

La construcción del discurso médico y el arte de gobernar el cuerpo

Salud y moral en la Baja Edad Media occidental

Miguel Vicente Pedraz

*Doctor en Ciencias de la Actividad Física
INEF de León*

Palabras clave

salud, cuerpo, poder

Abstract

Medicine and the relationships which this implies in relation to the forms of thinking and taking shape in advanced societies as a form of control over individuals and, to crown it all, as one of the most important cruxes on which we articulate a certain homogeneity of behaviour. Very closed linked to power, the medical address has always been immersed in (or allied to or mediated by) moral discourse, dominating to such an extent that the relationships which even today we establish between health and virtue or between illness and deviation are the result of a long, complicated process of ideological construction. In this process, the secularisation of the human relationships typical of industrial societies, make up, as explained in critical writings of history, a key element in the interpretation of modern ways of dominating the body: nevertheless, it is possible to find antecedents of this process in periods before industrialisation which historical analysis cannot refuse to understand. We try to find out, in what appears to us a key period in the construction of knowledge and power over the body, the Middle Ages, where the religious imaginative of illness and the increase of universities influence the development of the medical profession, marking in a definitive way, the later confirmation of western health ethics, in particular, and the relationships of power over the body, in general.

Resumen

La medicina y las relaciones que esta impone en cuanto a las formas de pensar y tratar nuestro cuerpo se han ido configurando en las sociedades avanzadas como un mecanismo de control sobre los individuos y, a la postre, como uno de los más importantes ejes sobre los que se articula cierta homogeneización del comportamiento. Muy estrechamente ligado al poder, el discurso médico siempre se ha visto inmerso en (o aliado de, o mediatizado por) el discurso moral dominante de tal manera que las relaciones que aún hoy establecemos entre salud y virtud o entre enfermedad y desviación son el resultado de un largo y complejo proceso de construcción ideológica. En este proceso, la secularización de las relaciones humanas propia de las sociedades industriales constituye, tal como lo ha explicado la historiografía crítica, un elemento clave para la interpretación de las modernas formas de gobernar el cuerpo; sin embargo, es posible hallar antecedentes de este proceso en períodos previos a la industrialización que el análisis histórico no puede renunciar a comprender. Nosotros tratamos de indagar en lo que nos parece un período clave en la construcción del saber y del poder sobre el cuerpo, la Edad Media, en donde el imaginario religioso de la enfermedad y el auge de las universidades confluyeron en el desarrollo de la profesión médica marcando de modo determinante la ulterior conformación de la ética sanitaria occidental, en particular, y las relaciones de poder sobre el cuerpo, en general.

Introducción

La medicina, que siempre ha tendido a descubrir y a corregir manifestaciones consideradas como no adecuadas —según valoraciones que, inevitablemente, van más allá de la estimación objetiva del estado de un organismo—, se ha constituido históricamente como un aparato de normalización del comportamiento. Más allá de la racionalidad explicativa o técnica de los saberes del cuerpo, por su extraordinario alcance e influencia, se ha configurado como uno de los más importantes instrumentos de administración y control políticos. A este respecto, las eventuales definiciones de salud, la organización individual y colectiva de la higiene y la atención médica o el propio desarrollo de la medicina como ciencia aplicada no pueden dejar de reflejar la tensión que los distintos grupos de poder han ido generando en la pugna por imponer, cada cual, el imaginario cultural propio y con ello obtener o mantener posiciones de poder, hegemonía. Una pugna cuyas soluciones históricas



han ido profundizando en el proceso de universalización de ciertas formas del cuidado corporal y, a la postre, de naturalización de una forma de entender, ejercer y acatar la medicina que, a su vez, legitima a sus protagonistas para ostentar funciones de control sobre los individuos cada vez más sujetos a este *poder biopolítico*.

Así, por ejemplo, la burguesía urbana y tecnológica, en la medida en que ha conseguido imponer sus formas características de relación saludable con el cuerpo como las formas universales de salubridad, se ha constituido como el grupo hegemónico que legitima, así, la ideología, la moral y, en particular, el *modus vivendi* de clase en los que dichas formas de relación saludable se articulan; una ideología, una moral y un *modus vivendi* que no siendo universales —no pueden serlo—, se erigen en elementos coercitivos en torno a la relación, no sólo sanitaria, que cada cual —cada individuo y cada colectivo— mantiene con su cuerpo.

A este respecto, Ivan Illich (1), Michel Foucault (2), Bryan Turner (3) y en España Julia Varela (4) o A. Rodríguez (5), entre otros muchos, han tratado de definir los términos en los que la medicina científica y, en general, el poder médico se han ido afianzando como instituciones de control moral y dominación política, sobre todo, en el apogeo de las sociedades industriales; un período, este, a todas luces crítico en los procesos de secularización y racionalización de las relaciones humanas que, no obstante, hunde sus raíces en procesos de épocas anteriores. Muy concretamente, a nuestro juicio, en la conformación medieval de las artes curativas y el consiguiente desarrollo de la medicina como profesión donde confluyeron, entre otros, dos aspectos muy determinantes: por un lado, el imaginario religioso de la enfermedad según el cual la *corrupción* corporal era signo de cierto desorden o desviación espiritual (relación entre salud y virtud) y, por otro, el auge de las universidades con lo que éstas implicaban en cuanto a los modos de adquisición y administración de los saberes y en cuanto al desarrollo ulterior de una profesión y una ética, las médicas.

Pues bien, tomando como referencia algunos de los planteamientos de los autores mencionados, el propósito de este artículo es indagar en las raíces medievales de las relaciones entre saber médico y poder poniendo especial énfasis, según reza en el título, en la construcción del discurso médico como arte de gobernar el cuerpo.

Identidad de los saberes médicos y desarrollo de la profesión

El cultivo de los saberes médicos de las primeras fases del medioevo presentaba, se puede decir haciendo un esfuerzo de abstracción, dos vertientes, las cuales, si en principio diferían sólo en algunos aspectos formales de su realización, constituirían en última instancia la esencia de los dos modos universales del ejercicio curativo, el popular-profano y el técnico-profesional. Entre ambos, las consiguientes diferencias a las que daban lugar las distintas concepciones del enfermo, la enfermedad o la curación y, desde luego, la distinta relación entre el sujeto que dispensaba y el que recibía los servicios de sanación.

Los saberes populares, desarrollados en los ámbitos doméstico y vecinal bien por algún miembro carismático de la comunidad —a menudo el

barbero— o por alguno de los empíricos sin doctrina y taumaturgos de los que tanto abundaban —desde las denominadas *mugeres sabidoras* (6) hasta los cirujanos pasando por especieros, boticarios, saludadores, ensalmadores, algebristas, sangradores, etc.—. Unos y otros se proveían tanto de la experiencia personal como de creencias colectivas y supersticiones difundidas oralmente a través de romances, refranes, cuentos o canciones y tenían la particularidad de llevarse a cabo dentro de la relación de cercanía y cotidianeidad que los miembros de la pequeña comunidad mantenían. Por su parte, los saberes técnicos parecían reservados de manera casi exclusiva a los clérigos quienes, si al principio practicaban la curación de forma irregular y no lucrativa como complemento de la cura espiritual —de la cual, a menudo, no era fácil distinguirla—, pronto se verían involucrados en formas cada vez más regularizadas y, por añadidura, profesionalizadas en los distintos establecimientos monacales —de los que fueron pioneros los de la regla benedictina—. Esas formas, hasta el siglo XI, es decir, hasta que comenzó a penetrar en occidente el saber médico grecoárabe a través de las compilaciones de las escuelas capitulares europeas y peninsulares, se mantendría dentro de los estrechos límites que la tradición isidoriana había marcado desde el siglo VIII.

