar la diaria escena de las salas de cirugía del Hôtel Dieu de París, cuando por la mañana había de entrar el *patrón* con una esponja empapada en vinagre sobre sus narices, para evitar el terrible choque olfativo que producía el aire de la sala. Pero con la interrogación precedente me refiero más bien a las consecuencias que esa actitud mental del médico

había de tener en su relación con el enfermo. ¿Podía ser ésta satisfactoria? Si la patología del médico en cuestión era la anatomoclínica, como en el caso del propio Skoda, su intención y su interés tenían su término verdadero más allá del paciente mismo, en su cadáver; un cadáver imaginado, cuando mediante el signo físico (percusión, auscultación, etc.) se diagnostican *intra vitam* las lesiones anatómicas, y un cadáver real, cuando sobre la mesa de autopsias se confirma o se rectifica el diagnóstico clínicamente logrado. No es difícil imaginar la disposición del enfermo frente al médico, si toda su esperanza consistía en ser muy bien diagnosticado por él y muy bien autopsiado por el prosector del hospital. Algo análogo puede decirse si la patología del clínico se hallaba orientada por una mentalidad fisiopatológica. Más que en el cadáver, la intención del médico tiene ahora su término en el laboratorio. “Yo considero el hospital – decía Claude Bernard – sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la ciencia médica es el laboratorio”. Y recordando lo que era la vida de un hospital alemán a comienzos del siglo XX, escribirá años más tarde Viktor von Weizsäcker: “La visita hospitalaria del asistente joven no duraba mucho; pero su trabajo en el laboratorio consumía horas y horas del día y de la noche”. Lo que el médico realmente *miraba* cuando en la sala del hospital *veía* al enfermo no era la realidad somática y psíquica de éste, sino el kimógrafo o el alambique que en el laboratorio le estaban esperando.

Pero en la sociedad burguesa del siglo XIX no todos los médicos del hospital fueron a la manera de Skoda. Hubo junto a ellos, y acaso en mayor número, los pertenecientes al *tipo San Martín*. Alejandro San Martín fue un eminente profesor de cirugía en el Madrid de fines del siglo XIX. Pasando visita en su sala de mujeres del Hospital de San Carlos, vio que una de ellas, casi niña, lloraba en soledad sobre su lecho; y acercándose a ella, le dijo suavemente: “¿Por qué lloras, niña? ¿Es que no tienes nadie que llore por ti?” Poca cosa: unas cuantas palabras delicadas y compasivas. Las suficientes, en todo caso, para demostrarnos que en el siglo XIX y a comienzos del XX es posible ser médico del hospital y secuaz de la concepción científico-natural de la medicina sin ser ciego para la condición humana y personal del pobre enfermo a quien se atiende; pensando, en suma, que el “consolar siempre” de la conocida máxima de Bérard y Gubler – *guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* – debe ser para el clínico algo más que una bella frase. Así considerado el médico, el enfermo hospitalario viene a ser la *suma de un objeto científicamente cognoscible y modificable y una persona doliente y compasible*. Lo cual, visto desde la terapéutica actual, no es ciertamente un *desiderátum*, pero sí bastante más que la “divina rudeza” de un Schönlein, la escéptica

sequedad de un Skoda y los olvidos terapéuticos de un Addison. “Al enfermo de hospital – solía decir el gran médico Gregorio Marañón – hay que tratarle como si fuese un caballero de la Tabla Redonda”.

23. PATOLOGÍA Y CLÍNICA EN LOS ESTADOS UNIDOS ⁶⁴

Es evidente en los Estados Unidos una notable dependencia respecto de Europa durante casi todo el siglo XIX. Mas ello va a acaecer de forma rezagada. Los progresos en la práctica y en la teoría europeas se introdujeron bastante lentamente en los Estados Unidos, aunque con seguridad, hasta fines del siglo XIX las materias correspondientes a la patología no se enseñaban como disciplina independiente, sino como parte de las denominadas *Instituciones de Medicina*, que incluían la Fisiología además de la Patología. Tales *Instituciones* constituían una venerable tradición en Medicina, que a comienzos del siglo XIX estaba subordinada a sistemáticos como Cullen, Brown, Rush o Broussais. Luego, en el primer tercio del siglo, tuvo lugar un importante avance en Francia, que gradualmente fue extendiéndose a los Estados Unidos.

En Francia, en tiempos de la Revolución y durante la era napoleónica, un grupo de brillantes y consagrados médicos estudió sistemáticamente las relaciones entre el curso clínico y los hallazgos anatómicos *post mortem*. Los conocimientos procedentes de la anatomía patológica fueron puestos en conexión con los hallazgos clínicos y como resultado de ello los investigadores adquirieron una visión de lo que se ha denominado la “historia natural” de muchas enfermedades. Entidades como la tuberculosis y la fiebre tifoidea comenzaron a ser mucho mejor comprendidas. Con los dirigentes de la llamada escuela de París, la medicina francesa cobró gran ímpetu e influyó en todo el mundo médico.

El desarrollo en los Estados Unidos puede dividirse arbitrariamente en cuatro etapas. La primera comprende a aquellos médicos nacidos a finales del siglo XVIII y que llegaron a la madurez en la primera mitad del XIX. La mayor parte de estos facultativos se mantuvieron adeptos a las viejas teorías, aunque alguna que otra vez admitieran algunos conceptos y puntos de vista más modernos; a tal respecto cabe citar específicamente a Samuel Jackson (1787-1872) y a William Horner (1793-1853). En el segundo cuarto del siglo escribió Horner un libro sobre patología que ejerció una modesta influencia.

⁶⁴ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina, Tomo 6: Patología y Medicina Interna. Patología y Clínica en los EE. UU.

Mayor importancia tuvo el excéntrico pero brillante Daniel Drake (1785-1852), el cual comenzó a estudiar medicina como mancebo de botica en Cincinnati que en aquel tiempo constituía la frontera. Más tarde recibió una formación académica metódica en Filadelfia (el centro de la cultura norteamericana) y obtuvo el doctorado en 1816. Gozó de gran fama como profesor y como práctico. Aunque la mayor parte de su vida transcurrió en Ohio y Kentucky, viajó mucho por el Medio Oeste y por el Sur. En 1850 publicó un importante volumen: *On the Principal Diseases of the Interior Valley of North America*, que ofrecía una notable visión de la topografía, meteorología, población, costumbres y enfermedades de Norteamérica y que esclareció notablemente la historia natural de las enfermedades. Analizó diversos aspectos ambientales y la naturaleza fundamental de las enfermedades endémicas, y su aproximación empírico-analítica contribuyó a la comprensión de los procesos morbosos, es decir, al de su patología en sentido amplio.

Pero el desarrollo de la patología americana dependería mucho más de una nueva generación de médicos, nacidos en los primeros años del siglo XIX. Hombres como Samuel Gross, Elisha Bartlett, William Word Gerard, J. B. S. Jackson y Austin Flint contribuyeron a fundamentar la importancia de la patología en la medicina de los Estados Unidos e influyeron en las generaciones sucesivas. En torno a 1850, y gracias a su esfuerzo, se reconoció lo esencial de la disciplina para una formación médica adecuada. Estos hombres, al igual que sus colegas de Francia y Gran Bretaña, comprendieron toda la importancia de la anatomía patológica. Reconocieron la necesidad de establecer una relación entre los signos clínicos y el curso clínico, de una parte, y las alteraciones anatómicas descubiertas en la mesa de autopsias. No sólo fueron médicos prácticos, sino también maestros. En las distintas escuelas médicas (algunas de vida efímera) ostentaron diversos títulos que reflejan el estado de la enseñanza médica de la época; por ejemplo: "Profesor de Patología y Medicina práctica", "Profesor de Anatomía patológica y Materia médica", "Profesor de Instituciones y Práctica de la Medicina", "Profesor de Patología general y Obstetricia".

