

Tema I

La historia del desarrollo de la medicina como ciencia sociobiológica. Momentos trascendentales

Introducción

La profesión médica ha adoptado, en cada época histórica determinada, rasgos que han expresado, a fin de cuentas, la actitud que ha asumido la sociedad hacia el hombre y su cuerpo y la valoración que ha hecho de su salud y de la enfermedad.

Desde la más remota antigüedad, el propósito de la medicina ha sido siempre el curar las enfermedades y, en ciertos casos eventuales, el prevenirla. De manera que el ejercicio de la profesión médica ha entrañado siempre una vocación de servicio y, por lo tanto, ha demandado del médico la necesidad de cultivar determinadas cualidades estrechamente relacionadas con esta vocación:

1. Estar dispuesto siempre a ayudar a otro.
2. Conocimientos necesarios y suficientes acerca del origen y naturaleza de las enfermedades, así como de sus principales características.
3. Habilidades y destrezas para ejercer la curación.

No obstante lo anterior, común a lo largo de la historia, el modelo ideal del médico ha variado considerablemente de un período a otro, en dependencia de cómo la sociedad se ha estructurado en cada época histórica y, muy especialmente, de cómo la sociedad ha manifestado su concepción general del mundo.

De ahí que la medicina primitiva, al tratar de explicar las enfermedades adoptara una explicación mítico-mágica, y recurriera a las malas intenciones de alguien que quería hacerle mal al paciente, o aceptara que la enfermedad era un castigo al paciente pecador. De manera que la solución era una terapia mágica o religiosa, para eliminar el mal, aplacar a la deidad ofendida o expulsar al demonio. Por tal razón, el médico de la sociedad primitiva tenía que ser médico, sacerdote y brujo.

En esos tiempos remotos de la humanidad, el médico-sacerdote-brujo trataba al hombre enfermo como un todo, atendía al cuerpo y al alma. En la mayoría de las ocasiones no podía discernir dónde terminaba el mal de uno y comenzaba el de la otra. La materia y el espíritu del hombre formaban una sola unidad y, en esa totalidad debía ser tratado.

La medicina en el mundo antiguo

En las antiguas civilizaciones mesopotámicas,¹ el pueblo vivía en un mundo en el que lo sobrenatural era omnipresente y todopoderoso, y cada acontecimiento alarmante en el campo de la naturaleza representaba un presagio especial enviado para servir de advertencia o de estímulo. Como se trataba de una civilización de carácter enteramente religioso, las prácticas curativas tenían también ese carácter.

En Mesopotamia, se sucedieron 3 grandes civilizaciones: Sumer, Babilonia y Asiria. Cada una de ellas alcanzó determinado grado de desarrollo en el campo de las artes curativas.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Sumer (4 000 años a.n.e.): | <ul style="list-style-type: none">- Sistema alcantarillados.- Cuchillos de cobre (cirugía)- Libros con descripción de enfermedades y su terapéutica. |
| Babilonia (2 000 años a.n.e.) | <ul style="list-style-type: none">- Primera legislación organizando ejercicio medicina.- Aislamiento enfermedades contagiosas. |
| Asiria (1 000 años a.n.e.) | <ul style="list-style-type: none">- Cirugía (consecuencia de ser pueblo guerrero)- Disección de animales (desarrollo anatomía) |

En **Babilonia**, los médicos eran sacerdotes. Toda vez que el médico podía interpretar los augurios de las deidades ofendidas a través de los signos y síntomas de las enfermedades y aplicar los exorcismos necesarios para hacerlas salir del cuerpo del paciente, y al aplicar sus conocimientos sobre venenos y otras fuerzas químicas, físicas y biológicas, se consideraba al médico como un hombre de gran poder y, en este sentido, la sociedad se percataba de la necesidad de protegerse de los abusos posibles con el establecimiento de normas reguladoras de sus conductas.

Una de las primeras disposiciones en este sentido están contenidas en el *Código de Hammurabi* (año 2 000 a.n.e.), donde aparecen incluso las tarifas a pagar por los servicios médicos, las cuales estaban en dependencia de la posición social del enfermo. Además, se le reconocía su responsabilidad en el ejercicio de sus funciones, y llegaba a sancionar a un cirujano con la pérdida de la mano, si el paciente fallecía.

Por su parte, los orígenes de la higiene están vinculados, también, más a preceptos y consideraciones religiosas que médicas. Ello fue objeto de interés por las más antiguas civilizaciones orientales. En la propia Babilonia, por ejemplo, se consideraba de mala suerte los días 7, 14, 21 y 28, por lo cual no se trabajaba en tales días. Los judíos adoptaron esta costumbre de los babilónicos; pero le añadieron un significado ético: lo declararon el día del Señor, por lo que fue dedicado al descanso y la oración. Esta práctica, unida a la de garantizar la expresión exterior de la limpieza espiritual con la que se debía entrar al templo para orar al Señor, tal y como aparece en el Levítico, fue imitada por las religiones cristianas e islámicas. De todas formas, estas

¹ Walker, Kenneth. *Historia de la Medicina*. Editorial Critza. Barcelona, 1966.

consideraciones religiosas que fueron fuertemente defendidas por la Ley Mosaica, ayudaron a promover la higiene entre los individuos y sus comunidades, especialmente en épocas de epidemias.

Otras antiguas civilizaciones, tales como Egipto, China e India,² también realizaron aportes al desarrollo de las artes curativas, tal y como puede apreciarse a continuación:

EGIPTO	CHINA	INDIA
Imhotep	Entre clase dominante	Higiene muy desarrollada
Especialización	“El Gran Herbario”	
Higiene sup. Edad M.	Cirugía torácica y abdom.	Descripción síntomas inflamación
Apenas elementos relig.	Vacuna antivariólica	
Primeras Esc. medicina	Relación peste-ratas	Extirpación cálculos en templos de Imhotep
	Rel. contracc. corazón-mov. sangre	Cirugía estética de la nariz
	Acupuntura	Procedim. obstétricos (Versiones cefálicas y Podálicas) Cesárea

En la antigua civilización egipcia, en sus inicios, el sacerdote y el médico estaban reunidos en una misma persona. Sólo en las dinastías más recientes los médicos pertenecían a la clase de los escribas, aunque también solían ser sacerdotes; pero no estrictamente como en Babilonia. Los médicos egipcios recibían su formación en escuelas dependientes de la corte faraónica, las cancillerías o los templos. Dentro de estos últimos se destacan los dedicados al Dios de la Medicina, *Imhotep*, quien había sido un gran erudito y arquitecto, en tiempos del rey Doser, y que fuera más tarde divinizado.

Los papiros encontrados por *Ebers* y *Smith* prueban fehacientemente que los egipcios conocían ya maniobras aún actuales, para el diagnóstico clínico y el tratamiento de muchas enfermedades. Es en Egipto donde se encuentran, por primera vez, referencias al tratamiento psicosomático de las enfermedades. El hombre era tratado como un todo.

En la China la práctica médica la ejercían los emperadores y sus conocimientos se trasmitían de padres a hijos. El primer médico citado en la literatura china es el emperador *Chen Nung* (3 000 años a.n.e.), China fue uno de los grandes centros de enseñanza de la medicina en la antigüedad.

En la India, también estaba vinculada la medicina a la religión y sus prácticas, aunque los médicos no pertenecían a la casta de los brahmanes por considerarlos impuros. En los libros sagrados, especialmente el *Ayurveda*, se encuentran los conocimientos de la práctica médica que se acumularon en esa antigua civilización.

² Herreman, Rogelio. Historia de la Medicina. Editorial Trillas. México, 1987.

En la Grecia y Roma antiguas,³ la medicina también adoptó las características propias del desarrollo general alcanzado por estas civilizaciones.

GRECIA

Esculapio (en sus templos, Asclepiades:
Escuela de medicina)

Escuelas laicas: Cnido (S VII) diagnóstico
Cos (S VI) pronóstico
Crotona (S VII) disección
de animales y
descubrimientos
anatómicos

Hipócrates (Esc. Cos) Juramento y Aforismos
Escuela propia. Alumnos
en toda Grecia

ROMA

Ideas teístas (dioses de las enfermedades y funciones del organismo humano)

Mucho interés higiene (cloaca máxima), primeros acueductos y cementerios fuera de ciudades.
Regulación conducta médica
Sanidad Militar
Primeros hospitales
Galeno (más anátomo-fisiólogo)
Más de 500 obras

En la Grecia Antigua, la leyenda contaba que Asclepio había sido extraído del útero de su madre por Apolo, quien la mató con uno de sus rayos. El niño fue llevado a la cueva del centauro Quirón, quien le enseñó las cualidades medicinales de las plantas y muchos conjuros mágicos, se convirtió así en un gran médico que curó a muchos enfermos e incluso resucitó a algunos muertos. Ante tal osadía, Zeus, el padre de todos los dioses del Olimpo, lo castigó con su rayo divino.

A partir de ahí, Asclepio fue adorado en numerosos templos y se dice que sus sacerdotes, los Asclepiades, fueron los primeros médicos griegos; pero esto no es realmente así, ya que el verdadero arte de curar fue practicado en las escuelas de los filósofos presocráticos, cuya más alta expresión es la Escuela de Cos, donde ejercía Hipócrates. Los médicos hipocráticos se llamaron también Asclepiades, pues se organizaron en una especie de gremio que adoptó como patrón a Asclepio. Eran más bien artesanos que aprendían el arte de curar como aprendices de otros médicos y, como todos los artesanos, viajaban mucho y practicaban su arte durante sus múltiples viajes. El "iatreion" o consulta del médico estaba abierto a todo el mundo y los problemas de salud de los pacientes eran discutidos públicamente.

Dentro de todos los artesanos, el médico ocupaba una posición estimada gracias a la actitud que asumían los griegos frente al cuerpo humano y su concepto de belleza, que abarcaba lo sano y lo perfecto, por lo que la salud era considerada como el mayor bien y, por el contrario, la enfermedad era asumida como una maldición, pues al apartar al hombre del ideal de perfección lo convertía en un ser inferior.