Los rasgos que, según Laín Entralgo (7), mostraba la estructura de este conjunto de saberes, al menos hasta el apogeo de la escuela salemítana, se cifraban en cuatro aspectos: el primero, material: en general muy pobre, constituido por los restos de la ciencia griega y romana (extractos de compilaciones latinas del Bajo Imperio, traducciones al latín de escritos hipocráticos, algunos tratados galénicos y pseudogalénicos, etc.); el segundo, personal e institucional: los ya mencionados sacerdotes médicos de los nacientes monasterios benedictinos en cuyos idearios ejercieron notable y larga influencia las *Etimologías* de san Isidoro; el tercero, formal: la estructuración de la religiosidad cristiana europea con la consiguiente nueva actitud ante la realidad; y, finalmente, el cuarto: una cierta aspiración del saber médico a constituirse en una *filosofía segunda* a pesar del talante *literario-mitológico* que el paradigma de conocimiento etimológico proporcionaba.

Por lo que se refiere a las prácticas curativas propiamente dichas, el *oficio de curar* y el *milagro sanador* se mostraban inicialmente de manera indiferenciable como consecuencia de la mentalidad religiosa dominante, por lo demás profundamente ordálica y supersticiosa. Ambos sufrirían un proceso lento de diferenciación que duraría hasta bien avanzada la Baja Edad Media, incluso más, como lo demuestra la persistencia de disposiciones oficiales que trataban de regular la práctica curativa ritual (8) y, asimismo, las cada vez más encarnizadas críticas literarias, cultas y populares, que condenaban los exorcismos y hechicerías de una profesión, la médica, no siempre bien liberada —incluso en nuestros días— del recurso a lo mágico (9).

A partir del siglo XI, pero sobre todo en la transición del XII al XIII, a la par que las estructuras feudales empezaban a transformarse y se asistía en Europa al tímido nacimiento de la sociedad burguesa, la medicina, el oficio de curar, comenzó a mostrar los rasgos característicos de esa *filosofía segunda* que hasta entonces sólo había sido la aspiración de unos pocos sanadores *distinguidos*; rasgos que convertían a esa mezcla de arte sanador y práctica milagreira en técnica regular. A ello contribuiría de modo decisivo los procesos de arabización y secularización que tuvieron lugar en las instituciones capitales del saber: la Escuela de Salerno, la Escuela Capítular de Chartres, el Monasterio de

Ripoll en la ruta jacobea, la Escuela de Traductores de Toledo y algunas incipientes universidades.

Evidentemente estamos ante el proceso de institucionalización propiciado por la formación escolástica y por la profesionalización de una medicina —la que sería el germen de la medicina oficial— no muy diferente al principio, en cuanto a los métodos empleados y a la eficacia conseguida, de las otras medicinas —las populares— que con ella coexistían en franca y legítima competencia. Sin embargo, una medicina que, frente a esta, empezaba a gozar del prestigio y de la autoridad que confería la transmisión erudita y el ejercicio corporativo de una *élite menor*, como la denomina Eliot Friedson (10). Estamos hablando, por lo tanto, de un proceso en el que discursos del poder y discursos del saber se fundieron en un espacio social, el de las artes de la curación legitimadas, donde ciencia y salvaguardia de intereses profesionales —con los consiguientes mecanismos exclusionistas— (11) eran indiferenciables.

Según el propio Friedson (12), la medicina o, más estrictamente, la profesión médica fue desde la fundación de las universidades una de las más importantes y, quizás, más representativas ocupaciones profesionales cuyo modelo de organización ha constituido, a menudo, la aspiración de profesiones de prestigio, tales como el derecho o la religión, también ligadas tradicionalmente a la universidad pero que nunca llegaron a ostentar tan alto estatus. Y es que a diferencia de ellas, la medicina fue quizás la única que se ocupó en establecer una conexión sistemática con la ciencia y la *tecnología* desarrollando una compleja división del trabajo y organizando un número cada vez mayor de especialistas y técnicos alrededor de la tarea central de diagnosticar y tratar enfermedades —descubrir irregularidades y dictaminar sobre sus enmiendas—. Pero no es que esta relación temprana con la institución universitaria viniera a incidir inicialmente en una diferencia técnica importante respecto de las prácticas curativas populares basadas, como hemos dicho, en la experiencia inmediata y en el legado tradicional sino que, fundamentalmente —y esto es, quizás, lo importante—, venía a consolidar el estatus de privilegio que unas formas de ejercer el arte curativo habían ido adquiriendo respecto de otras. Las diferencias entre los médicos y los *curanderos* no debía de consistir en otra cosa que en la posibilidad que tenían aquellos, a diferencia de estos, de apoyar sus juicios clínicos en una credencial académica de la cual dependía el prestigio —y el poder— de sus decisiones.

La primera fuente estable de distinción no parece que fuera, por lo tanto, una cualificación técnica ni discursiva sino el título universitario de *doctor*. La universidad medieval creó antes que nada unos criterios administrativos relativamente bien definidos y diferenciados con los que establecer una identidad profesional única dentro del difuso conjunto de sanadores de la época. Posteriormente, el desarrollo de las corporaciones profesionales médicas como agrupaciones de individuos reunidos por su trabajo o, más bien, por el interés de defender cierta manera de comprender y ejercer su trabajo, facilitó una regulación formal de la profesión con una identidad pública específica. Ambas cosas, universidad y corporaciones, permitirían la constitución de esa *élite menor*, a la que hacíamos referencia más arriba, sobresaliente en su posición frente a la pléyade de ocupaciones sanatorias antes mencionadas. La figura del *examinador* (fiscalizador del grado y tipo de conocimiento médico de los aspirantes a ingresar en el gremio de la curación oficial) que aparecía establecido en distintas disposiciones legales pone de relieve el carácter corporativo de una profesión cuyo ejercicio profesional quedaba regu-

lado espesamente por el poder. Pero en modo alguno la medicina técnico-profesional derivada de la formación universitaria pudo en un principio establecer el monopolio de la curación puesto que no habían conseguido crear una amplia confianza pública y promocionar, de esta forma, al uso mayoritario de sus servicios. Los ciudadanos pobres y los campesinos utilizaban muy escasamente este tipo de atención médica e, incluso, las familias más pudientes desconfiaban de su eficacia y recurrían a menudo a ejercientes profanos mucho más cercanos y que les ofrecían la garantía de la vecindad. Los médicos medievales, si bien eran respetados como miembros que eran de una *clase distinguida*, no parece que gozaran —al menos popularmente— de gran autoridad como sanadores. Y es que para asegurarse el monopolio profesional hacía falta algo más que el título universitario. F. A. Campagne ha confeccionado a este respecto una lista de casos en los que, más allá de la Edad Media, fueron contratados por instituciones públicas sanadores no oficiales o dictados fallos en favor de sus ocupaciones; a título de ejemplo: en 1480, el ayuntamiento de Murcia contrató a un saludador, puesto que seguiría ocupándose hasta 1758; en 1486, el ayuntamiento de la villa de Madrid, que ya contaba con un puesto de ensalmadora, se hizo con los servicios de un saludador; a mediados del siglo XVI, el ayuntamiento de Segovia falló a favor de varios curanderos profanos, a quienes se acusaba de sanar con ensalmos, autorizándoles a curar con paños secos, bendiciones y palabras apropiadas (13).