Una tercera generación de médicos, nacida entre 1840 y 1850, alcanzó la madurez en el último tercio del siglo XIX. Muchos de estos hombres se interesaron ampliamente por la patología, y muy influidos por sus predecesores, dieron a aquella el carácter que conservaría hasta el subsiguiente siglo XX. En este grupo se incluyen hombres como Christian Fenger, Dalafield, Janeway, Pepper, Prudden, Osler y, sobre todo, Welch.

Para comprender este movimiento debemos tener en cuenta ciertas transformaciones importantes acaecidas en la escena médica

Europea. La patología macroscópica en sí, no era ya suficiente, y el liderazgo que habían mantenido Francia y Gran Bretaña comenzaba a tambalearse. Alemania pasó a ocupar un primer plano cuando la patología macroscópica fue complementada por la microscópica. Los progresos se iniciaron sobre la base de estudios microscópicos y experimentos de laboratorio, y no simplemente teniendo en cuenta las relaciones clínico-patológicas macroscópicas. La materia requería estudios especializados, y numerosos jóvenes se trasladaron de América a Alemania y Austria para aprender las difíciles técnicas.

Una nueva orientación comenzó a afectar a los hospitales, que crecían en número y espacio. Especialmente en los hospitales destinados a la enseñanza comenzó a concederse mayor importancia a los exámenes *post mortem*. Su ejecución requería una peculiar capacitación, y pronto fue imponiéndose la necesidad de la especialización. Las oportunidades atrajeron cada vez a más jóvenes que dedicaron mucho tiempo, especialmente en sus años iniciales, a los estudios patológicos. Algunos grandes hospitales nombraron médicos con la misión específica de realizar las autopsias. También recopilaron de forma apropiada los informes y crearon "gabinetes", o museos, de especímenes. Los designados tuvieron además a su cargo los rudimentarios laboratorios clínicos donde se efectuaban las pruebas químicas y otros exámenes especiales.

Hasta mucho más avanzado el siglo, la posición del patólogo no fue considerada un estado profesional estable, sino que los que la ejercían solían tener la medicina clínica (o la cirugía) como profesión permanente. El conocimiento profundo de la patología era de gran valor para la comprensión de la enfermedad. La tradición, todavía válida en la actualidad, de que para llegar a ser un clínico eficiente se requiere un período sustancial de estudios patológicos, quedó establecida a fines del siglo XIX.

La "tercera generación" de médicos estuvo compuesta por figuras eminentes en su profesión. Christian Fenger, por ejemplo, introdujo la patología moderna en Chicago. Nacido en 1840 en Dinamarca, se doctoró en Medicina en Copenhague el año 1865. Estudió cirugía y practicó ampliamente la patología en Europa, parte del tiempo con Rokitansky. En 1878 se trasladó a Chicago, como patólogo en el *Cook County Hospital*. También realizó amplias investigaciones, hecho que constituía una total novedad en el Medio Oeste. Además practicó la cirugía y enseñó esta disciplina en varias de las Escuelas Médicas de Chicago. Sus vastos conocimientos de

patología y diagnóstico constituyeron un factor primordial en sus éxitos clínicos, y su espíritu investigador y métodos científicos contribuyeron a modificar el ambiente médico entero de Chicago.

En Nueva York, en 1863, se doctoró en Medicina Francis Dalafield (1841-1915), quien completó su formación de postgraduado en Londres, París y Berlín, ciudad esta última donde vivió la influencia de Virchow. Al regresar a América dedicó gran parte de su tiempo a la patología, pese a ser, esencialmente, un clínico. Fue anatomopatólogo de hospital, enseñó patología y fundó un laboratorio clínico, además de ser profesor de medicina. En colaboración con T. Mitchell Prudden (1849-1915) escribió un importante libro de texto de patología, que mereció numerosas reediciones. No obstante, siguió siendo un clínico que contribuiría a la fundación de la *Association of American Physicians* en 1886, y asimismo escribió un importante libro sobre diagnóstico físico. Prudden, su coautor, había estudiado patología en Europa y pudo vivir de esta especialidad cuando regresó a los Estados Unidos.

En la misma tradición que Dalafield se encuentra Edward Janeway (1841-1911), que se doctoró en 1864. Se dedicó ampliamente a la patología en el *Bellevue Hospital*, pero además de enseñar esta disciplina también profesó Materia médica y Medicina clínica. Al contrario que muchos de sus colegas, jamás visitó tras su graduación Europa, aprendiendo su patología en las salas y los departamentos de autopsia del Bellevue.

Similar carrera fue la seguida por William Pepper (1843-1898) en Filadelfia. Se doctoró en Medicina en 1864, ejerció como médico interno y patólogo en el Hospital de Pennsylvania y enseñó Anatomía patológica y Medicina clínica. Visitó Europa en 1871, y a su regreso se dedicó a la medicina clínica, laboratorio médico, educación médica y administración.

El más famoso de este grupo fue William Osler (1849-1919), canadiense de nacimiento, que se graduó en McGill en 1872 y pasó dos años en Gran Bretaña, Berlín y Viena estudiando histología, fisiología y patología. A su regreso al Canadá trabajó como patólogo, haciendo de la patología una disciplina importante en la profesión médica. Investigador sagaz y excelente clínico, fue también profesor sobresaliente y tuvo a su cargo la enseñanza de Instituciones de Medicina en la universidad McGill. Pero en 1884 pasó a Filadelfia como profesor de Medicina clínica; su obra en esta ciudad, y posteriormente en la Escuela médica *Johns-Hopkins* (1889-1905), fue sobre todo de clínico y maestro. Mas su interés por la patología conformó su restante actividad médica.

William Welch (1850-1934) se adelantó marcando una nueva dirección: la del patólogo de dedicación plena, totalmente consagrado a la patología, a la investigación y a la enseñanza, sin contacto directo con la medicina clínica. Ayudaba al clínico, pero no ejercía por sí mismo la medicina práctica. Welch se doctoró en 1875, fue durante un año interno, y luego pasó dos años en Europa estudiando patología. Se labró por sus propios méritos una brillante reputación y en 1884 fue nombrado profesor de Patología en el nuevo Hospital *Johns Hopkins*. En este puesto revolucionó el estudio y la enseñanza de la patología e influyó en todos los aspectos de la educación e investigación médicas y de la medicina académica. Fue tan admirable administrador hospitalario como patólogo, maestro e investigador. Él fue el impulso motor que convirtió "el *Hopkins*" en la primera institución en su género y que transformó los conceptos de educación y de práctica médicas. Sus discípulos ocuparon cátedras de Patología en las principales Escuelas de Medicina. Con Welch, el nuevo enfoque científico, que se había ido forjando lentamente en el último tercio del siglo XIX, se trueca espléndida realidad en América.

A comienzos del siglo XX el recién fundado Instituto Rockefeller (en cuya creación desempeñó Welch un papel primordial) dio un gigantesco impulso a la patología y a la medicina experimentales. Muchos de los patólogos más destacados del siglo XX se formaron en esta institución.