Los griegos, que consideraban a la salud como el mayor de sus bienes, puesto que su ideal era el hombre perfectamente equilibrado, física y mentalmente, sano y hermoso, hacían del ideal higiénico parte de su ideal estético.

³ Walker, K. Obra citada.

En Roma, los primeros médicos eran esclavos, con conocimientos muy primitivos. A partir del siglo IV a.n.e. comenzaron a llegar a Roma médicos griegos, en su mayoría aventureros que despertaron al principio gran oposición; pero que después fueron cada vez más estimados, al reconocerles sus mayores conocimientos. Por otra parte, las múltiples guerras de expansión que provocó el Imperio Romano hicieron necesaria la participación de un mayor número de médicos, especialmente cirujanos, que marcharan con las tropas. De ahí que Julio César, en el año 46 a.n.e. ofreciera a todos los médicos griegos, que habían nacido libres, la ciudadanía romana.

Otros privilegios fueron otorgados a los médicos a lo largo de los años, por lo que, ante la tentación de muchas personas que aspiraban a llamarse “médicos” para recibir esos privilegios se hizo necesaria la imposición de alguna restricción. Este *vale doctis* o licencia para ejercer, que protegía los derechos de los médicos realmente competentes, se otorgaba sólo a aquéllos que demostraban poseer los conocimientos requeridos para ejercer la profesión.

Muchas familias romanas elegían un médico para que atendiera a todos sus miembros en caso de enfermedad. Este médico de familia debía tratar a toda la familia durante un año y a cambio de esa atención le pagaban un salario anual. Los médicos del Imperio Romano sostenían el concepto galénico de que diagnosticaban para curar, para saber y también para brillar y les interesaba la relación entre el *phýsis* del paciente y de la enfermedad.

Nada nuevo se aportó en el imperio, hasta después, en la era del cristianismo. Corresponde, sin embargo, a los romanos el mérito de haber desarrollado la salud pública. Sólo la fortaleza, unidad y estabilidad alcanzada por el Imperio Romano hizo posible una organización sanitaria efectiva. Desde los tiempos de los primeros 7 reyes romanos, se dictaron leyes que disponían el enterramiento de los cadáveres fuera de la ciudad. Las ruinas de la Cloaca Máxima y los 11 acueductos que distribuían el agua por la ciudad son mudo testigo de los niveles higiénicos alcanzados por los romanos.

Otras 2 grandes innovaciones,⁴ que tendrían una importante repercusión posterior, aportaron los romanos. La primera de ellas fue el hospital, durante el siglo III a.n.e., que, según la leyenda, fue construido a instancias de las autoridades civiles para enfrentar una epidemia; pero su propagación durante el imperio se debió al ejército romano. Fueron creados hospitales militares que se movían junto a las tropas. Más tarde, las autoridades abrirían, en la propia Roma, las “Valetudinarias” o enfermerías para la atención de civiles indigentes. Algunos descubrimientos arqueológicos recientes han hecho suponer que las casas de los médicos podrían haber servido de “clínicas privadas” para la atención de los enfermos ricos.

La medicina medieval

Durante la Edad Media (siglos V al XV), coexistieron 3 grandes culturas mediterráneas: Europa Occidental, el Imperio Bizantino y los Califatos Árabes. Estos

⁴ Walker, Kenneth. *Obra citada*.

últimos se distinguieron en el campo de las ciencias y, muy especialmente, en la medicina.⁵

En Europa Occidental existieron numerosos reinos en los territorios que hoy ocupan Inglaterra, Francia, Suiza, Italia, España, Alemania, Austria y Polonia (en la Alta Edad Media, comprendida entre los siglos v al xi, se produce una decadencia profunda de la economía, la cultura y las ciencias. En la Baja Edad Media, siglos xii al xv, se inicia un auge económico. La iglesia católica es el elemento político más poderoso, después del Cisma Griego. El tomismo será su filosofía y el Santo Oficio de la Inquisición, su instrumento).

En el Imperio Bizantino (Imperio Romano de oriente) se conjugaron la cultura griega, la religión cristiana y el derecho romano. Fue centro cultural y económico durante varios siglos. Conservaron centros viejos de la ciencia antigua (Atenas, Alejandría, Beyruth y Gaza) y dieron origen a otros nuevos como Constantinopla, capital del imperio. En el siglo x Bizancio era el lugar más culto del mundo.

Los Califatos Árabes desarrollaron una cultura propia desde el siglo vii. Traducen al árabe la literatura grecolatina y difunden libros copiados a mano. El Corán reconoce 2 ciencias: la teología y la medicina y ésta superior a la filosofía. En el Imperio Musulmán se distinguieron 2 califatos: Bagdad (siglos viii y ix) y el de Córdoba (siglo x). En el siglo xiii comenzó la desintegración política y cultural del imperio.

Las características generales de la práctica médica en las 3 grandes culturas mediterráneas en la edad media pudieran sintetizarse de la forma siguiente:

En Europa Occidental:

- Pobre bagaje médico.
- Marcado retroceso en la terapéutica y la cirugía.
- Fundación de 2 hospitales, sin influencia religiosa, en Lyon (siglo vi) y París (siglo vii).
- En la Baja Edad Media, el clero, clase instruida, conserva conocimientos científicos, aunque aplicaba el método escolástico.
- A partir siglo xii, rescate de la cultura clásica a través de las traducciones de los textos árabes.
- Las universidades se convierten en centros de medicina (las más progresistas: Salerno, Montpellier, Boloña y Padua).
- Mayor desarrollo de la cirugía, debido a las Cruzadas, a pesar de autopsias escasas.
- Alta morbilidad y mortalidad, debido a las epidemias.
- Cobran auge los hospitales de Lyon y París.

En el Imperio Bizantino:

- Conocían bien las obras de los médicos antiguos de Grecia y Roma.
- En el siglo ix se organizó una escuela superior.
- Se crearon hospitales y farmacias civiles.

⁵ Herremann, R. *Obra citada*.

En los Califatos Árabes:

- Dieron valiosos aportes al surgimiento del hospital moderno.
- Organizaron el ejercicio de la medicina: expedición de títulos.
- El médico considerado como sabio o filósofo-médico.
- Prohibición de disecciones por motivos religiosos.
- Postura galénica (humores y potencias) en la interpretación de la enfermedad.
- Ordenamiento rígido en la terapéutica (iniciar con medidas higiénicas y dietéticas, dependiendo de factores propios de la enfermedad y del medio ambiente; en caso de fracaso, recurrir a la farmacoterapia y, finalmente, la cirugía, sumamente desarrollada, en los casos refractarios a las medidas anteriores).
- Control estatal del ejercicio médico.
- Escuelas de medicina junto a las mezquitas.
- Educación médica teórica y práctica.
- A partir del año 931, examen profesional para ejercer la medicina y también exámenes para las distintas especialidades.
- Los sirios, fundadores de grandes hospitales (Siria) y escuelas, desde el siglo IV. Más tarde El Cairo (siglo VI) y Damasco (siglo VIII).
- Tras los hospitales, surgieron las farmacias, con gran desarrollo de la química.
- Construcciones de hospitales especializados para determinadas enfermedades (Bagdad, año 786, primer manicomio) y hospitales ambulantes con carácter militar.

Entre las figuras relevantes de la medicina árabe, que tuvieron repercusión universal, están:

- Rhamsés, de Bagdad: - Cultivó magistralmente la clínica.
- Autor de 2 obras enciclopédicas y diversos tratados.
- Avenzoar, de Granada: - Cuestiona la anatomía de Galeno.
- Escribe sobre los alimentos y la dieta.
- Descubre la causa de la sarna.
- Averroes: - Se mantendrá vigente durante muchos años gracias a su obra más conocida, *Kitab el Coliyat o Libro Universal de la Medicina*, libro fundamentalmente galénico y aristotélico.
- Avicena, de Persia: - Autor del *Canon de la Ciencia Médica*, obra no sólo de recopilación sino con gran contribución del autor.
- Aportó el uso de las suturas y el opio.
- Abulcasim, de Córdoba: - Su obra, el *Vade Mecum* de cirugía, constituye uno de los clásicos hasta el siglo XVIII.

Entre tanto, en la Europa Occidental del Medioevo, en la que prevaleció el poder económico y político, además de religioso, del cristianismo, se produjo un cambio ostensible de la posición del médico y del individuo enfermo. En contraste con las religiones politeístas de la antigüedad que se centraban en los individuos puros y perfectos, el cristianismo centraba su atención en los enfermos, los débiles, los paralíticos, tal y como lo había hecho Jesús de Galilea.

Mientras que en las antiguas civilizaciones mesopotámicas la enfermedad era considerada como castigo del pecado, y en la civilización grecorromana como causa de inferioridad, en el cristianismo la enfermedad era símbolo de una vía para la purificación y gracia divinas.

Aunque el hospital surgió en el Imperio Romano, como una necesidad de la sanidad militar, y después se encuentra en los Califatos Árabes, específicamente en Siria, en el siglo IV, y más tarde en el Imperio Bizantino, realmente su extensión ocurrió en la Europa medieval durante el cristianismo. Se erigieron muchos hospitales y los conventos y monasterios dedicaron especial atención al cuidado de los enfermos. Al principio se trató de imitar a Cristo, que curaba sin droga; pero a partir del siglo VI, en tiempos de Teodorico, su propio canciller tenía libros de medicina y pronto los monjes benedictinos imitaron su ejemplo. Así, pronto los monasterios, que ya disponían de piezas especiales para atender enfermos, se convirtieron, además, en centros de estudios de medicina. Esto no impidió la fundación de hospitales sin influencia religiosa en el propio siglo VI (Lyon) y VII (París), que alcanzarían su verdadero auge en el siglo XII.