Pero, quizás, no fueran las prácticas curativas populares —domésticas y vecinales *profanas*— el principal obstáculo para la consolidación de los discursos doctos del cuerpo y el ejercicio médico profesional que de él se derivaba. Mucho más amenazantes que estas lo serían durante todo el período bajomedieval la medicina árabe y judía que, por otra parte, serían las que impulsaran de forma definitiva los saberes curativos en Europa: en primer lugar, a través de las aportaciones de sus propios discursos médicos y, en segundo lugar, a través de la recuperación para el occidente cristiano de la olvidada medicina antigua que ellos habían sabido conservar y, en gran parte, recrear.

La mejor preparación que en general parecían tener médicos musulmanes y judíos —cuya formación, aunque no estaba sometida a una normativa legal ni dependía del paso por las aulas universitarias, imponía el ejercicio práctico al lado de un séquito de profesionales durante varios años— hizo que estos fuesen preferidos en amplios sectores de la sociedad tanto musulmana como de dominio cristiano. La virtual amenaza que podía suponer este modelo no escolástico de la medicina hizo que desde muy pronto se tendiera a obstaculizar tanto su formación como su ejercicio profesional interponiendo todo tipo de trabas y controles a las tareas curativas que desarrollaban: desde la presión burocrática condensada en la prohibición de su entrada en la Universidad y la exigencia de la credencial de la formación escolástica hasta la persecución religiosa y social respaldada por sucesivas disposiciones y mandatos legales. Pese a que la comunidad médica cristiana fue paulatinamente ejerciendo mayor fuerza ante los poderes para hacer valer sus privilegios, la reiteración con que tuvieron que ser recordadas las disposiciones —religiosas y administrativas— en contra de la medicina árabe y judía, por un lado, y la efectiva presencia de médicos de estas minorías al servicio de la nobleza, por otro, pueden ser suficientes para suponer el amplio reconocimiento social que en cuanto a capacitación y validez seguían ofreciendo frente a la ciencia médica universitaria.



Sin embargo, el recrudescimiento de la crisis social provocada, entre otras cosas, por los desastres demográficos que ocasionaron los sucesivos períodos de hambre y epidemias acaecidos a lo largo de los siglos XIII y XIV –y, sobre todo, el desastre ocasionado por la denominada Peste Negra que desde mediados del siglo XIV hasta entrado el XV asoló a una buena parte de las poblaciones del sur de Europa– sirvió para justificar el movimiento de intolerancia y persecución que terminaría con la desaparición de los reinos musulmanes en Europa y la expulsión de los judíos de la península ibérica en 1492. Pero la arabización y judaización de la medicina oficial europea en sus fundamentos doctrinales ya se había producido: la educación libresca dispensada en las universidades se ajustaría fielmente, según García Ballester (14), a la herencia islámica aunque impregnada con los rasgos escolásticos de lectura y comentario de textos galénicos e hipocráticos. Por si fuera poco, despejada la competencia más incómoda, se habían sentado las bases del monopolio científico de la medicina y del ejercicio corporativo de una profesión lista, ya, para erigirse a sí misma como uno de los principales mecanismos legitimadores de los hábitos y las costumbres de los ciudadanos; para configurarse como un verdadero arte –junto a la religión, aunque en cierta pugna con ella– de gobernar los cuerpos.

El discurso médico dominante como arte de gobernar los hábitos y las costumbres (orden médico y orden moral del discurso legitimado del cuerpo)

Ya hemos señalado que entre los siglos VIII y XI, mientras que en Europa se practicaba la medicina monástica con los pocos restos que se conservaban de la tradición cultural grecorromana, la medicina árabe y judía experimentó un importante proceso de recepción, asimilación y recreación de la filosofía y la medicina griegas. Este proceso, que culminaría en el esplendor médico oriental de los siglos X (el siglo de Rhazes) y XI (el siglo de Avicena) –sin olvidar las aportaciones que durante el siglo XII haría la medicina andalusí de los Avenzoar, Averroes o Maimónides entre otros–, sería determinante en el posterior devenir de la ciencia médica occidental.

En el conocimiento árabe del hombre y, por lo tanto, en la visión de su cuerpo y su enfermedad confluyeron más o menos armónicamente, como lo ha descrito Laín Entralgo, dos órdenes del saber. Por una parte, el inherente a su sistema teosófico (monoteísta y creacionista) y, por otra, el procedente de la asimilación de la cultura anatomofisiológica griega, sobre todo a través del naturalismo galénico, vigente en algunos aspectos hasta bien entrado el siglo XVI, según el cual la enfermedad se realizaba en sus *accidentes*, es decir, como consecuencia de las perturbaciones de aquello que pertenecía a la *naturaleza del cuerpo* (15).

Sin embargo, a pesar del naturalismo contenido en la concepción de la enfermedad que la hacía tributaria de la influencia física de las llamadas *seis cosas no naturales* sobre la dinámica de las *cosas naturales* (reelaboración que hiciera loanitus de las *causas externas* como complemento de las *cosas naturales* de Galeno), el médico del occidente medieval, en tanto que contemplador cristiano del mundo, no podía ver en la afección morbosa –más allá de las analogías mecanicistas que

remitían al humanismo pagano de la antigüedad– sino un acontecimiento estrechamente relacionado con lo que el cristianismo enseñaba acerca de la realidad y del destino del hombre. Siendo el cuerpo, para la tradición cristiana, *carne* (topográficamente lo bajo y lo siniestro, temporalmente lo pasajero, éticamente lo vil y lo mundano), el centro del apetito corruptor, se configuró como la negación del verdadero yo pero, al mismo tiempo, como el asiento de las intenciones morales: su salubridad era también la integridad moral puesto que la salvación implicaba salvar el cuerpo y salvar el alma. En ese sentido, el argumento que la crítica cristiana hacía a la bien implantada medicina galénica de las universidades medievales se edificaba sobre la importancia del paciente como individuo vinculado de forma singular con el entorno natural y social, es decir, como sujeto insertado en la comunidad cristiana (16).

No obstante, lo que en principio aparece como una revisión del mecanicismo aristotélico y galénico –donde la medicina cristiana trataba de resaltar el carácter trascendente del ejercicio médico– terminaría mostrando una forma nueva de legitimación de las calidades personales en la que la enfermedad no podía ser sino el resultado de la propiedad defectiva que Dios había arrojado sobre la naturaleza humana como consecuencia del *pecado original*. Esta, como una más de entre las formas de sufrimiento mundano, respondía a la interpretación bíblica de la *historia de salvación*: entre castigo y prueba moral con el consiguiente mérito o demérito por el modo de padecerla. Asimismo, la enfermedad, se constituía como la expresión física y visible de un *déficit ontológico* mensurable según la hipotética escala de las posibilidades (morales) de los modos humanos, más o menos dignos, de existir: causa de segregación de los contrahechos, los tullidos, los mutilados, los infectados o los dementes porque, en esencia, la alteración del cuerpo exterior era la manifestación de la falta interior considerada mucho más valiosa y de la cual la materia sólo era signo; lo que hacía que la curación estuviera tan sujeta a la salvación o, en cierta medida, fuera indistinta de ella como también se mostraban indistintos la enfermedad y el pecado.