En el momento de producirse la Primera Guerra Mundial la patología constituía la principal disciplina académica en los Estados Unidos y una importante fuerza en la práctica de la medicina. Los patólogos de dedicación plena ocupaban cátedras en los mayores hospitales. Florecían asociaciones profesionales de patólogos y muchas revistas publicaban los avances de la patología. Pero los componentes de la generación siguiente, los nacidos en la primera década del siglo XX, se formarían en un ambiente totalmente diferente, y la historia de la patología en los Estados Unidos durante los tercios medio y postrero de esta centuria ofrece unas características de desarrollo muy diferentes.

24. LOS PROGRESOS DEL SIGLO XX ⁶⁵

El desarrollo de los hospitales en el siglo XX ha estado caracterizado por su crecimiento como hongos. Durante ningún período previo hubo un crecimiento de tales proporciones. Los Estados Unidos habían más que duplicado su población desde 1873, pero el número de hospitales había aumentado más de 44 veces. En 1873 había 149

⁶⁵ MacEACHERN, Malcolm Thomas: Hospital Organization and Management; Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas. Capítulo 1. .

hospitales e instituciones similares en los Estados Unidos; la lista publicada en agosto de 1955, mostró 6.970 hospitales con una capacidad de 1:577.691 camas y 97,773 cunas. Los tres factores primariamente responsables por este crecimiento avasallante son el desarrollo de los servicios auxiliares, el progreso de los hospitales sin fines de lucro de los planes de seguro, y la gran confianza del público en el cuidado de los hospitales.

Uno de los destacados ejemplos del uso de los servicios auxiliares es el tratamiento de las enfermedades del metabolismo y nutrición, en los cuales el descubrimiento de las vitaminas y la terapia de extractos glandulares ha jugado una parte importante. Tan temprano como en 1906, Gowland Hopkins había comenzado investigaciones sobre vitaminas. Dos años más tarde Finlay produjo raquitismo experimental por medio de dieta deficiente en vitaminas. Así, a su turno, fue seguido por el descubrimiento de Huldshinsky que el raquitismo podía ser tratado exitosamente con luz ultravioleta. En rápida sucesión vinieron los trabajos de Funk con las vitaminas, el descubrimiento de McCollum de las vitaminas A y B, los trabajos de Goldberger en la prevención de la pelagra, y la irradiación de alimentos y aceites de Steenbock. La introducción por Banting [y Best] de la insulina en 1922, los estudios sobre la anemia descubiertos por Whipple y Robscheit-Robbins, y el extracto de hígado de Minot y Murphy, son otras memorables contribuciones para la ciencia de la nutrición. Estos descubrimientos resultaron en la creación de dos nuevos servicios hospitalarios: la clínica de metabolismo y el departamento de nutrición.

Un paralelismo estrecho con el trabajo en nutrición fue el desarrollo de la organoterapia [opoterapia], como fue ilustrado por la introducción de la tiroxina por Kendall, el aislamiento de la hormona paratiroidea por Collip, y el desarrollo de los extractos ováricos. El hospital es indispensable en muchas formas de dieta y terapia glandular, no porque la administración requiera equipamiento especial, sino porque los tests diagnósticos exactos deben ser hecho antes, durante y después del tratamiento. Los tests metabólicos, los exámenes fluoroscópicos, las pruebas de la función cardíaca, los análisis de sangre, todos requieren aparatos especiales y personal especialmente entrenado.

El comienzo de esta era de ayudas diagnósticas y terapéuticas, tan características del hospital de hoy día, fue marcada por la invención de Eindhoven del electrocardiógrafo en 1903. Poco después llegó el primer aparato de metabolismo basal, luego el test de Wassermann en 1906, y los tests para la función pancreática y para el azúcar urinario en 1908. La invención de la pantalla fluoroscópica [radioscópica] en 1908 y, subsecuentemente, la introducción de las pruebas sanguíneas

y exámenes de numerosas secreciones del cuerpo y excreciones requirieron laboratorios variados y bien equipados. Concurrente con este progreso en el campo de la medicina interna fue la introducción del rádium para el tratamiento de los tumores malignos, el uso incrementado del laboratorio clínico por examen microscópico de los tejidos patológicos, y el desarrollo de los antibióticos. El resultado de estas muy nuevas ayudas diagnósticas y terapéuticas fue la conquista de las enfermedades antiguamente consideradas como incurables, lo cual a su vez resultó en un notable incremento en la confianza del público en la ocupación hospitalaria.

La terapia exitosa en condiciones tales como raquitismo, diabetes y gota fueron grandemente responsables por la creación todavía de otros departamentos hospitalarios. La consulta externa, en la cual los tests diagnósticos y las novedosas facilidades desarrolladas para el tratamiento estuvieron disponibles para el paciente ambulatorio. Un ejemplo excelente de este tipo de servicio preventivo es el centro de detección del cáncer, el cual ha sido organizado en muchos hospitales, principalmente a través de la influencia de la American Cancer Society.

Creciendo con esta dinámica, el hospital agregó un DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL como un corolario natural de la clínica para pacientes externos. Al principio el servicio social fue utilizado principalmente para ver que el privilegio de la atención médica gratuita no fuera abusivo; pero gradualmente se expandió en dos direcciones. Trajo al hospital una clase adicional de pacientes, aquellos que no eran indigentes pero los cuales, a causa de sus bajos ingresos, podrían no tener seguro de tratamiento a menos que fueran ayudados; y también convertirse en colaborar con el médico en trasladarlos para el tratamiento. Así incrementaron los tipos de servicios necesarios en muchos hospitales para atender el crecimiento del número de pacientes, y los hospitales de mayor tamaño para alojar los nuevos departamentos establecidos.

El siglo XX también es caracterizado por el rápido crecimiento en el campo de la EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA. En 1890 había aproximadamente 35 escuelas de entrenamiento de enfermeras en los Estados Unidos. Para 1900 este número había aumentado a 432, pero, infortunadamente, en la mayoría de estas escuelas las estudiantes de enfermería no recibían suficiente instrucción. Las primeras escuelas fueron mantenidas casi exclusivamente por el propósito de asegurar servicios de enfermería de bajo costo. Las tareas de la enfermera fueron a menudo serviles [de baja categoría], sus horarios prolongados, y sus laboratorios y salones de clase fueron casi enteramente carenciados. Las enfermeras mismas habían comenzado a organizarse, sin embargo, y agitarse para reformas educativas. Por

1910, al mismo tiempo que las escuelas de enfermería habían multiplicado a 1.129, se había dado mayor énfasis al entrenamiento y las materias teóricas. Este movimiento fue en gran parte debido al trabajo de organizaciones, tales como la American Nurses Association y la National League of Nursing Education, apoyada por la American Hospital Association y el American College of Surgeons. Con la organización del Comité de Calificación [o certificación] de Escuelas de Enfermería en 1925, este trabajo fue ensanchado en gran forma. Los resultados fueron sentir la existencia de una creciente influencia de estas organizaciones en forma más amplia. La jornada de la enfermera fue acortada; las residencias de las enfermeras fueron planeadas para darles confort y comodidades; el curriculum tiene un balance entre teoría y práctica; y el trabajo está ubicado en un plan profesional. En 1954 había 892 hospitales en los Estados Unidos manteniendo escuelas aprobadas por el estado, y la explotación de las estudiantes de enfermería había sido casi enteramente eliminada. En ese año las estudiantes matriculadas eran 80.335. En 1943 el Cuerpo de Enfermeras Cadetes de los Estados Unidos fue organizado para acicatear el enrolamiento de estudiantes de enfermería en las escuelas de enfermería, para ayudar a superar la escasez debida al alistamiento de nurses graduadas para el servicio militar. En los años recientes esto ha sido un esfuerzo creciente para entrenar enfermeras prácticas y auxiliares de enfermeras para superar la escasez de enfermeras graduadas.