Toda vez que los médicos europeos de la Edad Media pertenecían, en su mayoría, al clero, sus patrones de conducta moral eran fijados por la propia iglesia. Ello continuó así, incluso cuando muchos laicos ingresaron también a estudiar medicina ya que, en definitiva, médicos y pacientes eran cristianos, porque cristiana era la Santa Iglesia Católica, Apostólica y Romana, que era dueña de la mayor parte de las riquezas, gracias al cobro de la décima parte (diezmo) de las riquezas individuales de todos los integrantes de la nobleza, y, por tanto, dictaba también, en última instancia, la política y la ética. Tomás de Aquino sería el filósofo del catolicismo. De su filosofía se desprendería la ética y la enseñanza escolástica.

De esta forma la iglesia dictaminó que era deber del enfermo consultar un médico; quien eludía el tratamiento, que le podía hacer recuperar la salud o prolongar la vida, se dañaba a sí mismo y era una suerte de suicidio, lo cual constituía un pecado, toda vez que la vida era otorgada por Dios y sólo Dios tenía facultad de quitarla.

Dentro de las prohibiciones de la iglesia estaba el consultar un médico judío o árabe; pero esta disposición no tuvo posibilidades de ser fielmente cumplida, ya que la superioridad profesional de estos médicos era incuestionable y muchos cristianos hacían uso de sus servicios.

Las regulaciones de la conducta moral de los médicos establecida por la iglesia⁶ abarcaba fundamentalmente los siguientes aspectos:

- Obligación de tratar a todos los enfermos, incluyendo los incurables (esto contrastaba con la ética de las civilizaciones orientales y grecorromanas, cuyos médicos

⁶ Sigerist, Henry E. *Historia y Sociología de la Medicina. Selecciones*. Molina, Gustavo. Editor. Bogotá, 1974.

consideraban una falta de ética atender a un paciente que no podía beneficiarse en modo alguno con sus servicios).

- Obligación de curar gratuitamente a los enfermos pobres y, si fuere necesario, regalarles los medicamentos.
- Obligación de responder por las consecuencias de sus actuaciones.
- Obligación de respetar las tradiciones.

Comoquiera que la Iglesia no aprobaba enteramente que sus ministros practicaran la medicina, al atender a que era un arte absolutamente terrenal y que, especialmente en el caso de la cirugía podía hacer responsable al sacerdote-médico de la muerte de un paciente, a partir de 1131 se aprueban edictos que restringen el trabajo médico entre los clérigos. El IV Concilio de Letrán, celebrado en 1215, prohibió a los sacerdotes el participar en cualquier acto quirúrgico, por lo que, a partir de ese momento, los cirujanos, cada vez más, fueron laicos.

En el siglo X surge en Salerno, Italia, una escuela médica, la primera facultad médica del mundo occidental, cuyo florecimiento ocurre en el siglo XII, como consecuencia del impacto producido por las nuevas traducciones de libros médicos árabes al latín. Es ésta una escuela no fundada por la Iglesia y sus médicos podían ser clérigos o laicos. En 1224, el Emperador Federico II publicó decretos sobre las condiciones médicas del imperio y una ley que regulaba estrictamente la práctica de la medicina. El derecho a ejercer la medicina dependió, a partir de ese momento, del cumplimiento de determinados requisitos. El curriculum de estudios comprendía 3 años de filosofía, 5 de medicina y 1 de práctica. Al final de los estudios el candidato debía aprobar un examen en Salerno, y entonces se le extendía una licencia para ejercer. Esto constituyó, evidentemente, un gran avance en la regulación del ejercicio médico; sin embargo es preciso recordar que en el Imperio Bizantino, ya desde el siglo X, se expedían títulos a quienes cursaban los estudios de medicina.

Durante los siglos XII y XIII nuevas traducciones de libros médicos del árabe al latín ocuparon la atención de las universidades, las cuales debían interpretar y asimilar la nueva literatura. El método seleccionado fue la dialéctica aristotélica y su resultado fue el escolasticismo, tanto en Oriente como en Occidente. La educación médica era puramente teórica.

En el siglo XIII se aprecia una cirugía altamente desarrollada, especialmente en Italia (Salerno), toda vez que los cirujanos se formaban en las universidades, donde existían numerosos textos; no como en otros lugares de Europa, en los cuales los cirujanos seguían siendo artesanos que apenas sabían leer y escribir, y que transmitían oralmente sus conocimientos de padres a hijos y de maestros a discípulos. En esos lugares los cirujanos, al igual que otros artesanos, estaban organizados en gremios o corporaciones. Muchos eran barberos y en los países germanos eran también encargados de los baños. Su campo de actuación estaba restringido al tratamiento de las heridas y la cirugía menor.

Al declinar la Universidad de Salerno en este siglo (su mayor auge se había producido en el siglo XI), surgen las de Montpellier, en Francia, y la de Padua, en Italia. Esta última fue fundada por hombres de ciencia que habían huido de las regiones que dominaba el Papa, y de España, debido a las persecuciones de la reacción de la Iglesia católica.

En cuanto a la Universidad de Montpellier, es preciso destacar que en ella se produce la primera disección humana; se describió la nosología de las enfermedades contagiosas y comenzaron los estudios de Anatomía como asignatura, por lo que deviene el primer centro universitario de enseñanza médica en Europa y el mundo. Es a partir de este momento en que se separan nuevamente la Medicina y la Cirugía. Sin embargo, el renombre de esta universidad fue muy corto y la fama se trasladó entonces a las de París y Padua.

A comienzos de ese propio siglo XIII se fundan en París los colegios San Cosme y San Damián, cuyos miembros se dividían en 2 categorías: los cirujanos de capa larga (algunos de ellos eran clérigos) y los de capa corta.

Si bien al principio de la Edad Media la higiene fue algo abandonada gracias a la contraposición de alma y cuerpo que caracterizó al cristianismo, en el que lo fundamental era la primera, a fines de la época medieval se logró una cierta reconciliación con los criterios antiguos de limpieza externa e interna y así, se construyeron baños públicos y se daban consejos de higiene.

La posición social del médico fue poco a poco consolidándose. Cada vez más los pacientes establecían una relación de dependencia, ésta se extendía incluso a la familia del enfermo. Varios factores han influido decisivamente a esta evolución del ascendiente médico sobre sus pacientes; pero, indudablemente, el examen asumió un rol relevante.⁷ Éste combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza, al propio tiempo que establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se les diferencia y se les sanciona. En el examen vienen a unirse la ceremonia del poder y la forma de la experiencia, el despliegue de la fuerza y el establecimiento de la verdad. La superposición de las relaciones de poder y de las relaciones de saber adquieren en el examen toda su notoriedad visible.

La medicina en el Renacimiento

El sistema feudal es reemplazado en numerosos países por la aparición paulatina de estados nacionales; asimismo, existe un importante crecimiento demográfico con una afirmación de los centros urbanos y el consiguiente desarrollo de la burguesía. Se instala el mercantilismo y florece el comercio, al tiempo que los artesanos se organizan en gremios. Los descubrimientos geográficos se suceden constantemente. Se produce una crisis religiosa: la iglesia católica, apostólica y romana sufre profundas divisiones (reformas anglicana, calvinista y luterana) que repercuten en la sociedad de la época.

En filosofía, el humanismo, contrario al aristotelismo escolástico, emancipa al hombre y le ofrece posibilidades creativas como nunca antes. No es, pues, de extrañar que la ciencia y la técnica disfruten de un auge sin precedentes. Numerosos descubrimientos inician la escalada científica y técnica de la humanidad. No obstante, la enseñanza universitaria de la medicina conserva aún los patrones aristotélicos clásicos y es, en esencia, teórica; la clínica se imparte, en forma muy irregular, en los hospitales. No es hasta un poco más tarde, aunque como consecuencia de la impronta renacentista, que varios acontecimientos permitieron el proceso de secularización de

⁷ Foucault, Michel. *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores. Madrid, 1998.

la medicina. En primer lugar está el Humanismo. El hombre del siglo xv vuelve a considerar al hombre como centro de su atención, tanto en las artes, como en otras actividades de su quehacer, incluyendo, por supuesto, a la medicina. La invención de la imprenta permitió que el conocimiento saliera de los monasterios y se diseminara de una latitud a otra. Por su parte, el descubrimiento de América posibilitó el intercambio con otras culturas y a partir de ahí el conocimiento y uso de otros procedimientos terapéuticos, incluyendo plantas medicinales hasta ese momento desconocidas. La reforma protestante contribuyó decisivamente al rompimiento de la concepción mágico-religiosa propia del tomismo, que hasta ese momento frenaba a la ciencia, y pudo así surgir la ciencia moderna, que se fue liberando, cada vez con más fuerza, de los últimos reductos de esa sujeción.

La llegada del Renacimiento, que revive los ideales griegos, centra su ideal moral en la humanidad y tiende a desarrollar la calidad mental del individuo, desestima, sin embargo, la higiene del cuerpo mismo, de modo que las condiciones sanitarias fueron precarias aun durante varios siglos.

Con el advenimiento del capitalismo la condición del médico, como hombre estudioso, con una vocación de servicio hacia sus semejantes y obligaciones hacia Dios, se transforma en un medio de ganarse la vida. Los médicos pertenecían cada vez más a las clases medias, de manera que resultaba un alto privilegio el que sus servicios fueran contratados en forma permanente por una persona de alto rango. Este era el caso del rey y su corte, de la nobleza en general y de las altas dignidades eclesiásticas. En otros países, de corte más democrático, como Suiza, por ejemplo, el médico podía ser contratado por una familia o grupo de familias. De tal modo, el médico de familia pasa a ser la forma más democrática del médico de cámara.

A partir del siglo xvi se desarrollan las sociedades médicas, que han subsistido hasta la actualidad, con una gran influencia en la mayoría de los países. Estas instituciones permitirían, desde los mismos momentos de la emergencia de la ciencia moderna, el intercambio científico entre los médicos de distintos lugares del mundo.