A este respecto resulta muy ilustrativo lo que Estéfano señalaba en *Visita y consejo de médicos* cuando decía que la enfermedad no podía ser curada mientras permaneciera la causa apremiando a los médicos que desearan la salud de sus enfermos a “...*remover la causa mayor que es el pecado*” e insistiendo, incluso, en la necesidad de convocar, antes de la curación física, al médico del alma: “...*por este presente ordenamiento mandamos constrennida mente a todos los médicos que an de aver cuydado de todos los cuerpos que cuando les contesciere visitar algunt enfermo que fagan llamar antes al medico del alma ante que cosa corporal en ellos se faga*”, llegando a aconsejar al médico negar la atención a aquellos pacientes que se resistieran a tal actuación (17). Algo parecido es lo que expresaba el que fuera médico de Juan II de Castilla, Alonso Chirino, en su *Replicación al Espejo de Medicina* (revisión del *Espejo de Medicina*) cuando señalaba que “...*lo primero que deve fazer el enfermo gelo deve amonestar el medico es que confiese para salud de su anima*” (18); asimismo, en el capítulo XIII del *Menor daño de la medicina*, titulado “*De la buena física espiritual*”, donde antepone los mandatos de la doctrina católica a los del médico cuando estos pudieran contravenir a los primeros: “...*el que es enemigo de la verdat non es sin razón que sea enemigo de su fija de la verdat que es la ordenança cathólica por lo cual ningunt fiel o discreto non deve creer al médico para comer carne en viernes en ninguna enfermedat...*” (19). El

precedente jurídico, en este caso, como en tantos otros, lo encontramos en las *Partidas* en las que el rey sabio justificaba la pena de excomunión para aquellos médicos que accedieran a prescribir algún medicamento a quienes previamente no se hubieran sometido al sacramento de la confesión y, con ello, aliviar la enfermedad que “siempre” lo es antes del alma que del cuerpo: “...*Et por ende tovo por bien santa iglesia, que cada que algunt christiano enfermase de manera que demande por físico que le melecine, que lo primero que faga desque á él viniere, quel conseie que piense de su alma, confesándole de sus pecados, et despues que esto hobiere fecho debe el físico melecinarle el cuerpo et non ante; ca muchas vegadas acaesce que agravian las enfermedades á los homes mas afincadamente, et se empeoran por los pecados en que estan. Et esto que asi lo deban facer habémoslo por enxiemplo de un enfermo que sanó nuestro señor Iesu Cristo, á quien perdonó primeramente de sus pecados que sanase et dixol así: ve tu carrera, et de aquí adelante non quieras pecar, porque te haya de acaescer alguna cosa peor que esta. Et por ende tovo por bien santa iglesia que ningunt físico christian non fuese osado de melezinar al enfermo ante que se confesase, et el que contra esto ficiese que fuese echado de la iglesia, porque face contra su defendimiento. Otrosí defendió santa iglesia so pena de descomulgamiento que los físicos por saber que hayan de sanar los enfermos que les non conseien que fagan cosa que sea pecado mortal, et esto es porque las almas son mejores et mas preciadas que los cuerpos segunt sobredicho es*”(20).

En este contexto, la enfermedad, siendo la metáfora del pecado, el signo exteriorizado de la falta espiritual, era en cualquier caso sinónimo —como en muchos aspectos y en algunos casos aún lo sigue siendo— de carencia de posición y de estado; a menudo, era la forma en que se inscribía en el cuerpo la alerta para el repudio y, a veces, para la reclusión. Y es que en una sociedad tan aparential como la medieval, las distinciones sociales no podían ser establecidas sino a través de una serie de cualidades que, si bien en última instancia remitían a organizadores espirituales, se manifestaban a través de cualidades corporales polarizadas: la *excelencia* a través de la belleza, la fuerza, la destreza, la mesura, la apostura y, muy particularmente, la integridad somática, y la *villanía* a través de la fealdad, la debilidad, la torpeza, la exageración, el desaliño, la falta de higiene o de integridad. Algo que, en definitiva, no eran sino una caracterización somatomórfica de la sociedad; una caracterización, que en lo que tenía que ver con la enfermedad, pone de relieve los mecanismos de poder que a lo largo de la historia han ido configurando la idea de *cuerpo excelente* y su contrario el *cuerpo carente* (21); una disyunción construida sobre una improbable neutralidad en la somatización de valores.

Por lo que se refiere a la realidad diaria del ejercicio médico, es difícil saber el grado de adecuación teórico-práctica que este presentaba teniendo en cuenta, sobre todo, las dimensiones tan extraordinarias que alcanzó la metodología escolástica y, por lo tanto, el ejercicio especulativo (*lectio, disputatio, repetitio* y *exercitio*) frente a la tradición experimental que había caracterizado a la medicina islámica. Aunque la educación libresco que dispensaban las universidades se atenía en muy buena parte a la herencia islámica a través de traducciones y comentarios que permitían una extensa formación teórica a los titulados —tanto, que llegó a seducir a los propios intelectuales júdios y árabes, según Sánchez

Granjel (22)—, no se puede decir que en las universidades se empezara a construir el verdadero *ejercicio médico*; la medicina, el ejercicio de la curación, se seguía haciendo en la calle al margen de la Universidad y seguía escribiéndose hasta bien entrado el siglo XIV, al menos en la península ibérica, en árabe y en hebreo.

Las *geografías médicas*, como denomina Sánchez Granjel a los catálogos de la época que referían los padecimientos de la población, dan buena cuenta del estado sanitario de la sociedad medieval y, en cierta medida, de lo que debió ser el ejercicio práctico de la medicina: la hidropesía, el sarampión y la viruela, el ergotismo, los procesos febriles pero, sobre todo, la lepra y la peste constituyeron las lacras sobre las que el *ars medica*, la mayor parte de las veces, no podía sino asumir su ineficacia recurriendo a los argumentos de la *necesidad* (herencia del *ananke physeos* helénico) o la posesión demoníaca complementados con abundantes y elaborados razonamientos astrológicos. Asimismo, la literatura creativa no deja de hacer alusión a las dolencias de la sociedad medieval fijándose de manera especial en la figura del médico, en la más que discutible eficacia de su arte y, muy a menudo, en su reprochable comportamiento.

En este sentido, las letras hispánicas ofrecen innumerables ejemplos de la animadversión o, cuando menos, recelo que el pueblo llano sentía por el médico. Así, por ejemplo, Don Juan Manuel en el *Libro de los Estados* hace referencia explícita a las no raras veces que utilizaban el arma de su oficio para ejercer dominio u obtener ganancias ilícitas ocasionando graves perjuicios: “...*encubiertamente puede fazer muchas malas obras; ca puede demandar a los enfermos tan grant quantía por los guarescer que les será mayor daño que la dolencia que ovieren*”, alargando las enfermedades o encareciendo las medicinas haciendo entender a las gentes “...*con manera de truyanería que faze mejor obra o más sotil de quanto es la verdat, o errando en otras muchas maneras que puede errar, entendiéndolo o non lo entendiendo como deve... et porque los físicos an muchas maneras para ganar dineros de las gentes... et an muy gran aparejamiento para encobrir la mala obra quando la fizieron, dando a entender que la facen buena...*” (23). También su coetáneo Ramón Llull denuncia al médico bien vestido y con buenas cabalgaduras conseguidas con dineros por engaño y antes lo habían hecho otros como, por ejemplo, Guillén de Guevara que en el siglo XIII había incluido a los médicos en el grupo de los *inicuos*, al lado de los ricos, de los abogados, de los estúpidos y de los usurpadores.