La REFORMA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA comenzó tempranamente en el siglo XX y fue debida casi enteramente a los esfuerzos del Council on Medical Education and Hospitals, que fue establecida en 1905 por la American Medical Association. Inmediatamente después de su organización este consejo comenzó la inspección de las escuelas médicas e informó que 160 en los Estados Unidos, un número mayor que la cantidad total de colegios médicos en todas las otras partes del mundo. Más reprochable que el gran número de escuelas, sin embargo, fue la pobre calidad de su enseñanza. El consejo, estableciendo estándares y calificando las escuelas, trajo la gradual eliminación de las instituciones, a causa de ser en su mayoría no éticas, comerciales y descalificadas, hasta que en 1955 había sólo 75 escuelas médicas de cuatro años aprobadas en los Estados Unidos y 11 en Canadá.

25. UNA REVOLUCIÓN EN LA EDUCACIÓN MÉDICA: EL INFORME DE ABRAHAM FLEXNER

Abraham Flexner (1866-1959) fue un destacado educador estadounidense. Su famoso informe, conocido como Informe Flexner,

es un largo estudio de la educación médica en los Estados Unidos y Canadá, publicado en 1910 bajo los auspicios de la Fundación Carnegie. Descendiente de inmigrantes judíos alemanes, fue el sexto de nueve hermanos y logró graduarse en Estudios Clásicos en la Universidad *Johns Hopkins*. Ejerció como maestro en escuelas preparatorias para el ingreso a la universidad con mucho éxito. En 1898 contrajo matrimonio con Anne Crawford, una ex alumna, que se desempeñó como actriz en Broadway. De su matrimonio tuvo dos hijas, una de ellas, Eleanor, fue una activista social destacada e ingresó al Partido Comunista en 1936. En 1905 Abraham Flexner viajó a Inglaterra y Alemania y a su regreso escribió una obra sobre educación donde atacaba el uso de la conferencia como forma de enseñanza y el aprendizaje de memoria. Este trabajo llamó la atención de H. S. Pritchett, de la Carnegie Foundation, quien lo contrató para hacer un estudio sobre las escuelas de Medicina. Flexner no había estado nunca en una escuela de Medicina. No obstante, se familiarizó rápidamente con la información disponible y realizó un periplo de seis meses en los cuales visitó 155 escuelas de medicina de los Estados Unidos y Canadá, y ejecutó una investigación esencialmente comparativa en cuanto a aspectos tales como cuerpo profesoral y compromiso con la universidad, procedimientos de ingreso, infraestructura, etcétera. Como consecuencia del Informe Flexner, un número significativo de escuelas de Medicina fueron cerradas, mientras otras debieron encarar importantes cambios. Sólo en los Estados Unidos, el número de escuelas de Medicina descendió de 131 a 81 en los doce años posteriores al informe. De las recomendaciones realizadas por él, se destaca un grupo de cinco, las más divulgadas, que fueron aceptadas con relativa facilidad y alcanzaron un grado de generalización sorprendente con las modificaciones locales correspondientes:

- Un currículo de cuatro años.
- Dos años de ciencias de laboratorio (ciencias básicas)
- Dos años de enseñanza clínica en hospitales y servicios clínicos.
- Vinculación de la Escuela de Medicina a la Universidad.
- Adopción de requisitos de ingreso en matemática y ciencias.

Sin embargo, en el informe Flexner existe un conjunto de recomendaciones, cuyo grado de implementación ha sido muy limitado:

- Debe alcanzarse la integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en los cuatro años.
- Debe estimularse el aprendizaje activo.
- Debe limitarse el aprendizaje de memoria mediante conferencias.

- Los estudiantes no deben aprender solamente hechos, sino desarrollar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas.
- Los educadores deben enfatizar que en los médicos, el aprendizaje es una tarea para toda la vida.

Algunos autores, como Regan-Smith sostienen que hay dos razones por las cuales este segundo grupo de recomendaciones no ha recibido la misma atención que el primero:

- Requieren más tiempo y esfuerzo por parte de los profesores.
- Se ha invertido mucho en la “reforma científica” y muy poco en la “reforma educacional de las escuelas de medicina”.⁶⁶

Los aportes de Flexner y su informe influirían decisivamente en la reforma de la Educación Médica y su vinculación a los Hospitales, y tal vez la pérdida de calidad académica en la formación de los futuros profesionales encuentre alguna explicación en el apartamiento de los principios que él señalara. No se puede ignorar el *Informe Flexner*, 100 años después de difundido, a la hora de hablar de los Hospitales, particularmente los vinculados a la formación de Recursos Humanos para la salud. Algunos países del mundo ibero-americano, como Brasil con 174 escuelas de Medicina o España con 35⁶⁷, preocupan al mundo académico y a las organizaciones médicas, por el crecimiento descontrolado y sobre todo ausente de exigencias de calidad de las escuelas que continúan apareciendo. De lo que reafirma el valor de un informe como el realizado una centuria atrás por Flexner.

26. LA PROFESIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES

Un gran estímulo para LA PROFESIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES ha sido el trabajo de la American Hospital Association. Organizada en 1899 como la Asociación de Superintendentes de Hospitales, tomó su nombre actual en 1907 y desde su creación se ha involucrado particularmente con los problemas de la gestión y administración de los hospitales. En 1910 y 1911 la asociación realizó sesiones para administradores y directores de hospital. A través de sus reuniones anuales, publicaciones, servicio de biblioteca y otras actividades ha hecho mucho para promover un grupo de acción en el que había sido un campo desorganizado. Particularmente valiosos han sido sus esfuerzos en la estandarización del equipamiento hospitalario

⁶⁶ VICEDO TOMEY, Agustín: Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Instituto de Ciencias básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”. *Rev Cubana Educ Med Super* 2002; 16 (2): 156-63.

⁶⁷ Informaciones a mayo de 2009.

y de suministros y en fortalecer la adopción de prácticas hospitalarias más eficientes.

La Asociación de Hospitales Católicos de los Estados Unidos y Canadá, organizada en 1915 por el antiguo Reverendo Charles B. Moulinier, S. J., ha sido siempre una fuerza activa en el progreso de los hospitales – en efecto, *Hospital Progress* es el nombre de su revista que ha ayudado a expandir el evangelio del mejor cuidado para el paciente.

La Asociación Americana de Hospitales Protestantes, fundada en 1921, y otras organizaciones de hospitales han hecho de la misma forma importantes contribuciones al desarrollo del hospital moderno.

El crecimiento de una *conciencia hospitalaria* quizá caracterice mejor el progreso del siglo XX en el cuidado del enfermo. Las organizaciones de Hospitales y los trabajadores individuales de hospitales han ingresado en un período de introspección, de calibrar su trabajo en términos de servicio a los pacientes y la comunidad. Ésta es una época en la cual los derechos de los pacientes toman precedencia. Un involucramiento muy activo en establecer esta nueva visión de la función del hospital fue el American College of Surgeons, fundado en 1913 bajo el liderazgo del veterano Dr. Franklin H. Martin, primer director general de la organización. Los miembros del College se comprometen a sí mismos mantener los más altos estándares éticos, y también dirigen sus esfuerzos para mejorar la técnica quirúrgica, resultado de lo cual puede ser acreditado en no pequeño grado la disminución del riesgo de las operaciones quirúrgicas.