El proceso de secularización, que ha reemplazado el espíritu medieval, hace que la "Razón" venga a ocupar el lugar de "Dios". La "Razón" se constituye así en la "nueva religión". La medicina, ya constituida como saber científico, va a desarrollar, cada vez con más fuerza su paradigma biomédico. Las enfermedades serán liberadas de la categorización de fenómenos sobrenaturales; pero junto a ello se comienza a considerar, por separado, las enfermedades físicas de las enfermedades de la mente, e incluso se vislumbra ya la posibilidad de considerar la enfermedad al margen de la propia persona que la sufre y de su propio contexto social. Este criterio va a consolidarse algunos siglos después.

A pesar de esta fuerte corriente de pensamiento en el campo de la medicina, *Agrícola*,⁸ autor de la obra "De Re Metallica", publicada en 1556, describe las molestias y accidentes a los que se ven sometidos los mineros, así como de los métodos que pueden protegerlos. Esta es la primera manifestación de que los médicos toman en cuenta el ambiente físico y las condiciones de trabajo y de vida de los hombres para relacionarlos con el proceso morboso que sufren. *Agrícola* enfatiza en las enfermedades respiratorias, circulatorias y en las artritis provocadas por la humedad y el polvo.

⁸ Sigerist, H. *Obra citada*.

En el siglo xvii, *Paracelso*,⁹ es el autor de la primera monografía sobre enfermedades profesionales, quien, a causa de su gran interés en la química, visitaba muchas minas, especialmente la de Karnsten, donde trabajaba su padre. Viviendo y trabajando con los mineros obtuvo mucha información sobre sus espantosas condiciones de trabajo y los riesgos a los que se exponían. Este hombre del Renacimiento, hizo numerosas contribuciones al progreso médico y mejoró su arsenal teórico y sus técnicas, especialmente en el dominio de la terapéutica. Introdujo muchos medicamentos químicos; pero su posición relevante en la historia del desarrollo de la medicina está dada fundamentalmente por cuanto abordó los problemas básicos del arte de curar, preguntando el “¿cómo?” y el “¿por qué?”

En este propio siglo, el médico que ejercía su profesión en un hospital, además de la práctica privada o como docente en una universidad, realizaba su visita diaria al hospital¹⁰ y unía su inspección a no pocos otros controles -religiosos, administrativos, aunque casi no participaba en la gestión cotidiana del hospital. Poco a poco la visita se fue haciendo más regular, más rigurosa, más amplia, sobre todo cubrió una parte cada vez más importante del funcionamiento hospitalario.

En 1661, el médico del Hotel-Dieu de París estaba encargado de una visita diaria; más tarde, en 1867, un médico “expectante” debería examinar, durante la tarde, a algunos enfermos, más gravemente afectados. Así como antes los médicos hipocráticos visitaban diariamente a sus pacientes en sus propias casas, al surgir la concentración de enfermos en los hospitales, estas visitas personales del médico tendrían que generalizarse a todos los enfermos que tenía internados en un mismo centro de atención.

La medicina en las culturas precolombinas a la llegada de los españoles

En 1513 los europeos tienen las primeras noticias de la existencia del Perú y, en 1517 se produce el descubrimiento de México. Es precisamente en este momento en el que España entra en contacto con 3 grandes civilizaciones del mundo americano: Maya, Azteca e Inca. Los mayas, pertenecían a una civilización completamente autóctona, que existió desde alrededor de 3 000 años antes de nuestra era, coetánea de las grandes civilizaciones mesopotámica, egipcia y china. Estaba fundada sobre la utilización de la piedra pulimentada, la escritura jeroglífica y la cultura del maíz. Sus hombres eran fuertes y robustos y rara vez estaban enfermos. Su cultura ya estaba en decadencia a la llegada de los españoles. En la civilización maya,¹¹ cuando un hombre caía enfermo llamaba al sacerdote, al curandero o a un hechicero y, muchas veces, estas condiciones estaban reunidas en un solo hombre. Combinaban sus oraciones con ciertas ceremonias especiales, sangrías de las partes enfermas y la administración de hierbas indígenas.

Yucatán tiene muchas hierbas y plantas medicinales, por lo que los hechiceros-médicos contaban con una extensa farmacopea a su disposición. El curandero curaba

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Foucault, Michel. *Obra citada.*

¹¹ Morley, Sylvanus G. *La civilización maya.* Fondo de Cultura Económica. México, 1947.

o mataba a sus pacientes, y su reputación como médico dependía del predominio de uno u otro resultado. Los dioses de la medicina eran Ixchel, Itzamná, Cit Bolom Tum y Ahan Chamahes, a quienes dedicaban ceremonias para recabar su ayuda. Varios de los manuscritos del siglo xvii que han llegado a manos de los historiadores, contienen la relación de muchas enfermedades de que adolecían los indios y de los respectivos remedios que utilizaban.

Los aztecas, por su parte, eran nómadas, pueblos de conquistadores. Aparecieron, procedentes del norte, alrededor del siglo xiii. Vivían de la caza y de la recolección de frutas. Más tarde, ya asentados, cultivaban maíz y, también como los mayas, usaban la piedra pulida y la escritura jeroglífica. Conocieron el cobre y fabricaban vajilla sin torno de alfarero. La descripción de hierbas y raíces medicinales es extensa, lo mismo que la de su acción benéfica y sus modos de empleo. Aparecen registradas las propiedades terapéuticas del “betún” (petróleo), líquido muy estimado por los médicos españoles para el tratamiento de la gota y contra ciertas enfermedades causadas por el frío. Se hace alusión también a las propiedades laxantes del tabaco.¹²

Los incas constituían una aristocracia victoriosa que dominaba las sociedades vencidas, a las que organizaron en un imperio. Este clan de los quechuas había conquistado, poco a poco, del siglo xii a fines del siglo xv, la región andina del Ecuador, Perú, Bolivia, Norte de Chile y Noroeste de Argentina y contaba con alrededor de 12 millones de habitantes. Conocían el cobre y el bronce; pero se valían sobre todo de la piedra pulida. No conocían la escritura, se expresaban por medio del quipu (cordelillos de distintos colores atados como flecos a un cordón y con nudos, que servían de calendario, libros de cuentos y de medio para transmitir ideas). Apenas existía la división del trabajo, aunque algunos indígenas se habían especializado. La especialización se manifestaba también en ciertas tribus. Los kollaluraya proporcionaban a los médicos.¹³

De los incas no se dispone de fuentes de información directas sobre su historia y costumbres antes de su derrota a manos de los españoles en 1532, ya que no contaban con ningún sistema de escritura. Por ello, para la reconstrucción histórica, además de la documentación arqueológica, sólo se dispone de importantes obras escritas por los propios españoles, tales como “La verídica relación de la conquista del Perú”, escrita por Francisco de Jerez, secretario de Pizarro; “La Suma y Narración de los incas”, por Juan Betanzos, que hablaba el quechua y asistió al hundimiento del imperio; la “Crónica del Perú”, de Pedro Ciega de León; y los escritos del inca Garcilaso de la Vega.

Las dolencias, enfermedades y en especial la muerte, eran atribuidas a la mala voluntad de alguien, especialmente de las deidades enfurecidas por algún pecado, descuido en el culto o por algún contacto accidental con los espíritus malévolos que existían en los vientos y las fuentes. También atribuían las enfermedades a la introducción en el cuerpo de algún objeto por arte de brujería. Cuando se trataba de una calamidad pública (epidemias) se creía que se había cometido un pecado colectivo y por ello el

¹² Sejournée, Laurette. *Las civilizaciones precolombinas*. Fondo de Cultura Económica. México, 1968.

¹³ Crouzet, M *Historia General de las Civilizaciones*. Siglos XVI y XVII. Edición Revolucionaria. La Habana, 1968.

castigo era también colectivo. De manera que, al tener todas las enfermedades causas sobrenaturales, debían ser curadas por la magia o la religión. Incluso cuando se empleaban las hierbas y otras medicinas de auténtico valor terapéutico, se suponía que su efecto era mágico.

La farmacopea del Perú antiguo era muy extensa y a cada planta se le atribuía alguna propiedad mágica, para bien o para mal. Muchas, sin embargo, tenían un valor terapéutico real en las enfermedades para las cuales se usaban, y algunas han sido incluso adoptadas por la medicina moderna (ipecacuana, quinina, coca, ungüentos de mercurio, azufre o arsénico, entre otras). El tabaco, con fines medicinales, se usaba en forma de rapé.

Entre los hallazgos arqueológicos¹⁴ se encuentra el mayor tanto por ciento de cráneos trepanados del mundo. Las incisiones eran redondas o rectangulares y se ejecutaban raspando, aserrando o cortando con instrumentos de obsidiana o metal. No se ha podido encontrar indicios si se realizaba la trepanación para aliviar compresiones o para ahuyentar a los demonios. Podrían haber utilizado la coca como anestésico. También se realizaba la reducción de fracturas, amputación de miembros y la circuncisión, y conocían los vendajes con gasa y algodón, según indican las vasijas en efígie encontradas en las tumbas.

El siglo XVIII: la Revolución Francesa y su impacto en la medicina. Auge del paradigma biologizante de la medicina

Un poco más de medio siglo antes de que la Revolución Francesa lograra iluminar el siglo, *Bernardino Ramazzini* (Italia), en 1713, autor del famoso libro *De Morbis Artificum Diatriba*, muestra la influencia de oficios determinados sobre el estado de salud, y propone lo que, a su juicio, son los mejores métodos para evitarlas y corregirlas, así se constituye en el primer texto sobre enfermedades ocupacionales.

En Alemania, como un elemento de la tendencia absolutista de la monarquía, aparece el concepto de ciencia del estado y, a consecuencia de ello, surge la policía médica como concepción de *W. Thomas Raus*, en 1764, quien, en el campo teórico, propone una división de las enfermedades en 2 grandes grupos:

- Naturales. Contagiosas y epidémicas.
- Sociales. Producidas por el propio hombre.