Pero los reproches más severos eran, quizás, los que procedían de los propios médicos como el que puede observarse en la obra del ya mencionado Alonso Chirino. Su *Menor daño de la Medicina*, que incluye un tratado de higiene y dietética así como la exposición de las dolencias más comunes y, asimismo, su *Espejo de medicina* constituyen dos de las formulaciones más críticas del quehacer médico de la época. En esta última se refiere expresamente al carácter dudoso del saber del médico y al daño que suelen ocasionar sus yerros y engaño: “...*venden muchas de sus mentiras por verdades, por lo cual ponen en muchos peligros animas e cuerpos ...todos avemos vna entrada a la vida e muchas salidas della. La mayor es aquella que nos fazen salir aquellos muchos que han el nombre de físicos non seyendo letrados... los cuales fazen agraviu e soberuia a la muerte, porque la toman su ofiçio... tengo* —continúa más adelante— *que es mayor la pestilencia en las gentes, junto con los otros daños de la medeci-*



na, más que la pestilencia causada de los elementos e complicaciones, e más que las muertes que fazen las guerras e las otras contiendas” (24). Una crítica que se agudiza cuando el objeto de la misma son los cirujanos: “En la çerugia que conuiene saber segunt la entención deste tractado, lo primero es que vos guardedes quanto pudierdesde la maldat de çerugianos que son muy malos omnes e peores que físicos, si peores se pueden aver” (25).

Muchos son los que lamentan la irreparabilidad de las equivocaciones médicas y su impunidad ante las mismas y hasta reclaman un tratamiento para sus yerros semejante al que reciben, por ejemplo, los jurisconsultos. Por ejemplo, Alonso de Miranda, en el *Diálogo del médico perfecto* señala que “De los mismo médicos fuera justísimo hazerse anatomía, pues si condenan a muerte a un triste hombre porque mató a otro desventuradamente, con cuánta mayor razón merecerían éstos, que tantos matan al año; pero vemos ahorcar al que tomó dinero para matar a otro, y a los médicos dánseles porque nos maten” (26). Luis Vives repara en lo mismo en *De tratandis disciplinis* comparando la cuestión con los yerros del jurisconsulto: “Si quien se equivoca es un jurisconsulto, esta equivocación queda subsanada por la imparcialidad del juez, por la restitución integral o por la pérdida de dinero. Los yerros del médico, ¿quién los enmendará? ¿Qué remedio se puede dar a un hombre muerto?” (27).

Pero mucho antes de la construcción de este estereotipo literario, habían sido los legisladores quienes en los fueros se hicieron eco del poder, no siempre leal, de la medicina interponiendo, al lado de medidas proteccionistas de la profesión, disposiciones para limitar el abuso y falta de competencia en los que frecuentemente incurría. Desde las disposiciones recogidas en el *Fuero Juzgo* y el *Codex Visigotorum* (que revelaban una inicial desconfianza racial e imponían limitaciones técnicas o salariales) hasta el *Fuero Real* y las *Partidas* que, recogiendo la tradición visigoda, disponían penas a los médicos usurpadores y flasarios, no son pocas las manifestaciones de cautela, ya cultas ya populares, que se expresan ante la actuación médica. En el *Fuero Real* Alfonso X apunta que “... ningún omne non obre de física, si non fuere enante prouado por buen físico por los otros buenos físicos de la villa... Et ninguno dellos non sea osado de tair, nin de fender, nin de sacar huesos, nin de melezinar en ninguna guisa, nin de fazer sangrar a ninguna mujer sin mandado de su marido... Et si alguno lo fiziere peche .X. morabedis... Si algún físico o maestro de llagas tomare alguno en guarda a pleyto que lo sane et ante que sea sano muriere daquella enfermedad, non pueda demandar el precio que auie taiado. Et esto mismo sea, si puso de lo sanar a plazo sennalado et non lo sanó” (28). Por su parte, en las *Partidas* señala que “... los físicos et los cirurgianos que se meten por sabidores, et no lo son, merescen haber pena si muere alguno por culpa dellos” (29); asimismo, establece diferentes castigos para aquellos que recetaran medicinas contrarias a la enfermedad, actuaran maliciosamente en la mujer preñada, etc.

Sin embargo, la expresión de tales inquietudes y la propia crítica del ejercicio médico nunca llegaría a constituir un verdadero peligro para el poder que se estaba fraguando. A pesar de la dudosa competencia de la mayoría en el ejercicio profesional y, en definitiva, de la escasa atención a los principios de racionalidad científica a los que apelaban, el elaborado y cada vez más asumido discurso docto del cuerpo empezaba a operar fehacientemente como coartada y como forma de legitimación

profesional del sector hegemónico de entre las diversas clases de sanadores. La consumación del propio proceso de organización gremial y profesional —la consumación del propio proceso de construcción del poder médico— daba carta de naturaleza —y se podría decir que de exclusividad— a unas formas de pensar y de sentir el cuerpo en occidente que serían inseparables, ya, del arte de gobernar los hábitos y las costumbres —el arte de dominar y dominarse— donde a menudo los conceptos de buen (en el sentido moral) y de sano ordenamiento corporal eran perfectamente intercambiables. De este modo, como ha señalado Turner (30), las nociones médicas de salud y enfermedad suministraban un marco esencial para las teorías de la estabilidad individual y la armonía social. No en vano, en la tipología medieval, los modelos de la excelencia (también espiritual) estuvieron ligados a la exaltación física condensada en las gestas y en la capacidad del gesto mesurado y, por su parte, los modelos de la deficiencia, asociados a desfiguraciones fisiognómicas y a enfermedad es corporales condensados en el desorden del gesto o, lo que es lo mismo, en la gesticulación. Y es que la exterioridad corporal era interpretada como el necesario efecto de la interioridad espiritual; según ha señalado Jean-Claude Schmith (31), una especie de prolongación de los movimientos del corazón.

Pero es evidente que la concepción de la enfermedad, así como los problemas que planteaba, eran bien distintos según el nivel social de quienes la padecían. La ayuda profesional del médico reconocido y legitimado aparecía vinculada, tanto en la época de dominación musulmana como posteriormente bajo el dominio cristiano, al servicio de los estratos dirigentes viéndose privados de ella los sectores urbanos marginales y casi la totalidad de la población rural. Estos debían conformarse con las arraigadas medicinas populares, la autosanación y, en algún caso, con el caritativo ingreso en los hospitales cuyas funciones eran antes que la sanación, la profilaxis social. En efecto, uno de los principales cometidos de las instituciones hospitalarias consistía en mantener libre a la ciudad de los elementos que más podían perturbar el orden social; se mostraban, a este respecto, como instituciones totales que acogían lo mismo al pobre, al huérfano, al peregrino, al desvalido, al vagabundo, al demente o al expósito y donde los enfermos, más que atención médica, recibían techo y un mínimo de atención alimentaria que compartían con el resto de los desheredados. Formaban parte, por lo tanto, de una política social sanitaria en la que las diferencias entre ayuda al menesteroso, atención al enfermo y confinamiento punitivo del indigente quedaban difuminadas. En este sentido, Laín Entralgo (32), señala que desde que en el siglo XI fue desapareciendo la medicina monástica y clerical, la discriminación social, en cuanto a las formas de asistencia al enfermo, empezaría a adoptar las formas que luego serían la constante del mundo burgués. Los poderosos, ya fueran monarcas, señores feudales o prebostes, eran generalmente atendidos por un médico de prestigio en exclusiva, el *medicus a cubiculo*, que podía emplear todos los recursos sanadores que estimara necesarios independientemente de que estos fuesen o no eficaces. La naciente burguesía, artesanos, comerciantes prósperos, etc., solían gozar de asistencia a domicilio también a cargo de algún profesional distinguido. Y, finalmente, los más desprotegidos socialmente, los pobres, ya fueran siervos o indigentes de la ciudad, habían de conformarse con la denominada *medicina pauperum* consistente —como hemos señalado— en el cobijo físico cuya intención estaba más cerca de la caridad y la limpieza social que de la atención propiamente sanitaria.