Uno de los logros más dramáticos del American College of Surgeons fue el MOVIMIENTO DE ESTANDARDIZACIÓN DE HOSPITALES, comenzado en 1918. Con altos ideales, pero pequeña anticipación a los asombrosos progresos que podrían ser alcanzados, los fundadores se trazaron como meta lo que fuera conocido como “Estándar Mínimo”, una verdadera constitución para hospitales, en el cual fueron asentados en adelante requerimientos para el cuidado apropiado del enfermo. El estándar fue hecho efectivo por una encuesta anual de todos los hospitales que tuvieran 25 o más camas. En 1918, cuando la primera encuesta fue realizada, solamente 89 hospitales en los Estados Unidos y Canadá podían reunir los requerimientos. Treinta y tres años más tarde, al finalizar 1951, a pesar del hecho que el estándar permanecía virtualmente incambiado, 3.352 hospitales de 25 camas y más estaban cumpliendo con los requerimientos del American College of Surgeons y eran, por tanto, incluidos en su lista de aprobados.

Esta fue la lista finalmente aprobada emitida por el College. El 6 de diciembre de 1952, la JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS tomó a su cargo el programá, aceptando como su lista

inicial el listado de hospitales suministrada por el College. Las organizaciones miembros de la Joint Commission son el American College of Physicians, el American College of Surgeons, la American Hospital Association, la American Medical Association y la Canadian Medical Association.

El centro de todos los esfuerzos en Estandarización de Hospitales fue el paciente. Ello fue con el objeto de brindarle a él la mejor atención profesional, científica y humanitaria filosofía con la que el programa entero era conducido y estipulaciones tales como las siguientes se requerían para la aprobación de un hospital: que él tuviera una organización competente, un staff médico ético; que el staff sostuviera conferencias regulares para revisión de su trabajo clínico; que el reparto de las cuotas fuera fijado; que se cuidara que los registros clínicos [las historias clínicas] fueran completos y exactos para todos los pacientes tratados; y que las disponibilidades diagnósticas y terapéuticas fueran adecuadas y estaban proporcionadas, incluyendo el laboratorio clínico, y el departamento de rayos X. El crecimiento de este movimiento fue destacable cuando se recuerda que la aceptación de este estándar fue enteramente voluntaria.

Junto a la historia de la Estandarización de Hospitales aparece el nombre del antiguo Reverendo Charles B. Moulinier, S. J., presidente de la Catholic Hospital Association desde su organización en 1915 hasta su retiro en 1929. Su entusiasmo y activa cooperación en la Estandarización de Hospitales y su capacidad para liderar y genio administrativo llevó, a través de la campaña desplegada en los hospitales Católicos, que fuera particularmente significativa en traer éxito para el programa.

En este emprendimiento el Padre Moulinier tuvo el apoyo de Su Eminencia, James Cardinal Gibbons, quien en enero 11, de 1917, en una carta al secretario general del American College of Surgeons, respaldó el movimiento de Estandarización hospitalaria como sigue:

Es un placer asegurarle mi interés y aprobación para su plan como me fue explicado, para la estandarización de los hospitales de los Estados Unidos. Nosotros haríamos cualquier esfuerzo razonable para alcanzar los más altos niveles de eficiencia posible en cada hospital; y doblar cualquier esfuerzo para alcanzar que tal uniformidad haga por el progreso.

El plan dado promete los mejores resultados en el futuro inmediato, y nos prepara para cualquier contingencia que pueda presentarse, que podría tirar una tremenda carga sobre los hospitales.

Verdaderamente, el movimiento para la Estandarización de Hospitales marcó el que sería registrado como el "período de

mejoramiento hospitalario". No hay trabajadores de hospital enteramente satisfechos de haber dado de sí lo mejor. Ellos están continuamente esforzándose y trabajando por el hospital ideal, un ingrediente cierto del progreso futuro. El esfuerzo cooperativo de la constitución de organizaciones de la Joint Commission on Accreditation of Hospital aseguraría la continuación de influencias espiritualmente edificantes de la Estandarización de Hospitales y el desarrollo de nuevos incentivos y un acicate para el progreso.

Los años siguientes a 1929 serían largamente recordados como unos de los mayores períodos de intentos en la historia de los hospitales. Debido a las condiciones de crisis económica, muchas instituciones encontraron dificultades para mantener sus puertas abiertas. La baja ocupación de camas y el aumento de las cargas de caridad, apareadas con el gradual decrecimiento de los ingresos por donativos y otras fuentes de recursos, trajeron terroríficos apuros para las instituciones privadas. Afortunadamente, sin embargo, muchas crisis económicas trajeron ideas nuevas y medios y métodos de organización de beneficio al género humano. Y así ocurrió con los hospitales durante este período. Las condiciones insatisfactorias condujeron a un más completo auto análisis del desempeño de cada institución, mejores métodos de negociación fueron introducidos, y más atención fue dada a las consideraciones financieras.

Lo más importante, el dilema en el cual todas las instituciones se encontraron en sí mismas y en sus grupos aliados, la realización de valores de cooperación, así que hoy el espíritu de cooperación está vivo como nunca antes existió en la historia de los hospitales. Este espíritu fue la salvación de los hospitales civiles durante los pesados años de la Segunda Guerra Mundial, cuando a través de tales prácticas facilitaron el intercambio de equipamiento y personal clave, lo que fue posible hacerlo más eficientemente. La cooperación mutua en la formación y construcción de políticas ha ayudado a los hospitales en la era de post guerra a reajustar el planeamiento de la defensa civil que reclama su atención ahora.

27. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE ACTUAL

Debe ser mencionado aquí el fino y profundo ANÁLISIS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE que ha llevado a cabo Laín Entralgo. Acaso sea el intento más serio realizado hasta ahora para restablecer lo que se ha denominado "una teoría general de la acción sanadora". Si bien V. von Weizsäcker dice que el rasgo más profundo y característico de la Medicina actual es la *introducción del sujeto* en el pensamiento y quehacer del médico, tal suceso ha sido precedido, según Laín, por la