Este movimiento tiene su punto culminante con el alemán *Johann Peter Frank*, autor de *Un sistema completo de Policía Médica*, principal representante de la vieja tendencia absolutista en la que el gobierno dictaba lo que debía hacerse para estar sano y prohibía hacer lo que podía resultar dañino.

En Inglaterra, aunque no se obtuvo ningún resultado concreto, *W. Petty* defiende las ideas acerca de la ganancia que representaría el control de las epidemias, con el

¹⁴ Alden Mason, J. *Las Antiguas Culturas del Perú*. Fondo de Cultura Económica. México, 1961.

ahorro de vidas humanas y de recursos médicos. Al propio tiempo, llama la atención sobre la necesidad de hacer estudios de grupos ocupacionales de interés para el Estado.

Paralelamente, como parte del despertar de las masas convulsionadas durante el siglo XVIII aparece, en Francia, en 1762 *El Contrato Social*, de *Jean Jacques Rousseau*, quien sostenía que la gente es desgraciada porque no se ilustra, se enferma por ignorante y por ello debía ser educada sobre todo lo concerniente a la salud y la enfermedad. En esa época aparece una rica literatura y se fundan muchos periódicos para enseñar al pueblo los distintos métodos de la higiene.

Por su parte, el mundo hospitalario de fines del siglo, tenía una organización que respondía a la concepción de aparato de «examinar». Los reglamentos precisaban los horarios de la visita y su duración (2 horas como mínimo); insistían para que un servicio por rotación permitiera asegurar la visita médica todos los días, «incluso el Domingo de Pascua»; así, en 1771 se instituye un médico residente, con la misión de «prestar todos los servicios de su profesión, tanto de noche como de día, en los intervalos de una visita a otra de un médico del exterior».

La inspección de otro tipo, discontinua y rápida, se ha transformado en una observación regular que pone al enfermo en situación de examen casi perpetuo. Con 2 consecuencias: en la jerarquía interna, el médico, elemento hasta ahora externo, comienza a adquirir preeminencia sobre el personal religioso. En cuanto al hospital mismo, que era ante todo un lugar de asistencia, va a convertirse en lugar de formación y confrontación de conocimientos: inversión de las relaciones de poder y constitución de un saber.

La permanente vigilancia médica se hacía más evidente en momentos de epidemias. Según un reglamento de fines de ese mismo siglo,¹⁵ cuando se declaraba la peste en una ciudad debían adoptarse las siguientes medidas:

1. En primer lugar, una estricta división espacial: cierre de la ciudad y prohibición de la zona bajo pena de la vida.
2. Sacrificio de todos los animales errantes.
3. División de la ciudad en secciones distintas a las establecidas administrativamente.
4. Cada calle bajo la vigilancia de un síndico, que si abandona su guardia pagará con su vida.
5. Orden de no salir de casa, bajo pena de perder la vida.
6. Se consigna el nombre, edad y sexo de cada uno de los habitantes de cada vivienda.
7. El síndico cierra las puertas con llave, por fuera, y entrega la llave al intendente, quien sólo ordenará abrir las puertas una vez que cese la cuarentena.
8. Se designa un médico responsable, y se prohíbe que ningún otro trate a ningún enfermo.
9. Se prohíbe que ningún confesor acuda a la llamada de un enfermo o moribundo sin antes obtener la autorización del intendente.
10. Se prohíbe que ningún boticario expida ningún medicamento, sin autorización del intendente, para evitar que quede ningún enfermo contagioso sin declarar.

¹⁵ Archivos Militares de Vincennes. A 1 516 91 sc. Documento citado por Foucault, Michel, en: *Vigilar y castigar*.

11. Si hubiere necesidad imperiosa de salir de las casas, se hace por turnos y se evitan encuentros.
12. Los alimentos se hacen llegar a las casas por unos canales de madera, y se evita el contacto entre proveedores y habitantes.
13. Inspección diaria del síndico y del intendente, obligando a los habitantes a asomarse a las ventanas, llamándolos por su nombre, para comprobar si alguno está enfermo o muerto y se pretende ocultarlo.

Así, la relación de cada quien con su enfermedad y su muerte pasa por las instancias del poder, a través del registro a que éstas los someten y las decisiones que toman sobre ellos. A la peste, responde el orden. Prescribe a cada cual su lugar, a cada cual su cuerpo, a cada cual su enfermedad y su muerte, a cada cual su bien, por el efecto de un poder omnipresente que se subdivide el mismo de manera regular e ininterrumpida hasta la determinación final del individuo, de lo que lo caracteriza, de lo que le pertenece, de lo que le ocurre.

El tratamiento de la peste, por medio del aislamiento concentrado y disciplinado, servirá de ejemplo para futuras conductas con otros tipos de enfermedades. A los leprosos también se les aislará; pero se les exilia. A éstos se sumarán luego los afectados de enfermedades de transmisión sexual. A los dementes también se les aislará; pero encerrándolos, bien sujetos con cadenas. Sólo un poco más tarde, con el triunfo de la Revolución, la Convención logrará, junto al surgimiento del hospital moderno, liberarlos.

Hasta la nueva concepción del hospital, el intendente, el síndico, el médico están obligados a vigilar permanentemente a los enfermos y para ello necesitan estar lo suficientemente cerca para no perder detalle alguno, y suficientemente lejos para no correr peligro. Es así como se comienza a utilizar el modelo arquitectónico del *Panóptico de Bentham*:¹⁶ una construcción exterior en forma de anillo, donde se colocan a los enfermos; en el centro una torre, con anchas ventanas hacia el interior del anillo, donde se ubica el vigilante. El modelo sirve para restricción y vigilancia, lo mismo responde a una cárcel que a un hospital o una escuela. El vigilante se siente protegido; pero, al mismo tiempo, está comprometido a conservar el orden y la disciplina, pues de lo contrario él puede ser perjudicado por el caos, puede llegar a ser atacado por los propios enfermos, o por sus males.

La democracia burguesa, instaurada a fines del siglo, a partir del triunfo de la Revolución Francesa, y consolidada a lo largo del siglo XIX, abolió los privilegios de clase y la profesión se abrió «para todo el mundo». Se imponen el liberalismo y el individualismo burgués. La higiene mejoró considerablemente y ello se debió fundamentalmente a las condiciones políticas y a la filosofía de la época. El liberalismo económico de *Adam Smith* y *David Ricardo* se conjugaba con el liberalismo político de la Revolución Francesa.

¿Cómo se asumió la salud en la sociedad posterior a la Revolución Industrial Inglesa, partera de la burguesía como clase social, y de la Revolución Francesa, constructora del poder político de esa burguesía? Los propios avances de las ciencias

¹⁶ Bentham, J. *Panopticon, Works*. Lám. 17. Citado por Foucault, Michel. *Obra citada*.

en general, y de las biomédicas en particular, incluyendo los avances farmacológicos, lograron separar todo lo mágico y religioso para interpretar los fenómenos desde un punto de vista racional, comprobable, es decir, científico. Especialmente en el período más radical de la revolución, se evidenciaron rasgos de humanización.

Fue realmente con la Convención (1792), durante la Revolución Francesa (1789), que debutó la larga historia de la humanización de los lugares de cuidados médicos y la transformación del hospital en lugar de enseñanza médica.¹⁷ Se estableció la regla de la «cama individual por enfermo». En ese mismo año 1792, *Pinel* liberaba de sus cadenas a los enfermos mentales hospitalizados en Bicêtre. La ley del 4 de diciembre de 1794 instituía 3 escuelas centrales de salud: en París, Montpellier y Estrasburgo. La escuela de París admitía cada año 300 becados reclutados por concurso. Esta escuela dispensaba una enseñanza doblemente novedosa, puesto que asociaba por primera vez, de una parte, la formación médica y quirúrgica, y de otra, la instrucción teórica, vinculada a la práctica hospitalaria.

El hospital con estas nuevas características, cuyos enfermos eran tratados a partir de ese momento por los médicos más calificados, permitía la multiplicación de las observaciones. Este nuevo hospital abría la vía a una medicina clínica, una medicina de examen junto al lecho del enfermo - tal y como la conocemos hoy- que basaba el conocimiento de las enfermedades sobre el estudio de los síntomas y permitía el establecimiento de series estadísticas.

Entre los primeros profesores de la escuela se encontraban algunos médicos cuyas experiencias son aún utilizadas: *Bichât* (anatomista, fisiólogo y cirujano), *Laënnec* (clínico), *Velpeâu* (cirujano), *Pinel y Bayle* (psiquiatras). Se debe también a la escuela de París, ser los pioneros de la medicina legal, de la higiene pública y de la estadística médico-social.

El método cartesiano aceptado desde el siglo anterior, momento mismo de su surgimiento, va a asumirse plenamente en este siglo. Así, la enfermedad, como fenómeno natural, desposeída de sus elementos sobrenaturales, es uno de los grandes descubrimientos de la medicina; pero el propio énfasis puesto en el estudio de las enfermedades como proceso natural, lleva a la concepción del modelo médico positivista, al descuidar sus profundas raíces sociales, históricas, y al convertir, de esta manera, a la enfermedad, en un proceso sólo de carácter biológico e individual.

Se continuaba descartando, tal y como se había hecho durante centurias, que muchas enfermedades que habían padecido los hombres a lo largo de la historia de la humanidad han sido un fiel reflejo de la forma y del ambiente en que esos hombres han vivido. De esa propia forma vivida han derivado las diferentes formas en que los hombres han asumido el vivir e interpretar las enfermedades.