A este respecto, el permanente recrudescimiento de la lepra, cuyos niveles más graves se alcanzaron a mediados del siglo XIII, se materializó en la creación de las leproserías donde los *infectados* eran reclusos de por vida, víctimas de un mal no sólo temido por lo incurable y contagioso sino, sobre todo, considerado como el castigo que los hijos del pecado —sobre todo, *lujuriosos* y *sodomitas*— debían padecer según una especie de reactualización personal del pecado original y su proceso de redención (33). Se trataba de una política de defensa colectiva contra una enfermedad identificada con la transgresión —de la cual era signo— y, por lo tanto, de defensa contra los brotes de inmoralidad que se intensificaban en tiempos de pestilencia; algo que cristalizaría en la adopción de medidas de *higiene colectiva* que trataban de afectar directamente a las costumbres entendidas, en consecuencia, como medidas de ordenamiento moral y cívico, como medidas contra la desestabilización social que de hecho significaba el enfermo. Y es que la conciencia medieval, permanentemente reactualizada hasta nuestros días, aplicaba a la frontera de lo normal y lo patológico el poder de delimitar también, como ha señalado Foucault, lo irregular, lo desviado, lo no razonable, lo ilícito e, incluso, lo criminal (34).

De este modo, en lo que se refiere a la higiene individual, la *política sanitaria* consistía en la difusión de normas dietéticas y consejos para regular la vida cotidiana expuestos bajo las formas de los *regula vitae*, *ordo vitalis*, *ars vivendi*, *regimina sanitatis* o simplemente a través de los *espejos*, *de príncipes*. Estos, aunque inicialmente estaban dedicados a los monarcas e infantes, irían impregnando la sensibilidad de quienes pertenecían a las capas sociales inmediatamente inferiores, las capas sociales advenedizas, las cuales fueron asumiendo poco a poco las formas de comportamiento dictadas por un orden cultural progresivamente más elaborado en el que el control de los gestos se iba desplazando, cada vez más, al dominio de los afectos y de las autoimposiciones (35). Dictados por un orden cultural en el que los preceptos de regulación fisiológica no eran sino el reverso técnico de los mandatos de la moral dominante, el desarrollo de la dieta —entendida como ciencia secular del consumo— se mostró como un indisoluble correlato de lo que significaba la etiqueta en el ámbito de la regulación las relaciones interpersonales; un correlato que adscribía al cuerpo y los modos de presentación propios de las clases hegemónicas al, siempre, legitimador territorio de *lo natural*.

En los referidos reglamentos de vida privada y pública, el médico-mentor dictaminaba sobre los alimentos y las bebidas convenientes, sobre los ritmos de sueño y de vigilia, sobre la práctica de ejercicios físicos y el reposo, sobre el uso de los baños, sobre el comportamiento sexual, sobre el vaciamiento y el estreñimiento, sobre el vestido, etc. Pero los discursos higiénicos constituían un marco dentro del cual, a partir de las recomendaciones técnicas (*lo naturalmente ordenado*), se desarrollaban lo que podríamos calificar como verdaderos compendios de moral cortés y, luego, cívica en el sentido de que suponían la legitimación de unas prácticas y unas sensibilidades corporales que eran las que correspondían al comportamiento distinguido de la nobleza de corte y, por extensión, más tarde, de la naciente burguesía. Así, aunque los discursos versaban explícitamente sobre aspectos como cuáles eran los mejores alimentos y cuál la mejor forma de comerlos, cómo facilitar la digestión, cuándo y cómo practicar el ayuno, qué convenía al cuerpo en cuanto a esfuerzos y todo lo que, en general, hiciera referencia a la conservación de la salud, etc., la intención era siempre socio-moral:

configurar un estilo de vida adecuado a los modos de la excelencia: gestos comedidos, actitudes mesuradas, disciplina higiénica, etc. Los modos virtuosos que el orden moral hegemónico tenía previstos para el cuerpo, primero, de los gobernantes y, por extensión, de los estados menores.

Un ejemplo típico de esta clase de composiciones lo constituye el conjunto de la obra de Arnau de Vilanova —vigente todavía en el siglo XVII— en la que a menudo, con un lenguaje no técnico, el autor trata de llegar a los sectores más profanos de la sociedad. Su objetivo es orientar y ordenar las costumbres, no sólo en lo estrictamente corporal sino también en lo moral, según el característico ordenamiento ético de la higiene medieval en el que la distinción nobiliaria ocupa un lugar preeminente. Eso es, en parte, lo que sugiere la recurrente llamada a la regulación de los actos, a la moderación, al autodominio, a la adecuación a la naturaleza tan frecuente, por ejemplo, en el *Regimen sanitatis* aunque también, en alguna obra menor como *Parábolas* o *Aphorismi de ingenio sanitatis* donde medicina y religión se agregan *armónicamente* bajo la preocupación del ordenamiento moral de las costumbres. Del *Regimen sanitatis* extraemos algunos párrafos, a este respecto, bien significativos: en el capítulo segundo, donde habla “*De cuál y cuánto debe ser el ejercicio*”, después de insistir en el carácter moderado que en cualquier caso este ha de presentar, en relación directa con los valores morales hegemónicos y de la distinción nobiliaria, precisa: “*Más la manera de movimiento elegida para hacer ejercicio debe ser aquella que deje siempre intacta la real majestad y honestidad. Desentona del porte de la real honestidad el juego de pelota, de lanzas y de lucha con gentes de su edad, porque eso rebaja la dignidad de su persona y pone muy en entredicho la honestidad pública*” (36). El punto culminante de este imaginario tiene lugar, nos parece, en el capítulo séptimo cuyo título “*De cómo se han de llevar los accidentes y pasiones del alma*” pone, de por sí, de relieve el carácter tan indiferenciado entre las materias médica y ética; unas materias en las que el imperativo de la noble prudencia se constituye en el *buen gobierno corporal*.

Asimismo, Alonso Chirino, en su *Menor daño de la medicina*, pone de relieve el carácter indisoluble de lo moral y el ordenamiento médico-somático; ambos, como aspectos concomitantes o confluyentes en la disciplina higiénica. De las tres partes de las que consta este escrito higiénico-dietético, las dos primeras se ocupan expresamente de los aspectos más técnicos del cuidado del cuerpo: *de cómo conviene usar de comer y beber, y el ejercicio y del dormir, de los usos y administraciones del cuerpo en de los quatro tiempos del año y del regimiento en tiempo de pestilencia*. La tercera, a modo de corolario, se configura como el reverso ético de los cuidados a través de diversas clases de consejos para *refrenar las pasiones del alma*.

Pero no sólo los regímenes de sanidad propiamente dichos hacían confluir el ordenamiento corporal con el sentido o la intención, más profundos, de la rectitud moral. Como resultado de lo que podríamos calificar de *tendencia iatrogénica*, la literatura de ficción y especialmente, dentro de esta, la didáctica —representada por los tratados de moral denominados genéricamente *espejos de príncipes*— asumió la tarea divulgativa para alcanzar el recto ordenamiento corporal de los individuos —y, por extensión, de toda la sociedad— como una parte más de sus propósitos pedagógicos. Baste mencionar, a este respecto, aunque desde posiciones diversas, los planteamientos de dos de los máximos



representantes de la literatura castellana bajomedieval, Juan Ruiz y Don Juan Manuel.