rebelión del sujeto, manifestada en el aspecto clínico por su exigencia de ser considerado como persona, no como puro objeto tratado técnicamente, en el aspecto social como la conquista del derecho a la asistencia. Convertir un enfermo en objeto, *cosificarle*, es mutilar y degradar la plenitud de su condición humana. La relación debe ser interpersonal, aunque no de manera exclusiva, puesto que el cuerpo y el alma del enfermo tienen que convertirse para el médico en objetos contemplables. La relación médica es una relación en parte interpersonal y en parte objetivante. Considera Laín dos formas intermedias de la vinculación interhumana, el *duo* (dos personas funcionalmente unidas para el logro de una meta situada fuera de ellos), análogo a la *“Weggenossenschaft”* de von Weizsäcker (camaradería itinerante) en la relación terapéutica, y la *cuasi-diada*, que presenta tres especies características de la relación de ayuda: el consejo, la educación y la asistencia médica o ayuda al enfermo a recuperar el hábito psicossomático en que para Laín consiste la salud. Ayuda que tiene un carácter constitutivamente social, ya que los actos diagnósticos, terapéuticos y las obligaciones éticas están socialmente condicionados. La relación médica no puede ser ni pura *objetivación* ni pura *coejecución*. El médico debe convivir con el enfermo, completando sistemáticamente la *objetivación* con la *coejecución* y viceversa, siendo distintas las magnitudes de la coejecución en las enfermedades agudas, neuróticas y crónicas. Mínimas en las primeras, máxima en las segundas, y con un tránsito sistemático de la objetivación a la coejecución y de la coejecución a la objetivación en las enfermedades crónicas. El vínculo propio de la relación médica debe ser el *amor médico*. La amistad médica, que ya consideraron los griegos. En la relación médico-paciente deslinda un *momento afectivo*, un momento *congnotivo*, un *momento operativo* y un *momento ético-religioso*. En el primero, la amistad médica se traduce en buena voluntad de ayuda técnica, y por parte del enfermo en una entrega confiada a la voluntad del médico. En determinados casos, esa amistad se aproxima a la transferencia freudiana; mas para Laín la relación transferencial y la relación amistosa son dos modos de vinculación distintos cualitativamente. La *transferencia* es un fenómeno instintivo; la amistad un fenómeno personal. El modo específico de la amistad del enfermo con el médico es la confianza, en la que se implican tres momentos distintos: confianza mayor o menor con el médico es la confianza, en la que se implican tres momentos distintos: confianza mayor o menor del enfermo en las posibilidades de la Medicina y, por tanto, en el médico en cuanto tal; confianza mayor o menor en el médico que le atiende; confianza mayor o menor en la persona de ese médico en lo que tiene y es como “persona”. La gran confianza en el poder de la Medicina moderna está dando lo que tiene y es como

“persona”. La gran confianza en el poder de la Medicina moderna está dando lugar a la utilización del placebo con fines terapéuticos, sobre lo cual hay una literatura importante. En el momento cognoscitivo de la relación médica, incluye toda la temática de la actitud del enfermo ante el médico, ante su enfermedad y ante su participación en el conocimiento del juicio diagnóstico del médico. El momento operativo representa la acción terapéutica, y en él son tratados minuciosamente los requisitos en que deben inspirarse las prescripciones y consejos, enfocados desde un alto punto de vista, sin olvidar el aspecto de alivio y de consuelo que una buena utilización de la amistad médica vista, sin olvidar el aspecto de alivio y de consuelo que una buena utilización de la amistad médica puede producir.

La Medicina socializada altera la relación médico-paciente. Hay una socialización del enfermo tanto en el orden diagnóstico como en el terapéutico, en la que aumentan las situaciones tensionales entre una Medicina de la “persona” y la organización burocrática para la elección de médico y establecer las condiciones de tiempo y atención para mantener el clima de confianza en que pueda despertarse la “amistad médica”. Por otra parte, el enfermo, en posesión de su derecho a la asistencia, mantiene una actitud frente al médico completamente distinta a la de su misión y menesterosidad, que era la común en el pasado.

Hay en la Medicina socializada, entre otros, un problema fundamental: La adecuada educación del médico y del enfermo. La gran tarea de una educación continuada para la salud a todos los niveles y de una educación del médico para ejercer la Medicina de la comunidad, son imprescindibles. Las Universidades, por una parte, y las grandes Organizaciones burocráticas, así como la Administración Sanitaria, por otra, deben responsabilizarse plenamente ante este problema, cuya intensidad y cuya estructura son distintas en las enfermedades agudas, quirúrgicas o crónicas. Parece necesario realizar en este campo investigaciones más discriminadoras.

28. EL HOSPITAL Y LOS ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS.

Hay que subrayar, por fin, la gran importancia que han adquirido las técnicas sociológicas en los estudios realizados sobre los centros hospitalarios. La asistencia médica se realiza cada vez con mayor frecuencia en los centros hospitalarios, que han ido evolucionando desde ser centros de tipo custodial, verdaderos almacenes de enfermos, hasta constituir la expresión más completa de la asistencia actual. Como dice Wilson, aunque el hospital no fue inventado por el médico, ha sido su criatura durante un largo período de la historia reciente. Las grandes dimensiones y el complicado funcionamiento del

hospital moderno requieren técnicas muy complejas, para conjuntar los problemas de las interrelaciones entre médicos, pacientes, personal paramédico y la Administración. Los problemas son numerosos; y entre ellos, no parece el menor la doble estructura del mando en la dinámica del hospital: la burocracia de la administración y el servicio puramente médico. El papel cambiante del médico en la estructura hospitalaria y la relación entre él y los pacientes dentro de este marco crean graves problemas de organización. Existen normas y expectativas que responden a los diversos modelos culturales y que no son exactamente los mismos en las distintas clases de hospitales. Las pautas de las relaciones de *status*, de roles y comportamientos mutuos están siendo investigados hoy desde multitud de puntos de vista.

Los aspectos psico-sociales de la hospitalización y el ajuste o integración del paciente, o sea su respuesta a la hospitalización, así como la imagen que pueda formarse de la institución que le acoge, son problemas de gran interés. En general, dicen Hollingshead y Duff, el sentimiento del paciente es que si "uno está bastante enfermo", el hospital es el único sitio donde puede ser tratado correctamente. Estos autores establecen tres categorías en la respuesta de los enfermos al ingreso en el hospital: aprensiva, con ansiedad o con temor. Los primeros no localizan su angustia mental en el hospital y lo consideran como un lugar de refugio y tratamiento. Los ansiosos experimentan un sentimiento mixto entre el hospital y su enfermedad: el hospital es el lugar adecuado para el tratamiento de la enfermedad, pero la gente sufre allí y algunos mueren. La tercera categoría es la de los que están asustados al entrar en el hospital. Otro aspecto interesante es la relación del hospital y del enfermo con las familias, que tiene importancia no sólo para determinar el ingreso sino para la ulterior reincorporación del paciente en su grupo social.

El número de temas a tratar es inagotable, pero su estudio es compensador, porque el buen funcionamiento de un hospital, no sólo en sus servicios, sino también en sus relaciones humanas, tiene enormes repercusiones económicas, y su virtualidad terapéutica es mayor en la medida que en él funcionan sistemas de comunicación y una estructura *informal*, capaz tanto de disminuir tensiones como de crear el marco más apropiado para el cumplimiento de sus fines.

29. INSTITUCIONES EN TRANSFORMACIÓN ⁶⁸

La Medicina ha llegado a ser un factor institucional en la vida pública de nuestro tiempo; gravita con peso creciente sobre el

⁶⁸ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina, Tomo 7: Historia y futuro de la Medicina. El Futuro de la Medicina. Instituciones en Transformación.

producto social bruto de los países desarrollados y despierta un interés creciente en los pueblos en desarrollo. Nos limitaremos a reseñar aquí algunos de los campos que en las últimas décadas se han visto en todo el mundo sometidos a un dramático cambio de estructura: la práctica médica, el concepto de hospital y, ante todo, la suerte de la Facultad de Medicina.