El siglo XIX y el desarrollo de la medicina. Nacimiento del concepto de medicina social

En el siglo XIX, el médico era miembro de una profesión liberal altamente respetada, puesto que se tenía en gran estima la educación académica y se estimulaba a sus

¹⁷ Amaro Cano, M. del C. "Nacimiento del hospital moderno", en: *Revista Cubana de Enfermería*. No. 1 pp. 45-50 Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 1993.

poseedores con grandes privilegios sociales. Las ciencias naturales habían avanzado mucho y los médicos, como sus representantes, eran aun más estimados, contando con ingresos satisfactorios que les permitían tratar gratuitamente a los pobres.

A comienzos del siglo, el burgués enriquecido no está muy interesado en la suerte de sus semejantes. Las nuevas máquinas alteran la estructura de la sociedad, se produce un gran crecimiento de la población y, cada vez mayor cantidad de personas viven en condiciones de extrema pobreza. Las grandes epidemias amenazan de nuevo y cuando ocurre la del cólera de los años treinta, la burguesía reconocerá que las malas condiciones de salud del proletariado industrial amenazan su propia existencia.

La concentración de los obreros en lugares inhóspitos e insalubres provocaba la aparición del bacilo de la TB. Es también en esos lugares donde aparece incrementada la mortalidad infantil, fundamentalmente por enfermedades infecciosas (neumonía, meningitis, disenterías) y también por la desnutrición. Se produce igualmente un mayor número de enfermos de malaria y fiebre tifoidea. Los pobres son de este modo las mayores víctimas de las enfermedades.

Es así que, en 1843, se establece en Inglaterra una comisión para estudiar el estado sanitario del país, cuyos resultados condujeron a que se dictara la primera Ley de Salud Pública, en 1848. Este nuevo movimiento higiénico comenzó en Inglaterra y ello no fue casual. Allí se había producido la Revolución Industrial y el gobierno inglés era fuerte y estable en el plano interno. Por otra parte, en la educación humanística inglesa se reflejaba fielmente el viejo ideal griego del hombre bien equilibrado. La armonía del cuerpo requería tanto de la belleza como de la limpieza. A ello ayudó mucho la práctica deportiva en la educación británica.

En 1854, durante la guerra de Crimea, Inglaterra ve aumentar las bajas de sus tropas, no a causa de las heridas en los campos de batalla, sino por enfermedades provocadas por la falta de higiene, no aislamiento de los enfermos y alimentación inadecuada. Una joven de la alta burguesía londinense, *Florence Nightingale*, demostraría sus capacidades organizativas en el campo de la salud pública y asumiría el papel de fundadora de la enfermería profesional, a partir de una cuidadosa formación teórico-práctica de jóvenes de probada conducta moral. Su nombre ha quedado en la historia como la primera gran administradora de hospitales y la Organización Mundial de la Salud la honra con la conmemoración, el día de su natalicio (12 de mayo) del Día de los Hospitales. Las enfermeras, por su parte, han declarado ese día como el «Día Internacional de la Enfermera». Llama poderosamente la atención que «la ciencia de cuidar» haya surgido precisamente con un enfoque más poblacional que individual; más para evitar o prevenir que los soldados se enfermaran, que para atender a los enfermos; pero, sobre todo, poniendo énfasis en la relación del hombre con su entorno.¹⁸

Pero, en la república democrática, la salud y la enfermedad pasan a constituir parte del campo absolutamente privado, tanto es así que en Alemania, en 1869, a instancias de la Sociedad Médica de Berlín, la práctica médica se abrió a cualquiera

¹⁸ Amaro Cano, M. del C. "Algunas consideraciones sobre la personalidad histórica de Florence Nihtingale", en: *Revista Cubana de Enfermería*. No. 1. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 1991.

que deseara ejercerla, aun a quienes jamás habían estudiado medicina, sobre la base de que siempre habían existido curanderos y que el hombre enfermo tenía el derecho natural de escoger a su tratante y, por otra parte, que las personas razonables podrían siempre seleccionar entre un médico verdadero y otro falso.

Durante todo este siglo la medicina estuvo absorbida por la investigación. Ello permitió grandes avances en los diagnósticos y tratamientos médicos, aunque no se reflejó igualmente en la organización de la atención médica. De este período son los avances en la aplicación de la anestesia debidos a *Morton* por el uso del éter, en los EE.UU., en 1846, y de *Simpson*, con la introducción del cloroformo, en Inglaterra, en 1847. Por este tiempo ocurren también los grandes descubrimientos en bacteriología, debidos a *Pasteur*, durante la década de 1860-1870 y a *Koch*, en 1882. Están también los aportes de *Semelweis*, 1816-1865, y *Lister*, en 1873, al desarrollo de la asepsia y la antisepsia. En este tiempo está la presencia de un cubano, *Carlos Juan Finlay y Barrés*, en 1881, con una gran contribución, la teoría metaxénica que enfrenta a la vieja teoría de los miasmas, en el contagio de las enfermedades transmisibles.

Los ecos de la Revolución Francesa van a trascender las barreras temporales del nuevo siglo, y las espaciales del nuevo continente. En la pequeña isla caribeña, «la joya más preciada de la corona española», el ideal de libertad va a contribuir decisivamente en la formación de la conciencia independentista. En el campo de la medicina, algunos médicos comienzan a usar, en 1809, el método de la percusión, dado a conocer por *Corvisard*; en 1811 se utiliza la Anatomía de *Bichât*; en 1814 llegan noticias de los grandes trabajos de *Laënnec*, en el campo de la clínica, especialmente en lo relacionado con el método de auscultación inmediata o indirecta, utilizando un estetoscopio diseñado por él mismo y que hoy lleva su nombre; en 1819, circula entre los médicos cubanos la Medicina Legal de Belloc.¹⁹

También en estos tiempos se desarrollaron los instrumentos y equipos médicos, especialmente los relacionados con el laboratorio clínico, el oftalmoscopio, de *Helmholtz*, en 1851, el otoscopio, de *Hollman*, en 1860, el citoscopio, de *Nitze*, en 1879 y los rayos X, de *Röntgen*, en 1895.

La gran complejidad que iban alcanzado los métodos de investigación científica obligó a la especialización de los investigadores y, a consecuencia de ello, la enseñanza también se especializó en forma creciente. El próximo paso fue la especialización de la propia práctica médica, la que no se ha detenido aun en nuestros días.²⁰

Sin embargo, la especialización en la medicina no es un fenómeno de estos siglos más recientes. El gran historiador griego, *Herodoto*, da testimonios de la cantidad de especialistas médicos que encontró en sus viajes por Egipto, en el siglo v a.n.e., conoció a médicos para todos los órganos y enfermedades. Lo mismo ocurría en el Imperio Romano en el que, si bien los médicos hipocráticos eran todos médicos generales, se multiplicaban cada vez con mayor rapidez los especialistas. Esto demuestra que en cada civilización se alcanzó un punto en el que los conocimientos resultaron demasiado vastos para un solo hombre y se hacía necesaria la especialización.

¹⁹ Amaro Cano, María del C. "Nacimiento del hospital moderno", en: *Revista Cubana de Enfermería*. No 1. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 1993.

²⁰ Sigerist, H. *Obra citada*.

Gracias a la especialización la medicina ha alcanzado un gran desarrollo; sin embargo, ese propio afán de especialización tiene sus desventajas, pues ha despersonalizado cada vez más la práctica médica. Ya no se trata de un hombre enfermo, sino de un órgano enfermo. El médico atiende órganos, no personas. Y las personas, que antes consultaban a su médico de familia, quien los remitía a un especialista si lo consideraba necesario, se hacen ahora su propio diagnóstico y acuden directamente al especialista que trata determinados órganos, sistemas o aparatos.

El paradigma biomédico se consolidaba cada vez más. Para el médico decimonónico, lo más importante es saber que cada enfermedad tiene un agente causal específico, y uno de los principales objetivos de la medicina es descubrirlos. A esta labor se dedicaron no pocas figuras ilustres de la medicina de este siglo. No son pocos los que lograron éxitos en sus investigaciones e hicieron descubrimientos importantes. De modo que, a partir de estas concepciones, estaba claro el hecho de que la aparición de cualquier enfermedad estaba siempre relacionada con un agente patógeno, y la tarea principal del médico era diagnosticar la enfermedad y darle el tratamiento específico. Para ello el médico se ha servido del método clínico, mediante el cual podía convertirse en un observador indiferente y transformar al paciente en un sujeto pasivo.

El crecimiento gigantesco de las ciencias naturales y el extraordinario desarrollo de la tecnología fue una necesidad del pujante capitalismo industrial, que abrió la época moderna y la medicina, no pudo sustraerse a los cambios. El número de médicos aumentó y con ello creció también la competencia, se vieron impelidos a comercializar sus servicios. Ello obligó a buscar mecanismos y recursos para ofrecer atención médica a personas de bajos ingresos sobre otras bases que no fuera la caridad.

La sociedad europea pretendió encarar este fenómeno con la introducción del seguro social. En Rusia, en 1864, se estableció un sistema completo de servicios médicos estatales para los distritos rurales, financiado a través de impuestos. En Alemania se implantó por primera vez el seguro contra la enfermedad en 1883, no por los socialistas sino por *Bismarck* y los conservadores. Realmente no lo hicieron por móviles altruistas, sino que, de esta forma, hacían pagar a los propios pacientes pobres su atención médica, y economizaban parte de su salario para caso de enfermedad. *Sir William Osler* llamó al siglo XIX «el siglo de la medicina preventiva» y es evidentemente en este campo en el que la medicina moderna alcanzó sus mayores logros.

Nacimiento del concepto de medicina social

El año 1848 fue un año de revoluciones. En Alemania, *Salomón Newman*, en 1847, argumentó que el Estado se había comprometido a proteger la propiedad de todas las personas y que la única propiedad de los pobres es su fuerza de trabajo, que depende por completo de su salud. Mientras, *Rudolph Virchow*, un científico contradictorio que tomó parte en el movimiento revolucionario de 1848, pavimentó el camino para importantes reformas médicas al acuñar la sentencia: «Los médicos son los abogados naturales de los pobres, y los problemas sociales caen en gran medida, dentro de su jurisdicción». Alegaba además que ellos deberán conocer las condiciones sociales mejor que nadie, dado que su profesión los lleva a los hogares

de todas las clases y es su obligación trabajar por la mejoría de esas condiciones. Promovió así los enfoques sociales de las causas de las enfermedades.