Por una parte, el Arcipreste de Hita participa de esta tendencia en el *Libro del Buen Amor*, recogiendo arraigadas convicciones populares en torno al mantenimiento del cuerpo y adosándolas a su discurso de forma airosa y desenfadada, no técnica, aunque no por eso sin intencionalidad moral. Así, por ejemplo, cuando se refiere a los peligros corporales de la gula señala que “Con mucha vianda e vino creçe la flema..., muerte muy rebatada trae la golosina al cuerpo muy goloso y al alma mesquina...”; “El comer sin mesura e la gran venternía (glotonería), otrossí mucho vino con mucha beverría, más mata que cuchillo: Ypocrás lo dezía; tú dizes que quien bien come, bien faze garçonia”; “...Buenas costumbres debes en ti siembre aver, guárdate sobre todo mucho vino beber, que el vino fizo a Lot con sus fijas bolver, en vergüenza del mundo, en saña de dios caer”: “Fizo cuerpo e alma perder a un hermitaño que nunca lo beviere; provólo por su daño: retentólo el diablo con su sutil engaño... Es el vino muy bueno en su mesma natura, muchas bondades tiene si se toma con mesura...” (37). Pero no sólo son los hábitos en el comer y en el beber los que llaman a la difusión de la impronta moral hegemónica, en la visión del Arcipreste; muchos otros aspectos del comportamiento son igualmente objeto de la atención didáctico-moral tales como la forma de hablar, la apariencia, la prestancia al trabajo, etc.: “Non fables muy apriesa nin otrosí muy paso, non seas rebatado, nin vagaroso, laso...”; “... En todos los tus fechos, en fablar e en ál, escoge la mesura e lo que es communal: como en todas cosas poner mesura val, así sin la mesura todo paresçe mal...”; “Sey como la paloma, limpio e mesurado; sey como el pavón, loçano, sosegado; sey cuerdo e non sañado, nin triste nin airado...”; “... De talla muy apuesta, de gestos amorosa, doñeg[u]jil, muy loçana, plazentera e ferosa, cortés e mesurada, falaguera, donosa, graçiosa e risueña, amor en toda cosa” (38).

Por lo que se refiere a la obra de Don Juan Manuel, de estilo más grave, destacamos el *Libro Infinido* y, también, algunas partes del *Libro de los Estados*. Ambos pueden considerarse manuales de buen comportamiento, del comportamiento regio, y, a la vez, casi indistintamente, en el sentido apuntado, verdaderos manuales de higiene. Muchas de las orientaciones de formación que contiene la última de las obras mencionadas y que comienzan, precisamente, por los cuidados corporales –desde la nutrición y las evacuaciones hasta la determinación de los tiempos de ejercicio físico y descanso– acaban configurándose como auténticos preceptos de moral, sobre todo, a través de la recurrente apelación a la moderación gestual, a la templanza o a la compostura: “Deve [el emperador] guardar a sí mismo, que es el su cuerpo, en el comer et en el beber, et en el dormir et en el folgar, et en el trabajar et en el andar, et en todos los fe[n]chimientos et baziamientos del cuerpo, et faziéndolos tenpradamente et con mesura, en manera que el cuerpo lo pueda bien sofrir et se mantenga en razón” (39), es decir, “...que las faga omne en los tiempos et en la manera que pertenesçe, segund ya desuso es dicho en algunos lugares, et que tome dellos lo que cunple para mante[n]imiento del cuerpo et non para tomar plazer nin deleite sin razón et con pecado... deben dello usar en guisa que non enpesca a las almas nin a los cuerpos nin a las faziendas... non faziendo tuerto nin pecado,

non tomando nada de lo ageno...” (40). O, lo que es lo mismo, según lo naturalmente ordenado.

El discurso higiénico constituye aquí, en todo caso, un marco dentro del cual, a partir de recomendaciones en clave técnica, Don Juan Manuel desarrolla uno de los más elaborados compendios de moral y de etiqueta a través del que sanciona la ética y el comportamiento distinguidos de la nobleza. Mediante la legitimación de lo *naturalmente ordenado*, realizado por razón y no con pecado, da cuenta de algunos de los conocimientos fisiológicos de la época respecto de la digestión, la obtención de energía corporal, el paso del alimento a las venas, la refrigeración del cuerpo, la gestación o la actuación de las medicinas, pero el objetivo último es el adoctrinamiento moral y el ordenamiento de las costumbres conforme a los patrones tradicionales y cristianos del recto obrar.

El hecho de que tales consideraciones aparezcan en el seno de manifestaciones literarias que, al fin y al cabo, han de entenderse como formas de expresión de la sensibilidad emergente, pone de relieve el verdadero alcance del poder médico así como la definición que hace del cuerpo y la mediación de lo corporal (41). Porque, en efecto, no se trata sólo de una representación técnica reservada a técnicos con escasa repercusión –digámoslo así– en el imaginario social, sino de una representación cuya extensión, aun siendo técnica, rebasa extensamente los límites del ámbito de aplicación en la que es conscientemente construida.

No hay que olvidar, a este respecto, que si la construcción de un poder se da en la medida en que sus agentes son capaces de hacer prevalecer sus propias representaciones como las representaciones legítimas (es decir, consigue hacerlas hegemónicas), entonces estas manifestaciones literarias constituyen, entre otros aspectos, una prueba de la consolidación del poder médico y de la definición de cuerpo que dicho poder tiende a perpetuar.

Notas

- (1) Illich I. (1975) *Nemesis médica. La expropiación de la salud*. Ed. Barral Editores. Barcelona.
- (2) Foucault M. (1987) *Las desviaciones religiosas y el saber médico*. En Le Goff J. (1987) *Herejías y sociedades en la Europa preindustrial*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
- (3) Turner B. (1989) *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en la teoría social*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- (4) Varela J. y Álvarez F. (1989) *Sujetos frágiles*. Ed. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- (5) Rodríguez A. y de Miguel M. (1990) *Salud y poder*. Ed. CIS. Siglo XXI. Madrid.
- (6) Así son denominadas, por ejemplo en las *Partidas*, las mujeres curanderas que por tradición se ocupaban de las afecciones típicamente femeninas e infantiles.
- (7) Laín Entralgo P. (1986, 181 y ss.) *Historia de la medicina*. Ed. Salvat. Barcelona.
- (8) Así, por ejemplo, las pragmáticas de 1477 que exigía a todos los profesionales, ya fueran ensalmadores, especieros, boticarios, herbolarios, sangradores, algebristas, etc. dedicados al arte de la curación, ser examinados por los protomedicatos. Véase, Campagen F.A. (1996, 212) *Cultura popular y saber médico en la España de los Austrias*. En *Medicina y sociedad: curar y sanar en la España de los siglos XIII al XVI*. Ed. Instituto de Historia de España Claudio Sánchez Albornoz. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