Las Facultades de Medicina. Lo que en el siglo XIX pudo parecer tan descomunadamente progresivo – la exuberante estructuración de las diversas especialidades en un abanico cada vez más variado – se nos muestra hoy, al declinar el siglo XX, como un no menos impotente e indestructible bloque que pesa sobre nosotros. Por entonces, no obstante el vertiginoso ritmo, todas las partes de ese bloque mantenían su propia consistencia: la medicina interna y la cirugía, y tras ellas todo el cortejo de especialidades, ginecología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, odontología, dermatología y venereología. Había en el *curriculum* médico de entonces algo que podía parecer una base educativa intemporalmente válida: el conjunto de la anatomía, la fisiología y la bioquímica. Tan juvenil y progresiva era esta base, que el antiguo *Philosophicum* llegó a ser sustituido por un *Physicum*.

Pero al ascender al tercer milenio, intentamos relativizar este proceso, para tender un puente orgánico entre el pensamiento estructural preclínico y el pensamiento funcional clínico. En toda disciplina particular, incluso en la medicina clínica, se ha podido apreciar desde mediados del siglo XX un claro giro hacia la integración; la creación de campos y equipos de investigación interdisciplinarios, más aún, suprafacultativos, ha dado lugar a nuevas combinaciones de especialidades. Ahora bien: por esta vía, las Universidades, cuyo objetivo era orientar la investigación de las ciencias básicas se fueron convirtiendo en escuelas de especialización, a la vez que se hacían notoriamente deficientes las oportunidades de que dispone el médico para mantenerse a la altura exigida por las diversas ciencias. Con todo, la Medicina sigue estando orientada por las Facultades y sus Escuelas de especialización. En los siete siglos de historia de las Facultades de Medicina, es ahora la primera vez que se considera la docencia como auténtica ciencia de la enseñanza *sui generis* que ha hecho saltar, en primer término, la antigua unidad existente entre investigación y docencia, y este proceso está en marcha ya, en toda la línea.

En el cuadro de la educación médica cabe sospechar que serán programados los estudios tocantes a la investigación y a los problemas que plantea la evaluación. La concepción de los medios de promoción y ampliación, se regulará por sí sola, lo cual acarreará consigo un sensacional desarrollo de la "formación permanente". A este respecto,

los planes de enseñanza del futuro habrán de ceñirse a las necesidades de la sociedad. Las medidas de rendimiento de las Facultades sólo fundadas sobre bases científico-naturales, parecen rebasadas hoy; y sin el trabajo de un equipo de psicólogos, sociólogos, pedagogos, representantes de los servicios médicos auxiliares y funcionarios de la asistencia pública, no podrá formarse ni cumplir su cometido el médico del futuro.

Con la incorporación de una psicología y una sociología médicas al *currículum* tradicional, con el desarrollo de las disciplinas ecológicas, la medicina del futuro no será ya un "arte facultativo de curar", ni una "ciencia natural aplicada"; se habrá convertido en ciencia de métodos complejos, estructurada de manera interdisciplinaria y comprensiva desde las básicas especialidades científico-naturales hasta las ciencias humanas y sociales de orientación historiológica. Los conceptos fundamentales del pensar, el saber y el obrar del médico, estarán cada vez más ceñidamente referidos a su trasfondo social y cultural. La medicina llegará a convertirse en modelo de un proceso interdisciplinario de formación integrativa.

Modelos de este género de estudio interdisciplinario con su proyección sobre la docencia y la práctica, con su análisis de los problemas básicos, aplicados incluso a las técnicas curativas, cambiarán rápidamente las convencionales organizaciones para el perfeccionamiento de los graduados; las cuales, por lo demás, conocerán un extraordinario auge. En conexión con esto, aparecerá una nueva forma de literatura científica, que, en el seno de la actual deflagración informativa, impondrá un nuevo y estabilizante factor de cristalización.

30. EL HOSPITAL DEL FUTURO.

En este tercio final del siglo XX estamos asistiendo a un magno proceso de transformación de la institución hospitalaria: los antiguos hospitales del siglo XIX, establecimientos de la beneficencia burguesa, han pasado a convertirse en Centros de Salud de nuestro siglo. La historia de la evolución del moderno régimen hospitalario corresponde a la historia de la respuesta de la medicina al progreso de la moderna práctica terapéutica. En el hospital pueden ser descifradas, no sólo las cambiantes posiciones del paciente, mas también las rápidas variaciones a que están sujetas las necesidades de la sociedad. Pero pese al cambio producido en la conciencia pública, al final de este siglo es todavía lenta la reestructuración de las instituciones asistenciales. El análisis de la situación actual delata de modo impresionante la intrincada complejidad del hospital, con todas sus piezas y todos sus problemas, y a la vez las tendencias que allí entran en conflicto.

Por lo pronto tendrán que cesar las parcelaciones y las divergencias. El progreso técnico y la práctica médica exigen de consuno en este campo una superestructura técnica, una dirección consciente y soberana, una estrategia de gran vuelo, que no se hallan al alcance ni de los titulares de las distintas especialidades, ni de los distintos grupos de interés. Pero es la exigencia económica (precio de las instalaciones, costoso personal) la que sobre todo impone realmente una planificación de gran estilo.

La medicina curativa tradicional se concentra en departamentos de breve asistencia intensiva, altamente especializada, a los que hay que agregar unidades de vigilancia de las más diversas procedencias y de permanencia cambiante. A las estaciones de tránsito con ambulatorios, sanatorios, casas de restablecimiento y hogares de ancianos, se unirán las múltiples unidades de rehabilitación, con vistas a la total resocialización del enfermo. Como quiera que, en un futuro próximo, la enfermería experimentará en los hospitales un brusco incremento, mientras que se intensificará y acortará la permanencia en los mismos, la situación de los pacientes antes del ingreso y después del alta caerá de lleno dentro del común campo visual del médico, el planificador de hospitales y el político social. El cuidado del alta y la atención a las instituciones y organizaciones destinadas a la asistencia y la resocialización, constituirán así el gran problema del hospital en un futuro ya próximo.

31. LA PRÁCTICA DEL PORVENIR

Desde Hipócrates, la Medicina ha sido entendida como una técnica de orientación, previsión y prevención, como una política de la economía fisiológica, atenta al equilibrio, constitutivamente lábil, del organismo. Por ello, el médico fue considerado ya por Hipócrates como un piloto, y Platón le dio el nombre de antropoplasta. Todavía con Paracelso, el médico es el hombre que rige la necesidad.

Esta función servidora del médico no cesó hasta la era de la Ilustración. El siglo XVIII intentó dar al médico una misión social más elevada; la medicina científica del siglo XIX universalizó esta misión; la medicina vendría a ser guía de la humanidad y el médico un experto en la tarea de edificar la sociedad sobre bases fisiológicas. Pero en este brillante desarrollo del estamento médico no han faltado ostensibles fallos, de los que hasta ahora no hemos tenido conciencia. Los avances técnicos han convertido el arte médico en una ciencia ambivalente. El hospitalismo, las lesiones iatrógenas, la alienación del sanador profesional, son por doquier objeto de viva polémica. El hombre hace su propia vida dentro de instituciones en las que el campo de

competencia del médico es cada vez más cerrado. El concepto de la profesión se modifica; los sistemas ético-normativos se relativizan y dan lugar a la aparición de lagunas y de sucedáneos.

Con esta nueva estructura de la sociedad y el consiguiente cambio en la autocomprensión del hombre, pero, sobre todo, con el incremento de los males de la civilización y la pérdida del equilibrio ecológico, *reaparece de súbito en nuestro horizonte el viejo concepto hipocrático del arte médico, que quiso entender al hombre como un todo en el seno de su mundo*; concepto dentro del cual se ordenaría el saber científico-natural acerca de la realidad humana. El quehacer del médico se desenvuelve ahora sobre la amplia base que le permite este modelo, y sobre ella puede afrontar las tareas del mañana.