En esa propia segunda mitad del siglo, *Jules Guèrin* (Francia) introduce el término de medicina social, el 22 de mayo de 1848, en la *Gazette Médicale*. Otros científicos del momento dirigen también su atención a la reconceptualización de la medicina, entre ellos *William Farr* (Inglaterra) y *Puccinotti* (Italia). El nuevo concepto, aunque utilizado de forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con los «problemas sociales» y que el estado debería intervenir en la solución de los problemas de salud.

El siglo xx y el impetuoso avance de la medicina. Consolidación del concepto de la medicina como ciencia sociobiológica

El siglo xx ha contado con un grupo destacado de médicos que no sólo han arribado a un nuevo enfoque sociológico de la medicina, sino que han defendido esta nueva conceptualización teórica para lograr que un mayor número de profesionales, e incluso instituciones estatales, lo incorporen a la práctica médica, a favor de las grandes poblaciones. Entre ellos se encuentran: *Alfred Grotjahn* (Berlín), cuyos trabajos van a ocupar los espacios de las 3 primeras décadas del siglo. *Winslow* (1920), *Henry Sigerist*, el más notable de los historiadores médicos (Europa y EE.UU.) hasta poco más de la mitad de este siglo, quien definió, en Inglaterra, en 1945, las 4 tareas principales de la medicina:²¹

1. La promoción de salud.
2. La prevención de las enfermedades.
3. La recuperación del enfermo.
4. La rehabilitación.

También pertenecen a este grupo de estudiosos, *George Rosen* (EE.UU.) y *A.F. Serenko* (URSS) en la segunda mitad de este siglo.

El término medicina social, en su concepción «moderna» se corresponde con las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa. No obstante, se utiliza poco y reaparece en Inglaterra en la década de los años 40 de este siglo, al coincidir con la creación del sistema nacional de salud. A partir de ahí se difunde en Europa; pero no logra penetrar en EE.UU. pues el ambiente del maccartismo relacionaba todo lo «social» con el socialismo, de manera que los norteamericanos se ven obligados a emplear el término de medicina preventiva, que incluía temas sociales.

Medicina social: último cuarto del siglo xx

En todos los países del mundo se gastan cada año cuantiosas sumas para mejorar las condiciones sanitarias y es obvio que los medios y los métodos usados en la

²¹ Rojas Ochoa, F. “La medicina social y la medicina individual: ¿complejidad o divergencia?”, en: *Boletín Ateneo “Juan César García”*. Vol. 4. 1-2, enero-junio, 1996.

prevención de las enfermedades provienen de la medicina y la ciencia en general; sin embargo, las políticas de aplicación o no aplicación de tales recursos responden a la estructura socioeconómica de cada país y a su propia filosofía, y el éxito definitivo de la aplicación de esas políticas sólo está asegurado si la población responde, y ello sólo puede alcanzarse si esa población está suficientemente instruida como para asimilar estos nuevos conocimientos higiénico-sanitarios.

La década de los años 70 enfrentó grandes contradicciones a nivel internacional, tanto en lo económico, lo social y lo político, que provocó el despertar a la realidad en amplios sectores de la población en el mundo entero. Los profesionales de la salud no pudieron quedar al margen, como tampoco pudieron hacerlo sus instituciones internacionales y regionales, y mucho menos las de sus propias naciones. En la reunión de Alma Atá, en 1978, la comunidad internacional propuso una nueva estrategia para alcanzar la salud para todos en el año 2000, la atención primaria.

Esta propuesta ha sido el detonador de la toma de conciencia a nivel mundial de los apremiantes problemas que involucran a millones de personas. Así se puso en evidencia, con mayor fuerza que nunca antes, que no basta la atención médica individual, y mucho menos es suficiente la medicina curativa. Como ya dijera Martí desde el siglo pasado, «la medicina mejor no es la que cura, sino la que precave».²²

La medicina del siglo xx no ha podido continuar centrando la atención en órganos enfermos, desconociendo la totalidad de la persona a quien pertenece ese órgano. Tampoco ha podido centrar la atención en una persona, con el desconocimiento del ambiente físico y social en el cual está inmersa. El enfoque de la medicina individual se ha visto precisada a ampliar su espectro y abarcar también a las familias y a las comunidades a las que pertenecen esas personas; pero no sólo cuando se enferman, sino actuar para que no lo hagan. De este modo, el conjunto de postulados relacionados con el proceso salud-enfermedad ha ido cambiando. La medicina se ha propuesto promover salud, o lo que es lo mismo, elevar la calidad de vida de las personas y las poblaciones.

No son pocos los teóricos en el campo de las ciencias de la salud que han hecho importantes contribuciones al esclarecimiento conceptual de la necesidad imperiosa de cambiar el ya obsoleto paradigma biomédico por el nuevo paradigma biopsicosocial, mucho más acorde con las evidencias científicas alcanzadas en este campo.

Así, *Sergio Aruca* (Brasil) en la década de los años 70, da a conocer su definición de Medicina Preventiva, como «La aplicación de conocimientos y métodos de varias disciplinas, a la promoción, manutención y restauración de la salud, como también la prevención de las enfermedades, de incapacidad y mortalidad prematura, a través de programas individuales y colectivos de atención médica».²³

En este propio país, otro estudioso del tema, *Duarte Nunes*, expone que: «Toda temática que toque con la vida humana, con la salud, con la enfermedad o con la muerte en cuanto se aborde y se analice como entidad y realidad histórica, con la rigurosidad y metodología que tal identidad requiere, es un tema médico-social».²⁴

²² Martí, José. *Obras Completas*. Tomo 8, pp 298.

²³ Rojas Ochoa, F. *Obra citada*.

²⁴ Rojas Ochoa, F. *Obra citada*.

A todo este debate carioca ayudó, incuestionablemente, un nuevo enfoque del concepto de salud, expuesto en la VIII Conferencia Nacional de Salud, celebrada en Brasilia, en 1986: «La salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de determinada sociedad y en el momento determinado de su desarrollo, debiendo ser conquistada por la población en su lucha cotidiana».²⁵

Un gran epidemiólogo norteamericano, *Milton Terris*, dio a conocer, en 1988, su nuevo concepto de salud: «La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo».²⁶

Todo este debate teórico trajo por consecuencia la necesidad de redefinir a la salud pública. Así, *Julio Frenk* (México) precisaba: «La aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en las poblaciones humanas».²⁷

En el propio año 1988, *Milton Terris* (EE.UU.) daba a conocer también su nueva definición de salud pública: «La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud».²⁸

Un eminente médico argentino, pediatra, sociólogo, profesor e investigador en el campo de la salud, *Juan César García*, expuso claramente su concepto de medicina social: «Es un campo del conocimiento científico que se ocupa de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los servicios de salud».²⁹

Un destacado salubrista cubano, de sólida formación marxista-leninista, profesor e investigador en el campo de las ciencias sociales aplicadas a la medicina, *Francisco Rojas Ochoa*, ofrece, en 1996, un interesante aporte a esta nueva conceptualización teórica, a través de su visión sobre lo que él denomina como «las tres fuentes y partes integrantes de la salud pública».³⁰

²⁵ Rojas Ochoa, F. *Obra citada*.

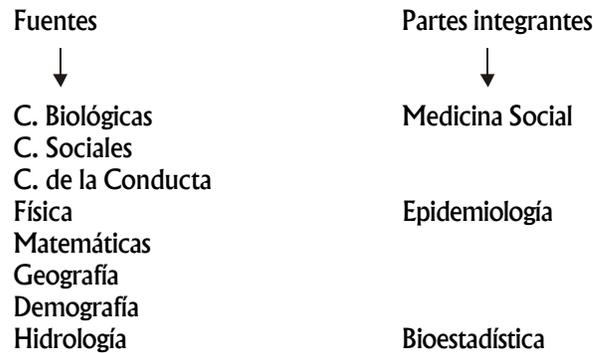
²⁶ Terris, Milton. "Tendencias actuales en la salud pública de las Américas", en: *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Pub. Cient. No. 540 OPS. Washinton, 1992.

²⁷ Frenk, J. "La nueva salud pública", en: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Pub. Cient. OPS No. 540. Washington, 1992.

²⁸ Terris, M. *Obra citada*.

²⁹ García, J.C. "Juan César García entrevista a Juan César García"., en: *Ciencias Sociales y salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas*. Everardo Duarte Nunes. OPS/CIESU, Editor. Montevideo, 1986.

³⁰ Rojas Ochoa, F. *Obra citada*.



Otro teórico cubano, con grandes herencias epistemológicas marxistas-leninistas de su abuelo y su padre, en el campo de la medicina social, *Jorge Aldereguía Henriques* (1995), señala que «el problema central de la medicina social -al que denominaremos fundamental- y que formularemos como el estudio del proceso salud-enfermedad de la sociedad y sus grupos orientado a la determinación de la estrategia de su atención y puesta en práctica de las medidas medicosociales correspondientes».³¹

En uno de sus bien documentados trabajos, Aldereguía ofrece una visión panorámica sociohistórica de la medicina social, y expresa, entre otras apreciaciones de interés:

La primera forma histórica en que se expresó el PFMS (problema fundamental de la medicina social) durante el siglo XIX fue a través del dominio del perfil infectocontagioso de las enfermedades, de lo cual se derivó como tarea básica la búsqueda de las causas de la enfermedad epidémica y la adopción de medidas para su erradicación.

Alrededor de esa búsqueda se desplegó el debate entre las teorías del miasma y del contagio (primera mitad del siglo XIX). Aunque fueron éstas las dominantes, distintas visiones provenían de la llamada «escuela sociológica», cuyo máximo exponente fue *Rudolf Virchow*, quien, hacia la mitad de ese siglo, promovió enfoques sociales de las causas de las enfermedades.