- (9) Resulta significativo, por ejemplo, el alegato que a este respecto realiza Pedro Ciruelo, en su obra *Reprobación de las supersticiones y hechicerías* de 1530, donde, entre otras especies naturales de supersticiones condena el *ensalmo* o empleo de la palabra para curar algunas enfermedades sin utilizar medicinas. Cfr. Mingote Muñiz M. (1983, 23-24) *Diálogo del prefecto médico de Alfonso de Miranda*. Ed. Editora Nacional. Madrid.
- (10) Friedson E. (1978, 36) *La profesión médica*. Ed. Península. Barcelona.
- (11) Entre otros mecanismos exclusionistas y de control de la profesión revestidos del razonamiento técnico cabe destacar, en primer lugar, la utilización del latín como vehículo casi exclusivo en la formación médica universitaria y la defensa una medicina basada en la caridad según el modelo cristiano tradicional. Este infundía la idea de la ocupación médica esta como vocación humanitaria, lo cual, en la medida en que se fue extendiendo al ejercicio secular de la curación se revelaría como una forma de fiscalización puesto que el ingreso en las facultades se haría depender de las difícilmente mensurables inclinación natural del aspirante o llamada trascendente. Véase, a este respecto, Turner B. (1984, 106) o.c.
- (12) Friedson E. (1978, 15 a 18) o.c.
- (13) Campagne F.A. (1996, 232) o.c.
- (14) García Ballester L. (1976, 15 y ss.) *Historia social de la medicina en la España de los siglos XIII al XVI*. Ed Akal. Madrid.
- (15) Perturbaciones cuyas causas podían no ser patentes a los sentidos del enfermo y del médico o, por el contrario, se presentaban ante este último como *signa* y en cuyo caso podían ser, según su significación, *demostrativos*, *pronósticos* o *rememorativos* y, según su materia, cualidades tangibles o visibles, hábitos corporales, alteraciones pilosas, pasiones del cerebro y del corazón, excreciones, etc. Véase, a este respecto, Laín Entralgo P. (1968, 168 y ss.) o.c.
- (16) Turner B. (1984, 106) o.c..
- (17) Cfr. González, M.^a E. y Forteza, P. (1996, 49) *Idealidad del discurso médico y contexto de la realidad en España (siglos XIV-XV)*, en *Medicina y sociedad: curar y sonar en la España de los siglos XIII al XVI*. Ed. Instituto de Historia de España Claudio Sánchez Albornoz. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- (18) Cfr. González, M.^a E. y Forteza, P. (1996, 49) o.c.
- (19) *Menor daño de la medicina* (II, 1, 2, 13). En Herrera M.T. (1973, 46) *Menor daño de la medicina de Alonso Chirino*. Ed. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- (20) *Partidas* (I, Tít. IV, L, XXXVII).
- (21) En efecto, siendo la materialidad corporal la referencia más inmediata, la más real, la más popular y la más accesible sobre la que el hombre medieval podía configurar su economía afectiva, aunque la mayor parte de las veces tuviera que ser mediante su negación y renuncia, el cuerpo no podía sino manifestarse en el medioevo cristiano como un eje, siempre presente, en torno del cual giraba una buena parte del imaginario teológico, político, ético y, en general, filosófico; habla de presentarse como una constante del pensamiento al margen de cuyo andamiaje simbólico –ya fuera que lo ensalzara o que lo negara– parecía difícil pensar cualquier categoría social, cualquier objeto cultural o material y, mucho más difícil aún, organizar la actividad práctica y la experiencia. Piénsese, por ejemplo, en la recurrencia de la representación antropomórfica del universo, en la interpretación y medición del espacio y del tiempo a partir de dimensiones y labores corporales o, asimismo, en la representación organicista de la sociedad civil y eclesial; repárese, especialmente, en la importancia de la noción de *cuerpo místico* –cuerpo de Cristo – como objeto por excelencia del ritual cristiano y, a la vez, paradójicamente, en la sospecha y acecho constante de los que era objeto la *carne* –cuerpo del hombre– en la configuración del imaginario moral del cristianismo; obsérvese la importancia del gesto litúrgico y el gesto cortés –manifestaciones ex-
- celentes* de la corporeidad junto con la gesta– en tanto que ingredientes insustituibles de todo ritual de pasaje religioso o profano; obsérvese también cómo la gesticulación, reverso del gesto reducido y virtuoso, constituía el recuerdo permanente de un desorden casi demoníaco que emergía del interior del cuerpo y que precisaba de vigilancia cuando no de fétula expiatoria.
- (22) Sánchez Granjel L. (1981, 122) *La medicina española antigua y medieval*. Ed. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- (23) *Libro de los Estados* (I, XCVI). Edición de McPherson I.R. y Tate R.B. (1991, 287-288) *Don Juan Manuel. El Libro de los Estados*. Ed. Castalia. Madrid.
- (24) Cfr. Sánchez Granjel L. (1981, 132 y 160) o.c.
- (25) *Menor daño de la medicina* (II, 2, 3, 1). Herrera M.T. (1973, 61) *Menor daño de la medicina de Alonso Chirino*. Ed. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- (26) Alfonso de Miranda *Diálogo del prefecto médico* (fol. 13). En Mingote Muñiz M. (1983, 65) *Diálogo del prefecto médico de Alfonso de Miranda*. Ed. Editora Nacional. Madrid.
- (27) Luis Vives *De tratadendis* (640). Cfr. Mingote Muñiz M. (1983, 67) o.c.
- (28) *Fuero Real* (IV, XVI).
- (29) *Partidas* (VII, Tít. VIII, VI).
- (30) Turner B. (1989, 9) o.c.
- (31) Schmitt J. C. (1990) *La raison des gestes dans l'Occident médiéval*. Ed. Gallimard. París.
- (32) Laín Entralgo P. (1986, 237) o.c.
- (33) En el imaginario corporal del medioevo donde salud y moralidad aparecían tan indisolublemente unidas, la lepra, junto con las afecciones venéreas de las que apenas se distinguía, aparece como uno de los más claros símbolos del desorden moral siempre relacionado con la promiscuidad sexual –propia o heredada de los progenitores–. En ella, el padecimiento físico y la repulsa social constituían la revelación de la culpa y el proceso de expiación. Véase, a este respecto, Madero M. (1992, 62 a 65) *Manos violentas, palabras vedadas. La injuria en Castilla y León (siglos XIII-XV)*. Ed. Taurus. Madrid.
- (34) Refiriéndose, en este caso, a los saberes médicos del siglo XVIII aunque, a nuestro juicio, de válida aplicación al periodo que nos ocupa donde situamos algunas de las más importantes claves de la genealogía médico-moral. Foucault, M. (1987) “*Las desviaciones religiosas y el saber médico*”, en Le Goff, J. (1987, 9 a 16) *Herejías y sociedades en la Europa preindustrial, siglos XI-XVIII*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
- (35) Según el proceso de difusión hacia abajo descrito por Norbert Elias en una de sus obras fundamentales: *El proceso de la civilización*. Elias, N. (1988) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Ed. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- (36) *Régimen de salud* (Amau de Villanova). En Cruz J. (1994, 73 y ss.) *Dietética medieval y régimen de salud de Arnaldo de Villanova*. Ed. Universidad de Navarra. Pamplona.
- (37) *Libro del Buen Amor* (Arcipreste de Hita). Edición de Nicasio Salvador (1993) Ed. Espasa-Calpe. Madrid.
- (38) *Libro del Buen Amor* (Arcipreste de Hita). o.c.
- (39) *Libro de los Estados* (I, LXII). o.c. (1991, 188 y ss.).
- (40) *Libro de los Estados* (I, LXXXII). o.c. (1991, 243 y ss.).
- (41) La literatura, especialmente la literatura política y sociológica, pero también la didáctica, constituye un fondo documental de las representaciones sociales del momento en que la obra es creada. Desde luego, las consideraciones literarias no pueden considerarse como fuentes directas pero permiten, previo análisis, cierto grado de extracción y abstracción de la sensibilidad de la época y del entorno en que el autor realiza su composición y, asimismo, permite cierto grado de proyección y reconstrucción conceptual, que es lo que aquí hacemos.