Las tensiones apenas pueden ser evitadas. En tanto que en los hospitales se impone la biotécnica, en la práctica externa sigue siendo buscado el médico particular. Con ello se hace patente, de una parte, la creciente pérdida de atribuciones, mientras que por otra se observa la creciente demanda hacia el médico de cabecera, el experto en medicina del trabajo, el médico social y el perito en la valoración de la pérdida de capacidad laboral. En directa relación con esto son de mencionar, finalmente, las crecientes tareas exigidas por la realidad misma de la vida: la educación sanitaria, la planificación de los recursos familiares, la entera ordenación de la existencia. Y es que la práctica médica de cada día constituye un excelente indicador, porque el paradigma de la Medicina abarca cada vez un mayor número de zonas de referencia, desde la ciencia aplicada hasta los campos del puro interés social. Sus instituciones engloban el saber, la técnica y la economía de la época, y necesitan ante todo intentar la cabal transposición a la práctica de toda esta densa y compleja trama teórica.

Esperemos que la racionalización de la práctica de la medicina y la educación permanente del médico, así como la automatización de las instituciones, descarguen al médico de su servidumbre a las tareas técnicas y administrativas. Pero esto sólo será factible si logramos rehacer el concepto del servicio del médico ante el enfermo y sabemos poner en marcha un arte de curar bien integrado y de resuelta orientación antropológica.

32. EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ⁶⁹

En todos los terrenos, la sanidad de nuestro tiempo se halla en agitado movimiento: en el campo de las ciencias naturales, por el

⁶⁹ LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina, Tomo 7: Historia y futuro de la Medicina. Evolución de los Servicios Médicos.

creciente acopio de conocimientos acerca del hombre como ser natural; en la psicología, sea ésta la clásica o la profunda, por nuestra más penetrante visión del alma y del inconsciente; en la sociología y antropología, por las innovaciones en el conocimiento de los grupos y del mundo en torno. Ninguna de estas tres esferas puede ser independizada y las tres necesitan un soporte común. Aparte la atención a los recursos asistenciales técnicos, la preocupación por lo humano constituye el centro de toda relación, sea ésta científica o práctica.

CAMBIO DE PANORAMA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. Al declinar el siglo XX, la tradicional prestación del servicio médico se centra en tres diferentes esferas: la práctica médica, la salud pública y, entre una y otra, el hospital, desde el modesto Hôtel Dieu de otro tiempo, hasta los actuales centros sanitarios; los cuales, rebasando con mucho su misión curativa, encierran en sí los cometidos de la prevención y la resocialización, y en muchos aspectos tal vez puedan ser considerados como prototipos de la asistencia en el futuro. Esta medicina social que ya asoma, no gravitará exclusivamente sobre médicos y enfermeras, sino sobre complejos equipos de expertos, que con métodos muy diversos, variables servicios técnicos y heterogéneos cometidos, van a instaurar, independientemente de toda prioridad político-social, una sanidad integrada, en la que estarán comprendidas tanto la asistencia al enfermo como la protección sanitaria de la población en general.

Los servicios médicos, en el sentido clásico de esta expresión, se considerarán entonces caducados. Ya está surgiendo una nueva pléyade de colaboradores sanitarios, distribuidos en un tan ancho abanico de especialidades, desde el técnico biomédico hasta el asistente social, pasando por el "personal médico intermedio", que habrá de exigir una nueva definición de las antiguas profesiones sanitarias y una actualización de los objetivos profesionales perseguidos por las enfermeras, las comadronas, los asistentes médico-técnicos y dietéticos, los terapeutas ocupacionales, los auxiliares de clínica, los logopedas, los cooperadores y visitantes sociales, los ingenieros sanitarios y de hospitales, los asistentes sociales y el personal experto en la asistencia psíquica de los enfermos. A este programa de nuevas "profesiones médico-asistenciales" se añaden los problemas de la extensión médica, las normas tocantes a la promoción y la ampliación de estudios, la previsión de objetivos nuevos y el análisis de los medios para alcanzarlos, para no hablar de las cuestiones que el personal de estos menesteres plantea, ni del consiguiente capítulo de los cálculos financieros.

La medicina del futuro no estará ya constituida por los médicos, sino por un grupo muy complejo de expertos de las profesiones médico-asistenciales. Pero también los propios pacientes tendrán que deponer el arcaico hábito del enfermo unidimensional, para actuar en un diálogo responsable con sus médicos respectivos.

Por curioso modo, las fronteras entre la enfermedad y la salud comienzan a borrarse, con lo cual la tierra de nadie que entre ambas se extiende es cada vez más amplia y corresponde a lo que los antiguos llamaron *corpus neutrum*. Este campo de la "neutralidad", en el que el hombre no está realmente enfermo, pero tampoco enteramente sano, será el escenario donde se desarrollen los dramáticos episodios morbosos propios de la estructura social del porvenir. Cabe prever la confrontación entre una medicina avanzada y una normativa ética, como ya hoy ocurre en los trasplantes de órganos, en la reanimación, en el control de la natalidad, así como en todas las cuestiones de tipo ambiental, y no por último en el control de la mortalidad. Es indudable que en manos de la medicina está el prolongar o abreviar la vida de un hombre. Pero este creciente poder no pasa de ser relativo. El médico puede añadir años a la vida, pero no añadir vida a los años. Con todos los avances técnicos, el médico no será sino un servidor de la naturaleza, en su cuidado del hombre enfermo.

Pero es en el área de los servicios públicos donde las prestaciones asistenciales exigen sobre todo una amplia diferenciación y una integración creciente. En sustitución de las estructuras monolíticas de la gran familia, la plena ocupación profesional y la estabilidad de los grupos en que se ordenan las edades de la vida, hacen ahora su aparición múltiples procesos, que se exteriorizan en el cambio del panorama de las enfermedades, en la nivelación de las edades, en el progresivo ensanchamiento de ese dominio intermedio entre la salud y la enfermedad. La sociedad pluralista conduce a un directo y amplio derribo de muchas tradiciones, entre ellas una educación sanitaria sólo garantizada por la familia, la escuela y la Iglesia. Los servicios de salud de orden primario son sustituidos por determinados recursos, en grado creciente extraídos de los servicios del sector terciario, con lo cual la creación de un campo antropológico dentro de la esfera de la prestación del servicio médico puede acaso parecer la más difícil de las tareas con que hemos de enfrentarnos en el futuro.

Esta nueva sanidad de orientación antropológica, encierra un núcleo científico; pero en torno a éste hay un poderoso complejo social. El Estado y la Universidad tendrán que anclar su natural función de puente entre el individuo y la sociedad en una estructura de carácter

orgánico. Surgen ahora en todo el mundo centros nacionales de sanidad, en los cuales los servicios médicos, técnicos y sociales no pasan de ser elementos de una unidad no más que aparente. La unidad que constituyen la medicina y la profesión médica sólo podrá ser mantenida a condición de que toda especialización sea sometida a un proceso de integración, el cual, a su vez, debe tener como premisa una nueva formulación del concepto de la dirección y la normativa médicas. En la Historia de la Medicina, cada una de sus épocas ha tenido que definir de nuevo lo que el médico es en realidad y en qué consiste la preocupación por la cultura humana, en la medida en que ésta se halla vinculada a la conservación de la salud.

* * * * *