A partir de la segunda mitad de ese siglo se conforma un marco conceptual renovado del proceso salud-enfermedad y en relación con él se producirán cambios paulatinos en las prácticas médicas. Rasgos de este marco conceptual son su enfoque esencialmente biológico, la concepción de la salud como la ausencia de enfermedades, el predominio del objetivo de la curación por encima de la prevención y, sobre todo, el enfoque unicausal de las enfermedades. Pero la progresiva difusión de la tuberculosis, estrechamente vinculada con el desarrollo industrial capitalista, considerada en su momento la enfermedad social por excelencia, puso de manifiesto, entre otras cosas, la debilidad del enfoque unicausal y la necesidad de su superación.

³¹ Aldereguía, Henriques, J. y otros. *Salud, Mujer y Desarrollo*. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 1995.

Los métodos inherentes a este marco conceptual son los epidemiológicos, orientados al estudio del proceso poblacional de las enfermedades infectocontagiosas con un amplio uso de la demografía y la estadística.

Aunque en las expresiones institucionales de las prácticas médicas predomina todavía la medicina individual sobre la social, el creciente reconocimiento de la medicina social tiene que ver con una comprensión más profunda del proceso salud-enfermedad y sus determinantes sociales y con la gravitación de las fuerzas sociales progresistas en el debate sobre la salud.

Hacia la mitad del recién terminado siglo, el PFMS adquirió una nueva expresión: pasaron a dominar, al menos en los países desarrollados, las enfermedades cronicodegenerativas, así como los traumas y accidentes, con lo que el pensamiento medicosocial tendría que desplazar su atención del germen y la atención médica hacia el modo de vida y el medio ambiente.

En el transcurso de estos cambios se ha renovado el marco conceptual de la medicina social y se han reorientado sus prácticas institucionales. Este marco se ha dirigido a la búsqueda no de un germen, sino, de modo muy importante, a los factores de riesgo presentes en la vida moderna con la consecuente atención a los factores sociales asociados con el proceso salud-enfermedad.

Este marco también porta una idea más desarrollada del concepto de salud. Quizás lo más sustantivo es el enfoque multicausal del proceso salud-enfermedad, del que este ámbito conceptual es portador: el pensamiento médico social se orientó en él a la determinación del conjunto de factores sociales y biologiconaturales que determina el proceso salud enfermedad.

Las concepciones sobre la higiene social marxista (*Semashko, Lisitsin*), la teoría de las enfermedades de la civilización (*Field, Dubout*), las teorías de la ecología social (*Forrester, Meadows*) y muchas otras van a responder de diversos modos a las preguntas que el problema planteaba. El sesgo ideológico de las diferencias entre algunas de estas producciones teóricas salta a la vista. Mientras muchas de las teorías occidentales se orientaron a la búsqueda de explicaciones a las enfermedades en términos de productos de la civilización, se les asignó con ello una significación universal, la teoría médico social marxista insistía en las diferencias entre formaciones economicosociales y apostaba a las superiores posibilidades del socialismo en el campo de la salud.

La comprensión de que los factores de riesgo son inherentes al proceso de civilización exige una visión más intersectorial de la salud, donde el sistema de salud pública ocupa un espacio más modesto del que antes podía atribuírsele. En este contexto cobra importancia la orientación preventiva de la medicina, lo que se expresa en alguna medida en la mayor significación que se va a conceder a la atención primaria de salud.

La idea de promover salud más que curar o prevenir enfermedades debe estar en el centro del objetivo social, y para ello la sociedad necesita comprometer sus sistemas productivos, educacionales, medios de comunicación masiva y buena parte de la acción de sus agencias sociales.

La evolución del nuevo marco conceptual tiende hacia una revalorización de la actitud del hombre respecto a su salud. De objeto de la atención médica, curativa o preventiva, las personas empiezan a comportarse como sujetos de la promoción de su propia salud.

En esta visión, el punto de partida para entender el proceso salud-enfermedad es la subjetividad humana, la que en términos de determinantes del proceso salud enfermedad puede desglosarse en autorresponsabilidad individual, el tipo de personalidad y el estilo de vida por el que opte la persona.

Tal y como ha expresado un grupo de profesionales destacados de las ciencias de la salud argentinos, ha sido el propio desarrollo social el que ha posibilitado los cambios que se están produciendo en el enfoque actual de la medicina. Aunque en lucha todavía contra el viejo paradigma biologizante, ha surgido el nuevo paradigma biopsicosocial,³² que postula el tratamiento de la enfermedad no separada de la persona, ni ésta del ambiente físico y social en el que se desenvuelve; el uso de las categorías nosológicas relacionadas con la persona y las circunstancias; el asumir que todas las enfermedades tienen componentes físicos y psíquicos; la importancia de la relación médico-paciente y el uso del método clínico dirigido a comprender al paciente y comprender la enfermedad.

Conclusiones

El hombre ha evolucionado, individual y colectivamente, en el ámbito de las relaciones sociales que ha establecido con sus congéneres. Los cambios sucedidos en la forma en que han producido y reproducido su vida material y espiritual han determinado sus formas de pensamiento y, dentro de ellas, su cosmovisión. En consecuencia, ha realizado su contribución al desarrollo de las ciencias, tanto las relacionadas con el estudio de los fenómenos naturales, como las que se ocupan de los fenómenos sociales y del pensamiento. Esto ha repercutido en los diferentes enfoques aplicados por la medicina al proceso salud-enfermedad, en las diferentes sociedades.

Paralelamente a ello, el hombre, en su propia actividad sociolaboral, ha logrado transformar y humanizar la naturaleza y ha desarrollado la sociedad a la que pertenece; pero unido a todo este proceso de transformación ha ido el de su propia naturaleza y así, ha podido desarrollar, conservar o restringir su propia vitalidad. Esto quiere decir, que el proceso salud-enfermedad, tanto de las personas aisladas como de las poblaciones, constituye parte del proceso histórico de la humanidad y, por tanto, para un trato verdaderamente científico del problema, hay que tomar en consideración, también, las categorías históricas de tiempo y espacio.

El comienzo del nuevo milenio enfrenta a la humanidad a un incremento extraordinario de los avances científicos y tecnológicos; pero paralelamente, desde la segunda mitad del siglo recién terminado, se ha apreciado una creciente deshumanización en el campo de la medicina. El médico, gracias a la compleja tecnología y al nuevo aparataje que le separa del paciente, ha alcanzado otra vez un gran poder sobre éste, unas veces al adoptar posturas autoritarias y otras paternalistas; pero siempre desde la posición del que todo lo sabe y todo lo puede.

Esta actitud contrasta con la realidad actual, en la que se ha evidenciado que el proceso salud-enfermedad es un problema no sólo médico, que las comunidades y

³² Bartomeo, Agustín y otros. *La salud y la enfermedad en la atención Primaria*. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Buenos Aires, 1998.

las personas son sujetos y como tales tienen derechos y deberes que ejercer, tienen opiniones y sentimientos y tienen capacidad para elegir y tomar decisiones. Las políticas de salud sólo pueden ser exitosas cuando cuentan con la participación popular, y para ello las personas y las poblaciones tienen que estar educadas en problemas de salud.

Pero, los valores, principios y virtudes morales universales, están en solfa, y ello afecta también, por supuesto, al ejercicio de la medicina. A nivel universal se aprecia un resurgimiento de algunas formas feudales de vivir y de pensar: florecimiento del artesanado, creencias mítico-mágicas, búsqueda de medicinas alternativas, etc. No es extraño, pues, el reclamo de los contemporáneos más preclaros, en el campo del estudio teórico y la aplicación práctica del enfoque de la medicina como ciencia sociobiológica, de volver a rescatar al hombre dentro de su contexto, o lo que es lo mismo, humanizar la medicina.

Bibliografía consultada

- ALDEN MASON, J. *Las Antiguas Culturas del Perú*, Fondo de Cultura Económica, México, 1961.
- ALDEREGUÍA HENRÍQUES, J.; J. NÚÑEZ JOVER Y R. FERNÁNDEZ FELIPE: *Salud, Mujer y Desarrollo*, Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 1995.
- AMARO CANO, M. DEL C.: «Nacimiento del hospital moderno», *Rev Cubana Enfermer* (1), 1993.
- _____ : «Algunas consideraciones sobre la personalidad histórica de Florence Nightingale», *Rev Cubana Enfermer* (1). 1991.
- FOUCAULT, M.: *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI Editores. Madrid, 1998.
- FRENK, J.: «La nueva salud pública», en: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica No. 540 OPS. Washington, 1992.
- GARCÍA, J.C. «Juan César García entrevista a Juan César García», en: *Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas*. Everardo Duarte Nunes. OPS/CIESU Edit. Montevideo, 1986.
- HERREMANN, R.: *Historia de la Medicina*. Editorial Trillas. México, 1987.
- MORLEY, S. G.: *La civilización maya*. Fondo de Cultura Económica. México, 1947.
- RAMOS DOMÍNGUEZ, B. N. Y J. ALDEREGUÍA HENRÍQUES: *Medicina Social y Salud Pública en Cuba*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1990.
- ROJAS OCHOA, F.: «La medicina social y la medicina individual: ¿complementariedad o divergencia?», en: *Boletín Ateneo «Juan César García*. Vol. 4 (1-2) enero-junio, 1996.
- SEJOURNÉE, L.: *Las civilizaciones precolombinas*, Fondo de Cultura Económica. México, 1968.
- SIGERIST, HE.: *Historia y Sociología de la Medicina*, Selecciones. Molina, Gustavo. Editor. Bogotá, 1974.
- TERRIS, M.: «Tendencias actuales en la salud pública de las Américas», en: *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica No. 540 OPS. Washington, 1992.
- WALKER, K.: *Historia de la Medicina*, Editorial Critsa. Barcelona, 1966.